



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

Een goed gesprek

Over het kritisch vermogen van de werkvloer

Ingrid Doorten en Marion Vermeer

Achtergrondstudie bij het advies Garanties voor kwaliteit van zorg

Inhoud

Samenvatting	3
1. Inleiding	7
2. Probleemanalyse	8
3. Kenmerken van cultuur	11
4. Praktijkonderzoek	20
5. Conclusie en oplossingsrichtingen	25
6. Geraadpleegde literatuur	27
Bijlage 1 Vragenlijst ten behoeve van de deelstudie over het kritisch vermogen van de werkvloer	30
Bijlage 2 Interviewverslagen Cultuur & Kwaliteit en Veiligheid	32

Samenvatting

Dat cultuur er toe doet als het gaat om kwaliteit en veiligheid in de zorg wordt breed gedragen. Maar aan de slag gaan met cultuur blijkt in de praktijk lastiger. Er zijn - ook voor de zorg - verscheidene instrumenten beschikbaar die alle verschillen in welke aspecten van cultuur zij meten (zie voor overzichten Ouwens, Bosch en Wensing, 2012 en deze studie).¹

In de wetenschappelijke literatuur die betrekking heeft op de zorg, zijn echter nog geen goede studies die sterke relaties aantonen tussen cultuur in organisaties en aspecten van zorgverlening en patiëntuitkomsten (Ouwens, et al, 2012). Uit onderzoek naar organisatiemanagement in zijn algemeenheid komt naar voren dat de meest succesvolle organisaties goed scoren op 'zachte' kenmerken zoals hoge inzet van medewerkers, betrokkenheid en vakmanschap. Andere 'zachte' aspecten die genoemd worden zijn: integer en coachend management en een open en actiegerichte cultuur binnen de organisatie. De auteurs stellen dat de wetenschappelijke onderbouwing van deze conclusies nog beperkt is en hoewel het aannemelijk lijkt dat deze bevindingen ook van toepassing zijn binnen de gezondheidszorg, zou dit nader moeten worden onderzocht.

Toch zijn er wel aanwijzingen waar het bij cultuur om gaat. En misschien moeten we cultuur niet ook in afvinklijstjes willen vangen, maar er wel oog voor hebben. Waar moeten we dan op letten? We behandelen hierna twee clusters van oplossingsrichtingen waarin we het moeten zoeken.

Samenwerken – aanspreken – leren

De onderzoekscommissie die de gang van zaken in het Maasstad Ziekenhuis onderzocht concludeerde dat er niet alleen in het medische domein zaken zijn veronachtzaamd, maar dat er ook problemen waren met de collegiale samenwerking en de cultuur rondom veiligheid. Een gebrekkige samenwerking en veiligheidscultuur waren ook aanleiding voor het onder verscherpt toezicht stellen van het VUmc door de IGZ in augustus 2012. De Commissie Behoorlijk Bestuur (de Commissie Halsema, 2013) concludeert dat het gaat om een goede balans tussen rekenschap afleggen en doordacht handelen. Een goede organisatie bevordert door het stellen van lastige vragen aan zichzelf en anderen een aanspreekcultuur. Zo een open cultuur, waarin bestuurders en werknemers elkaar aanspreken op gedrag, helpt mensen verantwoordelijkheid te nemen voor hun handelen. Maar wat is dat dan precies, een open cultuur?

Een belangrijke conclusie uit diepte-interviews die de RVZ hield met mensen die zich elke dag in het zorgproces bewegen - zowel in de cure als in de care - is dat hooggespecialiseerde afdelingen (neonathologie, intensive care) het wat betreft een aanspreekcultuur beter lijken te doen, wellicht doordat daar minder hiërarchie is tussen artsen en verpleegkundigen. Volgens de respondenten heeft dat vooral te

¹ Sommige instrumenten zijn meer specifiek en bijvoorbeeld gericht op patiëntveiligheid in de zorg of op teamfunctioneren (IZEP, SAQ en TCI). Andere zijn meer generiek, gericht op organisaties in het algemeen en meten een keur aan aspecten (OCAI). Ook de aanvliegroute is verschillend, sommige instrumenten zijn bedoeld voor toezichthouders en bestuurders (Quaser, PwC), andere voor de medische staf (IZEP, TCI). Wat verder opvalt is dat sommige instrumenten vooral gericht zijn op de cure (IZEP en Quaser), maar dat instrumenten ook breder ingezet kunnen worden (TCI, OCAI).

maken met het feit dat verpleging een hoog opleidingsniveau heeft en dat de dokters meer dan op andere afdelingen moeten vertrouwen op de beoordelingen van de verpleging. Op deze afdelingen signaleren medewerkers zelf verbetermogelijkheden, nemen hiertoe zelf het initiatief en kunnen ook werkelijk veranderingen teweeg brengen, die door het hele team gedragen worden. Er heerst een lerende cultuur en medewerkers hebben het idee dat hun systeem voor kwaliteit en veiligheid echt van henzelf is.

Een hulpmiddel voor het bevorderen van een lerende cultuur kan zijn een Instrument voor Zelf Evaluatie van de Patiëntveiligheidscultuur (IZEP, NIVEL, 2006). Dit instrument geeft medewerkers inzicht in patiëntveiligheid, maakt het onderwerp bespreekbaar en biedt mogelijkheden om de veiligheidscultuur te versterken. Het instrument heeft ten doel de veiligheidscultuur op een afdeling in kaart te brengen, er over te discussiëren en vervolgens aangrijpingspunten voor verbetering te kiezen. ‘Understanding your culture’ is gebaseerd op de gedachte dat een veiligheidscultuur evolueert via vijf cultuurniveaus. Te beginnen bij een ontkennende cultuur en dan via respectievelijk, een reactieve, bureaucratische, en proactieve cultuur naar een vooruitstrevende veiligheidscultuur.

Oplossingsrichtingen:

- Heb oog voor cultuur bij verschillende vakgroepen en let daarbij op de mate van hiërarchie op een afdeling. Dit laatste zou wel eens een maat kunnen zijn voor een aanspreekcultuur. Probeer de hiërarchie te verminderen door als Raad van Bestuur de ervaring van jongere professionals en verpleegkundigen meer te benutten.
- Voeg cultuur als onderwerp standaard toe aan kwaliteitsvisitaties, zoals bijvoorbeeld de Nederlandse Internisten Vereniging doet aan de hand van de Team Climate Inventory (TCI). Een consequentie hiervan kan zijn dat visitatiecommissies breder worden samengesteld en er naast vakgenoten ook mensen in de visitatiecommissie komen die inzicht hebben in cultuur.
- Maak gebruik van een cultuurladder zoals beschreven in het Instrument voor Zelf Evaluatie van de Patiëntveiligheidscultuur (IZEP).

Bestuur – structuur – cultuur – compliance

Uit de diepte-interviews blijkt dat cultuur overal anders is. Er is niet één optimale cultuur, cultuur moet worden gezien in samenhang met de organisatie, met de wijze van bestuur of leiderschap gevat in de kernwaarden van een instelling en de structurele aspecten rondom kwaliteit en veiligheid. Het gaat om de interactie tussen bestuur, structuur en cultuur. Organisatiecultuur is samenspel van deze elementen. Bij de interviews is uitgegaan van de volgende definitie van organisatiecultuur: *het geheel van (formele en informele) boodschappen die een bepaalde groep of organisatie uitzendt over de zaken die echt gewaardeerd worden en hoe men geacht wordt zich te gedragen binnen een groep of organisatie (PwC, 2011).*

Organisatiecultuur komt tot uiting in drie te onderscheiden elementen: voorbeeldgedrag, symbolen en beslissingen en systemen en structuren.

Voorbeeldgedrag is het gedrag van de leiding en medewerkers onderling. Een voorbeeld: Hoe wordt omgegaan met gemaakte fouten of in hoeverre staat men open voor kritische vragen? *Symbolen* zijn beslissingen die genomen worden over tijd, geld of andere schaarse middelen. Een voorbeeld: Welk punt valt altijd van de agenda af? Of: wie wordt er gepromoveerd? *Systemen en structuren* binnen een organisatie zijn bijvoorbeeld de regels en de codes, het beloningssysteem, het kwaliteitssysteem, de organisatiestructuur en interne controlemaatregelen. Het

mooie van het PwC-model is dat het oog heeft voor de samenhang tussen deze elementen.

De samenhang in formele en informele boodschappen is lang niet altijd aanwezig zo blijkt uit de interviews. De formele kwaliteitssystemen worden op de werkvloer in een aantal gevallen als administratieve ballast ervaren en niet als bijdragend aan veilige zorg. Ze worden gevoeld als motie van wantrouwen en lijken van hogerhand opgelegd. Informeel ontbreekt het vaak aan een open en lerende cultuur waarin men elkaar kan aanspreken. De formele en informele boodschappen ondersteunen elkaar dan niet.

Op zoek gaan naar een optimale wisselwerking tussen formele en informele aspecten van cultuur levert een palet aan werkzame bestanddelen op die er blijkbaar toe doen, zoals de mate van hiërarchie op een afdeling; het hebben of ontwikkelen van een door de werkvloer gedragen formeel kwaliteitssysteem; de mate van samenwerking in teams waarbij mensen elkaar durven aanspreken; personeelsbeleid gericht op een lerende cultuur; voorbeeldgedrag van leidinggevend en Raad van Bestuur en het bevorderen van kleinschalige bottom-up verbeterprojecten per afdeling. De samenhang tussen deze aspecten moet consistent zijn. Dus juist ook de interne consistente - of omgekeerd de discrepanties - tussen de aspecten zijn een maat voor een gezonde veiligheidscultuur.

Daar komt bij dat er vaak wel regels zijn, maar - misschien juist door de hoeveelheid ervan - schort het aan een cultuur om die regels ook na te leven. Wanneer een systeem niet goed werkt - laten we zeggen een kwaliteitssysteem in de zorg - kan het zijn dat er iets schort aan het systeem zelf. Het kan ook zo zijn dat de mensen die met het systeem werken dat niet goed doen. Bij het laatste gaat het om *compliance*. De term compliance houdt in dat een persoon of organisatie werkt in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving, als ook het werken volgens de normen en regels van de instelling zelf.

Ook in de zorg is er in toenemende mate aandacht voor compliance. Deze zomer werd de Vereniging voor Compliance in de Zorg opgericht (Zorgvisie, 13 juli 2013). Hoewel in eerste instantie met het oog op wet- en regelgeving ten aanzien van bijvoorbeeld mededinging, bedrijfseconomische aspecten en privacy, zou compliance ook een rol kunnen spelen bij kwaliteit en veiligheid. De vereniging stelt dat om compliance te bereiken het essentieel is dat binnen de organisatie een cultuur van compliance ontstaat, liefst met de ondersteuning van het bestuur en de toezichthouders. In de care heeft ActiZ een ‘Handboek compliance’ opgesteld² (ActiZ, 2011). Daarin gaat het om het in- en uitvoeren van compliancebeleid, ingegeven door de verandering van meer aanbod gerichte zorg naar meer vraaggestuurde en cliëntgerichte zorg en de spanning die men voorzigt tussen samenwerking en concurrentie. Ook hier veel aandacht voor mededingingsrecht en het vergroten van het maatschappelijk vertrouwen. Wel signaleert ActiZ dat “behalve met governance, compliance diverse raakvlakken heeft met risico- en veiligheidsmanagement”³.

² De leden van ActiZ stemden in 2010 in met het invoeren van compliancebeleid.

³ Zo wordt in het handboek bijvoorbeeld aanbevolen om een (interne) klokkenluidersregeling te introduceren.

Oplossingsrichtingen:

- Heb oog voor de samenhang van boodschappen vanuit bestuur, structuur en cultuur. Het samen - met de hele instelling - formuleren van kernwaarden kan daarbij behulpzaam zijn.
- Beleg de *compliance functie* bij medewerkers.

Cultuur is een complex concept. We concluderen dat er meer systematisch aandacht voor organisatiecultuur moet zijn en onderzoek naar cultuur in relatie tot kwaliteit en veiligheid moet komen. Daar liggen taken voor zorginstellingen, voor raden van bestuur en raden van toezicht, en voor de wetenschap. Meer inzicht in de werkzame bestanddelen van cultuur is nodig. Het is belangrijk dat we nog verder ontrafelen welke bestanddelen er toe doen als het gaat om kwaliteit en veiligheid. Dat gezegd hebbende, zien we dat cultuur in aanleg vooral iets is van afdelingen, van de werkvloer, daar moet het gebeuren. Dat kan bijvoorbeeld door medewerkers op afdelingen verantwoordelijk te maken voor de *compliance* van een afdeling.

1. Inleiding

Deze studie is uitgevoerd ter voorbereiding op een advies voor over corporate governance. Aanleiding voor dat advies is de vraag van de Tweede Kamer aan de minister van VWS wat zij gaat doen aan de aanhoudende stroom van incidenten en calamiteiten in de zorg. De stroom incidenten doet vermoeden dat het bestuur en het interne toezicht van zorginstellingen onvoldoende ‘in control’ zijn als het gaat om de kwaliteit en veiligheid. De Tweede Kamer dringt aan op aanscherping van de eisen die aan het bestuur en het interne toezicht gesteld worden.

Deze vraag is enerzijds begrijpelijk, de overheid is immers eindverantwoordelijk voor de publieke doelen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg. Anderzijds, met het invoeren van het stelsel van gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg verschoven taken en verantwoordelijkheden van de overheid naar veldpartijen, juist omdat de overheid de hulp nodig heeft van veldpartijen - (veelal) privaatrechtelijke organisaties - voor het borgen van publieke belangen. De overheid wil dus aan de ene kant terugtreden, maar aan de andere kant, gedwongen door de publieke opinie en de Tweede Kamer, ook grotere bemoeienis met zorginstellingen.

De RVZ (2009, p.13) onderschrijft het belang van een goed ontwikkeld intern governance systeem, maar betwijfelt of het aangrijpen van de bestuursstructuur van zorginstellingen de juiste oplossing is om publieke belangen te borgen. Zorginstellingen zijn op de eerste plaats privaatrechtelijke organisaties en geen verlengstuk van de overheid. Op de tweede plaats worden daarmee de dieperliggende oorzaken van matig of slecht functionerende interne governance niet aangepakt; meer grip van de overheid op het bestuur en interne toezicht geeft geen garantie dat het dan wel goed gaat of komt met de kwaliteit van zorg. Op de derde plaats is de rolopvatting van de overheid onduidelijk en daarmee onderdeel van het probleem. Er lopen verschillende sturingsmechanismen - overheidsregulering en marktordening - door elkaar heen.

De studie zoomt in op de tweede hierboven genoemde reden en gaat op zoek naar de dieperliggende oorzaken van matig of slecht functionerende interne governance, met oog voor de verschillende rollen, die van overheid en zorgaanbieders, in het zorgstelsel. Of in de woorden van de Commissie Behoorlijk Bestuur (2013): “De minister reageert [op een misstand] al gauw met de belofte van streng of op zijn minst strenger optreden, en legt dan extra regels en verantwoordingsplichten op. Tot een zoektocht naar dieperliggende oorzaken, en naar oplossingen binnen en door de sectoren, komt het meestal niet.”

2. Probleemanalyse

Wat we kunnen leren van incidenten

Volgens de RVZ behoort niet alle kwaliteit tot het publieke domein, op sommige aspecten van kwaliteit moet onderscheid mogelijk zijn, hier geldt de marktsturing (RVZ, 2009). Wat de overheid wel moet doen is basisnormen voor kwaliteit stellen, waaraan de zorg ten minste moet voldoen. Vanuit het publiek belang zijn er dan de volgende basisnormen:

- Patiëntveiligheid, namelijk het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade - lichamelijk en/of psychisch, ontstaan door tekortkomingen van het zorgsysteem.
- De professionele standaard, namelijk zorg verleend door een individuele hulpverlener, moet voldoen aan de voor die hulpverlener geldende standaard.

Zorginstellingen hebben dus een grote verantwoordelijkheid in het borgen van kwaliteit en veiligheid en tot op zekere hoogte staat het hen vrij hoe zij dit doen. Zo hebben zorginstellingen in toenemende mate accreditaties van kwaliteitssystemen, zoals NIAZ, HKZ en ISO, die moeten bewerkstelligen dat interne bedrijfsprocessen optimaal verlopen en de kwaliteit en veiligheid gewaarborgd is. Kunnen deze systemen de patiëntveiligheid dusdanig borgen dat incidenten kunnen worden voorkomen? Bekende voorbeelden van incidenten zijn die in het Maasstad Ziekenhuis (MSZ) en het Ruwaard van Putten Ziekenhuis (RPZ). Het MSZ was één van de weinige Nederlandse ziekenhuizen die niet geaccrediteerd was door een externe instantie ten tijde van het incident, maar het RPZ was dat wel. Toch ging het daar ook mis en kwam de patiëntveiligheid in gevaar. Niet alleen in de cure, ook in de care zijn er de nodige voorbeelden geweest, zoals recentelijk nog met een zorginstelling voor gehandicaptenzorg NOVO in de provincie Groningen.

De externe onderzoekscommissie die de gang van zaken in het MSZ onderzocht concludeert dat er niet alleen op het medische domein zaken zijn veronachtzaamd, maar dat er ook problemen waren met de collegiale samenwerking en de cultuur rondom veiligheid. Er was geen intern kwaliteitssysteem dat voorzag in een structurele terugkoppeling van de werkvloer. Echter, het ontbreken van een systeem lijkt maar een deel van het probleem als het gaat om een cultuur van veiligheid. Het rapport van de commissie (2012, p.9): *“In iedere organisatie kunnen fouten worden gemaakt; het gaat erom dat professionals en de naaste omgeving deze fouten signaleren, passende actie ondernemen en het bestuur informeren. Zij moeten allen beseffen dat kwaliteit en veiligheid van zorg hun hoogste prioriteit moet hebben en hiernaar handelen. [...] Kwaliteit en veiligheid van zorg zijn immers alleen dan te borgen, indien alle betrokken disciplines met elkaar samenwerken en elkaar aanspreken op handelen dat risico's voor de kwaliteit en veiligheid met zich meebrengt.”*

Wat betreft de organisatiecultuur en de rol van de Raad van Bestuur hierin wordt opgemerkt dat de bestuurder vooral oog had voor de concurrentiepositie van het ziekenhuis - wat ten koste ging van de aandacht voor de intrinsieke kwaliteit en veiligheid - en gaf daarmee het verkeerde voorbeeld. Hoewel de titel van het rapport “Oog voor het onzichtbare” vast verwijst naar de multiresistente Klebsiella bacterie en hoe te voorkomen is dat deze zijn gang kan gaan, is het tegelijkertijd een verwijzing naar het (ontbreken) van een veiligheidscultuur, naar de ongeschreven regels in de organisatie.

Een gebrekkige samenwerking en veiligheidscultuur waren ook aanleiding voor het onder verscherpt toezicht stellen van het VUmc in augustus 2012. De directe reden was het verstrekken van onjuiste informatie en het geven van een verkeerde voorstelling van zaken door de toenmalige Raad van Bestuur over ernstige samenwerkingsproblemen in het ziekenhuis (IGZ, 2013). De media beschikten over documenten waaruit bleek dat er in het VUmc sprake was van ernstige conflicten tussen medisch specialisten.

Een interim-raad van bestuur kwam tijdens het verscherpt toezicht met een verbeterplan waarin expliciet aandacht voor samenwerking en cultuur. De cultuur moest opener en ziekenhuismedewerkers, en dan met name de medisch specialisten, moesten elkaar leren aanspreken zonder dat er een machtsstrijd en conflicten ontstaan (IGZ, 2013). Daartoe besloot de RvB een organisatie-deskundige in te schakelen. Tevens waren er aanpassingen nodig in de werkwijze voor het veilig melden van (vermoedelijke) calamiteiten. De toenmalige Raad van Bestuur gaf te weinig het goede voorbeeld en stelde geen grenzen aan de samenwerkingsproblemen. Er was een cultuur waarin medisch specialisten, verpleegkundigen en andere zorgverleners elkaar onvoldoende op een open, lerende en rechtvaardige manier aanspraken.

Je krijgt wat je meet

Recentelijk is er veel aandacht voor goed gedrag, de Commissie Behoorlijk Bestuur (cie. Halselma) heette in de wandelgangen dan ook de ‘commissie moreel kompas’. De commissie nam daar zelf weer afstand van, want juist het focus op wat duldbaar en onduldbaar gedrag is, leidt volgens de commissie in de praktijk maar al te vaak weer tot ‘afvinklijstjes’ en tot een cultuur van statuten, procedures en protocollen. De commissie vindt het verstandig de praktijk van het gedrag als uitgangspunt te kiezen. Het gaat om het onderscheid tussen rekenschap afleggen en doordacht handelen (Cie Behoorlijk Bestuur, 2013). Dat de nadruk in toenemende mate ligt op verantwoording afleggen komt zeker niet altijd door de regelzucht van de overheid, de instellingen zelf kunnen er ook wat van, de lasten van allerhande kwaliteitssystemen en behandelprotocollen zijn lang niet altijd het gevolg van wet- en regelgeving. Ook burgers vragen erom zodra problemen ontstaan, terwijl ze ook vragen om minder regels en een menselijke maat. Verantwoording afleggen gebeurt vaak aan de hand van kwantitatieve sturingsinstrumenten, die geen recht doen aan de meervoudige belangen die semipublieke instellingen dienen. Daarbij zijn deze kwantitatieve meetresultaten gevoelig voor perverse prikkels, zeker als zij niet samengaan met kwalitatieve doelstellingen (RMO, 2011). Kwaliteit raakt dan ondergeschikt aan rendement.

Bovendien kunnen de onderscheiden meetcategorieën zorgen voor een eigen werkelijkheid. Dit wordt mooi geïllustreerd in een rapport van de Inspectie van het Onderwijs (De staat van het onderwijs, 2013). De inspectie concludeert dat de basiskwaliteit op de meeste scholen en opleidingen in orde is, maar dat er ook tekortkomingen zijn. Over de hele linie stagneert de kwaliteitsontwikkeling, Nederlandse leerlingen presteren internationaal gezien in de subtop. Er zijn minder (zeer) zwakke scholen, maar er zijn ook weinig scholen die uitblinken. Blijkbaar geldt niet alleen voor leerlingen, maar ook voor scholen de befaamde (of beruchte) ‘zesjescultuur’. De inspectie wijt dat deels aan haar eigen meetinstrument, dat vooral inzet op basiskwaliteit en niet op excelleren. Basiskwaliteit mag geen einddoel zijn volgens de inspectie. Zij zal onderzoeken hoe zij kan bijdrage aan kwaliteitsverbetering. Het toezicht wordt meer gedifferentieerd; boven de ondergrens van basiskwaliteit zullen ook andere categorieën onderscheiden worden.

In het bovenstaande voorbeeld van de Inspectie van het Onderwijs zijn het de onderscheiden categorieën van het meetinstrument die voor een eigen werkelijkheid zorgen, maar ook het meetinstrument zelf kan de werkelijkheid vertekenen. Dit wordt ook wel de performance paradox genoemd: een meetinstrument maskeert de werkelijke performance (Thiel en Leeuw, 2002; Commissie Behoorlijk Bestuur, 2013). Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer verplegenden in een zorginstelling de contacten met bewoners beter moeten invoeren in een systeem ten einde hun dienstverlening te verbeteren. Echter, de tijd die daaraan wordt besteed gaat ten koste van het contact met bewoners. De gerapporteerde kwaliteit stijgt, maar bewoners en verplegers denken daar anders over. De externe toezichthouder, in deze studie de IGZ, zou volgens de Commissie Behoorlijk Bestuur naast meetbare resultaten, ook de minder meetbare kwaliteit en waarden van semipublieke instellingen in het oog mogen houden. De commissie constateert dat de traditionele scheiding tussen financieel en kwaliteitstoezicht zijn langste tijd heeft gehad. Daarnaast kan de IGZ het gesprek tussen instellingen bevorderen en 'best practices' helpen uitwisselen tussen instellingen.

