



De kracht van het klimaat:

Kan de relatie tussen transformationeel leiderschap en verspreiding van verbeterprojecten worden verklaard door het leiderschapsklimaat?

I. Stegeman (s9808590)

Masterthese in het kader van de opleiding Psychologie,
richting arbeid- en organisatiepsychologie aan Universiteit Twente.

In opdracht van:

Auteur:

1^o Begeleider Universiteit Twente:

2^o begeleider Universiteit Twente:

1^o Begeleider NIVEL:

2^o Begeleider NIVEL:

Datum:

NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de
gezondheidszorg.

Drs. I. Stegeman

Prof. Dr. K. Sanders

Dr. R.R. Meijer

Drs. M.L.A. Dückers

Dr. C. Wagner

Juni 2007



Universiteit Twente
de ondernemende universiteit

Samenvatting

In deze studie is onderzocht of de relatie tussen transformationeel leiderschap en verspreiding van verbeterprojecten verklaard kan worden door het leiderschapsklimaat. Leiderschapsklimaat is gedefinieerd als gedeelde percepties van medewerkers ten aanzien van de leidinggevende. In een achttal ziekenhuizen zijn gegevens verzameld onder 57 projectleiders en 314 medisch specialisten. De studie is onderverdeeld in een studie op ziekenhuisniveau en een studie op individueel niveau. Het belangrijkste resultaat is dat in beide studies het leiderschapsklimaat een modererend effect blijkt te hebben; de aanwezigheid van een sterk leiderschapsklimaat versterkt de relatie tussen transformationeel leiderschap en verspreiding van verbeterprojecten. In de studie op individueel niveau komt daarnaast naar voren dat transformationeel leiderschap positief gerelateerd is aan het leiderschapsklimaat. In de discussie worden de implicaties van deze resultaten besproken.

Abstract

This study examined whether the relationship between transformational leadership and the dissemination of improvement projects can be explained by the leadership climate. Leadership climate is conceptualized as the shared perceptions of employees about their leader. In eight hospitals data is collected from 57 project leaders and 314 doctors. The study is subdivided in a study on hospital level and a study on individual level. The most important result of both studies is that the leadership climate has a moderating effect; the presence of a strong leadership climate reinforces the relationship between transformational leadership and the spread of improvement projects. The study on individual level also found that transformational leadership is positively related to leadership climate. In the discussion the implications of these results are considered.

Inleiding

Vanaf de jaren zeventig is er meer interesse gekomen voor de effecten van leiderschapsstijlen binnen organisaties¹ (Blake & Mouton, 1978). Een theorie, die in de huidige literatuur omtrent leiderschap veelvuldig wordt genoemd, is gebaseerd op het onderscheid in transactioneel en transformationeel leiderschap (Burns, 1978; Bass, 1985). Een transformationele leider motiveert zijn medewerkers en geeft het werk extra betekenis. Deze leidinggevende is daarnaast geïnteresseerd in zijn medewerkers en inspireert ze (Bass 1985). Deze stijl is een extensie van de transactionele stijl. Wanneer leidinggevend de transactionele stijl hanteren gaan ze uit van het ruilproces tussen leidinggevende en medewerker. De leidinggevende beloont de werknemer enkel voor het werk dat hij/zij uitvoert (Bass, 1990). In bijlage 1 zijn de kenmerken van transformationeel leiderschap terug te vinden.

Leidinggevend van het hogere hiërarchische niveau zwengelen met name bij verbeterprojecten de veranderingen aan en hebben daarnaast een doorslaggevende invloed op succesvolle organisatieveranderingen (Boonstra, Steensma & Demenint, 1996; Green, 1998; Gustafson, Sainfort, Eichler, Adams, Bisognano & Steudel, 2003; Meyers, Sivakumar & Nakata, 1999). Dückers & Wagner (2005) beamen op basis van een literatuuronderzoek de rol van de directie binnen een verbeterprogramma en stellen hierover dat organisatieverandering potentiële weerstanden oproept die in negatieve zin invloed uitoefenen op de mate waarin actoren binnen de organisaties steun verschaffen en het gewenste gedrag vertonen. Øvretveit (2005) en Leggat en Dwyer (2003) komen in hun uitgebreide reviews tot de conclusie dat leiderschap doorslaggevend is voor succesvolle organisatieveranderingen, maar maken daarbij de kanttekening dat er weinig overeenstemming is over welke leiderschapsstijl als het meest effectief gezien kan worden. Bass (1990) en Bass, Avolio, Jung en Berson (2003) spreken zich meer uit over leiderschapsstijlen en veronderstellen dat transformationeel leiderschap, ook vaak charismatisch leiderschap genoemd, in het algemeen een effectieve leiderschapsstijl is. Het motief om leiderschapsstijlen te onderscheiden en te waarderen naar de mate van effectiviteit past binnen een tijdgeest waarin prestatie management een centrale rol speelt. Vooral in een cultuur waarin innovatie, flexibiliteit en veranderingen steeds vaker centraal staan, is sterk leiderschap wenselijk en een voorwaarde voor succes.

¹ Voor die tijd zijn er verschillende theorieën te benoemen. In de jaren zestig bijvoorbeeld wordt veelal uitgegaan van de contingentie theorie, waarin succesvol leiderschap als een product wordt opgevat van de match tussen het karakter van de leidinggevende (taak- of mensgericht) en de kenmerken van de situatie (Fiedler, 1967).

Belangrijk is het idee dat leiderschap een proces is waarbij de interactie met medewerkers onmisbaar is (Jones, 2001; Klein & House, 1995). Deze veronderstelling is terug te voeren op het werk van Max Weber (1947). Weber veronderstelt dat wanneer veel medewerkers instemmen om in de leider te geloven, de leider daadwerkelijk krachtig is. Naast de perceptie van medewerkers over de leidinggevende, is ook van belang dat deze percepties ingebed zijn in groepen, teams en organisaties (Sherony & Green, 2002). Gedeelde percepties kunnen dus op een (hoger) organisatie niveau gedefinieerd worden. Bovenstaande is gerelateerd aan het begrip organisatieklimaat. Organisationsklimaat wordt gedefinieerd als gedeelde percepties van leden over de gebeurtenissen, praktijken en procedures binnen de organisatie (Bowen & Ostroff, 2004, Patterson et al., 2005). Onderzoek heeft aangetoond dat organisationsklimaat invloed heeft op de betrokkenheid van medewerkers bij de organisatie (McMurry, Scott & Pace, 2004) en op organisatieprestatie (Patterson, Warr & West, 2004). Bij deze onderzoeken komt naar voren dat des te sterker de percepties van medewerkers binnen de organisatie overeenkomen, hoe meer medewerkers betrokken zijn of beter presteren. Naast gedeelde percepties over gebeurtenissen, praktijken en procedures, kunnen medewerkers ook overeenkomen in hun percepties over andere domeinspecifieke klimaten, zoals service klimaat (Schneider, White & Paul, 1998), veiligheidsklimaat (Hofmann & Stetzer, 1996) en leiderschapsklimaat (Chen & Bliese, 2002). Deze laatste vorm staat in dit onderzoek centraal.

Chen en Bliese (2002) omschrijven leiderschapsklimaat als gedeelde percepties van medewerkers over de leidinggevende. Uit onderzoek van Sanders, Van Riemsdijk, Geurts en Torck (2006) komt naar voren dat leiderschapsklimaat een positief effect heeft op de affectieve betrokkenheid van medewerkers. Juist bij verbeterprojecten kan worden verwacht dat onder alle betrokkenen een hoge mate van consensus zou moeten bestaan over de organisatie; alle neuzen dienen dezelfde richting op te wijzen om tot een succes te komen. Daarbij wijst onderzoek binnen organisaties uit dat (transformationeel) leiderschap een doorslaggevende rol speelt in het verwezenlijken van de kwaliteitsverbetering binnen organisaties (Jung, Chow & Wu, 2003; Waldman & Bass, 2002; Parker, Wubbenhorst, Young, Desai & Charms, 1999). Het kan als middel gezien worden om de veranderingsbereidheid van de medewerkers binnen de organisatie te vergroten (Dückers & Wagner, 2005) aangezien een transformationele

leider zijn medewerkers betreft, ze een gevoel van richting geeft en verwachtingen wekt van de medewerkers (Bass, 1985).

Centraal in dit onderzoek staan de relaties tussen transformationeel leiderschap en leiderschapsklimaat enerzijds en verspreiding van verbeterprojecten anderzijds. Bij de verspreiding van verbeterprojecten gaat het in deze studie specifiek om projecten binnen het Sneller Beter programma (zie achtergrond). Binnen dit programma worden een aantal pilotprojecten uitgevoerd. Na deze pilotprojecten is het de bedoeling dat de projecten verspreid worden naar andere afdelingen binnen het ziekenhuis. Dit wordt beschouwd als de verspreiding van verbeterprojecten. Op basis van het bovenstaande wordt de volgende onderzoeksvraag geformuleerd;

‘Kan de relatie tussen transformationeel leiderschap en verspreiding van verbeterprojecten worden verklaard door het leiderschapsklimaat?’