Een goede organisatie organiseert zijn eigen tegenkracht. De Commissie Behoorlijk Bestuur signaleert dat het geven van zowel positieve als negatieve feedback aan elkaar lang niet altijd onderdeel is van de cultuur in organisaties. Als oorzaken noemt zij de vaak grote afstand tussen het primaire proces op de werkvloer en het management, taakvervuiling, sterke verzakelijking en bureaucratisering. Het stellen van lastige vragen aan zichzelf en anderen kan een aanspreekcultuur bevorderen. Een open cultuur, waarin bestuurders en werknemers elkaar aanspreken op gedrag, helpt mensen hun verantwoordelijkheid te nemen.

Wat we niet meten: the missing link?

Uit de incidenten leren we dat samenwerken en een veiligheidscultuur van groot belang zijn voor de kwaliteit en veiligheid van zorginstellingen. Bij een veiligheids-cultuur kan het gaan om protocollen - bijvoorbeeld ten aanzien van het veilig melden van incidenten - maar er zitten ook andere kanten aan, kanten die minder grijpbaar en zichtbaar zijn, kanten die doorgaans ook niet gemeten worden. Terwijl het daar juist wel eens om zou kunnen gaan. Daarom deze studie naar de ongeschreven regels ten aanzien van kwaliteit en veiligheid en de samenhang van deze ongeschreven regels met de regels die wel zijn opgenomen in het veiligheidsbeleid van zorginstellingen.

De onderzoeksvraag

Welke cultuuraspecten (formeel en informeel) dragen bij aan de kwaliteit en veiligheid van zorginstellingen, zowel in de cure als in de care? Is er op te sturen door de RvB/RvT? Wat moet de overheid doen?

3. Kenmerken van cultuur

Er zijn in de literatuur vele definities van cultuur. Twee Amerikaanse antropologen verzamelden in 1952 al eens 150 definities van cultuur die op dat moment gangbaar waren in de antropologie, nu is het aantal een veelvoud daarvan. Over een aantal onderscheidende kenmerken in die definities is consensus (Kloos, 1995), die ook zijn terug te vinden als het gaat om organisatiecultuur:

- Cultuur heeft betrekking op specifiek menselijk gedrag, met andere woorden: van *gedrag dat is aangeleerd*. “*Organisatiecultuur zijn alle gemeenschappelijke en als vanzelfsprekend ervaren veronderstellingen die een groep in de loop van zijn bestaan heeft geleerd*” (Schein, 1985).
- Mensen kunnen voortbouwen op de ervaringen van anderen, cultuur is dus iets dat in *sociale interactie* met anderen tot stand komt.
- Het gaat om gedrag van mensen als *leden van een groep*. Om gedragingen zoals die in een bepaalde samenleving of groep gebruikelijk of voorgeschreven zijn.
- Dat betekent ook dat er *cultuurverschillen* zijn: naarmate samenlevingen complexer worden, nemen de interculturele verschillen toe. “*Organisatiecultuur is de cognitieve mentale programmering die leden van de ene organisatie onderscheidt van die van de andere.*” (Hofstede, 1991).
- Cameron & Quinn (1999) noemen cultuur de grootste belemmering voor organisatieverandering. Om veranderingen te bewerkstelligen is een gemeenschappelijk interpretatiesysteem nodig waarbij er onder andere aandacht is voor het aanbrengen van *sociale ordening*. Mensen zijn niet gelijk en samenlevingen zijn gestratificeerd; stratificatie betekent in de sociologie het verklaren van ongelijkheid. Turner (1984) bijvoorbeeld onderscheidt een zestal dimensies van sociale stratificatie: (1) de concentratie van materiële welvaart, (2) de concentratie van macht, (3) de verdeling van prestige of (beroeps)status, (4) de vorming van cultureel homogene groepen, (5) de rangorde van status binnen die groepen en (6) sociale mobiliteit.
- Er schuilt een *stelsel* in de veelzijdige verzameling die met cultuur wordt aangeduid, de te onderscheiden elementen hangen met elkaar samen. Zo kan cultuur worden gedefinieerd als het “*geheel van gewoonten, instellingen, symbolen, voorstellingen en waarden van een groep*” (Kloos, 1995). Mensen in organisaties leren gedragspatronen en manieren van interactie (taal), normen in werkgroepen en vergaderingen, waarden (wij vinden het belangrijk dat ...). Organisatiecultuur komt dan ook terug in de missie van de organisatie, de regels binnen een organisatie en in de fysieke indeling. Cultuur heeft twee kanten: zachtere (informele) en hardere (formele) kanten.

Onderzoek naar de ‘zachte’ kanten

Literatuuronderzoek naar de zachte kanten van samenwerking in organisaties (Ouwens, Bosch & Wensing, 2012) toont aan dat er vijf soorten ‘zachte’ factoren zijn te onderscheiden die van invloed kunnen zijn op samenwerking, namelijk: de cultuur in organisaties, de samenstelling en het functioneren van teams, de manier waarop leiderschap wordt ingevuld, de competenties van de zorgverleners en leidinggevers op het gebied van samenwerking, en het functioneren van sociale netwerken. Uit onderzoek naar organisatie management komt naar voren dat de meest succesvolle organisaties goed scoren op ‘zachte’ kenmerken zoals hoge inzet van medewerkers,

betrokkenheid en vakmanschap. Andere ‘zachte’ aspecten die genoemd worden zijn: integer en coachend management en een open en actiegerichte cultuur binnen de organisatie.

De auteurs stellen dat de wetenschappelijke onderbouwing van deze conclusies echter beperkt is en hoewel het aannemelijk lijkt dat deze bevindingen ook van toepassing zijn binnen de gezondheidszorg, zou dit nader moeten worden onderzocht. In de wetenschappelijke literatuur die betrekking heeft op de zorg, vonden zij geen goede studies die sterke relaties aantoonde tussen cultuur in organisaties en aspecten van zorgverlening en patiëntuitkomsten. Hun conclusie is dan ook dat we vooralsnog niet in staat zijn om organisatiecultuur of teamfunctioneren zodanig te meten dat deze metingen voorspellend zijn voor de uitkomsten van zorg. Hierdoor is het lastig om er gerichte interventies op te zetten, die bijdragen aan het verbeteren van samenwerking. De enige uitzondering is onderzoek naar teamfunctioneren bij (multidisciplinaire) patiëntenzorgteams: ‘versterkingen’ van teams leiden vaak tot betere uitkomsten (Ouwens, et al., 2012).

Instrumenten om (aspecten van) cultuur te meten

In dit hoofdstuk zetten we een aantal bestaande instrumenten om cultuur te meten op een rij. De instrumenten verschillen in welke aspecten van cultuur zij meten. Sommige zijn meer specifiek en bijvoorbeeld gericht op de zorg of op teamfunctioneren. Andere zijn meer generiek, gericht op organisaties in het algemeen en meten een keur aan aspecten. Voor een uitgebreider overzicht zie bijvoorbeeld Ouwens et al. (2012).

Het Instrument voor Zelf Evaluatie van Patiëntveiligheidscultuur (IZEP)

Het inzicht dat cultuur een rol speelt in de kwaliteit en veiligheid van zorg is als zodanig niet nieuw; het is inmiddels onderdeel van het VMS veiligheidsprogramma. Het Veiligheids Management Systeem (VMS) - waarover het veld en de minister afspraken hebben gemaakt over onder andere de implementatie en waarop het IGZ intensief toezicht houdt - ondersteunt ziekenhuizen bij het verbeteren van de patiëntveiligheid. Onderdeel van dit VMS programma is de patiëntveiligheids-cultuur. Binnen het programma wordt een zogenaamde ‘cultuurbox’ als tool aangeboden. Het biedt een instrument waarmee de veiligheidscultuur op een afdeling is te bepalen: IZEP, een instrument voor zelfevaluatie van de patiëntveiligheidscultuur (NIVEL, 2006). Dit instrument geeft medewerkers inzicht in patiëntveiligheid, maakt het onderwerp bespreekbaar en biedt mogelijkheden om de veiligheidscultuur te versterken.

IZEP vindt zijn oorsprong in het werk van Robert Westrum (1993, in: NIVEL, 2006). Westrum maakt onderscheid tussen verschillende organisatieculturen op basis van de manier waarop in een organisatie met informatie wordt omgegaan. Dat kan zijn ‘pathologic’ (pathologisch, ontkennend), ‘bureaucratic’ (bureaucratisch, calculatief) en ‘generative’ (generatief, vooruitstrevend). Het instrument heeft ten doel de veiligheidscultuur op een afdeling in kaart te brengen, er over te discussiëren en vervolgens aangrijpingspunten voor verbetering te kiezen. ‘Understanding your culture’ is gebaseerd op de gedachte dat een veiligheidscultuur evolueert via vijf cultuurniveaus. Te beginnen bij een ontkennende cultuur en dan via respectievelijk, een reactieve, bureaucratische, en proactieve cultuur naar een vooruitstrevende veiligheidscultuur (zie tabel 1).

Het instrument zelf bestaat uit negen dimensies die van belang worden geacht voor het managen van veiligheid. Bij elke dimensie is in de vorm van stellingen omschreven hoe de betreffende dimensie eruitziet per cultuurniveau. Door elke

dimensie te lokaliseren binnen één van de vijf cultuurniveaus kan inzicht worden verkregen in de heersende veiligheidscultuur. Deze dimensies gaan alle specifiek in op patiëntveiligheid: 'Prioriteit van veiligheid', 'Incidenten en verantwoordelijkheid voor patiëntveiligheid', 'Registratie en evaluatie van incidenten', 'Middelen', 'Leren van incidenten en realiseren van verbeterplannen', 'Communicatie over patiëntveiligheid', 'Personeelsbeleid en patiëntveiligheid', 'Bijscholing en training gericht op (patiënt)veiligheid' en 'Samenwerking en patiëntveiligheid'. Van elke dimensie wordt gescoord op welke trede van de cultuurladder de afdeling of eenheid zich bevindt.

Tabel 1 Toelichting van de vijf cultuurniveaus van de patiëntveiligheidscultuur

Cultuurniveau	Beschrijving
Ontkennend	Organisaties waar een houding heerst van: <i>'waarom onze tijd verdoen aan veiligheid' . 'Er gebeuren nu eenmaal wel eens incidenten, dit is mensen werk, zorg ervoor dat je uit de handen van advocaten blijft, ontsla de gek die het heeft laten gebeuren'</i> . Er wordt weinig tot niet geïnvesteerd in verbetering van de patiëntveiligheid.
Reactief	Organisaties die alleen aan veiligheid denken nadat er een incident heeft plaatsgevonden. <i>'Dit mag nooit meer gebeuren'</i> . Er wordt (weer) een oplossing bedacht om een incident te voorkomen.
Bureaucratisch	Organisaties waar vooral papieren verslaglegging plaatsvindt. Veiligheid bestaat uit het 'turven van incidenten' om tijdens o.a. visitaties te laten zien dat men gefocust is op patiëntveiligheid. Er zijn meldingssystemen, er wordt geanalyseerd en er zijn veel statistieken. Er wordt getracht om te lokaliseren of er nog meer oorzaken voor incidenten zijn dan alleen menselijke fouten.
Proactief	Organisaties die verbetering van de patiëntveiligheid hoog op de agenda hebben staan. De statistieken worden gebruikt om trends te vinden, vervolgens verbeterplannen te implementeren en die te evalueren. Organisatorische, technische en menselijke fouten worden erkend. Er wordt actief en continue geïnvesteerd in verbeteringen. Mensen die veiligheidsgerelateerde kwesties aan de orde brengen worden beloond.
Vooruitstrevend	De meest optimale vorm van veiligheidsorganisatie waarin veiligheid een integraal onderdeel is van alles wat men doet. Op een vooruitstrevende afdeling is iedereen bewust en betrokken bij het onderwerp patiëntveiligheid, er is sprake van continu risico inventarisatie, implementatie en evaluatie van de verbeterplannen.

Bron: NIVEL, 2006.

Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)

De Safety Attitudes Questionnaire (SAQ; Sexton et al, 2006) is een afgeleide van de Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire, wat weer een afgeleide is van

een vragenlijst uit de burgerluchtvaart, de Flight Management Attitudes Questionnaire (FMAQ). De laatste is ontwikkeld nadat onderzoek uitwees dat de meeste vliegtuig-ongelukken het gevolg waren van intermenselijke fouten op het vlak van *crew performance* zoals *teamwork*, elkaar aanspreken, leiderschap, communicatie en gezamenlijke besluitvorming.

De SAQ meet de veiligheidscultuur aan de hand van een vragenlijst voor medewerkers 'in de frontlinie'. In feite meet men de temperatuur ofwel het klimaat op een afdeling. Sexton et al. (2006) spreken dan ook wel over *safety climate* of *teamwork climate*. De SAQ bestaat uit zes schalen (zie tabel 2).

Tabel 2

Scale: Definition	Example items
Teamwork climate: perceived quality of collaboration between personnel	-Disagreements are appropriately resolved (i.e., not <i>who</i> is right, but <i>what</i> is best for the patient) -Our doctors and nurses work together as a well coordinated team
Job satisfaction: positivity about the work experience	-I like my job -This ICU is a good place to work
Perceptions of management: approval of managerial action	-Management supports my daily efforts in this ICU -Management is doing a good job
Safety climate: perceptions of a strong and proactive organizational commitment to safety	-I would feel perfectly safe being treated here -ICU personnel frequently disregard rules or guidelines
Working conditions: perceived quality of the work environment and logistical support (staffing, equipment etc.)	-Our levels of staffing are sufficient to handle the number of patients -The equipment in this ICU is adequate
Stress recognition: acknowledgement of how performance is influenced by stressors	-I am less effective at work when fatigued -When my workload becomes excessive, my performance is impaired

De Team Climate Inventory (TCI)

Zoals Ouwens et al. (2012) aangeven is het meeste te verwachten van de Team Climate Inventory (TCI). De TCI is een vragenlijst over het teamfunctioneren (Anderson & West, 1994; Ouwens et al. 2007, 2009 en 2012; Strating & Nieboer, 2009). De TCI is een gevalideerd meetinstrument dat gebruikt kan worden om de kwaliteit op afdelingen te verbeteren en het innovatief vermogen te vergroten. De Nederlandse versie van de TCI bestaat uit de originele 44 items, verdeeld over vijf schalen en is gevalideerd voor patiëntenzorgteams (IQ Healthcare, Ouwens et al. 2009, zie tabel 3).

Tabel 3. De vijf schalen van de Nederlandse versie van de TCI

Schalen		1	2	3	4	5
1 TEAMVISIE						
29	In hoeverre bent u het eens met deze doelstellingen?	0.798				
33	Hoe zinvol zijn de doelstellingen van het team voor u?	0.782				
34	Hoe zinvol vindt u deze doelstellingen voor de organisatie?	0.782				
28	In hoeverre vindt u deze doelstellingen bruikbaar en geschikt?	0.744				
35	Hoe zinvol vindt u deze doelstellingen voor de maatschappij?	0.744				
36	In hoeverre vindt u deze doelstellingen realistisch en haalbaar?	0.722				
27	Hoe duidelijk zijn voor u de doelstellingen van het team?	0.672				
32	In hoeverre denkt u dat deze doelstellingen daadwerkelijk bereikbaar zijn?	0.670				
30	In hoeverre denkt u dat andere teamleden het eens zijn met deze doelstellingen?	0.651				
31	In hoeverre denkt u dat deze doelstellingen duidelijk zijn voor andere leden van het team?	0.631				
37	In hoeverre vindt u dat teamleden gebonden zijn aan deze doelstellingen?	0.624				
2 ERVAREN VEILIGHEID VOOR PARTICIPATIE: interactie en delen van informatie						
14	We gaan vaak met elkaar om	0.866				
05	We hebben regelmatig contact met elkaar	0.837				
20	Als team houden we contact met elkaar	0.790				
26	Teamleden treffen elkaar vaak zowel formeel als informeel	0.661				
23	Teamleden doen hun best om informatie binnen het hele team te delen	0.547				
16	Teamleden houden elkaar op de hoogte van werkgerelateerde zaken	0.529				
01	In het team delen we gewoonlijk informatie met elkaar, in plaats van dat we deze voor onszelf houden	0.437				0.443
03	We beïnvloeden elkaar allemaal	0.374				
3 ONDERSTEUNING BIJ INNOVATIE						
25	Teamleden leveren praktische ondersteuning voor nieuwe ideeën en hun toepassing	0.683				
06	In dit team nemen we de tijd die nodig is om nieuwe ideeën te ontwikkelen	0.669				
24	Dit team is altijd gericht op het ontwikkelen van nieuwe oplossingen	0.666				
10	Het team staat open voor en reageert op veranderingen	0.663				
02	Hulp bij het ontwikkelen van nieuwe ideeën is gemakkelijk voorhanden	0.656				
21	Teamleden zoeken altijd naar frisse, nieuwe manieren om naar problemen te kijken	0.604				
11	Teamleden werken samen om nieuwe ideeën te ontwikkelen en toe te passen	0.487				
17	Teamleden leveren en delen middelen om nieuwe ideeën toe te passen	0.318				
4 TAAKGERICHTHEID						
41	Toetsen teamleden mogelijk zwakke punten van het team, om de beste resultaten te kunnen bereiken?				0.755	
40	Zijn teamleden bereid om de essentie van het team ter discussie te stellen?				0.669	
44	Heeft het team duidelijke criteria waaraan teamleden proberen te voldoen om als team de hoogst mogelijke kwaliteit te bereiken?				0.580	
39	Volgen u en uw collega teamleden elkaar kritisch om een hoge kwaliteit van het werk te handhaven?				0.577	
43	Is het voor teamleden echt belangrijk om als team de hoogst mogelijke kwaliteit te bereiken?				0.550	
42	Bouwen teamleden voort op elkaars ideeën om de best mogelijke resultaten te bereiken?				0.522	
38	Bieden uw collega teamleden u bruikbare ideeën en praktische hulp zodat u in staat bent uw werk naar beste vermogen te doen?				0.348	0.470
5 ERVAREN VEILIGHEID VOOR PARTICIPATIE: veiligheid en invloed						
07	Teamleden voelen zich begrepen en geaccepteerd door elkaar	0.415				0.567
19	Er is vaak sprake van geven en nemen binnen het team					0.533
08	Naar ieders mening wordt geluisterd, zelfs wanneer het een minderheidsstandpunt betreft					0.483
13	We hebben een houding van 'we gaan er samen voor'					0.413

Bron: Ouwens et al. 2009.

De TCI kan gebruikt worden als diagnose instrument, door kritisch te kijken naar het functioneren van het team kan gericht aan verbeteringen gewerkt worden. Het kan tevens gebruikt worden als effectmaat, als maat voor kwaliteitsverbetering.

De Quaser Hospital Guide for quality improvement strategies

De Quaser Hospital Guide is een - op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde - tool waarmee ziekenhuizen kunnen reflecteren op hun strategieën de kwaliteit te verbeteren en deze verder te ontwikkelen. In deze guide ook aandacht voor cultuur. Ziekenhuizen (leden RvT, RvB, management, staf) kunnen zichzelf scoren op vijf strategieën, te weten:

1. Establishing a broad, shared understanding of quality and quality improvement in your hospital which encourages 'buy in' from all professional groups
2. Allowing local adaptation of initiatives within a broader strategic framework
3. Embedding quality improvement in the way we do things around here
4. Establishing the relevance and importance of change
5. Reflecting on quality in your hospital and your quality improvement journey.

De antwoordcategorieën zijn: strongly agree, agree, neither agree or disagree, disagree, strongly disagree.

Als bijvoorbeeld bestuurders dit voor zichzelf hebben ingevuld is het mogelijk aan de hand van de antwoorden met elkaar te discussiëren. De guide geeft allerlei voorbeelden om de strategieontwikkeling te ondersteunen en bevorderen, gebaseerd op internationaal onderzoek. Er worden veel ingrediënten aangedragen voor het ontwikkelen van een open cultuur: continuïteit, bereidheid tot leren, cijfers + verhalen, patiëntenparticipatie, bottom up en top down werken (zie antwoord Roland Bal op blog Rien Meijerink).

Het Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI)

Het Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) is een gevalideerde onderzoeksmethode om organisatiecultuur in kaart te brengen. Het is gebaseerd op een model van Cameron & Quinn. Het model bestaat uit vier concurrerende waarden, die corresponderen met vier typen organisatiecultuur. Aan de hand van een vragenlijst kan per organisatie een – unieke – mix van de vier typen worden geïnventariseerd. In de vragenlijst moeten respondenten 100 punten verdelen over een aantal uitspraken die met de vier typen organisatiecultuur overeenkomen. Gaat het dan bijvoorbeeld om een mix of domineert er bijvoorbeeld één cultuur?

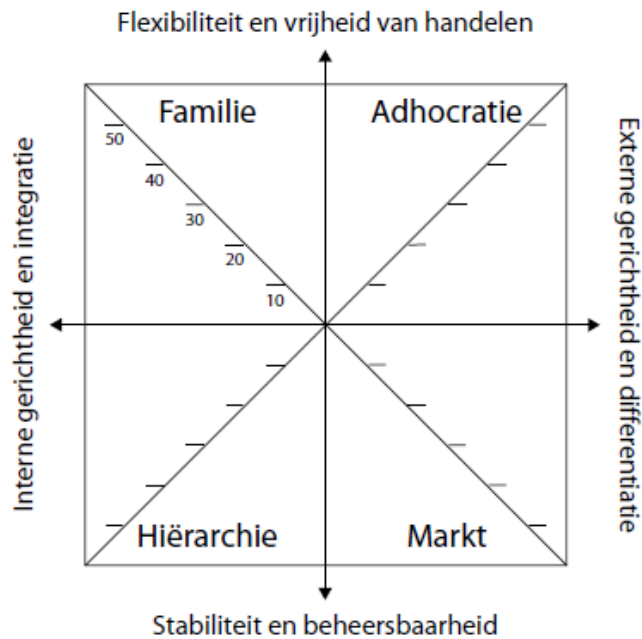
De respondenten beoordelen zes factoren van de organisatie:

1. De dominante kenmerken van de organisatie: de 'uitstraling'
2. De stijl van leidinggeven
3. Het personeelsmanagement
4. Het 'bindmiddel'
5. De strategische accenten
6. De succescriteria.

Door de individuele OCAI-scores te middelen ontstaat een cultuurprofiel. De vier culturen zijn:

1. De familiecultuur (vriendelijke werkomgeving die veel weg heeft van een grote familie, gericht op loyaliteit en traditie)
2. De adhocatiecultuur (dynamische, ondernemende en creatieve werkomgeving, gericht op experimenten en innovaties)
3. De marktcultuur (resultaatgerichte organisatie, met een nadruk op winnen)
4. De hiërarchiecultuur (zeer geformaliseerde en gestructureerde werkomgeving gericht op stabiliteit)

In een figuur



Bron: OCAI Online.

Zoals in de figuur is te lezen verschillen de vier organisatieculturen op twee dimensies:

- Interne gerichtheid en integratie versus externe gerichtheid en differentiatie;
- Stabiliteit en beheersbaarheid versus flexibiliteit en vrijheid van handelen.

Tien vragen voor toezichthouders in de publieke sector (PwC)

PwC (2011) heeft tien gewetensvragen en tien indicatoren voor toezichthouders opgesteld. Beide zijn bedoeld om bestuurders snel op het spoor te laten komen van zogenaamde 'rode vlaggen'. Dit zijn de vaak verborgen 'early warning signals' waarmee toezichthouders vroegtijdig kunnen onderkennen dat de werkelijke cultuur afwijkt van de gewenste cultuur.