Transformationeel leiderschap

In veel onderzoeken komt duidelijk naar voren dat juist *transformationeel* leiderschap positief samenhangt met affectieve betrokkenheid (Gullo & Gerstle, 2002), tevredenheid (De Hoogh et al, 2004; Gullo & Gerstle, 2002), prestatie (Bass, Avolio, Jung & Berson, 2003), communicatie (Berson & Avolio, 2004), financiële voordelen (Bass, 1990; Koene, Vogelaar & Soeters, 2002) en kwaliteitsverbetering (Jung et al., 2003; Waldman & Bass, 2002 & Parker et al., 1999). Geconcludeerd kan worden dat vanuit de literatuur wordt gerefereerd naar een transformationele leiderschapstijl als effectieve stijl ten tijde van veranderingen en innovatie binnen organisaties. Verwacht wordt dat de verspreiding van verbeterprojecten hoger is naarmate er sprake is van transformationeel leiderschap vanuit de perceptie van de medewerkers. Deze relatie houdt in dat een transformationele leidinggevende in staat is om medewerkers te betrekken bij het project, hoge verwachtingen te wekken ten aanzien van prestaties en richting aan de organisatie te geven (Bass, 1985; Leggat & Dwyer, 2003). In navolging van bovenstaande luidt de eerste hypothese in dit onderzoek;

Hypothese 1: transformationeel leiderschap heeft een positief effect op de verspreiding van verbeterprojecten

Leiderschapsklimaat: consensus over de rol van de leidinggevende

Vanuit het werk van Bowen en Ostroff (2004) wordt verwacht dat transformationeel leiderschap als een sterk HRM systeem beschouwd kan worden. Dit systeem houdt in dat de transformationele leidinggevende consistente en ondubbelzinnige berichten uitzendt, zodat dit op een gelijke manier geïnterpreteerd wordt door de medewerkers. Daarbij beargumenteren Klein en House (1995) dat hoe meer een leidinggevende een charismatische/transformationele relatie heeft met de medewerkers, des te meer homogeniteit binnen de groep medewerkers ontstaat. In deze studie wordt verwacht dat een transformationele manier van leidinggeven een sterk leiderschapsklimaat tot gevolg heeft, waarin de medewerkers dezelfde percepties hebben van de leidinggevende (Sanders et al., 2006). De volgende hypothese wordt naar aanleiding van bovenstaande studies geformuleerd;

Hypothese 2 : transformationeel leiderschap is positief gerelateerd aan leiderschapsklimaat

In onderzoek van Sanders, Dorenbosch en De Reuver (2006) en Klein, Conn, Smith en Sorra (2001) wordt het organisatieklimaat als een “sterke situatie” beschouwd (Mischel, 1973). Er is sprake van een sterke situatie wanneer alle medewerkers dezelfde perceptie van de situatie hebben en gelijke verwachtingen over geschikt gedrag hebben (Schneider, Salvaggio & Subirats, 2002). Naast sterke situaties bestaan er zwakke situaties, waarin veel verschil is in percepties en verwachtingen (Mischel, 1973; Rousseau & Fried, 2001). Verwacht wordt dat in een organisatie waar dezelfde perceptie onder de medewerkers heerst en verwachtingen duidelijk zijn (sterk organisatieklimaat), medewerkers collectief uniform en consistent gedrag zullen vertonen omdat ze weten wat van hen wordt verwacht (Gonzalez-Roma, Peiro, & Tordera, 2002 en Schneider, et al., 2002). Dit zal veel minder het geval zijn in organisaties met een zwak organisatieklimaat. Op basis van deze redenering wordt in dit onderzoek verondersteld dat leiderschapsklimaat de relatie tussen transformationeel leiderschap en verspreiding van verbeterprojecten modereert. Dit houdt in dat een sterk leiderschapsklimaat een voorwaarde is voor een sterke relatie tussen transformationeel leiderschap en verspreiding van verbeterprojecten. Ook onderzoek naar

organisatieklimaat door Sanders et al. (2006) wijst op een modererend effect op de relatie tussen HRM en affectieve betrokkenheid. De derde hypothese hierbij luidt;

Hypothese 3: leiderschapsklimaat heeft een modererend effect op de relatie tussen transformationeel leiderschap en verspreiding van verbeterprojecten

Achtergrond

In deze studie, die in samenwerking met het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) wordt uitgevoerd, staat het Sneller Beter programma centraal. Het programma is een initiatief van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Vereniging Van Ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten. Het programma omvat drie pijlers². Sneller Beter Pijler 3 (SBp3) legt de nadruk op het implementeren van verbeterprojecten³ in de ziekenhuizen en heeft als doel om bij 20% van de Nederlandse ziekenhuizen in vier jaar tijd aanzienlijke verbeteringen te realiseren op de gebieden patiëntlogistiek en patiëntveiligheid en wel zodanig dat dit voor de overige 80% van de ziekenhuizen niet meer vrijblijvend kan zijn (www.snellerbeter.nl⁴). Pijler 3 bestaat uit twee fasen; in fase 1 worden projecten binnen enkele geselecteerde afdelingen (pilot projecten) uitgevoerd. De verspreiding naar andere afdelingen binnen het ziekenhuis vindt plaats in fase twee (zie figuur 1).

De programmacommissie legt een cruciale rol weg voor het leiderschap van verschillende niveaus⁵ (Consortium, 2004). Dit onderzoek richt zich op de rol van het hoogste managementniveau (strategische niveau); de Raad van Bestuur (RvB) in de acht geselecteerde SBp3 ziekenhuizen (zie ook Boonstra et al., 1996; Green, 1998; Gustafson et al., 2003; Meyers et al., 1999). Ook het consortium⁶ ziet gezien de “complexiteit en ingrijpendheid van SBp3” de rol van de Raad van Bestuur als

² In het kader van de eerste pijler is in de periode 2003-2006 vooral gewerkt aan bewustwording, kennisontsluiting en kennisverspreiding door middel van activiteiten en bijeenkomsten omtrent kwaliteit, doelmatigheid en innovatie. In de tweede pijler draait het vooral om het vergroten van transparantie en vergelijkbaarheid van resultaten van de zorg.

³ Voorbeelden van projecten zijn; het verminderen van doorligwonden en lange wachtlijsten.

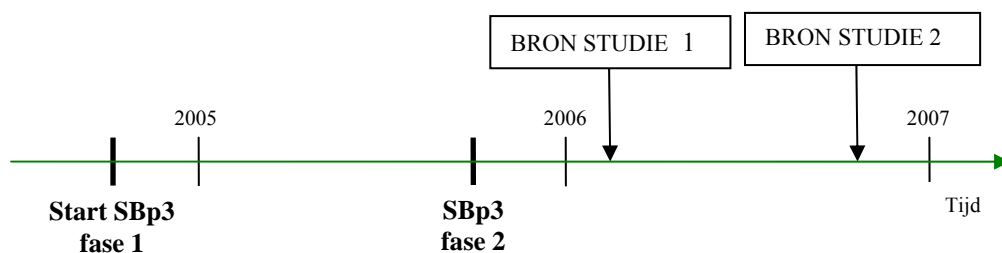
⁴ Geraadpleegd op 23 november 2006

⁵ Leiderschap binnen organisaties is in te delen in drie niveaus (Dückers & Wagner, 2005);

1. Strategisch (richten; hoger management)
2. Tactisch (inrichten; midden management)
3. Operationeel (verrichten; uitvoerend).

⁶ Samenwerkingsverband van het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, het instituut Beleid en Management van de gezondheidszorg en de Orde van Medisch Specialisten. Het consortium is belast met de inhoudelijke vormgeving en uitvoering van het implementatieprogramma.

doorslaggevende succesfactor voor het programma (Startnotitie Leiderschap & Organisatieontwikkeling, 2004). Leiderschap heeft tot taak mogelijke weerstand om te zetten in veranderingsbereidheid. Het tijdschema in figuur 1 geeft een helder beeld van het verloop van SBp3 en de momenten van dataverzameling.



Figuur 1: tijdschema SBp3 (Consortium, 2004)

Procedure

De eerste acht ziekenhuizen die aan SBp3 deelnemen, zijn geselecteerd uit het totaal aantal (31) aanmeldingen voor het programma. Er is een selectieprocedure gestart waarbij selecteurs van het Consortium de kwaliteit van de ziekenhuizen beoordelen. De kwaliteit wordt vooral afgeleid van het ambitieniveau, aantoonbare ervaring met uitvoeren van verbetertrajecten en een breed draagvlak voor deelname op verschillende niveaus binnen het ziekenhuis.