Tien gewetensvragen over cultuur en gedrag

1. Welk gedrag wordt van onze organisatie verwacht om onze merkbefORTE, de strategie, de verwachtingen van stakeholders en de governance-doelstellingen waar te maken?
2. In hoeverre zijn de cultuur en het gewenste gedrag helder en ondubbelzinnig gedefinieerd in de kernwaarden?
3. Hoe zorgt de organisatie ervoor dat iedereen in de organisatie de betekenis van de kernwaarden kent voor het verwachte gedrag in de verschillende afdelingen en functies?
4. In hoeverre is het (voorbeeld-)gedrag van de hoogste leiding in lijn met onze kernwaarden en cultuur?
5. Welk signaal geven wij en het management af met de gemaakte keuzes en genomen besluiten? In hoeverre zijn deze signalen in lijn met strategie, doelstellingen én onze kernwaarden?
6. In hoeverre staat de hoogste leiding en het (midden-)management onder druk om de gestelde financiële, veelal kortetermijndoelstellingen te bereiken, mogelijk ten koste van het vertrouwen op de lange termijn?
7. Hoe beoordelen en belonen wij medewerkers voor goed gedrag in lijn met de kernwaarden (en niet alleen voor het behalen van resultaat)?
8. In hoeverre dekken onze regels en interne beheersingsmaatregelen niet alleen onze governance-doelstellingen af, maar passen ze ook bij de cultuur die we voor ogen hebben?
9. Hoe verkrijgen wij als raad van toezicht voldoende deskundigheid en betrouwbare informatie om een robuuste dialoog te kunnen voeren met het management over de sterktes en zwaktes van de organisatiecultuur?
10. In hoeverre geven wij met ons eigen gedrag en de wijze waarop we met elkaar en met het management omgaan als raad van toezicht het goede voorbeeld in lijn met de gewenste cultuur?



Bron: PwC, 2011.

Deze studie

Omdat we in deze studie de relatie onderzoeken tussen corporate governance en cultuur op de werkvloer zijn we uitgegaan van een definitie van organisatiecultuur waarin deze relatie tot uiting komt. Organisatiecultuur is daarin de optelsom van drie elementen (PwC, 2011). *Voorbeeldgedrag* is het gedrag van de leiding en medewerkers onderling. Een voorbeeld: Hoe wordt omgegaan met gemaakte fouten of in hoeverre staat men open voor kritische vragen? *Symbolen* zijn beslissingen die genomen worden over tijd, geld of andere schaarse middelen. Een voorbeeld: Welk punt valt altijd van de agenda af? Of: wie wordt er gepromoveerd? *Systemen en structuren* binnen een organisatie zijn bijvoorbeeld de regels en de codes, het beloningssysteem, het kwaliteitssysteem, de organisatiestructuur en interne controlemaatregelen. Het model wordt afgebeeld in de volgende figuur.

Figuur 1. Sturen op cultuur en gedrag



Bron: PwC, 2011.

Bij de drie elementen gaat het om zaken die meer of minder vastliggen, om formele en informele regels en codes. Cultuur is dan:

het geheel van (formele en informele) boodschappen die een bepaalde groep of organisatie uitzendt over de zaken die echt gewaardeerd worden en hoe men geacht wordt zich te gedragen binnen een groep of organisatie (PwC, 2011).

4. Praktijkonderzoek

De RVZ deed een aantal diepte-interviews met mensen die zich elke dag in het zorgproces bewegen, zowel in de cure als care. Dit waren mensen in verschillende functies, waardoor er verschillende invalshoeken belicht werden. Zo voerden we gesprekken met kwaliteitsfunctionarissen, verpleegkundigen, vertrouwenspersonen, middenmanagers. Daarbij hebben we gezocht naar variëteit van de bezochte instellingen. In de care waren dat instellingen die regelarm zijn; een ernstig incident hebben doorgemaakt; een hele goede reputatie hebben op het gebied van kwaliteit; werken volgens de PlaneTree filosofie; een huis met slechte prestaties; en een willekeurig gekozen huis. In de cure bezochten we een academisch ziekenhuis; twee maal een hoog gespecialiseerde afdeling; een hoog gespecialiseerd ziekenhuis; een groot ziekenhuis; en twee maal een streekziekenhuis.

Hieronder enkele van de belangrijkste bevindingen uit de gesprekken, aan de hand van het PwC-model.

a. De formele aspecten van organisatiecultuur: systemen en structuren

De aandacht voor kwaliteit en veiligheid is formeel bij alle bezochte instellingen goed geregeld, men voldoet aan de wet- en regelgeving, op papier is alles in orde. Er zijn functionarissen voor aangesteld, documenten en procedures liggen klaar voor gebruik. Er zijn weinig positieve geluiden over de instrumenten. De enige positieve opmerkingen zijn, dat een kwaliteitssysteem een reflectie instrument is voor organisaties, het houdt een spiegel voor, het helpt om procesmatig te denken. Eensluidend is men over de conclusie dat toepassen van dergelijke instrumenten geen garantie zijn voor kwaliteit en veiligheid, en dat het veel geld kost. Er lijkt geen relatie te bestaan tussen beide. Illustratief is de uitspraak van een van de geïnterviewden:

“Formeel is alles goed geregeld, maar als de 2 jaarlijkse accreditatie er aankwam, was iedereen in rep en roer, hieruit blijkt dat het kennelijk niet in het systeem zat.”

Kwaliteitssystemen worden ervaren als papieren tijgers, één instelling heeft 900 documenten gewijd aan kwaliteit en veiligheid.

“Het gebruik leidt tot een cultuur van controle en beheersbaarheid en de systemen zijn gebaseerd op wantrouwen.”

Veel gehoord probleem is het gebruik van software programma's die niet voldoen of deels voldoen aan de gewenste criteria. De programma's zijn zo algemeen, dat specifieke wensen of kenmerken van een afdeling niet ingebouwd zijn, en de verschillende programma's zijn niet compatibel. Gegevens moeten dubbel worden ingevoerd of kunnen niet worden gebruikt. Kwaliteitssystemen zijn ontworpen van buiten naar binnen, bijna alle respondenten houden een pleidooi voor het anders benaderen van kwaliteit en veiligheid. Begin bij de professional, bepaal de indicatoren voor kwaliteit en veiligheid vanuit het zorgproces dat de professional levert. Bouw het werken met kwaliteit en veiligheid in het zorgproces en bouw een team waarin de functie kwaliteit en veiligheid is geborgd. Als kwaliteitscommissies bestaan uit zorgprofessionals (de mensen die ermee moeten werken en voor wie het

eigenlijk bedoeld is) wordt er meer draagvlak ervaren en worden verbeteringen beter geïmplementeerd.

Veel kleine verbeterprojecten vinden op afdelingsniveau plaats. Deze projecten zijn door de afdelingen zelf geïnitieerd en geïmplementeerd. Deze kleinere projecten worden dikwijls als succes ervaren, professionals willen hier aan meewerken en zien de meerwaarde ervan in. Hoog in de organisatie wordt de HKZ of NIAZ nog wel als een geslaagd project ervaren (met wel de eerder genoemde kritische kanttekeningen), maar in de teams zijn het meer de kleinere, eigen projecten waar men warm voor loopt. Men ervaart zelf de gevolgen van de fouten of verbeteringen, daardoor is men gemotiveerd om het gedrag te veranderen. De met kwaliteit en veiligheid belastte functionarissen zijn ook vaak degenen die registreren. Het kwaliteitssysteem zou veel meer van alle medewerkers moeten zijn, zodat de aandacht en betrokkenheid van alle medewerkers gegarandeerd is.

b. De informele aspecten van organisatiecultuur: voorbeeldgedrag en kernwaarden

Bij de informele aspecten van de cultuur vonden we grote verschillen, zowel tussen de organisaties als tussen verschillende afdelingen binnen een organisatie. Dit hangt deels samen met hoe er tegen kwaliteit wordt aangekeken, dat kan in een organisatie nogal verschillen.

“Voor de professional is kwaliteit en veiligheid een totaal ander begrip dan voor een kwaliteitsfunctionaris, of voor een bestuurder, er is een andere definitie. De kwaliteitsfunctionaris heeft het over een NIAZ accreditatie, of over VMS thema's, HKZ en JCI. Terwijl voor de professional de zorg voor de patiënt en het contact met familie kwaliteit is. Je moet dus wel de vertaling maken wat je onder kwaliteit verstaat.”

De aanspreekcultuur is vrijwel overal lastig, men wil elkaar niet bekritisieren, soms is men nog bang voor represailles. Er heerst nog te weinig een lerende cultuur. De rol van de teamleiders bij het veranderen van cultuur is groot, maar zij zijn niet altijd voldoende opgeleid en toegerust om veranderingen te laten slagen. Verschillende respondenten geven aan dat niet alle teamleiders voldoende capaciteiten hebben, en het ondanks goede wil lastig vonden om de teams tot verandering te bewegen.

Er zijn afdelingen waar de hiërarchie dokter-verpleegkundige erg groot is, wat belemmerend kan werken als het gaat om een open en lerende cultuur. Uitzonderingen vormen de hoog gespecialiseerde afdelingen (neonathologie, intensive care), daar heerst een goede aanspreekcultuur. Volgens de respondenten heeft dat vooral te maken met het feit dat verpleging een hoog opleidingsniveau heeft en dat de dokters moeten vertrouwen op de beoordelingen van de verpleging. Men is wederzijds afhankelijk, men moet goed samenwerken omdat er gewerkt wordt met heel zieke mensen. Op deze afdelingen signaleren medewerkers zelf verbetermogelijkheden, nemen hiertoe zelf het initiatief en kunnen ook werkelijk veranderingen teweeg brengen, die door het hele team gedragen worden. Er heerst een lerende cultuur.

Om de lerende- en aanspreekcultuur aan te moedigen worden er verschillende oplossingen gezocht. Zo is er op een afdeling een vast moment aan het einde van de dag waar het team met elkaar evalueert wat er die dag goed en minder goed is

verlopen. Hierdoor wordt aanspreken ingebouwd in de werkdag. Elders maakt men gebruik van multidisciplinaire overlegteams waar ook management deel van uitmaakt, met als vast agendapunt het bespreken van zaken die niet goed gegaan zijn. Veel organisaties proberen met behulp van scholing, introductie training voor nieuwe medewerkers, teamtraining om te kijken naar zichzelf, de rollen in teams, en bouwen en verbouwen van teams, de aanspreekcultuur te verbeteren.

Als succesfactoren worden genoemd: een duidelijke, gezamenlijke visie, die leidt tot een gevoel van saamhorigheid; samenwerking en vertrouwen; de voorbeeldrol van leidinggevenden; zorgen dat je formele zaken op orde zijn; en een goede communicatie in de organisatie, in het team, met de patiënt en de familie.

De voorbeeldrol van de Raden van Bestuur wordt door de respondenten zeer wisselend beoordeeld. Er is zijn veel verschillen: men is (on)zichtbaar op de werkvloer, men heeft (g)een goed verhaal over waar men met de organisatie voor staat, men vertaalt de kernwaarden wel/niet in beleid, in scholing, personeelsbeleid etc.

De medewerkers zijn intern gemotiveerd om aan kwaliteit en veiligheid te werken, de meesten doen hun werk met hart en ziel. Externe prestatiedruk is helemaal niet nodig volgens sommige respondenten.

“Als organisatie moet je achter je medewerker staan, deze moet voelen dat men gewaardeerd wordt en dat zij een stem hebben, dat hun invloed telt!”
“Als een verandering in het belang is van henzelf, van het team of van de bewoners voor wie zij zorgen, dan zal het gedrag eerder veranderd worden dan dat men geen of te weinig het belang ziet van de verandering”.

c. De symbolische waarde van beslissingen

Het decentraliseren van de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid is een veelgehoorde aanpak. Het bestuur geeft daarmee twee symbolen af: zij erkennen dat kwaliteit een zaak is van professionals, en dat kwaliteit geleverd wordt op de werkvloer, en geven de professionals de autonomie om besluiten te nemen die zij nodig en verstandig achten. Toch geeft men ook een ander symbool: het implementeren van plannen komt niet altijd van de grond, er is veel tijd en geld voor nodig, en dat geld is er niet.

*“Dat zijn bestuurlijke keuzes, en zolang kwaliteit en veiligheid een bij-
onderwerp is zal het nooit hoog op de agenda komen.”*

Wijzigingen aan de top van de organisatie kunnen grote gevolgen hebben voor de medewerkers, een nieuwe koers kan zowel een positief als negatief effect hebben op de cultuur. Bestuurders wisselen nogal eens van baan, waardoor eerder uitgezet beleid zomaar 180° kan veranderen. De afstand tot de werkvloer is vaak groot, men vraagt zich wel eens af of de bestuurders wel weten wat de gevolgen zijn van de beslissingen voor de medewerkers en de patiënten. Er is soms sprake van veel veranderingen tegelijk,

“men zou daar van hogerhand meer een keuze in moeten maken, we willen hier alles. Overal in excelleren, dat kan niet.”

Aandacht voor bedrijfseconomische aspecten staat dikwijls haaks op het werken aan kwaliteit en veiligheid, vooral de managers en teamleiders hebben er last van. Er is een ondergrens qua bezetting: als je handen tekort komt aan het bed, en je komt nauwelijks toe aan de noodzakelijke zorg, hoe kun je dan nog aandacht hebben voor kwaliteit en veiligheid? Tevens valt op dat verschillende organisaties hun teamleiders wel inzicht geven in productiecijfers door middel van dashboards, en geen prestatie-informatie teruggeven over kwaliteit en veiligheid. Corresponderen de kernwaarden met de set van indicatoren waarmee men wil sturen?

Bij een van de instellingen is er in het personeelsbeleid is er veel aandacht voor kwaliteit en veiligheid, dit onder andere door middel van scholing. Er wordt ook geregistreerd wie er wel en niet geschoold zijn. Aan de introductie van alle nieuwe medewerkers wordt uitgebreid aandacht besteed. Tijdens de introductie die anderhalve dag duurt wordt het VIM formulier (Veilig Incidenten Melden) uitgelegd, er is een presentatie over de zorgpaden, en uitleg over het kwaliteitsbeleid en de veiligheid. De Raad van Bestuur doet een praatje, en er is een feedback scholing.

Een andere instelling in de care zorgt voor kwaliteit en veiligheid door het op de werkvloer te organiseren. Zij maken gebruik van twee functionarissen die elke dag de werkvloer ondersteunen met raad en daad, de verpleegkundige en de sociaal agoog. De laatste helpt mensen om elkaar te leren aanspreken. Als organisatie laat men zien dat kwaliteit en veiligheid vaste onderdelen zijn van de dagelijkse routine. Men maakt gebruik van focusgroepen en praatcafé's, waarin er voldoende aandacht is voor de inbreng van de medewerkers, ook hier is de inbreng 'georganiseerd'. Daarmee geeft de instelling aan dat het belangrijk is.

d. De samenhang in boodschappen

Cultuur bouw je niet door wat je zegt, maar vooral door wat je doet. De boodschappen over wat echt gewaardeerd wordt in de organisatie komen juist voort uit het dagelijks handelen. Ze vinden hun oorsprong in drie bronnen die samen de organisatiecultuur vormen. Hoe hangen deze drie punten samen? Bij alle organisaties is er voldoende aandacht voor structuur, de helft van de organisaties vindt het informele aspect van de cultuur niet voldoende. Deze respondenten beoordelen de kwaliteit en veiligheid binnen hun organisatie dan ook als onvoldoende. De organisaties waar zowel de structuur als het gedrag positief worden beoordeeld, vinden de kwaliteit en veiligheid binnen hun organisatie goed. Hier past de kanttekening dat we slechts 12 organisaties hebben geïnterviewd en niet op zoek zijn gegaan naar een direct verband tussen cultuuraspecten en de samenhang ervan en de beoordeling van de kwaliteit en veiligheid.

De samenhang in formele en informele boodschappen is niet altijd aanwezig zo blijkt uit de interviews. De formele kwaliteitssystemen worden op de werkvloer in een aantal gevallen als administratieve ballast ervaren en niet als bijdragend aan veilige zorg. Ze worden gevoeld als motie van wantrouwen en lijken van hogerhand opgelegd. Informeel ontbreekt het vaak aan een open en lerende cultuur waarin men elkaar kan aanspreken. De formele en informele boodschappen ondersteunen elkaar dan niet. Ook de symbolische werking van beslissingen blijkt van belang in relatie tot gedrag: aandacht voor een lerende cultuur door personeelsbeleid, speciale intermediairs die gesprekken op gang kunnen brengen tussen medewerkers, en het creëren van overlegmomenten en het bevorderen van kleinschalige

verbeterprojecten (op afdelingsniveau), geïnitieerd vanuit de professionals op de werkvloer.

Een veiligheidscultuur bestaat dus deels uit protocollen - bijvoorbeeld ten aanzien van het veilig melden van incidenten - maar er zitten ook andere kanten aan, kanten die minder grijpbaar en zichtbaar zijn, kanten die doorgaans ook niet gemeten worden. Terwijl het daar juist wel eens om kan gaan. Als we beter in staat zijn om organisatiecultuur ten aanzien van kwaliteit en veiligheid te meten en er meer oog voor hebben, kunnen we wellicht van een heleboel (van buitenaf opgelegde) indicatoren af. En misschien is het wel zo dat door de veelheid van indicatoren oneigenlijk gedrag juist in de hand wordt gewerkt.

Wanneer een systeem niet goed werkt - laten we zeggen een kwaliteitssysteem in de zorg - kan het zijn dat er iets schort aan het systeem zelf. Het kan ook zo zijn dat de mensen die met het systeem werken dat niet goed doen. Bij het laatste gaat het om *compliance*. De term compliance vindt zijn oorsprong in de financiële sector en houdt in dat een persoon of organisatie werkt in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving, als ook het werken volgens de normen en regels van de instelling zelf. Het gaat dan om het nakomen van normen (of het zich er naar schikken) en gaat dus ook over cultuur. Financiële instellingen hebben een *compliance*regeling. Deze regeling bevat voorschriften waaraan de in de instelling werkzame personen zich dienen te houden, maar ook voorschriften omtrent de wijze van controle op de naleving van die voorschriften.

In de zorg is er in toenemende mate aandacht voor *compliance*. Deze zomer werd de Vereniging voor Compliance in de Zorg opgericht (Zorgvisie, 13 juli 2013). Hoewel in eerste instantie met het oog op wet- en regelgeving ten aanzien van bijvoorbeeld mededinging, bedrijfseconomische aspecten en privacy, zou compliance ook een rol kunnen spelen bij kwaliteit en veiligheid. De vereniging stelt dat om compliance te bereiken het essentieel is dat binnen de organisatie een cultuur van compliance ontstaat, liefst met de ondersteuning van het bestuur en de toezichthouders. Deze zou kunnen inventariseren, adviseren en toezien op cultuuraspecten in een organisatie, daarbij gebruikmakend van verschillende instrumenten. In de care heeft ActiZ een ‘Handboek *compliance*’ opgesteld⁴ (ActiZ, 2011). Daarin gaat het om het in- en uitvoeren van *compliance* beleid, ingegeven door de verandering van meer aanbod gerichte zorg naar meer vraaggestuurde en cliëntgerichte zorg en de spanning die men voorziet tussen samenwerking en concurrentie. Ook hier veel aandacht voor mededingingsrecht en het vergroten van het maatschappelijk vertrouwen. Wel signaleert ActiZ dat “behalve met governance, *compliance* diverse raakvlakken heeft met risico- en veiligheidsmanagement”⁵.

⁴ De leden van ActiZ stemden in 2010 in met het invoeren van compliancebeleid.

⁵ Zo wordt in het handboek bijvoorbeeld aanbevolen om een (interne) klokkenluidersregeling te introduceren.

5. Conclusie en oplossingsrichtingen

Politiek en samenleving reageren op een calamiteit in de zorg al gauw met de roep om streng of strenger optreden. Het komt er nog niet zo vaak van op zoek te gaan naar de dieperliggende oorzaken van matig of slecht functionerende interne governance. Recentelijk is er veel aandacht voor cultuur en gedrag in zorginstellingen. De Commissie Behoorlijk Bestuur (de Commissie Halsema) stelt in haar rapport van september 2013 dat het verstandig is in organisaties vaker een lastig gesprek met elkaar te voeren. Zo een open cultuur, waarin bestuurders en werknemers elkaar aanspreken op gedrag, helpt mensen verantwoordelijkheid te nemen voor hun handelen. Maar wat is dat dan precies, een open cultuur?

In hoofdstuk 3 zagen we een belangrijk kenmerk van cultuur is dat het iets is van een groep of samenleving. En dat cultuur is aangeleerd. Organisatiecultuur omvat zowel formele als informele aspecten. Zo kwamen we uit bij de volgende definitie:

Organisatiecultuur is het geheel van (formele en informele) boodschappen die een bepaalde groep of organisatie uitzendt over de zaken die echt gewaardeerd worden en hoe men geacht wordt zich te gedragen binnen een groep of organisatie (PwC, 2011).

We inventariseerden bestaande (gevalideerde) instrumenten om cultuur te meten – zowel voor in de zorg als daarbuiten. Aan de gang gaan met cultuur is nog niet zo gemakkelijk. Er is een keur aan instrumenten beschikbaar die alle verschillen in welke aspecten van cultuur zij meten. Sommige zijn meer specifiek en bijvoorbeeld gericht op patiëntveiligheid in de zorg of op teamfunctioneren (IZEP, SAQ, TCI). Andere zijn meer generiek, gericht op organisaties in het algemeen en meten een keur aan aspecten (OCAI). Ook de aanvliegroute is verschillend, sommige instrumenten zijn bedoeld voor toezichthouders en bestuurders (Quaser, PwC), andere voor de medische staf (IZEP, TCI). Wat verder opvalt, is dat sommige instrumenten vooral gericht zijn op de cure (IZEP en Quaser), maar dat instrumenten ook breder ingezet kunnen worden (TCI, OCAI).

In de wetenschappelijke literatuur die betrekking heeft op de zorg, zijn nog geen goede studies die sterke relaties aantonen tussen cultuur in organisaties en aspecten van zorgverlening en patiëntuitkomsten. Op zoek gaan naar een optimale wisselwerking tussen formele en informele aspecten van cultuur bleek voor deze studie een werkzaam meetinstrument (zie hoofdstuk 4). De aspecten die er toe doen zijn bijvoorbeeld: de mate van hiërarchie op een afdeling, het hebben of ontwikkelen van een door de werkvloer gedragen formeel kwaliteitssysteem; de mate van samenwerking in teams waarbij mensen elkaar durven aanspreken; personeelsbeleid gericht op een lerende cultuur, voorbeeldgedrag van leidinggevend en Raad van Bestuur en het bevorderen van kleinschalige bottom-up verbeterprojecten per afdeling. De samenhang tussen deze aspecten moet consistent zijn. Dus juist ook de interne consistente - of omgekeerd de discrepanties - tussen de aspecten zijn een maat voor een gezonde veiligheidscultuur.

In deze studie zochten we naar antwoorden op de vragen:

Welke cultuuraspecten (formeel en informeel) dragen bij aan de kwaliteit en veiligheid van zorginstellingen, zowel in de cure als in de care? Is er op te sturen door de RvB/RvT? Wat moet de overheid doen?

Cultuur is een complex concept. We concluderen dat er meer systematisch aandacht voor organisatiecultuur moet zijn en onderzoek naar cultuur in relatie tot kwaliteit en veiligheid moet komen. Daar liggen taken voor zorginstellingen, voor raden van bestuur en raden van toezicht, en voor de wetenschap. Meer inzicht in de werkzame bestanddelen van cultuur is nodig. Het is belangrijk dat we nog verder ontrafelen welke bestanddelen er toe doen als het gaat om kwaliteit en veiligheid. Dat gezegd hebbende, zien we dat cultuur in aanleg vooral iets is van afdelingen, van de werkvloer, daar moet het gebeuren. Dat kan bijvoorbeeld door medewerkers op afdelingen verantwoordelijk te maken voor de *compliance* van een afdeling. Cultuur is dus vooral iets van zorginstellingen zelf en komt tot stand tussen bestuur en werkvloer.

Oplossingsrichtingen, gericht aan het veld:

- Heb oog voor cultuur bij verschillende vakgroepen en let daarbij op de mate van hiërarchie op een afdeling. Dit laatste zou wel eens een maat kunnen zijn voor een aanspreekcultuur. Probeer de hiërarchie te verminderen door als Raad van Bestuur de ervaring van jongere professionals en verpleegkundigen meer te benutten.
- Voeg cultuur als onderwerp standaard toe aan kwaliteitsvisitaties, zoals bijvoorbeeld de Nederlandse Internisten Vereniging doet aan de hand van de Team Climate Inventory (TCI). Een consequentie hiervan kan zijn dat visitatiecommissies breder worden samengesteld en er naast vakgenoten ook mensen in de visitatiecommissie komen die inzicht hebben in cultuur.
- Maak gebruik van een cultuurladder zoals beschreven in het Instrument voor Zelf Evaluatie van de Patiëntveiligheidscultuur (IZEP).
- Heb oog voor de samenhang van boodschappen vanuit bestuur, structuur en cultuur. Het samen - met de hele instelling - formuleren van kernwaarden kan daarbij behulpzaam zijn.
- Beleg de *compliance functie* bij medewerkers.

6. Geraadpleegde literatuur

ActiZ. *Handboek Compliance. Hulpmiddel voor het uitvoeren van compliancebeleid*. Utrecht: Actiz, 2011.

Anderson, N. en West, M.A. *Team Climate Inventory: Manual and User's Guide*. Windsor, UK: NFER-Nelson, 1994.

Cameron K. en Quinn R. *Onderzoeken en veranderen van organisatiecultuur*. Academic Service, 1999.

Commissie Behoorlijk Bestuur. Een lastig gesprek. Advies Commissie Behoorlijk Bestuur. Den Haag, Ministerie van Economische Zaken, 2013.

Externe onderzoeksc commissie MSZ. "Oog voor het onzichtbare". Onderzoek naar de uitbraak van de Klebsiella Oxa-48 bacterie in het Maasstad Ziekenhuis Rotterdam. Maart 2012.

Doorten, I. *Publiek belang in de gezondheidszorg. Over andere verhoudingen tussen overheid, veldpartijen en burgers op het gebied van gezondheidszorg*. Essay bij het Rob-advies Loslaten in vertrouwen. Cahier Loslaten in vertrouwen. Beschouwingen van adviesraden over een nieuwe verhouding tussen overheid, markt en samenleving. Den Haag: Raad voor het openbaar bestuur, p. 93-109, 2012.

Hofstede, G. *Allemaal andersdenkenden*, Uitgeverij Contact, 1991.

Inspectie van de Gezondheidszorg. Met de patiënt voor ogen. Inspectierapport over verscherpt toezicht op VUmc. Utrecht: IGZ, 2013.

Inspectie van het Onderwijs. De staat van het onderwijs. Hoofdpijnen uit het onderwijsverslag 2011/2012. Den Haag: Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, 2013.

Kivimäki, M. en Elovainio, M. A short version of the Team Climate Inventory: development and psychometric properties. In: *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 1999, 72: 241-246.

Kloos, P. *Culturele antropologie. Een inleiding*. Assen: Van Gorcum, 1995.

<http://nieuwsuur.nl/onderwerp/537036-resultaten-eigen-onderzoek-nieuwsuur.html>

<http://nieuwsuur.nl/onderwerp/539733-vertrouwen-in-novobestuur-opgezegd.html>

OCAI online. Organizational Culture Assessment Instrument. Sector Openbaar bestuur, overheidsdiensten en verplichte sociale verzekeringen deelprofiel (niet)leidinggevenden. www.ocai-online.nl, 2010.

OCAI online. Grip op organisatiecultuur. www.ocai-online.nl, 2008.

Onderwijsraad. *Publieke belangen dienen. Naar bestuurlijk evenwicht tussen overheid en onderwijsinstellingen*. Den Haag: Onderwijsraad, 2013.

Ouwens, M., Hulscher, M., Akkermans, R. Hermens, R., Grol, R. en Wollersheim, H. The Team Climate Inventory: application in hospital teams and methodological considerations. In: *Qual Saf Health Care*. 2008, 17 (4), p. 275-280.

Ouwens, M., Hulscher, M. en Wollersheim, H. Meten van teamklimaat. In: *Kwaliteit in zorg*, 2009, 4, p. 14-18.

Ouwens, M., Bosch, M. en Wensing, M. *De 'zachte kanten' van samenwerking in de eerstelijnszorg. Wat is er bekend uit onderzoek en wat zijn de kennislacunes?* Nijmegen, UMC St Radboud, 2012.

Putters, K. en S. van de Veerdonk. Voorbij de governancecode. Inzicht in de handelingen en afwegingen van toezichthouders. In: G. Minderman, R. Goodijk, S. van den Berg (red.). *Waar is de Raad van Toezicht?* Den Haag: Boom/Lemma, 2012.

PwC. *Sturen op cultuur en gedrag. Praktijkervaringen, dilemma's en best practices van toezichthouders in de publieke sector.* PricewaterhouseCoopers B.V., 2011.

PwC. *Herwaardering. Sturen op cultuur en gedrag in de financiële sector.* PricewaterhouseCoopers B.V., 2012.

Quaser. *The Hospital Guide. A research-based tool to reflect on and develop your quality improvement strategies.* University College London, 2013.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. *Tegenkracht organiseren. Lessen uit de kredietcrisis.* Den Haag: RMO, 2011.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. *Kijk eens wat vaker in de spiegel. Essay van de RMO ten behoeve van de Commissie Behoorlijk Bestuur.* www.adviesorgaan-rmo.nl, 2013.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Governance en kwaliteit van zorg.* Den Haag: RVZ, 2009.

Schein, E. *Organizational culture and leadership: a dynamic view.* San Francisco: Jossey-Bass, 1985.

Sexton, J.B., Helmreich, R.L., Neilands, T.B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., Roberts, P.R., Thomas, E.J... The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric Properties, Benchmarking Data, and Emerging Research. *BMC Health Services Research* 2006; 6:44.

Strating, M.M.H. en Nieboer, A.P. Psychometric test of the TCI-short version investigated in Dutch quality improvement teams. *BMC Health Services Research*, 2009, 9: 126.

Struben, V. en Wagner, C. *Ontwikkelen van een Instrument voor Zelf Evaluatie van de Patiëntveiligheidscultuur.* Utrecht: NIVEL, 2006.

Thiel, S. en F. Leeuw. The performance paradox in the public sector. *Public Performance and Management Review*, 25(3), p. 267-281, 2002.

Turner, J.H. *Societal stratification: a theoretical analysis*. New York: Columbia University Press, 1984.

<http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/trainingen-and-tools/tools/vms-cultuurbox>.

Bijlage 1

Vragenlijst ten behoeve van de deelstudie over het kritisch vermogen van de werkvloer

Introductie:

Hoe is de stand van zaken op het gebied van kwaliteit en veiligheid? Hoe beoordeelt u deze? Is er voldoende aandacht voor, zowel op bestuurlijk niveau als op de werkvloer?

Welke aspecten zijn voor deze instelling van belang om de kwaliteit en veiligheid te verbeteren?

Wat zou iemand die kort in deze instelling werkt opvallend vinden in jullie 'manier' van omgaan met kwaliteit en veiligheid?

Formele regels ten aanzien van kwaliteit en veiligheid:

1. Systemen en structuren ten aanzien van kwaliteit en veiligheid

- Kunnen medewerkers veilig incidenten melden?
- Maken artsen en verpleegkundig personeel gebruik van hetzelfde systeem?
- Zijn er vertrouwenspersonen in de instelling?
- Maakt de instelling gebruik van een eigen of landelijk kwaliteitssysteem?
- Wat is de ervaring met dit kwaliteitssysteem? (last of lust?)
- Zijn er specifiek functionarissen belast met kwaliteitsborging? Zo ja, hoe?
- Zijn er kwaliteitsprojecten? Zo ja, voor wie en hoe?
- Hoe staan de RvB en RvT hierin? Wat is formeel geregeld?
- Is dat wat formeel geregeld is rond kwaliteit en veiligheid voldoende volgens u?
- Wat is aanvullend nodig, wat zou nog moeten worden geregeld?

Informele regels ten aanzien van kwaliteit en veiligheid?

1. Rolmodellen en discrepanties in zeggen en doen

- Wat zijn de kernwaarden van de instelling?
- Hoe worden deze kernwaarden zichtbaar?
- Wat is de rol van RvB en RvT bij het zichtbaar maken van de kernwaarden?
- Wat dragen RvB en RvT uit ten aanzien van kwaliteit en veiligheid? (Rolmodel, wat doen ze? Belonen van goed gedrag?)
- Herkennen de medewerkers zich hierin, en willen de medewerkers hetzelfde als de leiding?
- Zijn de medewerkers gemotiveerd om aan kwaliteit en veiligheid te werken?
- Hoe is hun relatie met de werkvloer in dit opzicht?
- Zijn er discrepanties tussen zeggen en doen?
- Wat is de rol het middenmanagement bij het zichtbaar maken van de kernwaarden?
- Wat draagt het middenmanagement uit ten aanzien van kwaliteit en veiligheid? (Rolmodel, wat doen ze? Belonen van goed gedrag?)
- Hoe is hun relatie met de werkvloer in dit opzicht?

- Zijn er discrepanties tussen zeggen en doen?
- Spreken collega's op de werkvloer elkaar aan als het gaat om veiligheid? Hoe?
- Spreekt de leiding de werkvloer aan als het gaat om veiligheid? Hoe?
- Spreken artsen en verpleegkundigen/artsassistenten elkaar aan als het gaat om veiligheid? Hoe?
- Elkaar aanspreken: wordt er wat mee gedaan?
- Wat zou er kunnen worden verbeterd ten aanzien van het voorgaande?
- Hoe verklaart u de verschillen tussen de gewenste waarden/gedrag en de werkelijke waarden/gedrag?

2. Symbolische waarde van beslissingen

- Hoe is kwaliteit en veiligheid onderdeel van overleg tussen medewerkers?
- Staat het op de agenda van medewerkersoverleg? Is het een belangrijk punt?
- Luistert de leiding naar klachten van medewerkers omtrent kwaliteit en veiligheid en wordt daar iets mee gedaan, zo ja, wat dan?
- Is aandacht voor kwaliteit/veiligheid zichtbaar in personeelsbeleid? Scholing/promotie/functioneringsgesprekken/functionieschrijvingen.
- Wordt goed gedrag beloond?
- Hebben medewerkers zicht op uitkomsten van indicatoren/foutmeldingen? Hoe gaat het met de terugrapportage van incidenten?
- Worden er verbeterplannen gemaakt, door wie?
- Worden medewerkers betrokken/gehoord bij besluiten en keuzen die gemaakt worden door management, is er sprake van co-creatie?
- Is er voor medewerkers en voor teams voldoende ruimte om te leren, stelt men zich open voor verbeteringen?

Slot

Wat is volgens u binnen de instelling de dominante manier van 'regelen' van kwaliteit en veiligheid? (zijn de formele/informele/symbolen in balans)

Bijlage 2

Interviewverslagen Cultuur & Kwaliteit en Veiligheid

Door Marion Vermeer

Inleiding

Dit verslag is een weergave van twaalf gesprekken die ik gevoerd heb in de cure en in de care. We hebben gezocht naar de meningen van mensen die zich elke dag in het zorgproces bewegen. Dit in verschillende functies, waardoor er verschillende invalshoeken van dit onderwerp belicht worden. Tevens hebben we gezocht naar variëteit van de bezochte instellingen.

In de care waren dat instellingen die regelarm zijn; een ernstig incident hebben doorgemaakt; een hele goede reputatie hebben op het gebied van kwaliteit; werken volgens de Planetree filosofie; een huis met slechte prestaties; en een willekeurig gekozen huis. In de cure bezocht ik een academisch ziekenhuis; twee maal een hoog gespecialiseerde afdeling; een hoog gespecialiseerd ziekenhuis; een groot ziekenhuis; en twee maal een streekziekenhuis.

Sprekend over kwaliteit en veiligheid vliegen de afkortingen en certificaties je om de oren. PREZO, NICE, IFMS, Surpass, HKZ, NIAZ, JCI, de Rode Loper, Gastvrijheid met sterren etc. etc. Je mag hieruit concluderen dat er al veel is nagedacht en al veel wordt gewerkt aan kwaliteit en veiligheid. Maar wordt die kwaliteit ook ervaren door de zorgprofessionals en door de patiënt tijdens het zorgproces? Staat de werkvloer achter deze manier van werken, en hoe ervaren zij dat?

De gesprekken hebben een boeiend palet van meningen, ideeën, en indrukken opgeleverd. Ik heb steeds gesproken met mensen die hun visie op een heldere wijze weergaven. Een woord van dank is op zijn plaats!

1. Gesprekverslag: kwaliteitsfunctionaris in de cure

1.1 Formele regels: de systemen en structuren van de organisatie ten aanzien van kwaliteit en veiligheid

De wijze waarop de functie van kwaliteitsfunctionaris wordt georganiseerd binnen instellingen is verschillend. Bij deze organisatie is er sprake van een decentraal stuursysteem, waardoor de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid ligt bij de verschillende divisies en afdelingen in het ziekenhuis. Er is slechts één kwaliteitsfunctionaris werkzaam op centraal niveau, de hoofdtak is het verantwoorden van de kwaliteit en veiligheid naar externe stakeholders zoals Inspectie voor de Gezondheidszorg, zorgverzekeraars, en accreditering.

Binnen deze instelling wordt gewerkt met 4 divisies, met daaronder 8-9 afdelingen. Per divisie is er een kwaliteitsadviseur werkzaam, deze is in dienst bij het bestuur van de divisie. Het bestuur kiest op welke wijze deze functie wordt ingevuld, wat het takenpakket is, hoeveel uren de kwaliteitsadviseur tot zijn beschikking heeft, en op welke wijze er gewerkt wordt aan kwaliteit en veiligheid. Dit is dus per divisie, maar ook per afdeling verschillend. Hierdoor is de centrale organisatie op het domein kwaliteit en veiligheid niet 'in control' volgens de kwaliteitsfunctionaris. De Raad van Bestuur en Raad van Toezicht leggen de verantwoordelijkheid in de lijn en verwachten dat de lijn dit oppakt. De Raad van Toezicht vraagt niet echt door en leggen hun oor niet te luisteren bij anderen dan bij de Raad van Bestuur. Kan men met deze marginale informatie wel echt toezicht houden? *Hieruit blijkt dat kwaliteit en veiligheid toch nog steeds bijzaak is. Zijn we NIAZ geaccrediteerd, dan zal het zal wel goed zijn. Het is echt een wormvormig aanhangsel. Men schat het belang slecht in, en daardoor is het denkbaar dat men wel eens onaangenaam verrast zou kunnen worden omdat er dan opeens wel van alles moet'.*

Een goed voorbeeld van wel 'in control' zijn is de afdeling cardiologie, zij hebben een eigen systeem gekocht. Positief effect is dat men zich eigendom voelt van het kwaliteitssysteem. De decentralisatie van de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid leidt ertoe dat er per divisie een eigen beleid wordt gevoerd. Dat heeft tot gevolg dat men eigen systemen aanschaft, die niet organisatiebreed compatibel zijn. Hiernaast is het onmogelijk om alle indicatoren in de systemen te integreren, dat is een kwestie van geld maar ook van volume: het wordt zoveel dat het een onwerkbaar situatie wordt voor de professionals.

Er wordt gebruik gemaakt van een anoniem systeem waar professionals incidenten kunnen melden. Centraal in de organisatie is er een Kwaliteit van Zorg Instituut, die zijn plaats in de organisatie nog moet vinden. Verder zijn er 11-12 commissies belast met kwaliteit, bijvoorbeeld de hygiënecommissie, de apparatuurcommissie, en de meldingscommissie. De commissies worden uitsluitend bemand door zorgprofessionals. De kwaliteitsfunctionaris noemt dit heel bijzonder en positief, want zij doen dit naast hun werk, op vrijwillige basis. Het werken aan kwaliteit en veiligheid krijgt op deze manier veel draagvlak op de werkvloer. Dit in tegenstelling tot de manier waarop kwaliteit en veiligheid jarenlang van buiten af is gekomen, van het bestuur, zorgverzekeraars, het ministerie etc. die alle eisen en wensen in de organisatie wilden stoppen. *"Je hebt altijd dingen die je 'moet', maar je moet ervoor zorgen dat het grootste gedeelte intrinsieke motivatie is. Je zou het om moeten draaien en gaan vragen aan professionals wat zij kwaliteit van zorg vinden en dat vertalen naar abstracter niveau".*

De registratie- accreditatie- en kwaliteitssystemen worden voor verantwoording naar externe stakeholders vooral bewaakt en gebruikt door de kwaliteitsfunctionaris. De gebruikte software in de instelling is niet altijd berekend op het verzamelen van de gegevens die aansluiten bij de indicatoren. Ook heeft men geen zicht op de mate van zorgvuldigheid waarmee de gegevens geregistreerd worden. Deze instelling is NIAZ geaccrediteerd, wat voor de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht een garantie is voor kwaliteit, maar door de medewerkers worden gezien als een ‘papieren tijger’, die veel items bevat die in het dagelijkse werk niet als relevant worden ervaren. Daarnaast heeft iedere afdeling zijn eigen accreditatie, conform de wettelijke regels die er bij een beroep of specialisme zijn geformuleerd (zoals HKZ of JCI). Er wordt gewerkt met 2 kwaliteitsprogramma’s die instellingsbreed worden geïmplementeerd: iProva, een documentenbeheersysteem waarin alle protocollen worden beheerd, en het “programma nieuwe zorg”, waarin een herinrichting van het beddenhuis gaat plaatsvinden, werkprocessen ‘lean’ worden ingericht, en er een nieuwe vorm van management wordt geïntroduceerd: duaal management, verpleging en arts zijn op gelijkwaardig niveau verantwoordelijk als afdelingsmanager.

1.2 De informele regels, rolmodellen en discrepanties tussen zeggen en doen

De kernwaarden van de organisatie kan de kwaliteitsfunctionaris niet benoemen. ‘De waarden zullen vast in de strategische visie staan, maar ik vind dat zo’n strategische visie eigenlijk geen handen en voeten krijgt, er wordt na vier jaar eens gekeken, goh wat hebben we er eigenlijk aan gedaan. Wat is dan de waarde van zo’n visie?’ Kwaliteit en veiligheid is geen belangrijk onderdeel van beleid, dat zegt veel over waarden. Dit heeft gevolgen voor de organisatie, want of je het nu wel of niet doet, niet beloond of bestraft wordt, is er geen prikkel om ermee aan de slag te gaan.

Voor de professional is kwaliteit en veiligheid een totaal ander begrip dan voor een kwaliteitsfunctionaris, of voor een bestuurder, er is een andere definitie. De kwaliteitsfunctionaris heeft het over een NIAZ accreditatie, of over VMS thema’s, HKZ en JCI. Terwijl voor de professional de zorg voor de patiënt en het contact met familie kwaliteit is. Bestuurlijk is dat een probleem: verantwoorden is anders op bestuurlijk niveau dan op de werkvloer, bestuurlijk gaat het over de cijfers uit de metingen, en op de werkvloer gaat het over de zorg voor een te vroeg geboren kindje en over leven en dood. Er is een kloof tussen de organisatie en het bestuur. Wat wij vragen aan de afdelingen is soms een ‘paarse krokodil’. De kwaliteitsfunctionaris is de schakel tussen bestuur en werkvloer en tracht deze te verbinden.

Een groter probleem is de aanspreekcultuur op sommige afdelingen. Medewerkers worden niet altijd normaal bejegend door dokters, en deze worden daarvoor niet op het matje geroepen. De medewerker kan via de teamleider, manager zorg, divisievoorzitter, en Raad van Bestuur zijn beklag doen, er is geen vertrouwenspersoon. *‘Er zijn afdelingen waar je schrikt wat er gebeurt, je schaamt je dood’.* Er heerst bij sommige dokters toch een beetje die arrogantie, hoewel er een omslagpunt komende is met de nieuwe generatie dokters, de jonge artsen staan wel open voor kwaliteit en veiligheid. Er zou sprake moeten zijn van een gedeelde verantwoordelijkheid, in werkelijkheid is dat nog anders, de chirurg is de baas. Op de afdeling neonatologie heerst een prachtige cultuur, dit is een voorbeeld voor de hele instelling. Iedereen kan elkaar aanspreken, ook dokters worden teruggestuurd om de handen te wassen. Dit komt omdat de verpleegkundigen de

baas zijn, zij weten zoveel over de kinderen. De dokters kunnen niet om de kennis van de verpleegkundigen heen, alles in het belang van het kind. Ook besluiten over bepaalde medische handelingen worden door en met verpleegkundigen genomen. De Intensive Care is ook een afdeling met een hoog kennisniveau van de verpleegkundigen. De arts is afhankelijk van de kennis en inschatting van de verpleging, men moet meer samenwerken. Misschien is het wel zo dat bepaalde type afdelingen of medische problematiek meer vanzelf leidt tot een samenwerkende cultuur.

Persoonlijkheid van het afdelingshoofd is ook een belangrijk aspect, het voorbeeldgedrag. Voor de cultuur is een combinatie van beide aspecten belangrijk. Dus de werkvloer moet het hebben van een goede teamleider, *'er zitten absoluut pareltjes tussen, maar die worden niet goed beloond, zij worden niet in het zonnetje gezet'*. Het wel of niet werken aan kwaliteit heeft geen positieve of negatieve gevolgen, kennis wordt niet gedeeld tussen de afdelingen.

1.3 De symbolische waarde van beslissingen

De decentrale organisatie brengt met zich mee dat kwaliteit en veiligheid de verantwoordelijkheid zijn van de mensen in de organisatie. Het bestuur geeft daarmee twee symbolen af: zij erkennen dat kwaliteit een zaak is van professionals, en dat kwaliteit geleverd wordt op de werkvloer, en geven de professionals de autonomie om besluiten te nemen die zij nodig en verstandig achten. Toch geeft men ook een ander symbool: het implementeren van plannen komt niet altijd van de grond, er is veel geld voor nodig. Geld en tijd zijn het probleem, dat heeft te maken met de decentrale organisatie en de daarbij behorende minimale stafondersteuning. Dus dat moet door externe bedrijven worden gedaan, en dat kost weer veel geld. *'Dat zijn bestuurlijke keuzes, en zolang kwaliteit en veiligheid een bijonderwerp is zal het nooit hoog op de agenda komen'*.

De mensen op de werkvloer zien de resultaten van hun handelen niet terug. Om kwaliteit te verbeteren is dat juist nodig. 'Als ik een ding zou mogen veranderen dan is dat het. Ik kan dat niet zomaar veranderen, het kost veel tijd en geld'. Wel is kwaliteit en veiligheid onderwerp bij de jaargesprekken met de medewerkers. De beloning voor goed gedrag blijft echter uit.

1.4 Oplossingsrichtingen

Om de kwaliteit en veiligheid te verbeteren zijn er volgens de kwaliteitsfunctionaris twee dingen nodig: het opzetten van een beleidscyclus, dus vooraf gestelde doelen formuleren op afdelingsniveau die aansluiten bij de strategische visie. Daar zullen een aantal aspecten opgelegd worden van bovenaf maar er zal ook ruimte zijn voor input van medewerkers, *'ik ben een fervent voorstander van bottom-up beleid'*. Dan een systeem ontwikkelen waar zowel medewerkers als bestuur inzicht hebben in de gegevens. Daarnaast het voorbeeldgedrag, in ieder geval van de leidinggevende verbeteren. Er zou een zero tolerance beleid mogen zijn, je moet de regels goed communiceren, en dan handhaven.

Men zou de criteria moeten verweven in het registratiesysteem waarmee men werkt, dan gebeurt dat elke dag, er wordt dan continue aan kwaliteit en veiligheid gewerkt. Je moet dus de kwaliteit in de zorg organiseren (werkprocessen). Dus het kwaliteitssysteem moet eigendom zijn van de medewerkers en niet van de kwaliteitsfunctionaris. Het JCI laat dit wel zien, zij auditen het proces van de

patiënt, hiermee wordt het systeem van de zorgverleners. De JCI werkt van werkvloer naar hoog in organisatie, NIAZ werkt van boven naar beneden.