Om zicht te krijgen op de perceptie van medewerkers over het transformationeel leiderschap van de RvB en de verspreiding van verbeterprojecten wordt het onderzoek in een tweetal studies opgedeeld (zie ook figuur 1). De data die beschikbaar is om de verspreiding te meten bestaat enerzijds op individueel en anderzijds op ziekenhuisniveau. Op basis van dit onderscheid in niveaus is gekozen voor twee studies. In de methodesectie van beide studies wordt dit onderscheid verder toegelicht. In de eerste studie staan de projectleiders van de SBp3 ziekenhuizen centraal. De gegevens in deze studie zijn op *ziekenhuisniveau* geaggregeerd. De projectleiders geven leiding aan een specifiek Sneller Beter project. Deze groep is gevraagd een uitgebreide vragenlijst in te vullen met stellingen over onder meer het leiderschapsgedrag van de RvB aan het begin van de tweede fase van het project.

Studie twee vindt op *individueel niveau* plaats en heeft betrekking op de medische specialisten binnen de ziekenhuizen. Zij ontvangen aan het einde van de tweede fase een korte vragenkaart over de participatie in de SBp3 projecten en het leiderschapsgedrag van de RvB.

STUDIE 1

Methode

Respondenten

De eerste studie heeft betrekking op de projectleiders (N=57, respons is 79%) binnen de acht Sneller Beter ziekenhuizen. Het gemiddelde aantal projectleiders per ziekenhuis is 7,1 (SD=2,2). De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 44 jaar (SD=7,5). Van de respondenten is 53% man. Gemiddeld werken de respondenten 46 uur per week (SD=17,4).

Leiderschap

Percepties over het leiderschap van de RvB wordt gemeten aan de hand van een negental items uit de vragenlijst voor projectleiders. De vragen kunnen onderverdeeld worden in vier functies die ontleend zijn aan het onderzoek van Leggat & Dwyer⁷ (2003) dat zich richt op de effectieve leiderschapsfuncties bij prestatiemanagement (zie bijlage 1). Deze leiderschapsfuncties komen overeen met de vier kenmerken van transformationeel leiderschap; charisma, inspiratie, intellectuele stimulatie en individuele consideratie (Bass, 1985).

Voorbeelden van vragen uit de vragenlijst bij de vier kenmerken van de transformationele leiderschapsstijl; voor 'charisma' één item; 'er is sprake van een eenduidig uitgedragen visie in ons ziekenhuis', voor 'inspiratie' twee items, bijvoorbeeld; 'de Raad van Bestuur moedigt verbeteringen aan', voor 'intellectuele stimulatie' vier items, bijvoorbeeld; 'ons ziekenhuis voorzag in de ondersteuning die we op de afdeling(en) nodig hadden om het project tot een goede einde te brengen' en tenslotte voor 'individuele consideratie' twee items, bijvoorbeeld; 'ons ziekenhuis geeft me de ruimte risico's te nemen om tot verbetering te komen' (voor uitgebreide beschrijving zie bijlage 1).

⁷ Dit onderzoek heeft tevens model gestaan voor het benoemen van de taken en verantwoordelijkheden per managementniveau voor SBp3 (Dückers & Wagner, 2005).

Voor de vragen zijn verschillende antwoordschalen gebruikt, uiteenlopend van een driepunts- tot een zevenpuntsschaal. Alvorens tot één waarde voor transformationeel leiderschap per ziekenhuis te komen en een goede vergelijking te trekken worden de antwoordcategorieën van alle vragen gestandaardiseerd tot een vijfpuntsschaal⁸. De betrouwbaarheid van de schaal kan als voldoende worden beschouwd ($\alpha = .76$). Van de negen items wordt per ziekenhuis één maat voor transformationeel leiderschap vastgesteld, waarbij geldt hoe hoger hoe meer transformationeel leiderschap. Het gemiddelde is 3.81 (SD= .30).

Leiderschapklimaat

Het leiderschapsklimaat wordt berekend door de consensus onder projectleiders over het leidinggeven van de RvB aan de hand van de ‘inversed’ standaard deviatie (SD) te berekenen. Hoe hoger de waarde, hoe sterker het leiderschapsklimaat (Burke, Finkelstein & Dusig, 1999). Het gemiddelde leiderschapsklimaat is .39 (SD= .27).

Verspreidingsmaat

De verspreiding van verbeterprojecten⁹ wordt op drie verschillende manieren berekend. Voor alle maten geldt hoe hoger de waarde, hoe meer verspreiding van verbeterprojecten. De gegevens voor de maten zijn op ziekenhuisniveau verzameld.

De *eerste* verspreidingsmaat is gebaseerd op gegevens van de centrale database van SBp3. Deze database geeft een overzicht van het aantal projectteams dat zich heeft aangemeld voor een project in de tweede fase van SBp3. De gegevens zijn door de projectteams in de ziekenhuizen aangeleverd. Deze teams ontvangen tevens ondersteuning van het Consortium voor het uitvoeren van het project. De gegevens van de teams zijn samengebracht in het rapport ‘Aangeleverde 0-metingen + vervolgmetingen T1S2 en T2S1’ (december 2006). De gemiddelde verspreidingsmaat Database SB is 9.75 (SD=3.88).

De *tweede* verspreidingsmaat is gebaseerd op onderzoek van het NIVEL. Hierbij geeft de programmacoördinator (PC) van elk ziekenhuis in een vragenlijst aan waar volgens hem/haar in de tweede fase van SBp3 een project uitgevoerd is. De gemiddelde verspreidingsmaat PC is 37.13 (SD= 14.34).

⁸ De zevenpuntsschaal is als volgt omgeschaald: 1+2=1, 3=2, 4= 3, 5=4,6+7=5; de driepuntsschaal is als volgt omgeschaald: 1=1, 2=3, 3=5.

⁹ Binnen SBp3 wordt de verspreiding van verbeterprojecten vertaald naar het creëren van een ‘intern vliegwiel’. Dit vliegwiel zal uiteindelijk moeten leiden tot een procesgestuurde en lerende ziekenhuisorganisatie (Consortium, 2004 en Zuiderent-Jerak, Van der Voort, Berg & Brinkhorst, 2005).

Tot slot komt de *derde* verspreidingsmaat voort uit het jaarverslag 2005 van het Consortium (juni 2006). Leden van het Consortium hebben gesprekken gevoerd met de programmacoördinator, de RvB en de Medische Staf van elk ziekenhuis. Hierbij is het aantal lopende projecten aangegeven in de tweede fase van SBp3. De gemiddelde verspreidingsmaat Consortium is 33.88 (SD=18.10). Bijlage 2 bestaat uit een overzicht van de berekeningen van de drie verspreidingsmaten zoals hierboven besproken.

Uit de correlaties tussen de drie verspreidingsmaten wordt afgeleid in welke mate ze overeenkomen, zie Tabel 1. De verspreidingsmaten PC en Consortium zijn gebaseerd op subjectieve gegevens en vooral met het kleine aantal ziekenhuizen kan een uitschieter zorgen voor een vertekend beeld. Als controle wordt met behulp van scatterplots bij alle verspreidingsmaten gekeken of er sprake is van een uitschieter. In bijlage 3 is te zien dat bij de verspreidingsmaat PC inderdaad sprake is van een ziekenhuis met een waarde die twee standaarddeviaties verwijderd is van het gemiddelde. Dit ziekenhuis wordt tevens in het rapport van Dückers & Wagner (in druk) genoemd als het ziekenhuis waarbij het waarschijnlijk is dat een te hoog aantal projecten zijn gerapporteerd. Op basis hiervan is gekozen om dit ziekenhuis in de studie met de verspreidingsmaat PC als uitschieter te beschouwen.

De analyse wordt eerst uitgevoerd met alle acht ziekenhuizen, vervolgens vindt er een tweede analyse plaats met zeven ziekenhuizen (na het verwijderen van de betreffende uitschieter). Deze tweede analyse wordt alleen voor de verspreidingsmaat PC uitgevoerd.

Analyse

Voor het toetsen van H1 en H3 wordt een regressieanalyse uitgevoerd. De afhankelijke variabelen hierbij zijn de drie verschillende verspreidingsmaten. Voor H1 wordt in model 1 transformationeel leiderschap als variabele toegevoegd. Voor het toetsen van een modererend effect van leiderschapsklimaat (H3) wordt het interactie-effect van transformationeel leiderschap en leiderschapsklimaat berekend. Dit wordt gedaan door de betreffende variabelen eerst te standaardiseren en vervolgens te vermenigvuldigen (Aiken & West, 1991). Het interactie-effect wordt toegevoegd in model 2. Voor het toetsen van hypothese 2 wordt de correlatie tussen transformationeel leiderschap en leiderschapsklimaat bekeken.