2. Gespreksverslag: verpleegkundige op kinderafdeling in de cure

2.1 Formele regels: de systemen en structuren van de organisatie ten aanzien van kwaliteit en veiligheid

In deze instelling wordt het VIM (veilig incident melden) systeem gebruikt, maar er wordt onvoldoende gebruik van gemaakt. In een nieuwsbrief werd het personeel weer attent gemaakt om toch vooral meer meldingen te maken, ook van relatief kleine zaken, bijna fouten etc. Het doel is om er iets van te leren. Ook zijn er vertrouwenspersonen waar men terecht kan met zaken die gerelateerd zijn aan kwaliteit en veiligheid.

De instelling is NIAZ geaccrediteerd sinds vorig jaar, op de afdeling kreeg men iedere week een opdracht met een verbeterpunt. Een commissie heeft door middel van visitatie deze verbeterpunten gekozen. Het personeel voelt de visitatie niet als een controle, en ziet het nut wel in van de verbeteringen. Verder kent de verpleegkundige geen systemen, er zijn wel heel veel protocollen, deze zijn via intranet in te zien. Er wordt gewerkt met EZIS, dit is een patiëntenregistratiesysteem dat ziekenhuisbreed wordt gebruikt, het werkt prettig maar heeft in het kader van privacy nog wel bezwaren. In EZIS zitten heel veel velden op detailniveau ingevuld 'moeten' worden. Naast de medische gegevens van de patiënt zijn dat ook de persoonlijke kenmerken (denk aan voeding, sexualiteit, gesprekken met familie) dit wordt voor $\frac{3}{4}$ niet ingevuld. De velden zijn zo algemeen dat ze niet altijd relevant zijn voor de patiënten op de afdeling, en er zijn zaken die zo specifiek zijn dat ze nergens geregistreerd kunnen worden. Op de NICU, de intensive care voor zuigelingen gebruikt men om deze reden nog steeds papieren dossiers. De gegevens zijn zo specifiek dat deze niet 'passen' in het systeem. Als die kinderen naar een andere afdeling gaan, moeten alle gegevens overgezet worden in het digitale systeem. In papieren dossiers worden eerder fouten gemaakt, bijvoorbeeld het vergeten om te registreren. Het EZIS systeem wordt als te algemeen en uitgebreid beschouwd, en heeft juist geen ruimte voor specifieke eisen van een afdeling of specialisme. Het is lastig om een overzicht in de tijd te hebben, omdat er geen chequelist is wat er nou wel of niet gebeurd is. Het systeem wordt wel langzaam naar de wensen van de afdeling aangepast. Het feit dat er verplichte registratiemomenten zijn ervaart de verpleegkundige wel als goed. Ook het feit dat alle gegevens in een systeem zitten is echt goed. De verslaglegging wordt meer uniform en korter en duidelijker, en helpt om bepaalde items nog even te overwegen of op te laten vallen. Nu ligt er naast de kinderen geen papieren dossier meer, wat voor de ouders niet fijn is. Het invoeren van gegevens zou bij het bed moeten kunnen, nu moet je naar de computer lopen of gaan kijken als je gegevens wilt nakijken.

Een flinke verbetering is dat de medicatieverstrekking digitaal wordt afgetekend, met twee personen zodat er een extra check wordt ingebouwd. Personeel staat achter deze methode, men ziet het nut ervan in. Voor onbeduidende middelen is het een overbodig systeem, daar wordt nu verandering in gebracht. Het systeem wordt door artsen en verpleegkundigen gebruikt.

Er zijn op dit moment geen kwaliteitverbeterprogramma's gaande. *'Wij zijn toch een beetje een eilandje ten opzichte van de rest van de instelling, het is zo'n speciale afdeling met eigen kenmerken waardoor ik ook niet weet wat er in de rest van de instelling afspeelt'*. Men is nu op de afdeling de methode van pijnscore aan het verbeteren, de pijnwerkgroep bestaande uit een aantal collega's gaat dit ontwerpen. Recent zijn er twee verbeteringen ingevoerd: er is iemand van de arbodienst geweest die de werkomstandigheden voor de verpleegkundigen kwam verbeteren. En de voeding is veel verbeterd, het tijdstip, keuzemogelijkheden, en de presentatie van het eten. Door leerlingen worden er verbeterplannen gemaakt, deze worden door de afdeling opgepakt en ingevoerd, het valt juist de leerlingen op wat er goed of niet goed georganiseerd is. Zij kunnen vergelijken met andere instellingen en afdelingen.

De rol van het bestuur met betrekking tot kwaliteit en veiligheid is niet zichtbaar op de werkvloer, *'het zal best te zien zijn op intranet, maar de personen zien wij nooit!'* In de regel wordt er door de medewerkers, leerlingen en op de werkvloer initiatief genomen om zaken te verbeteren, het wordt niet ervaren als druk van buitenaf. De verbeteringen worden door iedereen toegepast, *'omdat iedereen de gevolgen van 'fouten' zelf ervaart is iedereen gemotiveerd om verbeteringen aan te brengen en gedrag te veranderen'*. Als je bij een heel ziek kindje een defecte zuurstofslang in je handen hebt, dan denk je de volgende keer wel na om deze eerst te checken. Dus inzicht in de gevolgen van de handelingen is nodig om te komen tot verbeteringen.

2.2 De informele regels, rolmodellen en discrepanties tussen zeggen en doen

De kernwaarden van de instelling zijn bij de verpleegkundige niet bekend. Op afdelingsniveau: eerlijkheid, respect, zorgzaamheid voor de patiënt 'maar ook naar elkaar natuurlijk', en samenwerking: je bent op zo'n afdeling afhankelijk van elkaar. 'Je kunt niets alleen, je kunt niet zomaar weg!' Op de vraag wat de teamleider hierin uitdraagt is het antwoord: te weinig, de teamleider is slecht zichtbaar, we zien deze soms dagen niet. Per dienst is er een ZOCO benoemd, voor een dienst wordt een teamoudste aangewezen, deze is verantwoordelijk voor de afdeling op die dag. De leiding van de afdeling of hoger management laat geen voorbeeldgedrag zien met betrekking tot kwaliteit en veiligheid. Er wordt door de teamleiders gecommuniceerd door middel van een nieuwsbrief. Vroeger deed men dit in maandelijkse teambesprekingen, maar dat is nu sinds een jaar al niet meer gebeurd. Sommige zaken kun je dus ook niet zo goed kwijt aan de leiding, als dingen niet goed lopen, waar kun je dan terecht? Soms staan er zaken in de nieuwsbrief die worden veranderd zonder bij de betrokkenen naar hun mening en wensen te vragen, *'het wordt medegedeeld'*. Er zijn wel collega's die veel moeite hebben met de hoofden van de afdeling, maar er zijn ook maar twee hoofden op 120 personeelsleden. Vroeger waren er meewerkende hoofden die onderdeel waren van de werkvloer. Nu zijn ze er nooit, dus zij kunnen ook niet weten wat er gaande is.

Samenvattend: de cultuur betreffende kwaliteit en veiligheid in het team is echt goed, er is een goede aanspreekcultuur, ook de verpleegkundigen ten aanzien van de artsen in opleiding. Voor de oudere artsen ligt het lastiger om deze aan te spreken. De medewerkers signaleren zelf verbetermogelijkheden, nemen hiertoe zelf initiatief en kunnen ook werkelijk veranderingen teweeg brengen, die door het hele team gedragen worden. Men zou hier voorbeeldgedrag van de leiding verwachten, maar deze ontbreekt in het geheel! Waar komt dan de motivatie van de medewerkers vandaan? *'Ja, toch de zorg voor de kinderen, de wens om het goed te doen voor*

de kinderen en hun ouders. Er is vooral sprake van interne motivatie bij de medewerkers, en een hoge mate van wederzijdse afhankelijkheid. De leidinggevendenden zijn zodanig afwezig dat zij niet echt in control zijn.

Als er ernstige incidenten plaatsvinden dan wordt het hoofd wel erbij geroepen. Na de melding wordt er samen gekeken naar wat er is gebeurd, waarom is het zo gelopen en wat kunnen we er aan doen om deze fout in de toekomst te voorkomen. Fouten worden wel transparant gecommuniceerd, zowel tussen de collega's onderling maar ook bij de ouders van het kind. Er wordt 'lerend' mee om gegaan, door middel van evaluaties of onderzoek. Men wordt niet afgerekend op fouten, je kunt deze veilig melden.

De deskundigheid van seniorverpleegkundigen is dikwijls beter als die van de artsen in opleiding. De artsen in opleiding wachten soms te lang met hulp inroepen, dan kunnen dingen soms niet lopen zoals het goed is voor de patiënt. *Er kan sprake zijn van teveel incidenten waardoor artsen prioriteiten moeten kiezen, dat moeten ze echt leren, en zij doen dan ook een beroep op de meer ervaren verpleegkundigen*.

2.3 De symbolische waarde van beslissingen

De kwaliteit en veiligheid is op de afdeling een onderwerp dat ruim aandacht krijgt van de zorgprofessionals. Veel gebeurt er op initiatief van de professionals zelf. Het gebeurt echter zonder voorbeeldgedrag van leidinggevendenden en hoger management, waarmee men een belangrijk signaal afgeeft aan de werkvloer: kwaliteit is in de eerste plaats een verantwoordelijkheid van de zorgprofessional. Hierdoor wordt de organisatie erg afhankelijk van de interne motivatie van de medewerkers. Volgens de verpleegkundige is de leiding niet 'in control', waardoor men als instelling erg kwetsbaar wordt. Want hoe gaat het met kwaliteit en veiligheid op een afdeling waar er binnen een team problemen zijn? Wat is er dan geregeld, en waar kan het management op terugvallen?

Verplichte scholing is onbetaald werk, mensen moeten regelmatig scholing volgen in eigen tijd, dat wordt door de verpleegkundigen als onterecht ervaren. Men geeft de boodschap dat kwaliteit de verantwoordelijkheid is van de professional zelf, en niet van de organisatie.

De manier waarop men met fouten en incidenten omgaat is 'volgens het boekje'. Er heerst een veilige cultuur, waarin men bereid is te leren van fouten en deze ook wil verbeteren. Hier speelt de teamleider dan wel een positieve rol. In de relatie arts-assistent en medisch specialist is de arts in opleiding juist terughoudend, men is bang voor negatieve consequenties.

De basis van kwaliteit en veiligheid op deze afdeling is structuur, toch heerst er een informele cultuur. Er is geen vaste tijd van overleg, we kijken wel hoe dat die dag het beste uitkomt. Ook de zorg voor de kinderen wordt per dag verdeeld over de verpleegkundigen en is per dag verschillend. De visites worden sinds kort pas gestructureerd gedaan, eerder was dat afhankelijk van de personen die deze visites lopen. Er wordt toch nog veel op de informele wijze gedaan, en er is ook veel ruimte voor persoonlijke invulling en inkleuring van het werk.

2.4 Oplossingsrichtingen

In eerste instantie lijkt de aanpak van kwaliteit en veiligheid in dit ziekenhuis en op deze afdeling bottom-up georganiseerd, waardoor er veel ruimte is voor de professionals en er een lerende cultuur heerst, met intern gemotiveerde medewerkers. Management is niet zichtbaar. Zou het succes op deze afdeling een combinatie zijn van formele regels en een lerende cultuur?

3. Gespreksverslag: vertrouwenspersoon in de cure

3.1 Formele regels: de systemen en structuren van de organisatie ten aanzien van kwaliteit en veiligheid

De kwaliteit en veiligheid in deze instelling hebben voldoende aandacht, er zijn functionarissen voor aangesteld, en in de top en op papier is er oog voor. 'Op de werkvloer is dat als gevolg van hoge werkdruk vrees ik niet altijd het geval'. Vooral de laatste jaren zijn er een aantal maatregelen genomen, waaronder prestatieafspraken (productie, ziekteverzuim, financiën, minder inzet personeel) die ertoe geleid hebben dat er minder handen aan het bed zijn, en het aantal klachten over werkdruk zijn hierdoor aanzienlijk toegenomen. *'Als men het als professional eigenlijk al te druk heeft, tja... is er dan voldoende aandacht voor kwaliteit en veiligheid?'*

De vertrouwenspersoon kan de mensen aanhoren en adviseren, formeel heeft deze geen mandaat om zaken aan te pakken of op te lossen, de zaken kunnen aanhangig worden gemaakt bij de Raad van Bestuur of hoger management, dat gebeurt ook. Het bestuur reageert wel adequaat, en indien noodzakelijk worden zaken aangepakt, verbeterd, en geëvalueerd. *'De medewerkers kunnen incidenten melden via een anoniem systeem of zaken aanhangig maken bij de teamleiders, ondernemingsraad of vertrouwenspersonen. Toch zijn zij daarna erg op zichzelf aangewezen, en vaak leidt ongenoegen tot het beëindigen van de functie van de medewerker.'*

Kwaliteit en veiligheid worden in deze instelling van 'buitenaf' (hoger management, kwaliteitsfunctionaris, NIAZ accreditatie) gestuurd en aangedragen. Vanuit de medewerkers zelf is er minder initiatief zichtbaar. Op de afdeling heeft niemand het onderwerp in zijn portefeuille, de teamleiders zijn de regisseur van het onderwerp. Toch ziet men bij het behalen van de NIAZ accreditatie wel gemotiveerde medewerkers, *'we willen dat graag halen.'* Maar ook hier is de werkdruk een factor die een versturende invloed heeft op het zorgvuldig, conform protocollen handelen. Een ongewenst neveneffect van geprotocolleerd werken kan ook zijn dat professionals bepaalde handelingen gaan vermijden, waardoor de zorg niet meer optimaal is. Zo wordt het voorbeeld genoemd, dat bij een besmetting met een agressief virus of een bacterie er bij elk contact met een patiënt, een nieuwe schort, handschoenen, mondkapje etc wordt aangedaan. Men loopt dan niet meer even zomaar binnen bij een patiënt om te kijken of alles in orde is, of om te kijken of er nog genoeg te drinken is. *'Een overmaat van procedures kan dus leiden tot vermijdend gedrag bij de professionals''.*

Er zijn ook voordelen voor de professionals, want het beschrijven van processen en protocollen geeft de medewerker houvast: *'als ik het volgens het protocol doe, dan doe ik het goed'.* *'Hier speelt de teamleider een cruciale rol: hij moet het belang van deze werkwijze uitleggen'.*

3.2 De informele regels, rolmodellen en discrepanties tussen zeggen en doen

Door de Raad van Bestuur is 3 á 4 jaar geleden een strategische visie opgebouwd, die in samenspraak met de werkvloer tot stand is gekomen. Er waren veel zorgprofessionals bij betrokken. Dat was ook uitdrukkelijk het idee: de visie moest het eindproduct worden van zaken die op de werkvloer als belangrijk, wenselijk en relevant worden ervaren, bottom-up. Er zijn kernwaarden gekozen, het bestuur is deze gaan verwoorden naar de teamleiders en hoofden en deze vertalen deze waarden naar de professionals op de werkvloer. Persoonlijke benadering van de patiënt, en de patiënt en je collega's benaderen als je naasten is het hogere doel van deze visie. Hiertoe is een beschrijving van patiëntenrollen tot stand gekomen. Aan de hand van deze rollen wordt er van de professional gevraagd zijn handelen aan te passen aan de kenmerken van de patiënt. Tevens zijn er zorgpaden omschreven waardoor eenieder weet welke stappen er in het zorgproces genomen worden, en op welke wijze deze tot stand komen.

De kernwaarden van deze instelling zijn bij de vertrouwenspersoon niet bekend. Wel ziet deze bij de Raad van Bestuur een open en toegankelijke houding ten aanzien van de medewerkers. Er is ook bij hen oprechte belangstelling voor 'hoe het eraan toe gaat op de werkvloer' en zij vragen om de mening en indrukken van anderen. In de omgang met de Raad van Bestuur heerst een informele cultuur. De Raad verschaft duidelijkheid aan de medewerkers over de te volgen koers en geeft aan welke ruimte er voor de medewerkers is. De duidelijkheid wordt als prettig ervaren. Hoewel de betrokkenheid van het bestuur doet vermoeden dat de bestuurders zich verbinden met de organisatie, blijkt dat er een enorm verloop van bestuurders heeft plaatsgevonden, waardoor er voor de organisatie en de mensen wel sprake is van onzekerheid over de te volgen koers. In een tijdsbestek van acht jaar tijd hebben er zeven wisselingen plaatsgevonden in een tweehoofdig bestuur.

Bij de medewerkers ziet men twee typen benaderingen van werken aan kwaliteit en veiligheid: enerzijds de mensen die hun werk routineus doen en niet open (willen) staan voor andere methoden. Anderzijds de mensen die zich in willen zetten voor verbetering van de zorg. Bij veel medewerkers heerst er een 'wij-gevoel'. Deze mensen voelen zich betrokken bij de organisatie als geheel, en er heerst een gevoel van saamhorigheid. Deze groep herkent zich in het beleid en de wensen van het hoger management ten aanzien van kwaliteit en veiligheid en zij zullen zich daar ook voor inzetten.

De aanspreekcultuur is een punt van verbetering, men ziet dat 'mensen niet graag hun eigen nest bevuilen' en dat men moeite heeft om de ander aan te spreken op het niet naleven van afspraken. Het aanspreken wordt nog veel te persoonlijk opgepakt, en men is bang voor represailles. Men ziet het werken aan verbetering (nog) niet als een leerproces, maar als een (ver)oordeel van het handelen.

Samenvattend: hoewel er door het bestuur uitdrukkelijk is gekozen voor de bottom-up benadering, blijkt het meekrijgen van de medewerkers nog niet zo eenvoudig. De lerende cultuur en beroepshouding die nodig is om veranderingen mogelijk te maken is niet aanwezig. Men ervaart veel werkdruk en daardoor is verbeteren van je handelen ook vaak een 'bijonderwerp'.

3.3 De symbolische waarde van beslissingen

Als medewerkers klachten hebben over kwaliteit en veiligheid wordt er niet goed naar hen geluisterd. Het klagen kan gevolgen hebben voor de positie van die medewerker.

De sturing van 'bovenaf' bestaat vooral uit harde criteria: productiecijfers, ziekteverzuim, en financiën. Per afdeling wordt er maandelijks een dashboard gemaakt met daarin een overzicht van de cijfers in groen en in rood. Het dashboard bevat geen gegevens die uitsluitel geven over de kwaliteit van zorg, patiënttevredenheid, medewerkerstevredenheid etc. Er heerst volgens de vertrouwenspersoon een bedrijfsmatige cultuur, men moet de maand- en jaarcijfers halen.

Het ontbreken van gegevens die uitsluitel geven over de kwaliteit van de zorg zijn van grote symbolische waarde. In de strategie en visie wordt er nadrukkelijk voor een set kernwaarden gekozen die uiteindelijk niet correspondeert met de indicatoren die worden gebruikt om mee te sturen.

Daarentegen is er een groot intern cursusaanbod, medewerkers mogen zich gratis en in werktijd scholen, ook scholing op het gebied van persoonlijk welbevinden behoort tot de keuzemogelijkheden. Een positief symbool.

Promoties worden vooral gemaakt door de mensen die zich verbonden voelen met de organisatie. Toch ziet men op leidinggevende posities vooral mensen die bedrijfsmatig goed zijn. Zij die strak leiding geven, strakke afspraken maken en daar stevig op sturen kunnen groeien naar leidinggevende posities.

De vraag of het bottom-up beleid nu succesvol is gebleken in de praktijk wordt met veel twijfel beantwoord: *'Het blijkt toch taai te zijn om de medewerkers mee te krijgen en de cultuur te beïnvloeden'.*

3.4 Oplossingsrichtingen

Het verbeteren van de manier van werken is lastig als dat van buitenaf wordt opgelegd. De medewerker zou zelf een belang moeten hebben of voelen bij deze verbeterplannen. Het in kaart brengen van de belangen voor de medewerkers en daar je verbeterplannen op inrichten zou een stap in de goede richting kunnen zijn. *'Men verandert het gedrag pas als men daar zelf het belang van kan voelen en men inzicht heeft in de gevolgen'.*

4. Gespreksverslag: beleidsadviseur kwaliteit en innovatie in de care

In 2011 is deze instelling betrokken bij de pilot regelarme zorg. Per 2013 is dit project gestart en er wordt geëxperimenteerd met verschillende nieuwe werkwijzen. Het is nog onzeker wat dit op gaat leveren. De organisatie laat zich niet meer certificeren, zij registreren geen zorginhoudelijke indicatoren en doet geen CQ-indexen. De HKZ wordt niet meer gebruikt, deze bestaat uit 421 normen. Het is een doorgeschoten vorm van protocolleren, *'zelfs de hoeveelheid tandpasta op een tandenborstel wordt geprotocolleerd!'*

De indicatiestelling die voorheen door het CIZ gebeurde, wordt nu door de organisatie zelf gedaan, en steekproefsgewijs gecontroleerd door het CIZ. Ook willen de minutenregistratie van de medewerkers aanpakken. De medewerkers krijgen een tablet waar zij meteen de nodige handelingen kunnen doen, die door de software automatisch worden verwerkt naar urenstaten, reiskosten etc.

Wat betekenen deze veranderingen voor de medewerkers? Er zijn nog steeds regels en protocollen vooral gericht op medische handelingen. We willen vooral de overbodige handelingen schrappen, dus de medewerker hoeft niet achteraf een aantal gegevens in te voeren. De urenregistratie ging vroeger eerst naar het hoofd voor een handtekening, dan naar de administratieve afdeling om de gegevens in te voeren etc. Nu wordt er door de software een koppeling gemaakt van de gegevens. Hierdoor is de overhead die de organisatie heeft 10%, en zij willen nog naar minder. Normaal is de overhead 15-16%. Er wordt dus gewerkt met EPD en een hoge mate van automatische gegevensverwerking. Men verwacht een grote besparing van administratietijd. Kort geleden is de MIC (Melding Incidenten Cliënten) registratie in het EPD (Fundum) ingebouwd, waardoor er 400 uur op jaarbasis organisatiebreed bespaard worden. De software verzamelt de gegevens zelf, waar dit eerder door een administratieve kracht moest worden gedaan. De MIC's blijven nu onder de cliëntgegevens staan waardoor de medewerker onmiddellijk overzicht heeft over de cliënt. De kwaliteit van zorg verbetert hierdoor zeer.

De medewerkers voelen meer vrijheid om zelf te doen wat men nodig vindt. Bijvoorbeeld de regelgeving rondom voedselveiligheid. Alle artikelen moesten worden gestickerd, er hangen lijstjes om koelkasten schoon te maken, temperatuur te meten etc. *‘We werken niet meer volgens deze regelgeving, en als je dan naar de incidenten gaat kijken, die zijn gewoon 0!’*

4.1 Formele regels: de systemen en structuren van de organisatie ten aanzien van kwaliteit en veiligheid

Er is een veilig anoniem meldingsstelsel via het EPD. Voor de MIC commissie is de naam van de persoon niet interessant, de leidinggevende ziet de naam wel. MIC is geen beoordelingsstelsel, het moet veilig zijn om te melden. ‘Wij benadrukken dat we dat niet op deze manier gebruiken’. Toch worden medewerkers wel aangesproken als er teveel fouten zijn. Veilig incidenten melden kan ook door middel van de MIM (Melding Incidenten Medewerker). De commissie gaat dan kijken welke actie de teamleider neerzet naar aanleiding van een melding. Ook kunnen mensen zich wenden tot de vertrouwenspersoon, ook hier kan men anoniem over zaken praten. Alle MIC's gaan langs de arts om te kijken of er medisch handelingen nodig zijn. De vertrouwenspersoon coacht en hoort aan. De vertrouwenspersoon doet weer verslag aan de jurist, op deze wijze komen de gegevens in de jaarrapportages van de organisatie terecht.