Resultaten

De gemiddelden, standaard deviaties en de correlaties tussen de variabelen bij het onderzoek onder projectleiders worden in Tabel 1 weergegeven. Te zien is dat er een correlatie bestaat tussen de verspreidingsmaten PC en Consortium ($r=.67$, $p<0.10$). Daarnaast is de verspreidingsmaat PC negatief gecorreleerd met leiderschapsklimaat ($r=-.69$, $p<0.10$). Dit houdt in dat bij een sterk leiderschapsklimaat de verspreiding van verbeterprojecten afneemt (bij de verspreidingsmaat PC).

Door middel van de gegevens uit Tabel 1 wordt ook de tweede hypothese getoetst, deze gaat uit van een positieve relatie tussen transformationeel leiderschap en leiderschapsklimaat. H2 wordt niet geaccepteerd ($r=.34$, ns). Wel kan gezegd worden dat het resultaat in de verwachte richting ligt.

Tabel 1. Gemiddelde, standaard deviatie en correlatie tussen de onderzoeksvariabelen (ziekenhuis niveau, N=8).

Variabelen	M	SD	1	2	3	4
1. Verspreidingsmaat Database SB	9.75	3.88				
2. Verspreidingsmaat PC	37.13	14.34	-.04			
3. Verspreidingsmaat Consortium	33.88	18.10	-.04	.67+		
4. Transformationeel leiderschap	3.81	.30	-.01	-.28	.22	
5. Leiderschapsklimaat	.39	.27	-.10	-.69+	-.23	.34

+ = $p<.10$

Tabel 2 toont de resultaten van de regressieanalyse met de drie verspreidingsmaten als afhankelijke variabelen. In de eerste hypothese wordt voorspeld dat transformationeel leiderschap een positief effect heeft op de verspreiding van verbeterprojecten. Deze hypothese kan bij geen van de drie verspreidingsmaten worden bevestigd (per verspreidingsmaat respectievelijk $\beta=-.01$, ns; $\beta=-.28$, ns; $\beta=.22$, ns). H1 wordt niet geaccepteerd. Wat opvalt in Tabel 2 is de negatieve relatie die naar voren komt tussen leiderschapsklimaat en de drie verspreidingsmaten (respectievelijk per verspreidingsmaat $\beta=-.06$, ns; $\beta=-.66$, ns; $\beta=-.34$, ns).

Voor het toetsen van een modererend effect van het leiderschapsklimaat (H3) wordt het interactie-effect aan de analyse toegevoegd in model 2. De resultaten laten zien dat er een significant interactie-effect is tussen transformationeel leiderschap en leiderschapsklimaat ($\beta=.95$ $p<.05$) bij de verspreidingsmaat Database SB. Het

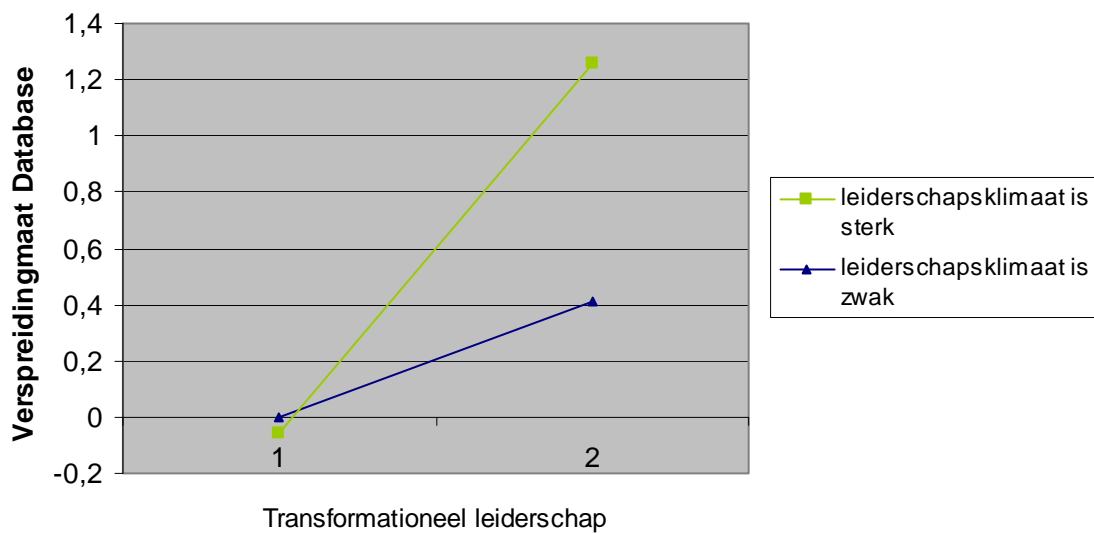
interactie-effect is weergegeven in figuur 2. Dit interactie-effect houdt in dat de relatie tussen transformationeel leiderschap en verspreiding van verbeterprojecten sterker is wanneer er sprake is van een sterk leiderschapsklimaat.

Tabel 2. Resultaten van regressieanalyse met de drie verspreidingsmaten als afhankelijke variabele (ziekenhuisniveau, N=8).

Variabelen	Verspreidingsmaat Database		Verspreidingsmaat PC		Verspreidingsmaat Consortium	
	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2
Transf. leiderschap (TL)	-.01	.41	-.28	.05	.22	.42
Leiderschapsklimaat (LK)		-.06		-.66		-.34
TL * LK		.92*		.24		.22
R ²	.00	.69	.08	.53	.05	.05
Verandering in R ²	.00	.68*	.08	.05	.02	.04

* = p<.05

Figuur 2. Verspreidingsmaat Database als functie van leiderschapsklimaat en transformationeel leiderschap, N=8.



De derde hypothese wordt bij deze analyse (N=8) enkel bij de verspreidingsmaat uit Database SB aangenomen. Hoewel bij de andere twee verspreidingsmaten het resultaat wel in de juiste richting ligt, zijn er geen significante

relaties gevonden ($\beta=.24$, ns en $\beta=.22$, ns). Dit kan voor de verspreidingsmaat PC te maken hebben met de gevonden uitschieter (zie bijlage 3). In tabel 3 zijn voor de verspreidingsmaat PC opnieuw de gemiddelden, standaard deviaties en de correlaties tussen de variabelen weergegeven, dit keer is de uitschieter verwijderd.

Tabel 3 Gemiddelde, standaard deviatie en correlatie tussen de onderzoeksvariabelen (ziekenhuis niveau, N=7).

Variabelen	M	SD	1	2
1. Verspreidingsmaat PC	33.	9.00		
2. Transformationeel leiderschap	3.81	.32	-.48	
3. Leiderschapsklimaat	.44	.26	-.52	.40

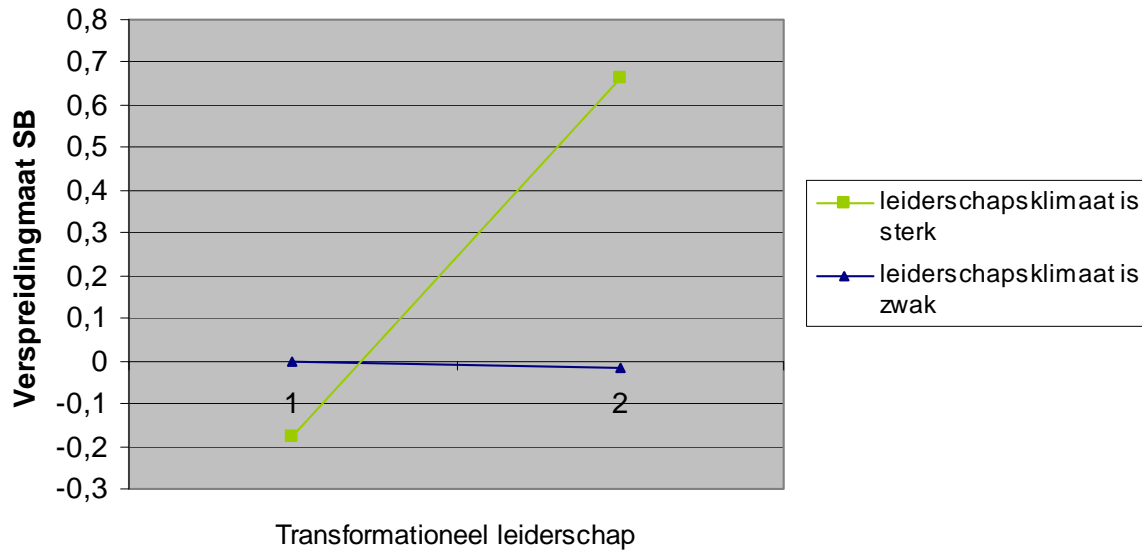
In tabel 4 wordt opnieuw de regressieanalyse uitgevoerd voor de verspreidingsmaat PC na het verwijderen van de uitschieter uit de analyse (N=7). Dit resulteert vervolgens in een significant interactie-effect tussen transformationeel leiderschap en leiderschapsklimaat ($\beta=.87$ $p<.05$). Dit interactie-effect houdt in dat de relatie tussen transformationeel leiderschap en verspreiding van verbeterprojecten sterker is wanneer er sprake is van een sterk leiderschapsklimaat. Het significante interactie-effect is weergegeven in figuur 3.

Tabel 4. Resultaten van regressieanalyse met de twee verspreidingsmaat PC als afhankelijke variabele (ziekenhuisniveau, N=7).

Variabelen	Verspreidingsmaat PC	
	Model 1	Model 2
Transf. leiderschap (TL)	-.48	-.02
Leiderschapsklimaat (LK)		-.18
TL * LK		.87*
R ²	.23	.93
Verandering in R ²	.23	.57

* = $p<.05$

Figuur 3. Verspreidingsmaat PC als functie van leiderschapsklimaat en transformationeel leiderschap, N=7.



STUDIE 2

Methode

Respondenten

De tweede studie heeft betrekking op de medisch specialisten (N=314, respons is 36%) binnen de ziekenhuizen. Het gemiddeld aantal medisch specialisten per ziekenhuis is 39,3 (SD=9,9). Voor het uitzetten van de vragenkaarten zijn 17 specialismen geselecteerd die bij alle acht of in elk geval bij zeven van de ziekenhuizen voorkomen. Het aantal vragenkaarten dat uitgezet is verschilt per ziekenhuis, omdat per specialisme het aantal medisch specialisten varieert. Eén ziekenhuis heeft een zeer groot aantal medisch specialisten in dienst. Alleen bij dit ziekenhuis is een steekproef getrokken, bij de overige ziekenhuizen hebben alle medisch specialisten van de 17 specialismen een vragenkaart ontvangen. Er is geen aanvullende informatie omtrent leeftijd/geslacht etc.

Om een zo hoog mogelijke respons te behalen, is gekozen voor een korte vragenkaart, zodat veel medisch specialisten het een kleine moeite zouden vinden om de vragenkaart in te vullen en te retourneren (vragenkaart in de vorm van een antwoordkaart die direct gepost kan worden).

Leiderschap

Perceptie over het leiderschap van de RvB wordt in deze studie door middel van één item op de vragenkaart gemeten: ‘Merkt u dat de raad van bestuur verbeteringen stimuleert’ met de volgende antwoordmogelijkheden; ‘nee’, ‘weet niet’ en ‘ja’. Deze vraag wordt gekoppeld aan het kenmerk voor transformationeel leiderschap ‘inspiratie’ van Bass (1985) en vormt de basis voor de maat voor transformationeel leiderschap bij medisch specialisten met een gemiddelde van 2.36 (SD= .79).

Leiderschapklimaat

Het leiderschapklimaat wordt berekend door de consensus tussen projectleiders over het leidinggeven van de RvB aan de hand van de ‘inversed’ standaard deviatie (SD) te berekenen. Hoe hoger de waarde, hoe sterker het leiderschapklimaat (Burke, Finkelstein & Dusig, 1999). Het gemiddelde leiderschapklimaat is .23 (SD= .10).

Participatiemaat

Een indicator voor de mate van verspreiding van verbeterprojecten is de participatie van medisch specialisten in verbeterprojecten in de tweede fase van SBp3 (Dückers & Wagner, in druk). Dit wordt berekend door middel van een item uit de vragenkaart: ‘Heeft u het afgelopen jaar deelgenomen aan een verbeterproject?’. Vervolgens krijgen de medisch specialisten een overzicht van de bestaande Sneller Beter projecten¹⁰ in het ziekenhuis en kunnen zij aankruisen aan welke projecten ze hebben deelgenomen. De participatiemaat loopt uiteen van 0 (participatie in geen enkel project) tot 4 (participatie in vier projecten). In de ziekenhuizen heeft gemiddeld 66% van de medisch specialisten aan één of meer verbeterprojecten deelgenomen. De gemiddelde participatie is .95 (SD=.93). Voor de participatiemaat geldt; hoe hoger de maat, hoe meer participatie in verbeterprojecten van de medisch specialisten in de ziekenhuizen.

Analyse

De analyse wordt op individueel niveau, het niveau van de medisch specialisten uitgevoerd. Voor het toetsen van H1 en H3 wordt voor de participatiemaat een

¹⁰ Keuze uit: Decubitus (DEC), Medicatieveiligheid (MV), Werken Zonder Wachlijst (WZW), OK Oké, Postoperatieve wondinfectie (POWI), Veilig Incident Melden (VIM) en Procesherinrichting (PHI)

regressieanalyse uitgevoerd. Om H1 te toetsen wordt in model 1 transformationeel leiderschap als variabele toegevoegd. Voor het toetsen van een modererend effect van leiderschapsklimaat (H3) wordt het interactie-effect toegevoegd in model 2.

Voor het toetsen van H2 kan gekeken worden naar de correlatie tussen transformationeel leiderschap en leiderschapsklimaat.

Resultaten

De gemiddelden, standaard deviaties en de correlaties tussen de variabelen bij het onderzoek onder medisch specialisten worden in Tabel 5 weergegeven. Te zien is dat er een positieve relatie tussen transformationeel leiderschap en leiderschapsklimaat ($r=.18, p<.01$) bestaat. H2 wordt hiermee aangenomen. Dit betekent dat hoe meer de medewerkers de leidinggevende als transformationele leider beschouwen, des te sterker het leiderschapsklimaat in het ziekenhuis.

Tabel 5. Gemiddelde, standaard deviatie en correlatie tussen de onderzoeksvariabelen (individueel niveau, N=314).

Variabelen	M	SD	1	2
1. Participatiemaat	.95	.93		
2. Transformationeel leiderschap	2.36	.79	.07	
3. Leiderschapsklimaat	.23	.10	-.08	-.18**

** = $p<.01$

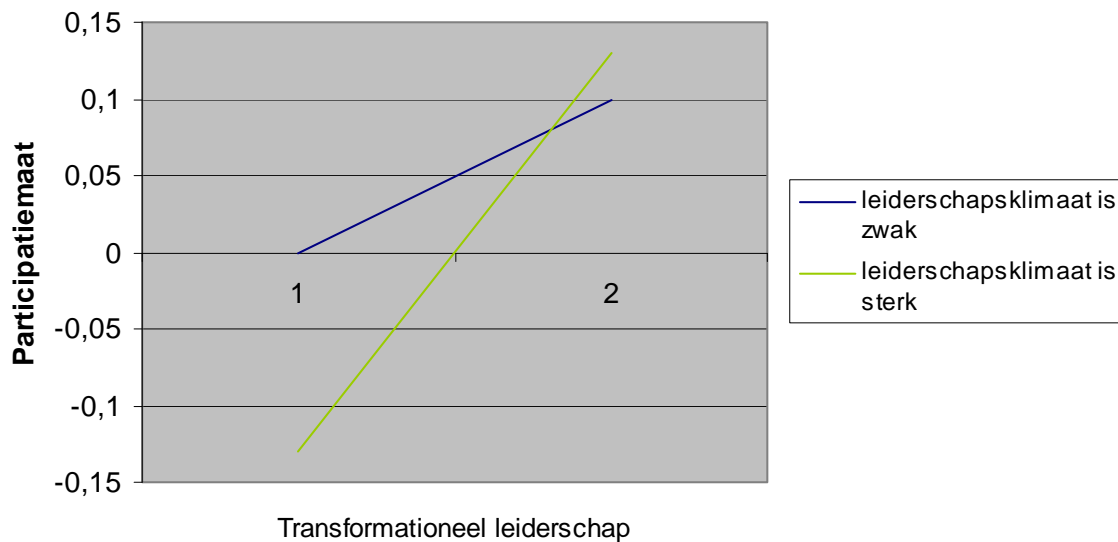
Tabel 6 toont de resultaten van de regressieanalyse met de participatiemaat als afhankelijke variabele. De eerste hypothese voorspelt een positieve relatie tussen transformationeel leiderschap en de participatie in verbeterprojecten. Deze hypothese wordt niet bevestigd ($\beta=.08, ns$). Het verwachte modererende effect van het leiderschapsklimaat wordt gevonden ($\beta=.16, p<.01$). H3 wordt bevestigd. Dit interactie-effect houdt in dat de relatie tussen transformationeel leiderschap en participatie in aantal verbeterprojecten sterker is wanneer er sprake is van een sterk leiderschapsklimaat. Het significante interactie-effect is weergegeven in figuur 4. Ook hier, zoals in studie 1, bestaat een negatieve relatie tussen leiderschapsklimaat en de participatie ($\beta=-.13, p<.05$).