Het kwaliteitssysteem dat wordt gebruikt is sterk versoberd. Er is bij de medewerkers nagegaan wat zij willen hebben. Er is nu een werkproces beschreven van opname tot overlijden of verhuizen van de klant op 2 A4-tjes, dit is gedaan aan de hand van het Toetsingskader Kwaliteit van Zorg. De wettelijk verplichte registratie en risicosignalering blijft men gewoon doen. We werken nu alleen met documenten die direct klantgebonden zijn, dit in plaats van de 900 documenten die er nu in omloop zijn, we willen deze documenten tot 75% reduceren. Er wordt nu

flink ingezet op tevredenheid van de klanten, met behulp van Zorgkaart Nederland, een site die voor iedereen toegankelijk is. Een keer per jaar wordt door middel van een mailing gevraagd aan klanten om deze in te vullen. Als er klachten uitkomen, nemen we contact op met de klachten om te vragen of we het probleem op kunnen lossen. We informeren de teamleider *'hallo,... je hebt een slechte beoordeling, wat is er aan de hand?'*

Elke beleidsmedewerker heeft een stukje van Kwaliteit en Veiligheid in haar portefeuille, er is ook een kwaliteitsmedewerker, die heeft het totaal overzicht over alle verzamelde gegevens. Maar ook hier loopt een project, men wil toe naar een 'veiligheidsmanagement systeem, waarin alle gegevens gaan gebundeld worden, en dat wil men in Fundum gaan integreren. *'De Raad van Bestuur is de grote initiator van dit project vanuit zijn visie, hij geeft zelf altijd het goede voorbeeld en vertelt het verhaal aan de organisatie, zijn boodschap is de inspiratie voor ons.'*

Is dit beleid niet gewoon een efficiency middel? Ja, ook! Maar door te vertrekken vanuit de wens van de klant passen de maatregelen in het kwaliteitsbeleid.

4.2 De informele regels, rolmodellen en discrepanties tussen zeggen en doen

De kernwaarden zijn VEERkracht: vertrouwen, erkenning, eerlijkheid en respect. De kernwaarden zijn overal zichtbaar, er is bijvoorbeeld een boekje uitgebracht voor de medewerkers die op inspirerende wijze de kernwaarden en uitgangspunten van de organisatie laat zien. Alle medewerkers worden getraind in: hoe zit je als team in elkaar en welke verbeterpunten zijn er. Dit gebeurt aan de hand van drijfverentest, en er wordt een omslag gemaakt naar zelforganisatie van de teams. Het werk wordt onderling verdeeld aan de hand van de drijfveren van de medewerkers, de teamleider is niet meer nodig. Men gaat kwaliteitsverpleegkundigen inzetten om de zelfstandige teams te ondersteunen.

De medewerkers reageren wisselend enthousiast op deze plannen. Men ziet bij nieuwe teams geen weerstand. Echter als een team al lang samenwerkt dan roepen deze plannen wel onzekerheid op, *'te lang samenwerken, geeft een attitude van: wij weten het allemaal wel'*. De medewerkers zijn gemotiveerd om aan kwaliteit en veiligheid te werken, men wil het goed doen voor de klant, het is interne motivatie.

De Raad van Bestuur en de directie werken eens per 3 maanden mee op de afdeling, om te laten zien dat ze betrokken zijn. De directie heeft echt feeling voor de medewerker en ziet kwaliteit niet als een verzameling van uitkomsten van metingen. Er zijn geen zichtbare discrepanties tussen zeggen en doen.

De aanspreekcultuur is lastig, het wordt nu ook in de teamtrainingen meegenomen. Mensen willen elkaar geen feedback geven, men wil lief zijn voor elkaar. De leiding spreekt ook niet altijd aan, dat heeft alles met persoonlijkheid te maken, het is niet zo'n best voorbeeldgedrag. Als er wel een incident wordt gemeld, dan wordt dat binnen het team opgepakt en een verbeterplan gemaakt, volgens de plan-do-check-act cyclus.

4.3 De symbolische waarde van beslissingen

Kwaliteit en veiligheid is een vast agendapunt in teamoverleggen, verbeterplannen worden gemaakt door mensen die daar goed in zijn, binnen het team. De leiding gaat serieus om met klachten van medewerkers, de teamleider kan er niet veel mee, deze moet van hogerhand akkoord krijgen. Met de zelforganiserende teams moeten problemen in het team worden opgelost, is lekker snel, maar ook spannend. Want staan de neuzen wel dezelfde kant op in het team?

De Raad van Bestuur is in control wat betreft de kwaliteit en veiligheid, wat betreft de cliënttevredenheid nog niet, hierin hoopt men verandering te brengen door de nieuwe manier van registreren bij Zorgkaart Nederland.

Goed gedrag wordt niet beloond, hier zouden we meer in kunnen doen. Bij fouten worden mensen aangesproken maar er worden ook rode en gele kaarten uitgedeeld, als men meer malen is aangesproken en er veranderd niets. Hier zit geen lerend effect, het is een beoordeling. *‘Lerend kan niet altijd, we zijn niet regelloos...’*

De medewerker kan de uitkomsten van de metingen inzien, maar medewerkers doen dat niet. Nee, zover zijn we nog niet, het zou wel een wenselijke situatie zijn. De teams maken zelf de verbeterplannen, medewerkers voelen zich gehoord en betrokken.

De beleidsadviseur vindt het informele aspect van cultuur het meest dominant aanwezig bij deze instelling, dat is gebaseerd op de manier waarop men met elkaar omgaat. De regelarme zorg leidt vooral tot efficiency, het gebruik van ICT is hier prominent aanwezig en is het middel om minder te registreren.

De symboliek bij deze manier van kwaliteit verbeteren (zowel de structuur als de vaardigheden van de teams worden aangepakt) geeft de boodschap dat beide aspecten aandacht behoeven en voor verbetering vatbaar zijn.

4.4 Oplossingsrichtingen

Het lerende vermogen van de teams kan verbeterd worden en zou in de cultuur zichtbaar mogen zijn, zoals het aanspreken van elkaar en de verantwoordelijkheden meer bij de teams laten.

5. Gespreksverslag: stafmedewerker kwaliteit en innovatie in de care

5.1 Formele regels: de systemen en structuren van de organisatie ten aanzien van kwaliteit en veiligheid

Er is volgens de stafmedewerker voldoende aandacht voor kwaliteit en veiligheid: formeel door middel van de interne audits en de verplichte MIC- registratie etc. Informeel door de aandacht van de medewerkers hiervoor. De bewoners zijn vrij om (binnen het complex) buiten te lopen. Dat brengt met zich mee dat de medewerkers niet altijd op de hoogte zijn van waar de bewoners zich bevinden. Dat vinden medewerkers niet altijd makkelijk, het loslaten van de controle. En het

vraagt van iedereen voelsprietten om goed om je heen te kijken als je over het complex loopt. Dat is een continu besef van werken aan veiligheid.

Er wordt jaarlijks aan het einde van het jaar een nieuw plan van aanpak gemaakt met betrekking tot kwaliteit en veiligheid, dit gebeurt binnen het managementteam en organisatiebreed.

Incidenten kunnen veilig gemeld worden door middel van een anoniem systeem, door verzorgenden en artsen wordt hetzelfde systeem gebruikt. Ook zijn er interne en externe vertrouwenspersonen waar men terecht kan. Toch wil men dat zaken eerst aanhangig worden gemaakt in de lijn, alvorens men zich kan richten op de vertrouwenspersoon.

Deze instelling maakt gebruik van een eigen kwaliteitssysteem op basis van de HKZ normen, dit systeem bestaat uit interne audits met vaste onderwerpen (bv voedselveiligheid) maar is ook bedoeld om de resultaten te meten van veranderd beleid, of van verbeterplannen die geëvalueerd moeten worden. Door het gebruik van de audits is het management in control, men weet wat er speelt. Deze instelling was een voorloper met betrekking tot certificering, de aandacht voor kwaliteit past in de traditie van dit huis, maar is ook de persoonlijke focus van de locatiedirecteur en de stafmedewerker kwaliteit en innovatie. *'De huidige kwaliteitssystemen als HKZ worden door ons als zeer bureaucratisch beschouwd en om die reden zijn we aan het kijken wat we daar van willen gebruiken, en welke zaken we achterwege willen laten'.*

'Onze visie op zorg voor onze bewoner is heilig en leidend, we hangen alles op aan onze visie'. We willen dat onze medewerkers werken volgens onze visie op goede zorg, en we accepteren geen andere werkwijze dan de onze. Dat betekent dat er ook wel eens mensen weggaan, als zij niet kunnen of willen voldoen aan onze visie dan betekent dat einde samenwerking. Ook strategische keuzes worden altijd in lijn met de visie gemaakt, daar wijken we niet vanaf. *'Je moet als organisatie zelf bepalen wat de normen zijn waaraan je wilt voldoen, dit in tegenstelling tot van buitenaf opgelegde normen. Wij zijn niet gauw tevreden, we vinden al snel dat het nog beter kan'.*

Op dit moment is er een innovatieproject gaande wat onder andere bestaat uit het werken volgens het Planetree model (mensgerichte zorg), de samenstelling van de teams wordt veranderd, zij mogen eigen roosters gaan maken en we werken met focusgroepen. Deze bestaan uit familie, cliënten, en medewerkers van allerlei niveau.

De aandacht voor veiligheid bij Raad van Bestuur is groot, dat is ook wel een maatschappelijke trend. Er wordt door middel van documenten gecommuniceerd met de verschillende locaties, wat lang niet altijd effectief is, we merken dat medewerkers de nieuwsbrieven slecht lezen.

Er is te weinig geld voor scholing van de medewerkers, *'een door de overheid vastgesteld deel van het budget mag men gebruiken voor scholing, dat is niet toereikend'.* Men probeert de competenties van medewerkers te verbeteren in het teamoverleg, training on-the-job, door verpleegkundigen en sociaal-agogen. De medewerkers maken hier dankbaar gebruik van, men heeft daar een positief gevoel over.

5.2 De informele regels, rolmodellen en discrepanties tussen zeggen en doen

De kernwaarden van de organisatie kan de stafmedewerker niet noemen. *'Wat zijn waarden, en wat belangrijker is: hoe geef je deze betekenis? Zijn deze zichtbaar in je zorg?'* Voor deze locatie is de visie wel heilig, hier gebeurt alles vanuit de visie. Een grote groep van de medewerkers is zich niet bewust van de waarden en visie van de organisatie, die willen gewoon de mensen verzorgen. De Raad van Bestuur en hoger management hebben nu een nieuwe visie per klantgroep geformuleerd, we gaan dus beter differentiëren en nog meer klantgericht werken. Voor de medewerkers brengt een nieuwe visie vooral onzekerheid met zich mee: wat betekent de verandering voor mij? De medewerkers kunnen hun stem laten horen in de 'praatcafé's', dit zijn bijeenkomsten die in werktijd worden georganiseerd en tot doel hebben om de medewerkers mee te laten praten en denken over de organisatie.

De medewerkers zijn intern gemotiveerd om aan kwaliteit en veiligheid te werken, de meesten doen hun werk met hart en ziel. Externe prestatiedruk is helemaal niet nodig. *'Als organisatie moet je achter je medewerker staan, deze moet voelen dat men gewaardeerd wordt en dat zij een stem hebben, dat hun invloed telt!'* De rol van de Raad van Bestuur en management is zorgen voor de randvoorwaarden: middelen, kennis en kunde. *'Het middenmanagement, de teamleiders spelen hier een centrale rol, zij zijn de grote harde kern van de instelling, zij werken al jaren op deze positie.'*

De aanspreekcultuur tussen collega's onderling is lastig, men doet dat toch niet zo graag. De teamleider en de verpleegkundige en sociaal agoog kan mensen wel aanspreken op hun handelen. Dat wordt ook veilig gedaan, en geaccepteerd. Men ervaart het als leren en verbeteren, niet als 'op de vingers tikken'. Het is echter niet altijd eenvoudig om een verandering of gedrag te beïnvloeden, mensen lezen niet, dus we moeten de belangrijke zaken ook anders aanbieden. Belangrijk in deze is om vanuit het belang van de medewerker te denken. *'Als een verandering in het belang is van jezelf, van het team of van de bewoners voor wie zij zorgen, dan zal het gedrag eerder veranderd worden dan dat men geen of te weinig het belang ziet van de verandering.'*

5.3 De symbolische waarde van beslissingen

Kwaliteit en veiligheid is een vast agendapunt tijdens het teamoverleg, maar is ook op de werkvloer georganiseerd. Er wordt gebruik gemaakt van twee functionarissen die dagelijks de werkvloer ondersteunen met raad en daad, de verpleegkundige en de sociaal agoog. De medewerker kan iedere dag gebruik maken van deze ondersteuning, als organisatie laat men zien dat kwaliteit en veiligheid een vast onderdeel is van de dagelijkse routine.

In de focusgroepen en praatcafés is er voldoende aandacht voor de inbreng van de medewerkers, ook hier is de inbreng 'georganiseerd'. Daarmee geeft de instelling aan dat het belangrijk is. Bij fouten wordt er gezocht naar de oorzaak van de fout, pas bij herhaaldelijk falen, volgen er negatieve consequenties voor de medewerker. De teams hebben zicht op de prestaties die zij leveren en de uitkomsten van registratie's zoals de CQ index, de audits, etc. Er worden verbeterplannen gemaakt door diverse functionarissen, afhankelijk van het probleem. Het verbeterplan is het volgende jaar onderwerp van een audit, zo worden de resultaten van de plannen inzichtelijk gemaakt.

5.4 Oplossingsrichtingen

De cultuur moet vooral veilig zijn, de medewerker moet zich vrij voelen om te presteren, vragen te stellen, fouten te maken etc. Je moet zorgen voor voorbeeldgedrag.

6. Gespreksverslag: manager zorg, wonen en welzijn in de care

6.1 Formele regels: de systemen en structuren van de organisatie ten aanzien van kwaliteit en veiligheid

'Kwaliteit en veiligheid kunnen niet anders dan hoog in het vaandel staan, ziet men het terug in allerlei werkprocessen en procedures'. Deze komen voort uit regels van buitenaf (wet- en regelgeving) en van de werkvloer. Deze instelling is Prezo gecertificeerd, onderdelen ervan zijn de medisch inhoudelijke indicatoren en een cliënttevredenheidsonderzoek. De werkvloer registreert deze gegevens in een apart registratie systeem, het wordt ingevuld door hoofden en coördinatoren. Hiernaast is er nog een intern systeem (MIC's) en een interne MIC commissie.

'Af en toe voelt het als registreren om te registreren.' Dat is ook zo met Prezo, het kost veel tijd: metingen uitvoeren, verbeterplannen maken, invoeren etc. Als we op een onderdeel minder scoren dan wordt er wel verwacht dat de betreffende verantwoordelijke dit onderwerp oppakt en een verbeterplan maakt. Dit wordt door de manager zelf gedaan, in samenspraak met beleidsmedewerkers en hoofden van de afdeling. Medewerkers herkennen zich niet altijd in de uitkomsten of verbeterplannen. *'De uitkomsten van onderzoeken kunnen erg subjectief zijn, wat ziet de familie echt van de zorg? Kunnen PG patiënten nog aangegeven hoe het eraan toe gaat?'* De regels en procedures zouden niet altijd leidend moeten zijn, er zou meer vrijheid en ruimte mogen zijn om zelf invulling te geven aan kwaliteit en veiligheid.

Er is een goede meldcultuur, het kan veilig en er wordt goed gebruik van gemaakt. *'Maar we moeten wel oppassen met 'melden om te melden' we weten nu hoe het is om in de picture te staan.'*

6.2 De informele regels, rolmodellen en discrepanties tussen zeggen en doen

De kernwaarden van deze organisatie zijn: 'er toe doen, meedoen en zelf doen'. Uitgangspunt is wat cliënt zelf kan, samen met de familie. Echter de werkvloer is nog niet zover, men neemt graag de zorg uit handen. De kernwaarden zijn met medewerkers, cliënten, familie tot stand gekomen aan de hand van de vraag 'hoe kan het morgen zijn?'

De waarden zie je terug in visie's en management programma's, de werkvloer moet je meenemen met simpele voorbeelden, we moeten het veel uitleggen. De Raad van Bestuur en leiding geven het juiste voorbeeldgedrag aan de medewerkers, op de werkvloer is het nog wel lastig. Hoe kun je het gedrag van de medewerker beïnvloeden? De hoofden doen dat in het teamoverleg en door middel van direct aanspreken en aan de hand van casussen uitleggen wat men wil. De

aanspreekcultuur tussen medewerkers onderling, of dat gebeurt? Mensen doen dat liever niet. Het niveau van medewerker is ook een factor die meespeelt. We zijn nu in de scholing aandacht aan het besteden van de aanspreekcultuur. De één op één aanpak werkt het beste om het gedrag van de medewerker te veranderen, ook op teamniveau moet het veilig zijn.

De waarneming van de medewerker is een andere dan die van de familie. Als er op zondag veel bezoek is dan gaat de medewerker zijn administratie bijwerken, er ontstaat bij de familie dan gauw de indruk dat het personeel de bewoners niet in beeld heeft.

Iedere medewerker heeft behoefte aan structuur, men wil zich vasthouden aan regels en procedures, men denkt soms zelf niet na. Dat heeft te maken met het niveau van de medewerker. Het zorghart zorgt ervoor dat mensen geen zin hebben in al die metingen. *'Er is een doorgeschoten verantwoordcultuur ontstaan, en dat levert een spanningsveld op, wat zou je eigenlijk willen voor een cliënt en wat vraagt de wet en regelgeving van ons'*. Want als bijvoorbeeld een patiënt alleen op een balkon wil verblijven dan kan dat alleen als de familie voor akkoord heeft getekend. *'Je wordt tegenwoordig voor van alles en nog wat aangeklaagd, ik snap wel dat we ons aan alle kanten indekken maar eigenlijk ontstaan er daardoor onwenselijke situaties. Omdat men aan kwaliteit en veiligheidprocedures moet voldoen kan het zomaar zijn dat je keuzes maakt die juist de kwaliteit van leven negatief beïnvloeden'*

Naar aanleiding van een ernstig incident op één van de locaties van deze organisatie is er nog meer aandacht voor de veiligheid, zoals de aandacht voor codes op toegangsdeuren. *'Het nog verder verscherpen van de regels is een vorm van schijnveiligheid en leidt niet per definitie tot veiligere zorg. Met alle wet en regelgeving hoop ik toch dat iedereen zijn gezond verstand blijft gebruiken, kijk om je heen wat er gebeurt'*.

Na dit incident kwam er een extern en intern onderzoek op gang, er is van alles ingevlogen om te onderzoeken hoe het incident heeft kunnen plaatsvinden. Een directeur van een ander stadsdeel heeft de regie. Het hoofd van de betreffende afdeling en de verantwoordelijke manager zijn vervangen, de teamsamenstelling is veranderd. Er is heel snel met mensen geschoven omdat vrij snel duidelijk was wat er gebeurd was. Als organisatie hebben we er ook van geleerd, de procedures zijn verder aangescherpt. IGZ heeft ook onderzoek gedaan, en door de Raad van Bestuur is er een externe partij benaderd als een soort toetsingscommissie fungeert, hierdoor zijn we niet onder verscherpt toezicht gesteld.

De Raad van Bestuur vindt kwaliteit en veiligheid heel belangrijk nu, door dit incident zijn zij weer wakker geschud. De controle en borging van kwaliteit en veiligheid was er eigenlijk onvoldoende. Alle procedures lagen er wel, maar we zijn eigenlijk niet de diepte ingegaan. Het kwaliteitssysteem was wel dichtgetimmerd maar in hoeverre was daar eigenlijk controle op? *'De directeurs en managers hebben het dan zwaar te verduren na zo'n incident. Maar de Raad van Bestuur heeft ook wel de band in eigen boezem gestoken.'*

Is de gewenste cultuur voldoende zichtbaar? Dit is per afdeling verschillend, succesfactor is samenwerking en vertrouwen, voorbeeld rol leidinggevenden, zorgen dat je zaken op orde zijn: met elkaar een goede communicatie naar de familie.

6.3 De symbolische waarde van beslissingen

In teambesprekingen wordt niet gestructureerd over kwaliteit en veiligheid gesproken. Na een fout van een medewerker zal er in een gesprek op aan worden gestuurd dat de medewerker zich bewust is van het belang van de fout. Een foutje mag maar niet teveel. Als het niet lukt door omstandigheden willen we graag dat de medewerker dit meldt. Bij herhaalde fouten komt er formele schriftelijke waarschuwing met consequenties.

Kunnen de medewerkers hun feedback ook geven aan de organisatie? Het ene hoofd zal er beter op reageren dan het andere, maar het teamhoofd heeft weinig mandaat om zaken te veranderen.

Klachten worden in de lijn behandeld, zoveel mogelijk op de werkvloer. En pas later hoger in de organisatie. Twee keer per jaar is er een bijeenkomst voor contactpersonen van de cliënten, er komt veel uit, en dat wordt wel teruggeven aan de teams: 'jongens let er op!' Waar men de kritische vraag kan stellen, of het gedrag van de medewerker ook voldoende en gestructureerd wordt beïnvloed.

'De cliënt staat centraal, maar toch, er is zoveel omheen dat je daar eigenlijk niet echt aan toe komt. We moeten regelmatig beseffen waarom zijn we er eigenlijk zijn, dat is eigenlijk triest. Dat je bewust moet zijn dat de cliënt en je zorgproduct uiteindelijk het meest belangrijk zijn.'

Stel als Raad van Bestuur je ambities bij, we willen te veel en vragen dat allemaal maar weer aan de werkvloer, richt je gewoon op de zorg en de cliënt. Een voorbeeld hiervan is het EPD, het is niet gebruiksvriendelijk, het geeft de medewerker meer werk en levert het de cliënt iets op.

6.4 Oplossingsrichtingen

Er is speelruimte nodig in wet- en regelgeving, zodat je meer in kunt spelen op de behoefte van de individuele cliënt. Draagvlak creëren bij medewerker, communiceren, mensen raken! Waarom krijgt een leidinggevende een team verder dan een andere? Betrek de medewerker van begin af aan bij verandering. Mensen kunnen meedenken aan oplossingen. Zorg dat de medewerker zelf ook de winst ervaart, zodat er een persoonlijk belang ontstaat. Regels en procedures zijn niet leidend, men mag zich hier niet achter verschuilen. Regels en procedures moeten leiden tot gedrag, en dat is niet vanzelfsprekend. Het blind volgen van regels is niet goed, het leidt niet tot het gewenste gedrag.

Een akelige gedachte is dat je als organisatie pas achter wantoestanden komt als er een fors incident heeft plaatsgevonden, 'dat voorkom je niet met alle regels'. Hoe vaak spreek ik niet een familielid en hoor ik dingen waar ik van denk: goh, hoe kan dit nou gebeurd zijn. We zullen de medewerkers moeten ondersteunen aan de hand van voorbeelden en hen coachen tijdens het werk.

Het incident is terug te voeren naar de cultuur op de afdeling. Deze was veel te informeel, de regels werden niet gevolgd, de leiding deed alles, nam alles uit handen van de medewerkers en deze dachten dus niet meer na. De formele cultuur is daar nu op orde maar nu nog de informele. Nu nog twee hoofden die de oude cultuur nog steeds in stand willen houden. Wat doe je met die mensen? We zoeken daar een andere functie voor, je kunt er geen afscheid van nemen. Iedere locatie heeft

wel van deze mensen in dienst. Je zou hier veel eerlijker in kunnen zijn, is voor de organisatie maar ook voor de medewerker beter.

7. Gespreksverslag: divisie manager zorg (van verschillende locaties) bij een instelling in de care

7.1 Formele regels: de systemen en structuren van de organisatie ten aanzien van kwaliteit en veiligheid

Kwaliteit en veiligheid behoorden tot de afdeling kwaliteit, deze had een monitorfunctie. De verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid lag in de lijn. Deze verantwoordelijkheid uitte zich in jaarplannen en rapportages. Dat deden de rayonmanagers samen met de divisie manager. De locatieleiders waren hier niet bij betrokken, zij werden weer door de rayonmanagers aangestuurd. Eén keer per 2 jaar toetste een extern bureau de totale organisatie op thema's als: kwaliteit, systemen, processen, en bedrijfseconomische aspecten.