Tabel 6. Resultaten van regressieanalyse met participatiemaat als afhankelijke variabele (individueel niveau, N=314).

Variabelen	Participatiemaat	
	Model 1	Model 2
Transformationeel leiderschap (TL)	.08	.10
Leiderschapsklimaat (LK)		-.13*
TL * LK		.16**
R ²	.00	.04
Verandering in R ²	.00	.03

* = p<.05, ** = p<.01

Figuur 4. Participatiemaat als functie van leiderschapsklimaat en transformationeel leiderschap.



Conclusie en Discussie

Het doel van deze studie is te onderzoeken of de relatie tussen transformationeel leiderschap en verspreiding van verbeterprojecten verklaard kan worden door het leiderschapsklimaat. Het onderzoek is verdeeld in twee studies, de eerste studie is op ziekenhuisniveau, de tweede op individueel niveau.

Er zijn een drietal hypothesen geformuleerd. De eerste hypothese voorspelt een positieve relatie tussen transformationeel leiderschap en verspreiding van

verbeterprojecten, dit naar aanleiding van conclusies uit diverse onderzoeksgebieden omtrent de positieve effecten van transformationeel leiderschap op organisatieaspecten (zie bijvoorbeeld Boonstra et al. 1996; Green, 1998; Gustafson et al. 2003 en Meyers et al. 1999). In beide studies kan de directe relatie tussen transformationeel leiderschap en verspreiding van verbeterprojecten niet bevestigd worden.

Daarnaast wordt in navolging van het werk van Klein & House (1995) verwacht dat transformationeel leiderschap leidt tot een sterker leiderschapsklimaat. In de studie onder medische specialisten (studie 2) wordt deze hypothese bevestigd. Dit houdt in dat des te meer de leidinggevende transformationeel is, des te sterker het leiderschapsklimaat. In de eerste studie wordt deze veronderstelde relatie niet bevestigd, maar is de relatie wel in de juiste richting. Dit kan te maken hebben met het feit dat deze studie gebruik maakt van gegevens die op ziekenhuisniveau geaggregeerd zijn, met een totaal van acht ziekenhuizen. Dit is een redelijk klein aantal om daadwerkelijk effecten te vinden op ziekenhuisniveau. Dit is een beperking van de studie. Een aanbeveling die hieruit voortvloeit, is dat in een vervolgstudie een groter aantal ziekenhuizen centraal moeten staan.

Tot slot wordt verwacht dat, in aansluiting op het onderzoek van Sanders et al (2006), dat leiderschapsklimaat een modererend effect heeft op de relatie tussen transformationeel leiderschap en de verspreiding van verbeterprojecten. De eerste studie laat zien dat bij de relatie tussen transformationeel leiderschap en de verspreidingsmaat Database SB inderdaad een modererend effect optreedt van leiderschapsklimaat. Dit houdt in dat de relatie tussen transformationeel leiderschap en verspreiding van verbeterprojecten sterker is bij een situatie met een sterk leiderschapsklimaat. Bij de verspreidingsmaat PC blijkt sprake te zijn van een uitschieter in de data. Na het verwijderen van deze uitschieter blijkt het leiderschapsklimaat een modererend effect te hebben op de relatie tussen transformationeel leiderschap en de verspreiding van verbeterprojecten. Vervolgens is er ook in de studie onder medisch specialisten (studie 2) een modererend effect van het leiderschapsklimaat gevonden. Dit houdt in dat de relatie tussen transformationeel leiderschap en de participatie in verbeterprojecten sterker is bij een situatie met een sterk leiderschapsklimaat. De resultaten uit beide studies sluiten aan bij de bevindingen van verscheidene onderzoeken die organisatieklimaat een modererende rol toewijzen (González-Romá, et al., 2002; Klein, et al., 2001). In de ziekenhuizen waar de

percepties ten aanzien van het leiderschap meer overeenkomen, zal als gevolg van transformationeel leiderschap eerder een verbeterproject verspreid worden, dan in de ziekenhuizen waar de percepties niet overeenkomen. Het zorgt er mogelijk voor dat medewerkers bij aanwezigheid van een transformationele leider positief tegen de projectdoelen van Sneller Beter programma staan en bereid zijn een verbeterproject te starten op de afdeling.

In de eerste studie blijkt dat de verspreidingsmaten niet of matig overeenkomen. Hoewel deze maten gebaseerd zijn op dezelfde informatiebron, geven ze iets anders weer. De verspreidingsmaat Database SB baseert zich op het aantal teams dat zich formeel heeft aangemeld voor een verbeterproject. Daarin wijkt de maat af van de maten PC en consortium, die meer vatbaar zijn voor overschatting. Het is bij deze twee maten mogelijk dat het aantal projecten dat gestart is, onjuist is doorgegeven door personen in de ziekenhuizen, zodat een ander (positiever) beeld naar de buitenwereld wordt gegeven. Het is denkbaar dat ziekenhuizen naar aanleiding van hun deelname aan het Sneller Beter programma positieve resultaten willen behalen en dat de gerapporteerde resultaten een vertekend beeld schetsen. Dit is een beperking van de eerste studie.

Een beperking van de tweede studie is de grote non-respons van de medisch specialisten op de vragenkaart. Slechts 36% heeft de vragenkaart geretourneerd. Daarnaast bestaat de berekening van transformationeel leiderschap uit één item met slechts drie antwoordcategorieën (nee/weet niet / ja). Deze beperking zou in toekomstig onderzoek verholpen kunnen worden; ten eerste door in goed overleg met de ziekenhuizen tot een andere manier van benadering van medisch specialisten te komen, zodat een hoger responspercentage behaald wordt en ten tweede om de schaal transformationeel leiderschap uit een groter aantal items te laten bestaan. Deze beide aanbevelingen zullen de betrouwbaarheid en de validiteit van de studie ten goede komen.

Een algemene beperking van beide studies is dat de berekening van transformationeel leiderschap en het meten van de verspreiding bij projectleiders en medisch specialisten verschillen. Dit compliceert een multilevel analyse van de data en daarom is de data in twee aparte studies opgenomen. Er wordt nu geen rekening gehouden met de relaties op verschillende niveaus. Dit terwijl het analyseren van relaties binnen en tussen deze niveaus zeer belangrijk is voor het begrijpen van gedrag

binnen de organisatie (Klein & Kozlowski, 2000). In een vervolgstudie dienen dezelfde items centraal te staan in verschillende groepen medewerkers en dient gebruik te worden gemaakt van één betrouwbare maat voor verspreiding van verbeterprojecten.

Opmerkelijk is dat zowel in de eerste als in de tweede studie een negatieve relatie naar voren komt tussen leiderschapsklimaat en verspreiding van verbeterprojecten/ participatie in verbeterprojecten. Een mogelijke verklaring voor dit resultaat kan gezocht worden in literatuur omtrent conflict. Het is aannemelijk dat in een periode waar innovatie plaatsvindt, juist conflict een waardevolle rol speelt (Dyer & Song, 1998). Conflict kan ervoor zorgen dat er meer diepgaande analyses plaatsvinden en er ruimte is voor nieuwe ideeën en creativiteit (Gobeli, Koenig & Bechinger, 2000). Een sterk klimaat kan ongunstig werken, aangezien dit ervoor kan zorgen dat creativiteit en andersdenkenden onderdrukt worden terwijl van belang is dat de status quo uitgedaagd wordt. Onderzoek van Souder (1988) toont aan dat in 60% van de innovatieprojecten sprake is van conflict, vervolgens stellen Gemünden en Lechler (1997) dat conflict een van de acht succesfactoren is bij een project. Wanneer we dit vertalen naar het Sneller Beter programma is het mogelijk dat het programma baat heeft bij een organisatieklimaat waarin ruimte is voor discussie en creativiteit over de projecten.

Samenvattend is er in de tweede studie een significante relatie gevonden tussen transformationeel leiderschap en leiderschapsklimaat (en de positieve richting van deze relatie in de eerste studie). Daarnaast is er een modererende effect van dit klimaat in beide studies aangetroffen. Op basis hiervan verdient het de aanbeveling om aandacht te schenken aan optimalisatie van het transformationele leiderschap van ziekenhuisbestuurders. Een suggestie hiervoor is om zowel de leidinggevende als de medewerkers persoonlijk te betrekken bij het uit te voeren project; bijvoorbeeld door brainstormsessies of speciale teambuilding activiteiten. De leidinggevende geeft hierdoor aan open te staan voor medewerkers, richting te geven en hoge verwachtingen te wekken. Dit geldt als een belangrijke voorwaarde voor de succesvolle verspreiding van innovaties (Leggat & Dwyer, 2003).

Zodra de in deze twee studies aangetroffen modererende effecten bevestigd kunnen worden in een grootschalige studie, kan wellicht aanbevolen worden om in de toekomst kandidaat-organisaties voor een dergelijk verbeterprogramma bij de intake een vragenlijst af te nemen over leiderschap. Zo kan mogelijk het transformationeel

leiderschap worden vastgesteld, alsmede de afgeleide maten leiderschapsklimaat en interactie. Ze dienen dan als voorspeller voor de mate waarin binnen de desbetreffende organisatie sprake is van het type leiderschap dat bepalend is voor het succes van op kennisverspreiding gebaseerde verbeterprogramma's.

Een andere aanbeveling op basis van beide studies voor het Sneller Beter programma is dat in de toekomst de verspreiding van verbeterprojecten in de ziekenhuizen op een gestandaardiseerde manier wordt bijgehouden. Dit zal de validiteit en de betrouwbaarheid van de verspreidingsmaten ten goede komen. Belangrijk hierbij is ook dat de ziekenhuizen gemotiveerd worden en blijven om gegevens op tijd en volledig aan te leveren. Dit is in het geval van Sneller Beter een taak voor het Consortium. Zoals eerder aangegeven, heeft dit programma als doel om bij 20% van de ziekenhuizen binnen vier jaar aanzienlijke verbeteringen te realiseren door middel van diverse projecten. De basis hiervan ligt in de aanlevering van betrouwbare gegevens vanuit de ziekenhuizen en uit de interpretatie hiervan. Om te kunnen vaststellen of het programma het gestelde doel heeft behaald, zijn betrouwbare gegevens vereist.

Het onderzoek zoals beschreven in dit artikel is uitgevoerd in ziekenhuizen deelnemend aan Sneller Beter pijler 3. Samenvattend bieden de bevindingen uit beide studies inzicht en verklaringen voor de aard van de verspreiding. Voor de praktijk betekenen deze resultaten dat het transformationeel leiderschap een grote rol speelt in de verspreiding van verbeterprojecten en dat deze relatie gemodereerd wordt door het leiderschapsklimaat. Het is niet onwaarschijnlijk dat de resultaten generaliseerbaar zijn naar andere toepassingsgebieden. Sneller Beter is immers slechts één van de programma's gericht op verdere verspreiding van eerder geïmplementeerde verbeterprojecten. Momenteel zijn overheden, belangenorganisaties en zorgaanbieders zoals verzorgingshuizen betrokken in meerdere sectorbrede innovatie- en verspreidingsprogramma's. Daarnaast bieden ook particuliere adviesbureaus vergelijkbare trajecten aan om de kwaliteit van zorg en de zorgorganisatie te verbeteren. Niet alleen de attributen van een innovatie – waaronder de relatieve meerwaarde, compatibiliteit en waarneembaarheid van de resultaten (Rogers, 1995) – spelen een rol, maar ook het leiderschap binnen de organisaties. Toch is de mate waarin leiderschap van invloed is en de wijze waarop nog grotendeels onbekend. Dit onderzoek kan worden gezien als een poging die onbekendheid enigszins te verminderen.

Referenties

- Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Newbury Park, Ca: Sage Publications.
- Bass, B.M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. New York: Free Press.
- Bass, B. M. (1990). From transactional tot transformational leadership: Learning to share the vision. *Organizational Dynamics*, 18 (3), 19-31.
- Bass, B. M., Avolio, B. J., Jung, D. I. & Berson, Y. (2003). Predicting Unit Performance by Assessing Transformational and Transactional Leadership. *Journal of Applied Psychology*, 88 (2), 207-218.
- Berson, Y. & Avolio, B. J. (2004). Transformational leadership and the dissemination of organizational goals: A case study of a telecommunication firm. *The leadership Quarterly*, 15, 625-646.
- Blake, R. & J. Mouton (1978). *The New Managerial Grid*. Houston: Gulf publishing.
- Boonstra, J. J. Steensma, H. O. & Dementin, M. I. (1996). *Ontwerpen en ontwikkelen van organisaties: Theorie en praktijk van complexe veranderingsprocessen*. Maarssen: Elsevier/ De tijdstroom.
- Bowen, D. E. & Ostroff, C. (2004). Understanding HRM-firm performance linkages: The role of the “strength” of the HRM system. *Academy of Management Journal*, 39, 252-276.
- Burke, N. J., Finkelstein, L. M., & Dusig, M. S. (1999). On average deviation indices for estimating interrater agreement. *Organizational Research Methods*, 2, 49-68.
- Burns, J. M. (1978). *Leadership*. New York: Harper and Row
- Centrale Database Sneller Beter pijler 3 (2006). *Aangeleverde 0-metingen + vervolgmetingen TIS2 en T2S1*.
- Chen, G. & Bliese, P. D. (2002). The role of different levels of leadership in predicting self and collective efficacy: Evidence for discontinuity. *Journal of Applied Psychology*, 87, 549-556.
- Consortium Sneller Beter pijler 3 (2004). *Landelijk plan van aanpak Sneller Beter pijler 3*. CBO kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, orde van Medisch Specialisten, Utrecht/Rotterdam/Utrecht.

- Consortium Sneller Beter pijler 3 (2006). *Sneller Beter pijler 3 Jaarverslag 2005*. CBO kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, orde van Medisch Specialisten, Utrecht/Rotterdam/Utrecht.
- Dückers, M. & Wagner, C. (2005). *Ex ante evaluatie Sneller Beter pijler 3*; Inventarisatie van de mate waarin de opzet van het programma Sneller Beter pijler 3 voldoet aan de eisen ontleend aan literatuur. Utrecht: NIVEL.
- Dückers, M. & Wagner, C. (in druk). *Evaluatie Sneller Beter pijler 3: het interne vliegwiel*. Utrecht: NIVEL.
- Dyer, B. & Song, M. (1998). Innovation strategy and sanctioned conflict: a new edge in innovation? *Journal of Product Innovation Management*, 15 (6), 505-519.
- Fiedler, F. E. (1967). *A theory of leader effectiveness*. New York: McGraw-Hill.
- Gemünden, H. G. & Lechler, T. (1997). Succes factors of product management: The critical few. *Proceedings of Portland International Conference on Management of Engineering and Technology*, July 27-31.
- Gobeli, D. H., Koenig, H. F. & Bechinger, I. (2000). Managing conflict in software development teams: a multilevel analyse. *Journal of Product Innovation Management*, 15 (5), 423-435.
- Gonzalez-Roma, V., Peiro, J. M. & Tordera, N. (2002). An examination of the antecedents and moderator influences of climate strength. *Journal of Applied Psychology*, 87, 465-473.
- Green, P. L. (1998). Improving clinical effectiveness in an integrated care delivery system. *Journal for Healthcare Quality*, 20, 4-8.
- Gullo, S. R. & Gerstle, D. S. (2002). Transformational leadership and hospital restructuring: A descriptive study. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 5 (4), 259-266.
- Gustafson, D. H. Sainfort, F. Eichler, M. Adams, L., Bisognano, M. & Steudel, H. (2003). Developing and testing a model to predict outcomes of organisational change. *Health Services Research*, 38, 751-776.
- Hofmann, D. A., & Stetzer, A. (1996). A cross-level investigation of factors influencing unsafe behaviors and accidents. *Personnel Psychology*, 49, 307-339.