Incidenten kunnen formeel veilig gemeld worden, maar deze werden ook ingezien door de bestuurder. Deze reageerde altijd boos op de meldingen. Er waren niet veel meldingen, ondanks dat het wel werd gestimuleerd. De artsen reageerden wel op de werkwijze van de bestuurder, wat zorgde voor een behoorlijke spanning tussen artsen en bestuur. Er zijn vertrouwenspersonen, maar er werd weinig gebruik van gemaakt.

Kwaliteit werd bewaakt aan de hand van de HKZ methodiek en met behulp van beroepsinhoudelijke accreditatie. De medewerkers reageerden wisselend op het werken met de HKZ normen, afhankelijk van het belang wat zij zelf daarbij hadden. Ook werd er gebruikt gemaakt van interne audits, verbeterplannen, en rapportage. De Raad van Bestuur werd per kwartaal geïnformeerd. Deze reageerde nogal chaotisch, er was geen visie op prioriteiten, verbanden en een gestructureerde aanpak. De lopende kwaliteitsprojecten zijn niet tot leven gekomen, er werd niet op gestuurd. Als mensen het lieten slossen dan liet men dat maar gebeuren. *Formeel was alles geregeld maar als er dan de 2 jaarlijkse accreditatie er aankwam, dan was iedereen op eens in rep en roer om te controleren of alles wel op orde was. Hieruit blijkt dat het kennelijk niet in het systeem zat'.*

Het kwaliteitsverbeterproject 'mentaliteit' werd door de divisie manager geleid, een projectplan werd omgezet in 10 gedragsregels voor de hele organisatie. Dit is in samenspraak met alle gelederen binnen de organisatie tot stand gekomen. Door middel van workshops werd er samen gekeken naar kernwaarden en gedrag. Toch kwam het project niet van de grond, het probleem zat in het bestuur, er was geen voorbeeld gedrag en men wilde het project niet doorzetten.

7.2 De informele regels, rolmodellen en discrepanties tussen zeggen en doen

De kernwaarden van deze organisatie zijn: deskundigheid, kwaliteit en innovatie. Kwaliteit kun je op verschillende manieren uitdragen: patiënttevredenheid, veiligheid, is je pand op orde etc.

De aandacht voor kwaliteit en veiligheid kwam van de top van de organisatie, echter in strategische doelstellingen is niets te vinden over kwaliteit en veiligheid,

hoewel de divisie manager dat wel belangrijk vindt. 'De opdracht is: hoe geef ik strategische doelstellingen handen en voeten?'

Kwaliteit en veiligheid is niet voldoende uitgewerkt, eigenlijk op alle niveau's in de organisatie. *'Je moet dus wel de vertaling maken over wat je onder kwaliteit verstaat'*. De jaarplannen zijn daarin heel belangrijk, de afzonderlijke instellingen hebben de ruimte voor eigen inbreng, maar in de praktijk ging dit erg moeilijk. De locatieleiders vonden het moeilijk om handen en voeten geven aan de kwaliteitsslag. 'Ik vroeg ze een plan: hoe meet je dat, hoe stuur je dat, hoe borg je dat enz? Dat was voor de meesten te moeilijk.'

'Aandacht voor kwaliteit en veiligheid in de top van de organisatie en op de werkvloer is onvoldoende verbonden, want hebben zij het over hetzelfde?' De bestuurder lette op uitkomsten en was boos als deze niet in orde waren. *'Er was geen aandacht voor de vraag: hoe is deze situatie ontstaan? Hier is het belang van communicatie erg groot'*. Er was geen vertrouwen in de managers, men durfde niet te delegeren. De bestuurder pakte zelf van alles op en passeerde dan de functionaris die er verantwoordelijk voor was. Hij beloofde om de problemen op te lossen die dan vervolgens voor hele hoge kosten zorgde.

De medewerkers zijn gemotiveerd om aan kwaliteit en veiligheid te werken, maar als er geen aandacht voor is dan mag je dat niet van de medewerkers verwachten. Het waarom is van groot belang, je moet in de ontwikkeling de medewerkers meenemen. Je moet zorgen dat je een gezamenlijk doel hebt. Er was ook op dit punt geen verbinding. Er werd veel gehandeld vanuit angst, zeg maar niks Dit is op alle niveau's zichtbaar. De geïnterviewde is vertrokken bij deze organisatie en ook toen bleek dat mensen geen kritiek durfde te delen op het bestuur (terwijl hier wel sprake van was).

De medewerkers wilden heel graag, op deze manier was de cultuur wel te beïnvloeden, maar men kon er eigenlijk niet echt mee aan de slag, omdat je ook zomaar afgerekend kon worden op zaken of zaken werden zomaar weer teruggedraaid. Ook de leidinggevenden wilden wel maar wisten niet waar ze terecht konden met vragen en opmerkingen. Ook zijn er twijfels over de kennis en kunde van deze mensen, het niveau van teamleiders was niet toereikend.

Er waren wel locaties waarin men op de eigen manier probeerde het goed te doen. *'Maar ook hier zag ik geen verbinding met de rest van de organisatie. Er werd eigenlijk geen norm of doel gesteld dus het is dan lastig om de locatie te beoordelen op hun kunnen.'* De bestuurder sprong telkens op allerlei nieuwe dingen, paradepaardjes, het kostte handen vol geld, zoals bij innovatie op terrein van ICT. We hebben vaak gezegd 'het is geen speeltje!' Hij wilde steeds nieuwe dingen invoeren, voorloper zijn maar zonder visie en strategie. Gisteren moest alles anders.... Waarom we dat eigenlijk willen, dat was helemaal niet duidelijk. Financieel presteert de organisatie ook slecht.

Op sommige locaties was er een goede aanspreekcultuur, op andere niet. Dat heeft te maken met de stijl van de leidinggevenden. Ook de hechtheid van een team en de tijdsduur die ze samen zijn heeft een negatief effect op de aanspreekcultuur. Vaak zijn er een aantal mensen die bepalend zijn voor hoe het gaat, wij doen het hier al 20 jaar zo! Jonge mensen haken dan weleens af, ze herkennen zich niet in de cultuur. In het personeelsbeleid is hieromtrent niets zichtbaar, men zou moeten rouleren en vernieuwen. *'Je moet goed kijken naar teamrollen en patronen, en daarmee sturen. En goed uitleggen waarom je deze maatregelen neemt, daarmee voorkom je onzekerheid'*.

Hoe ging men om met incidenten zoals bijvoorbeeld persoonlijke fouten met medicatie? Fouten kun je niet helemaal voorkomen, het is mensenwerk. *'De realiteit is dat fouten gewoon zullen voorkomen'*.

7.3 De symbolische waarde van beslissingen

Het gebrek aan visie op kwaliteit en veiligheid in de top van de organisatie geeft een stuurloos beeld. Op alle niveaus in de organisatie ontbreekt het aan een duidelijk beeld en doel. Hier laat het bestuur een belangrijke taak liggen waardoor we kunnen spreken van een onvoldoende presterende organisatie op het gebied van kwaliteit. Dit vertaalt zich in slechte patiënt- en medewerkerstevredenheid en slechte financiële prestaties. Voor de medewerkers is dit een signaal van onzekerheid en onduidelijkheid waardoor zij naar eigen inzicht gaan handelen. Dit is niet in verbinding met de organisatie.

Op het moment dat er toch een project wordt opgestart is men al snel de aandacht daarvoor kwijt, waardoor mensen achterover gaan leunen en er geen urgentie wordt ervaren met betrekking tot kwaliteit en veiligheid.

7.4 Oplossingsrichtingen

Het centrale thema zou moeten zijn: communicatie en betrokkenheid van medewerkers. Je moet afdalen naar de medewerkers en zorgen dat deze mee kunnen praten over hoe je de kwaliteit en veiligheid tot stand kunt brengen, en dit verbinden met de andere lagen van de organisatie.

Ideaal is als de bestuurder met het managementteam alle lagen van de organisatie betreft bij de verandering. Dit is echt cultuur, als een organisatie niet op deze manier werkt is het heel lastig om een verandering voor elkaar te krijgen. Ook de definitie van kwaliteit is dikwijls niet eensluidend.

8. Gespreksverslag: teamleider zorg (van twee locaties) bij een instelling in de care

De teamleider begon twee jaar geleden op deze locaties en trof een aantal problemen aan, zowel financieel stonden de locaties er niet goed voor, maar ook was er sprake van veel agressie bij de bewoners, een hoog gebruik van sederende medicatie en onvoldoende geschoold personeel. Door in te zetten op scholing en een methodisch werken is er een flinke afname van de agressie en flinke afname van de sederende medicatie.

De teamleider is begonnen met het maken van een blauwdruk van de teams, opvallend was de teams angstig waren en een verandering van cultuur noodzakelijk was. Er zijn een aantal mensen uit de teams gehaald en elders geplaatst, waardoor de teams eigenlijk met een schone lei konden beginnen aan het veranderproces. Ook de bezetting binnen de teams was onvoldoende, er zijn nu meer verpleegkundigen in dienst. Men kan met meer rust en aandacht bijvoorbeeld de medicatie verzorgen, zonder afgeleid te worden.

Vooral de aandacht voor de teams, maar ook persoonlijke aandacht voor de medewerkers, de ontwikkeling en scholing hebben het plezier in het werk weer terug gebracht. De visie van de organisatie is ook ingebracht in dit verbetertraject en er is veel uitleg gegeven over het hoe en waarom van de veranderingen.

De cultuur is echt veranderd: men werkt samen, methodisch, en de onderlinge contacten zijn goed. Er is afscheid genomen van mensen die niet passen in het team of onvoldoende kennis hebben. Je moet zorgen voor een evenwichtige samenstelling van een team. Je weet dat een dergelijk veranderproces begint met wantrouwen en weerstand. Aandacht voor deze stap is noodzakelijk om verder te komen. Weinig mensen zijn op de hoogte van de visie van de organisatie. Daar begin je eigenlijk mee. Ik heb uitgelegd waarom heb je een visie, en de visie van de organisatie uitgelegd. Daarna is er een visie van het team en de locatie geformuleerd door de medewerkers. Zo wordt het voor de medewerker duidelijk wat zij zelf graag willen. Uiteindelijk is er dan een afspraak (contractje) waar iedereen zich aan houdt, je mag elkaar daar ook op aan spreken.

Door de gesprekken ontdekken we kwaliteiten van de mensen die we dan heel breed in kunnen zetten. En we kunnen elkaar erop aanspreken. Het team kreeg veel ruimte om zelf te gaan denken en beslissen. We hebben nu een open cultuur, soms is feedback geven nog lastig. Nu is er een werkafspraken gemaakt: op het einde van de dienst vraag je aan je collega's: hoe vind je dat het vandaag gegaan is, 'het clickmoment'. Je merkt dat er nu toch ook ruimte is voor de moeilijkere zaken.

Punt van kritiek is wel dat er nu wel heel veel veranderingen tegelijk doorgevoerd moeten worden, past niet echt bij het niveau van de sector. Mensen hebben jaren lang routineus gewerkt en moeten nu veel meer proactief zijn, en hun gedrag aanpassen. Dat heeft veel tijd nodig. Mensen werken met hun hart, zij zorgen voor, vertroetelen, dat is een minder professionele manier. Is hier ook een cultuuraspect van belang? De care heeft qua ontwikkeling en kennisniveau heel lang stilgestaan. Door de veranderende populatie (mensen zijn zieker) worden er andere eisen gesteld aan de medewerkers in de zorg. Je moet nu al nadenken over de cliënt van morgen, die vraagt een andere aanpak.

8.1 Formele regels: de systemen en structuren van de organisatie ten aanzien van kwaliteit en veiligheid

De kwaliteit en veiligheid is een belangrijk aandachtspunt in deze instelling, er zijn wel verbeterpunten. Men probeert maatwerk voor de cliënt aan te bieden, er wordt snel naar een pragmatische oplossing gezocht, in overleg met familie en de cliënt wordt de afweging veiligheid/ kwaliteit van leven gemaakt.

'De aandacht voor kwaliteit en veiligheid is meer dan genoeg. De manier van meten mag in de prullenbak.' Bijvoorbeeld de Normen Verantwoorde Zorg: een keer per jaar is er een meetweek, de uitkomsten komen op site 'zorg voor beter.nl'. Het zegt helmaals over de kwaliteit van je zorg voor de cliënt. De meetinstrumenten zouden moeten worden gebaseerd op de bewoners, de familie en het team. Op gestandaardiseerde onderzoeken kun je slecht scores terwijl je maatwerk levert voor de cliënt en het doet zoals de cliënt en zijn familie het graag wil. De instrumenten zijn zo standaard en geven zo weinig de beleving weer. Dat geldt ook voor Planetree, Gastvrijheid met sterren etc.

De teamleider heeft zorgen over de wildgroei van meetsystemen en labels etc. Deze methoden zijn slechts hulpmiddelen, ze kosten veel geld en tijd, en worden niet altijd op je juiste manier gebruikt. *'Het halen van een label of accreditatie wordt dan een doel op zich. Het gaat erom dat je iets neerzet wat goed is en ook goed blijft. Je zou niet afgerekend moeten worden op het wel of niet een label halen, ik ben bang dat het wel de toekomst is.'*

De cultuur is gericht op controle en beheersbaarheid en gestoeld op wantrouwen. Terwijl het merendeel van de mensen werkt met hart en ziel, als je dat vlammetje brandend kunt houden dan zie je dat mensen het beste eruit halen, en dan komt de kwaliteit vanzelf. Je kunt van buiten af mensen helemaal niet motiveren! *'Motivatie komt voort uit de mensen zelf, wat ik als leiding wel kan doen is kijken wat je nodig hebt om de motivatie te behouden of weer te vinden. Wat drijft de ander?'*

Incidenten worden gemeld met naam en toenaam, er wordt door de medewerkers gemeld zonder erop af gerekend te worden. Incidenten gaan meestal over de cliënt en over zichzelf. Er zijn in deze instelling vertrouwenspersonen, zij werken luisterend en coachend en adviserend.

De HKZ certificering wordt gebruikt, de methodiek is om te kijken of je bepaalde processen wel helder hebt, het helpt je procesmatig te denken. Er zijn veel protocollen die beschrijven op welke wijze je met de zorg voor de bewoner omgaat. Per afdeling is er een functionaris die zich buigt over kwaliteit. Er wordt gewerkt ook zorgkaarten, hierop zie je de verschijnselen die passen bij een ziektebeeld, of beschrijven een zorgproces. Dat werkt heel prettig, omdat de aanpak telkens hetzelfde is. Het ECD zit heel goed in elkaar, is ook kwaliteitverhogend. Het is een standaardprogramma, dat wel aangepast is aan de wensen van de instelling. Het systeem heeft ook een waarschuwende functie, als er bijvoorbeeld te lang geen evaluatie van een langlopend probleem is gedaan dan waarschuwt het systeem. Er zijn veel commissies die zich buigen over een onderwerp, deze geven de informatie door aan de aandachtsfunctionarissen en daardoor naar het team. Er lopen verbeterprogramma's die vanuit het team komen, bijvoorbeeld de familie meer betrekken bij de bewoner, zorgen dat het contact goed blijft. Er wordt ook een 'bewonersvergadering' gehouden (dat is bijzonder voor een PG cliënt). Hier komt verassend veel informatie uit, door in het hier en nu te blijven en in te zetten op de beleving. Welzijn is het sleutelwoord voor de benadering van deze teamleider, meestal zie je dat 'zorg' het sleutelwoord is, daar moet alles voor wijken.

8.2 De informele regels, rolmodellen en discrepanties tussen zeggen en doen

De organisatie heeft een vooruitstrevende visie zoals bijvoorbeeld het werken met Planetree, en het inspelen op de komende transitie. De visie is wel vrij algemeen, maar de dienstbaarheid is een belangrijke waarde voor de organisatie, daarmee onderscheidt men zich van anderen. Dit is ook echt terug te zien op de werkvloer, het gedrag van de medewerker is echt in lijn met die visie. (De teamleider werkt ook als consultant in de zorg en ziet in die hoedanigheid ook andere instellingen, zij heeft goed zicht op te verschillen.)

De succesfactoren met betrekking de cultuur zijn: aandacht voor het team, veiligheid creëren, en zorgen dat je weet wat mensen nodig hebben om gemotiveerd blijven. En daarnaast moeten de poppetjes op elkaar afgestemd zijn, er

moet voldoende variatie zijn binnen een team, bepaalde persoonlijkheden moeten passen en persoonlijke kwaliteiten moeten passen in het team. Dat zie je dan terug in bewonerszorg. Mensen gaan namelijk anders denken, in teams is er dan geen angst meer om transparant te zijn. De leiding heeft een duidelijke visie en duidelijk doel, je moet meebewegen op de flow van een team, weten wanneer je moet sturen en loslaten, mensen zelf laten denken. Vraag de bewoners en de familie om feedback, heb je tips voor ons? Die interactie is heel erg prettig, ook in de MDO's (Multi Disciplinair Overleg) wordt de familie uitgenodigd. De familie kan op deze manier ook meedenken en aanknopingspunten geven tot verbeteringen.

Doordat de medewerkers anders gaan denken wordt de zorg verbeterd. Het gaat fout bij vasthouden aan routine, hiërarchisch denken en handelen. Starheid doordat men niet goed weet waar men naar toe gaat. Men houdt dan vast aan veilig handelen, routine. Hierdoor ontstaat er dikwijls onmin in het team, ieder doet het op zijn eigen manier en daar ontstaat dan onenigheid over. Deze attitude in de teams is eerder regel dan uitzondering, de symptomen zijn dan hoog ziekteverzuim en bezettingsproblemen. *'Door met elkaar te spreken over de zorg en visie komt men vanzelf overeenkomsten tegen en voelt men meer de verbinding met het team en met de organisatie.'*

8.3 De symbolische waarde van beslissingen

Bij de Raad van Bestuur is iemand weggegaan, *'zij was de drijvende kracht van de organisatie. Zij was heel positief, en laagdrempelig. En dat sijpelt echt door in de organisatie.'* Nu is er een andere bestuurder, heel erg op afstand, ook dat sijpelt op een negatieve manier door in de organisatie. Het is belangrijk dat de Raad van Bestuur een onderdeel is van de organisatie en laagdrempelig.

Nu is men meer gefocust op beheersing en controle, en dat zien we terug in de plannen die zij hebben. *'Ik krijg ze niet te spreken, ze komen hier niet. Dus ik kan niet eens tegen ze zeggen dat ik het niet eens ben. Op deze locatie is er nu sprake van ongelooflijk menslievende zorg, we hebben heel hard gewerkt om zover te komen.'*

'We kregen zomaar te horen dat de locatie waarschijnlijk helemaal anders wordt ingericht, voor somatische zorg. Dus alles wat we met elkaar hebben opgebouwd is dan weer weg. 3 jaar geleden stonden we 250.000 euro in de min, dit jaar sluiten we af op 0. En dan wordt er geëist dat je 3% resultaat moet halen, dat haal ik nooit. Zo'n aanpak daar word ik wel verdrietig van. Omdat de bestuurders op afstand staan weten ze totaal niet wat de gevolgen zijn van hun voorstellen, ze richten zich op cijfertjes. Nu word ik afgerekend op iets wat ongelooflijk goed is.'

De dominante aanpak van de organisatie is structuur, op de locaties van de teamleider is de informele cultuur dominant. *'Als leidinggevende ben je een sleutelfiguur. Je hebt veel macht, dat wordt dikwijls onderschat. Veranderingen beginnen van onderop, ideaal zou zijn als de veranderingen zowel van boven als van onder komen.'*

8.4 Oplossingsrichtingen

Wantrouwen is het fundament van alle kwaliteitssystemen, het is gericht op beheersing. Als je de kwaliteit wil beheersen zoek dan naar een systeem, leg dat bij een onafhankelijk orgaan, en val gewoon binnen en laat maar zien wat je hebt. Door op de werkvloer te zijn zie je zoveel. Kwaliteit is niet te pakken in een paar

vragen, je kunt pas een indruk van de kwaliteit krijgen als je weet wat de organisatie doet of laat om de wensen van de cliënt echt in te vullen. *‘Nu worden we afgerekend door zorgkantoren op bijvoorbeeld de HKZ certificatie, wat zegt dat? Organisaties hebben een label of certificaat behaald maar staan tegelijk onder toezicht van inspectie, dat is toch raar.’*

9. Gespreksverslag: zorgcoördinator in de care

9.1 Formele regels: de systemen en structuren van de organisatie ten aanzien van kwaliteit en veiligheid

De zorgcoördinator is verantwoordelijk voor het bijhouden van de zorgplannen, werkplannen en registreren van patiëntgegevens, maar ook de andere ‘lijstjes’, zoals MIC meldingen, etc. Zij werkt ook mee in zorg voor de bewoners en heeft een verantwoordelijkheid in contacten met de familie.

Er is onlangs een audit geweest van het Prezo kwaliteitssysteem. De aandacht voor kwaliteit en veiligheid is voldoende aanwezig en op voldoende niveau. Er wordt gebruik gemaakt van een meldsysteem, de MIC functionaris heeft zicht op de meldingen en kijkt waar er acties nodig zijn. Het systeem wordt goed gebruikt, maar collega’s onderling melden geen incidenten van elkaar. Er zijn vertrouwenspersonen aanwezig in deze instelling.

Er wordt gewerkt met verschillende kwaliteitssystemen, Prezo, Gastvrijheidzorg met sterren, en de ‘Roze Loper’. Het werken met deze systemen wordt als belangrijk ervaren, maar is tevens tijdrovend en kan ten koste gaan van de zorg voor de cliënt. Als er een audit is op het moment dat mensen uit bed geholpen moeten worden, dan blijven mensen soms langer in bed liggen, omdat we naar de vergadering moeten en er geen handen vrij zijn om de mensen te helpen. Personeel en familie zijn hier niet tevreden over. Als de medewerkers weten dat de familie kritisch meekijkt wordt daar wel rekening mee gehouden in de zorg, deze mensen worden het eerst geholpen. Dit gaat wel ten koste van de bewoners met een minder kritische familie.

In deze instelling werkt een kwaliteitsfunctionaris, zij controleert de afdelingen en wijst de teams erop als er zaken aangeleverd moeten worden of moeten gebeuren. De ZOCO en medewerkers hebben geen direct contact met deze functionaris, en weten eigenlijk niet wat deze functionaris voor ogen heeft met betrekking tot kwaliteitsverbetering. Verder zijn er 2 verzorgenden die in de hele instelling een controlerende functie hebben, zij kijken of de werkwijze met betrekking tot medicatie correct verloopt en of de zorgplannen volledig zijn ingevuld enz.

Kwaliteitsprojecten zijn op dit moment niet aan de orde, maar met regelmaat wordt er door een team of leerling een verbetervoorstel gedaan, het blijkt echter heel lastig om de teamleden tot ander gedrag te bewegen. Medewerkers reageren laks op de verbetervoorstellen, zij staan er niet erg voor open. Of deze laksheid instellingsbreed terug te zien is, is niet bekend, de ZOCO komt nooit op de andere afdelingen. Het afdelingshoofd zou dit op moeten pakken, maar er zijn wel medewerkers erg hardleers.

De rol van de Raad van Bestuur en directies is niet duidelijk. Eigenlijk weet de ZOCO niet of – en welk beleid er is wat betreft kwaliteit en veiligheid. Er is wel

meer personeel nodig om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, ook de scholing moet goed gevolgd worden. De medewerkers moeten zelf zorgen dat zij hun kwalificaties up-to-date houden, dat wordt niet zo goed gedaan. Het teamhoofd moet mensen daar echt op wijzen.