- Hoogh, De A.H.B., Hartog, Den D.N., Koopman, P.L., Thierry, H., Berg, Van den, P.T., Weide, Van der, J. G. & Wilderom, C. P. M. (2004). Leader motives, charismatic leadership, and subordinates' work attitude in the profit and voluntary sector. *The Leadership Quarterly*, 16, 17-38.
- Jones, H. B. (2001) Magic, meaning and leadership: Weber's model and the empirical literature. *Human Relations*, 54 (6), 753-771.
- Jung, D. I., Chow, C. & Wu, A. (2003). The role of transformational leadership in enhancing organizational innovation: Hypotheses and some preliminary findings. *The Leadership Quarterly*, 14 (4-5), 525-544.
- Klein, K. J. & House, R. J. (1995). On fire: Charismatic leadership and levels of analyses. *Leadership Quarterly*, 6 (2), 183-198.
- Klein, K. J. & Kozlowski, S.W.J. (2000). From micro to meso: Critical steps in conceptualizing and conducting multilevel research. *Organizational Research Methods*, 3, 211-236.
- Klein, K.J., Conn, A.B., Smith, D.B., Sorra, J.S. (2001). Is everyone in agreement? An exploration of within-group agreement in employee perceptions of the work environment. *Journal of Applied Psychology*, 86 (1), 3-16.
- Koene, B.A.S., Vogelaar, A. L. W. & Soeters, J. L. (2002). Leadership effects on organizational climate and financial performance: Local Leadership effect in chain organizations. *The leadership Quarterly*, 13, 193-215.
- Leggat, S.J. & Dwyer, J. (2003). *Factors supporting high performance in health care organisations: a review of the literature*. Melbourne: National institute of clinical studies literature review series, number 18.
- McMurray, A. J., Scott, D. R., & Pace, R. W. (2004). The relationship between organizational commitment and organizational climate in manufacturing. *Human Resource Development Quarterly*, 15, 473-488.
- Meyers, P. W., Sivakumar, K. & Nakata, C. (1999). Implementing of industrial process innovations: Factors, effects and marketing implications. *Journal of Product Innovations Management*, 16, 295-311.
- Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning. *Psychological Review*, 80, 252-283.
- Øvretveit, J. (2005). *The Leaders role in quality and safety improvement. A review of research and guidance*. The "improving improvement action evaluation project".

- Parker, V. A., Wubbenhorst, W. H., Young, G. J. Desai, K. R. & Charns, M. P. (1999). Implementing quality improvement in hospitals: The role of leadership and culture. *American Journal of Medical Quality*, 14 (1), 64-69.
- Patterson, M. G., Warr, P. B., & West, M. A. (2004). Organizational climate and company performance: the role of employee affect and employee level. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 193-216.
- Patterson, M.G., West, M.A., Shackleton, V.J., Dawson, J.F., Lawthorn, R., Maitlis, S., Robinson, D.L. & Wallace, A.M. (2005). Validating the organizational climate measure: links to managerial practices, productivity and innovation. *Journal of Organizational Behavior*, 26 (4), 379-408.
- Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of Innovation*. New York: Free Press
- Rousseau, D. M., & Fried, Y. (2001). Location, location, location: Contextualizing organizational research. *Journal of Organizational Behavior*, 22, 1-13.
- Sanders, K., Dorenbosch, L., De Reuver, R. (2006). De sterkte van het HRM systeem: Een empirische test van het Bowen & Ostroff model. *Tijdschrift voor HRM*, 2, 45-59.
- Sanders, K., Van Riemsdijk, M., Geurts, P., Torck, N. (2006). Affective commitment in eastern Europe: Considering the leadership climate. *Group Dynamics* (under review).
- Schneider, B., White, S. S., & Paul, M. C. (1998). Linking service climate and customer perceptions of service quality: Test of a causal model. *Journal of Applied Psychology*, 83, 150-163.
- Schneider, B., Salvaggio, A.N., Subirats, M. (2002). Climate strength: A new direction for climate research. *Journal of Applied Psychology*, 87 (2), 220-229.
- Sherony, K. M. & Green, S.G. (2002). Coworker exchange;: relationship between coworkers, leader-member exchange, and work attitudes. *Journal of Applied Psychology*, 78, 542-548.
- Souder, W. E. (1988). Managing relations between R&D and marketing in new product development projects. *Journal of Product Innovation Management*, 5, 6-19.
- Startnotitie Leiderschap & Organisatieontwikkeling (2004). *Draaiboek of Koersbepaling*. Sneller Beter pijler 3.

Waldman, D. A. & Bass, B. M. (1991). Transformational leadership at different phases of the innovation process. *The Journal of High Technology Management Research*, 2 (2), 169-180.

Weber, M. (1947). The theory of social and economical organizations. New York: Free Press.
In: Jones, H. B. (2001). Magic, meaning and leadership: Weber's model and the empirical literature. *Human Relations*, 54 (6), 753-771.

West, M. A., Borrill, C.S., Dawson, J. F., Brodbeck, F., Shapiro, D. A. & Haward, B. (2003). Leadership clarity and team innovation in health care. *The Leadership Quarterly*, 14 (4-5), 393-410.

Zuiderent-Jerak, T. Van der Voort, M. R. Berg, M. & Brinkhorst, T. (2005). *Draaiboek procesherinrichting II Sneller Beter pijler 3*. CBO, iBMG en de Orde.

www.snellerbeter.nl

Kenmerken van transformationeel leiderschap, Bass (1985)	Leiderschapsfuncties bij performance management, Leggat (2003)	Databron (antwoordcategorie)
<i>Individuele consideratie De leider geeft de medewerkers persoonlijke aandacht behandelt alle medewerkers als individuen, coacht en adviseert</i>	<i>Creëren van een klimaat van psychologische veiligheid, veiligheid om interpersoonlijke risico's te nemen</i>	'op de afdeling mogen bestaande uitgangspunten ter discussie worden gesteld' (vijfpuntsschaal) 'op onze afdeling durven medewerkers zich kwetsbaar open te stellen' (vijfpuntsschaal) 'Ons ziekenhuis geeft me de ruimte risico's te nemen om tot verbetering te komen. (zevenpuntsschaal)
<i>Charisma De leider geeft visie en een gevoel van richting van de organisatie, is trots en krijgt respect en vertrouwen van de medewerkers</i>	<i>Nauwkeurig en duidelijk uitspreken van een visie</i>	'er is sprake van een eenduidig uitgedragen visie in ons ziekenhuis' (nee/geen idee/ja)
<i>Inspiratie De leider communiceert hoge verwachtingen richting de medewerkers, gebruikt symbolen om te focussen en laat zich uit over belangrijke doelen op een simpele manier</i>	<i>Vergroten van bereidheid ten aanzien van veranderingen van organisatie en medewerkers</i>	'De Raad van Bestuur moedigt verbeteringen aan' (nee/geen idee/ja) 'De Raad van Bestuur voorziet in randvoorwaarden om te verbeteren' (nee/geen idee/ja)
<i>Intellectuele stimulatie De leider promoot intelligentie, rationaliteit en een voorzichtige probleemoplossing</i>	<i>Voorzien in een bruikbaar model, verschaffen van geïndividualiseerde steun, hoge verwachtingen wekken ten aanzien van prestaties</i>	'Ons ziekenhuis voorzag in de ondersteuning die we op de afdeling(en) nodig hadden om het project tot een goede einde te brengen' (zevenpuntsschaal) 'Voor de uitvoering van het project beschikten wij over voldoende ondersteuning door de Raad van Bestuur' (zevenpuntsschaal) 'onze Raad van Bestuur heeft er alles aan gedaan om de veranderingsbereidheid te vergroten' (zevenpuntsschaal)

BIJLAGE 1 onderzoeksgebieden/functies leiderschap

BIJLAGE 2 Verspreidingsmaten studie 1

Projectteams tweede jaar volgens de administratie van het datamanagement*

**VERSPREIDINGSMAAT DATAMANAGEMENT
SNELLER BETER**

	Tweede jaar
Ziekenhuis 1	14
Ziekenhuis 2	14
Ziekenhuis 3	13
Ziekenhuis 4	6
Ziekenhuis 5	8
Ziekenhuis 6	6
Ziekenhuis 7	12
Ziekenhuis 8	5

(Bron: notitie datamanagement 2006, laatst bijgewerkt op 7 december 2006)

* Het aantal projectteams is bepaald op grond van een inventarisatie onder de projectleiders.

Aantallen locaties waar Sneller Beter verbeterprojecten zijn gestart

**VERSPREIDINGSMAAT PROJECTEN
PROGRAMMACOÖRDINATOREN**

	Tweede jaar
Ziekenhuis 1	35
Ziekenhuis 2	47
Ziekenhuis 3	35
Ziekenhuis 4	17
Ziekenhuis 5	36
Ziekenhuis 6	29
Ziekenhuis 7	32
Ziekenhuis 8	66

(Bron: vragenlijst en interview centrale programmacoördinatoren; n=8)

Aantallen locaties waar Sneller Beter verbeterprojecten lopen na het eerste jaar

**VERSPREIDINGSMAAT PROJECTEN
CONSORTIUM**

	Tweede jaar
Ziekenhuis 1	43
Ziekenhuis 2	29
Ziekenhuis 3	40
Ziekenhuis 4	13
Ziekenhuis 5	16
Ziekenhuis 6	40
Ziekenhuis 7	17
Ziekenhuis 8	63

(Bron: Consortium jaarverslag 2005 Sneller Beter, juni 2006. Gesprek met vertegenwoordigers van de RvB, medische staf en programmacoördinatoren)

BIJLAGE 3 Scatterplots verspreidingsmaten Database, PC en Consortium