9.2 De informele regels, rolmodellen en discrepanties tussen zeggen en doen

De kernwaarden van deze instelling zijn: gastvrij, deskundigheid, vertrouwen, en energiek. Op de werkvloer zijn deze waarden in wisselende mate aanwezig, sommige medewerkers doen dat goed, anderen doen wat ze zelf willen. Maar dit hangt ook af van de familie's, ook zij moeten zich aan de heersende gedragscode houden. *'Ik zal maar niet zeggen wat wij af en toe van de familieleden naar ons hoofd krijgen.'* Dat kan ook te maken hebben met het acceptatieproces van de familieleden, zij hebben verdriet over het leed van hun vader of moeder. De ZOCO probeert dit soort problemen voor te blijven door zelf actief het gesprek aan te gaan, en zaken bespreekbaar te maken.

Klachten worden gerapporteerd of in de communicatiemap geschreven, en in de teams besproken, maar er gebeurt niet altijd iets mee. Het is wel frustrerend, je vindt dat de familie gelijk heeft maar er zijn mensen in het team die zich er niks van aantrekken en er wordt dus niets opgelost. Er komt geen reactie uit het team als je zoekt naar de oorzaak van een klacht. In het teamoverleg komen steeds dezelfde items aan bod, er verandert niets, al 12 jaar. Niemand weet er iets vanaf als je navraag doet, hoe zo'n klacht nou tot stand is gekomen. Het is lastig te achterhalen wie er nou verantwoordelijk was voor die fout. Eigenlijk is er een heel leuk team, met een enkeling die niet meedoet. Toch zijn ze niet makkelijk te sturen. Men kan en wil niet echt leren van de fouten, het afdelingshoofd zou hier meer op kunnen sturen. *'Vernieuwing is stress, want we doen het al jaren zo.'* Het team staat niet echt open voor veranderingen.

Er is wel veel aandacht voor het welzijn van de cliënt, er worden activiteiten gedaan met- en voor bewoners, soms ook met de familie.

Het voorbeeldgedrag van leiding, hoger management en Raad van Bestuur is niet zichtbaar voor de ZOCO, zij ziet deze mensen nooit. Er is wel een nieuwsbrief voor de hele organisatie, maar de informatie hierin is beperkt en niet erg van toepassing op de situatie van de teams.

9.3 De symbolische waarde van beslissingen

De leiding luistert naar de klachten van medewerkers, en zij worden betrokken bij de gewenste veranderingen. Kwaliteit en veiligheid is onderdeel van teamoverleg, maar leidt niet echt tot veranderingen. Het gedrag van het team is moeilijk te beïnvloeden, men is niet open over fouten of incidenten en staat niet echt open voor verandering.

Tegelijk is er geen duidelijk beeld waar de organisatie of instelling naar toe wil, ook het afdelingshoofd brengt dat niet echt over naar het team.

9.4 Oplossingsrichtingen

Er zou meer openheid moeten zijn in het team, om de beste zorg te verlenen. Men zou zich meer inleven in de bewoners, en je realiseren waar we het voor doen. We verdienen onze boterham, maar we zijn met mensen aan het werk. *‘We zijn een bedrijf dat snap ik ook, maar het besef dat we met mensen bezig zijn mag wel meer aanwezig zijn.’*

10. Gespreksverslag: beleidsadviseur kwaliteit en veiligheid in de cure

10.1 Formele regels: de systemen en structuren van de organisatie ten aanzien van kwaliteit en veiligheid

De verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid in deze organisatie ligt in de eerste plaats in de lijn. De teamleiders hebben veel zeggenschap, of zij ook de middelen hebben is niet helemaal duidelijk. Hierdoor krijgt het onderwerp niet altijd de aandacht die het zou verdienen, er is nog wel een verbeteringslag te maken.

Er wordt gebruik gemaakt van een VIM meldingssysteem, dit is niet anoniem. De teamleiders en de VIM commissie hebben inzicht in de meldingen, zij kunnen ook actie ondernemen naar aanleiding van de meldingen. De teamleiders kregen de informatie te laat waardoor zij niet adequaat kunnen reageren, de informatie wordt nu sneller teruggeven aan de teamleiders. Het werd de VIM commissie duidelijk dat de medewerkers zich niet veilig voelen om melding te maken. Dit signaal is opgepakt door de beleidsadviseur kwaliteit en veiligheid en er is een onderzoek in de organisatie uitgezet om te kijken of deze onveiligheid instellingsbreed gevoeld wordt. Men denkt na om het VIM systeem opnieuw in te richten, er wordt gekeken naar een andere software leverancier. Ook komt er de optie dat de teamleiders direct de melding zien, de vraag is nu: wat is het effect van deze optie op het gevoel van (on)veiligheid.

Tevens is er MIP commissie, hier worden de calamiteiten gemeld, deze worden met behulp van de PRISMA methodiek geanalyseerd en er wordt verslag gedaan aan de Raad van Bestuur. Er zijn vertrouwenspersonen, of daar veel gebruik van wordt gemaakt is niet bekend.

De NIAZ accreditatie heeft onlangs weer plaatsgevonden, verder wordt gebruik gemaakt van de VMS thema's, de indicatoren van IGZ, de protocollen, de interne audits en de indicatoren van de zorgverzekeraars. Medewerkers zijn zich niet erg bewust van het feit dat men werkt met de indicatoren, dat hangt af van de interesse van de persoon. Omdat er naast het werk steeds meer zaken bij komen die men moet registreren en veranderen, stapelt het werk zich steeds meer op, *‘ik ben wel eens bang dat zij kwaliteitsmoe worden.’*

De NIAZ accreditatie wordt vooral geleid en uitgevoerd door het stafbureau, er wordt van alles uitgezet in de organisatie. Er wordt informatie uit de organisatie gehaald maar ook worden er opdrachten verstrekt om bijvoorbeeld de protocollen up-to-date, en een aantal zaken te chequen. NIAZ is een vorm van externe druk waardoor je als organisatie goed naar je eigen werkwijze gaat kijken. *‘Die externe druk is wel een goede stok achter de deur om naar jezelf te kijken.’*

Na de audit kwam er een golf van enthousiasme om met de verbeterpunten aan de slag te gaan. In de teams is dit enthousiasme minder zichtbaar, dus heeft het dan effect op de kwaliteit van de zorg? Het effect van een accreditatie is de eerste keer het grootst, je gaat van niets naar een kwaliteitssysteem, daarna is er meer sprake van een herhaling van zetten en kleinere verbeteringen. *'De NLAZ moet niet de reden zijn om je werk goed te willen doen, de intrinsieke motivatie zou de drijfveer moeten zijn.'*

Per afdeling is er een verpleegkundige die kwaliteit in haar portefeuille heeft, deze is ook aanwezig bij het overleg met het stafbureau en de beleidsadviseur kwaliteit en veiligheid.

De Raad van Bestuur heeft een goed oog voor kwaliteit en veiligheid, in de jaarplannen wordt dit thema goed uitgewerkt.

10.2 De informele regels, rolmodellen en discrepanties tussen zeggen en doen

De kernwaarden van de instelling zijn angstreductie en transparantie en? De aanpak van de angstreductie is ook goed terug te zien in de aanpak op de werkvloer, het komt op allerlei manieren terug, dat is echt zichtbaar. De Raad van Bestuur draagt deze aanpak naar buiten en naar binnen toe uit, zij willen als inspiratie dienen voor anderen. De bestuurder loopt zelf veiligheidsrondes in de instelling, waardoor er direct contact is met de werkvloer. De medewerker herkent de waarden wel, en erkennen de urgentie van kwaliteit en veiligheid. *'Mensen zijn vaak intrinsiek gemotiveerd, misschien omdat het een klein clubje is, zodat je elkaar in de flow meeneemt. Men is trots op de organisatie, er is saamborigheid.'*

De teamleiders zijn wisselend bezig met kwaliteit en veiligheid. Zij zijn ook druk met productie en allerlei andere zaken en zetten dan soms de hakken in het zand. Afdelingen worden gestuurd op productieafspraken, er wordt aan de bel getrokken als de indicatoren niet gehaald worden. Dat geldt ook voor de kwaliteitsindicatoren.

De werkdruk is erg groot op dit moment, omdat we bezig zijn met de digitalisering van de dossiers. Hierdoor is de tijd voor kwaliteit beperkt, en wordt het door de mensen op de werkvloer als veel ervaren. *'Men zou daar van hogerhand meer een keuze in moeten maken. We willen hier alles, overal in excelleren, dat kan niet.'* Zaken zijn dan niet goed doordacht. De mensen op de werkvloer gaan dan meer mopperen en er ontstaat een gevoel van onmacht, als je niet kunt leveren wat er gevraagd wordt is dat frustrerend.

De aanspreekcultuur is niet bekend, wel wordt er in scholing en het introductieprogramma voor nieuwe medewerkers veel aandacht aan besteed. Ook in de kernteams (artsen, verpleegkundigen, leidinggevendenden, assistenten) worden er zaken besproken die niet helemaal goed zijn gegaan. Tussen artsen en verpleegkundigen wordt er nauwelijks aangesproken, maar er is wel aandacht voor. Er worden bijvoorbeeld video-opnames gemaakt tijdens een operatie, deze beelden worden beoordeeld door een externe expert veiligheid (luchtvaart) en de opvallende zaken worden teruggeven aan het team en besproken. De teams staan achter deze aanpak.

Het verschil tussen zeggen en doen wordt vooral bepaald door de werkdruk en door de minder open houding van de oudere artsen. *'We doen het al jaren zo, er is geen wens tot verandering.'*

10.3 De symbolische waarde van beslissingen

Kwaliteit en veiligheid is vast onderdeel van het teamoverleggen. De opmerkingen, klachten en suggesties van medewerkers worden in de kernteams besproken en daar wordt zeker iets mee gedaan. Tijdens de vergaderingen van de kernteams is ook het verantwoordelijke MT lid aanwezig, hierdoor komt de informatie ook hoger in de organisatie terecht.

In het personeelsbeleid is er veel aandacht voor kwaliteit en veiligheid, dit onder andere door middel van scholing. Er wordt ook geregistreerd wie er wel en niet geschoold zijn. Er worden jaargesprekken gehouden met de medewerkers, ook dit wordt gemonitord. Aan de introductie van nieuwe medewerkers wordt uitgebreid aandacht besteed. Tijdens de introductie die anderhalve dag duurt wordt het VIM formulier uitgelegd, er is een presentatie over de zorgpaden, uitleg over het kwaliteitsbeleid en de veiligheid. De Raad van Bestuur doet een praatje, en er is een feedback scholing.

We willen de kwaliteitscultuur versterken, dat we gedaan door middel van een project. De medewerkers krijgen een spaarkaat en zijn kunnen stickers verdienen als zij participeren in een kwaliteitsproject. Deze spaarkaat geeft recht op een VVV bon aan het einde van het jaar. Dit project wordt wisselend ontvangen, men gaat het project evalueren en kijken of dit een goede manier is van beïnvloeden van gedrag dat moet lijden tot betere kwaliteit.

Er is jaarlijks een kwaliteitsweek, met dit jaar het thema 'In balans'. De medewerkers waarderen dit maar zij kunnen niet meedoen aan de activiteiten omdat de spreekuren en de zorg gewoon doorgaan. Er is geen ruimte in agenda's vrijgemaakt. Dit geeft natuurlijk ontevredenheid bij de medewerkers.

De beleidsadviseur is van mening dat de informele cultuur dominant is in deze instelling.

10.4 Oplossingsrichtingen

De intrinsieke motivatie van de medewerker bepaalt de kwaliteit, als organisatie moet men zorgen dat de medewerker niet teveel gefrustreerd raakt, waardoor deze zijn motivatie kan verliezen. Niet teveel belasten, ruimte geven voor het primaire proces. Daarnaast is een voorbeeldfunctie van de leiding van belang, mensen moeten geïnspireerd worden, je moet mensen meenemen. Ervoor zorgen dat de medewerker het nut van de veranderingen ziet, maar daarnaast is het persoonlijke belang ook een belangrijke factor die meeweegt. Het effect van het handelen moet zichtbaar zijn.

11. Gespreksverslag: verpleegkundige met aandachtsgebied kwaliteit in de cure

Er gaat veel aandacht naar kwaliteit en veiligheid met name het beleidsmatige deel. *'Er wordt hard aan gewerkt, het zal ook wel moeten. Toch is het echt gaan doen een probleem, het implementeren lukt niet echt.'* Misschien is het wel allemaal wel teveel voor de werkvloer. Men ziet wel het nut van dit kwaliteitsbeleid. Er is geprobeerd om door

middel van scholing de medewerker te bewegen tot verandering, men wil ermee aan de slag. In het team staat er niemand op als rolmodel. Dat komt omdat de plannen niet goed aansluiten bij de werkvloer waardoor deze niet goed uitvoerbaar zijn. Men wil liever niet veranderen, men vindt de eigen werkwijze belangrijker dan het belang van de patiënt. De processen die ten grondslag liggen aan gedragsverandering kunnen we nog niet goed doorgronden. Op dit moment is 'lean denken' hip en happening. In het team is de trend zichtbaar om alleen energie te steken in zaken die zeker ook iets opleveren. Dit gaat niet ten gunste van het leerproces van een team.

Er bestaat een haat tussen iets belangrijk vinden en het ook werkelijk uitvoeren. Wat zit daar nou tussenin? Wat is er nodig om de cultuur en gedrag te beïnvloeden? De kern van kwaliteit en veiligheid is gedragsverandering, hoe krijg je dat voor elkaar? In dit kader is er een teamrol die 'de clown' wordt genoemd. De persoon in deze rol gaat ander gedrag vertonen dat als voorbeeld moet dienen voor het team, in hoeverre is het team is staat om de rol van de clown te respecteren en deze als voorbeeld toe te laten.

11.1 Formele regels: de systemen en structuren van de organisatie ten aanzien van kwaliteit en veiligheid

In deze instelling maakt men gebruik van een incidenten-meldingssysteem, het kost veel tijd om dit goed in te vullen, en men moet dat tussen de werkzaamheden door doen. Daarom wordt het ook wel vergeten, of niet gedaan. De melding gaat naar de VIM commissie en de teamleider. Artsen melden minder dan verpleegkundigen of geven opdracht aan de verpleging om een VIM melding te doen. Er zijn vertrouwenspersonen in de instelling, het is niet bekend of er veel gebruik van wordt gemaakt.

Het kwaliteitsdenken is teveel gestoeld op 'beheersing' en 'moeten', de managers brengen de boodschap naar de afdelingen. Door het steeds meer geprotocolleerd werken worden de medewerkers als een soort robots, de handelingen worden steeds meer voorgeschreven, zonder te beseffen waarom men dat moet doen. Passen deze kwaliteitshandelingen wel bij de behoefte van de patiënt? Wanneer doe je het goed, als je het protocol volgt of als je de behoefte van de patiënt volgt? Wat is dan kwaliteit? Het lineair denken past niet in de gezondheidszorg, een zorgproces is een organisch proces, dat staat haaks op de lineaire redeneringen die ten grondslag liggen aan protocollen en voorgeschreven handelingen. Een voorbeeld is de toepassing van de VMS thema 'valpreventie'. Opeens werd dit thema voorgeschreven op de afdeling, 'het is kookboekpreventie'. Er wordt een concept naar de werkvloer gebracht, en de medewerkers herkennen zich absoluut niet in de aanpak, zien dat als een last, het voelt als moeten. Dat is geen onwil, maar men wil informatie en motieven horen, en het moet passen bij de behoefte en aanpak van de medewerkers.

De instelling is NIAZ geaccrediteerd, maar men zoekt nu naar een ander systeem, NIAZ is te directief en te omslachtig. Een kwaliteitssysteem is een last omdat je op papier alles goed regelt maar in de praktijk is het een last. Er gaat veel geld en tijd naar het uitvoeren van een dergelijk systeem, ik snap dat het moet en dat we alles transparant willen krijgen, maar is er geen andere manier? We organiseren de registratie, we papieren tijger goed, maar we kijken niet naar binnen. Dat zou veel meer zo moeten zijn, dat men van binnen naar buiten kijkt en redeneert.

De taak die de geïnterviewde functionaris heeft, is het signaleren van problemen, deze bespreken met het management, onderzoek doen, verbetervoorstellen maken en deze implementeren. Ook kan een vraag van het team over een proces dat niet goed loopt, onder de loep genomen worden, en tot een verbeterplan worden gemaakt.

De Raad van Bestuur zegt kwaliteit en veiligheid belangrijk te vinden, maar je moet met goede argumenten komen om dingen te veranderen en te verbeteren. In hoeverre men er ook echt geld aan wil besteden, dat vraag ik me af. We steken veel geld in het beschrijven van de procedures, maar om dat praktisch te maken: ho maar! Er komt nu een nieuwe normering wat betreft de inzet van personeel, er wordt ingekrompen en tegelijk moet je meer werken aan kwaliteit en veiligheid. Dat gaat niet samen, er is een absolute ondergrens wat nog veilig is. *'In hoeverre kun je met minder personeel nog veilig werken?'* Als je aan alle regels en procedures moet werken kom je wel eens handen te kort want het kost meer tijd. *'Er wordt veel gedecteerd door geld en door papieren tijgers, dat is wel jammer.'*

11.2 De informele regels, rolmodellen en discrepanties tussen zeggen en doen

De kernwaarden van de instelling zijn lean, lief, en kwaliteit en veiligheid. Lean wordt breed uitgedragen maar verarmt tot een kunstje op de werkvloer, men gelooft er niet zo in. Ook kwaliteit en veiligheid komen er bij verpleegkundigen en artsen niet zo uit. De Raad van Bestuur maakt de kernwaarden niet zichtbaar, ik zie hen niet de boodschap brengen en er zelf echt in geloven, dat had ik wel van hen verwacht. Je ziet hen niet op de werkvloer en zij vragen niet aan de medewerkers wat zij nodig hebben of wat zij ervan vinden. Het zou een mooie geste zijn om dit wel eens te doen.

De werkvloer moet erg veel moeite doen om iets te bereiken, als er een goed idee is of een klacht dan ziet men daar geen reactie op van het management. Dat geeft op den duur wel een Pavlov-reactie bij de medewerker, want als men elke keer 'nee' hoort zullen mensen uiteindelijk geen initiatief meer nemen en een passieve houding aannemen. De beslissingsbevoegdheid zit te hoog in de organisatie, de verbinding tussen hoog en laag is onvoldoende aanwezig, een verpleegkundige beslist niet meer over haar eigen zorgproces. Voor alle initiatieven heeft zij een besluit nodig van een hogere managementlaag.

De aanspreekcultuur is lastig, het gebeurt met veel pijn en moeite, *'daar heb je haar weer met haar gezet.'* Men verschuilt zich makkelijk achter druk, druk en geen tijd. Op rustige dagen wordt het gebruikt als een excuus, maar er zijn ook dagen dat je niet conform de regels kunt werken. Opvallend is ook dat het meldingssysteem gebruikt wordt om feedback te geven aan collega's, men kiest ervoor om dit niet face-to-face te doen. De leiding spreekt de medewerkers niet voldoende aan, de teamleiders leven ook in de waan van de dag, zij zijn bijna een doorgeefluik van zaken die 'moeten'. De teamleider is niet voldoende op de werkvloer aanwezig om te zien wat er gebeurt en te kunnen sturen. *'De teamleider krijgt het team dat hij verdient'*, dat zou een verklaring kunnen zijn voor het implementatieprobleem, er is leiderschap voor nodig om een team op een ander niveau te krijgen, hen te laten reflecteren, fouten te kunnen maken etc. Er zijn ook teamleiders die als een manager de boel kapot managen, enkel gericht op beheersing, 'we moeten dit, we moeten dat', een teamleider zou een coach moeten zijn voor zijn team. Tegelijkertijd willen en moeten we van alles als organisatie, we worden overladen

met zaken die moeten. *'Het zou goed zijn om als organisatie speerpunten te kiezen, waar willen en kunnen we goed in worden.'*

11.3 De symbolische waarde van beslissingen

Kwaliteit en veiligheid is niet een gestructureerd onderwerp van gesprek tijdens het teamoverleg. Er wordt wel geluisterd naar de ideeën van de medewerkers. Maar ook dan lopen we heel vaak tegen hetzelfde probleem aan, het is al zoveel, er moet dan weer iets bij. Daarentegen zijn we wel eens een stel klagers, het oppakken van verantwoordelijkheid zou best wat vaker mogen gebeuren.

In jaargesprekken en functiebeschrijvingen komen de kwaliteitsaspecten niet naar voor. Misschien moet je wel naar een nader niveau medewerker, naar hoger geschoolde verpleegkundigen?

Verbeterplannen worden gemaakt door de verpleegkundige met kwaliteit in haar portefeuille, het hoofd van de zorgeenheid en de teamleiders. Medewerkers worden niet betrokken bij besluiten en keuzes die dan gemaakt worden, zij hebben totaal geen rol in het opstellen van de jaarplannen. We hebben dat geadviseerd aan de Raad van Bestuur, je moet de medewerkers op strategische plaatsen inzetten, en zorgen dat de beroepsgroep wordt betrokken en kan meedenken. Als mensen niet mee kunnen doen en -denken is het misschien wel logisch dat men achteruit gaat hangen, het werkt demotiverend.

De dominante manier van regelen van kwaliteit en veiligheid in deze instelling is: regels en structuren. *'Je wordt doodgeslagen met regels. We moeten heel veel en er komt niet zoveel uit de verf.'*

11.4 Oplossingsrichtingen

Men zou niet top down moeten werken, maar voor 100 % de werkvloer betrekken. En op een andere manier gaan kijken naar transparantie en beheersing, naar de papieren tijgers, dat is van iedereen een uitdrukkelijke wens. Het wordt eerder gezien als een demotiverende methode dan als een prikkel tot gewenst gedrag.

'Door te directief te zijn, ontnemt je de mensen initiatief en motivatie, daar hoef je geen psycholoog voor te zijn om dat te begrijpen.'

Er zou minder op uitkomsten moeten worden gestuurd, maar indicatoren moeten ontleend worden aan het zorgproces op basis van 'shared decision making'. Misschien moet dat wel een indicator worden van kwaliteit.

12. Gespreksverslag: medisch specialist op de intensive care afdeling

Het werken met de kwaliteitsnormen van de zorgverzekeringen en overheid, maar ook van de beroepsvereniging zijn enorm hot. Een voorbeeld is dat men om borstkanker te mogen behandelen er een operatiequotum gehaald moet worden, daarnaast moet men twee oncologen in dienst hebben. De instelling is bezig om de normen die gehaald moeten worden ook daadwerkelijk te halen. De speerpunten

van deze instelling zijn acute zorg, ouderenzorg en oncologie. Bepaalde zorg gaan we niet meer leveren, dat heeft te maken met het behalen van de normaantallen. Om deze reden wordt er samenwerking gezocht met regionale ziekenhuizen. De normen zijn nergens op gebaseerd, dat zijn willekeurig gekozen aantallen. Op papier gaat men er dan voor zorgen dat de normen gehaald worden, door bijvoorbeeld in een ander ziekenhuis bij operaties aanwezig te zijn. Men zou ook andere kwaliteitsnormen kunnen ontwerpen, bijvoorbeeld kijkend naar het proces, en dan vooral patiëntgericht. Het ontwerp van een zorgketen is een belangrijk instrument.

De kracht van dit ziekenhuis is dat het geen opleidingsziekenhuis is, daardoor zijn de lijnen tussen de medisch specialisten erg kort. In tegenstelling tot een academisch ziekenhuis waar men elkaar amper kende, de communicatie over patiënten ging via de assistenten. Dit heeft grote invloed op de kwaliteit, wij hebben meteen de juiste persoon aan het bed.

12.1 Formele regels: de systemen en structuren van de organisatie ten aanzien van kwaliteit en veiligheid

Er wordt gewerkt met VIM meldingen, op de afdeling wordt het ongelooflijk veel gebruikt. Bij calamiteiten wordt er melding gemaakt bij Inspectie en bij de Raad van Bestuur, er wordt dan een commissie in het leven geroepen die zich buigt over de achtergrond van deze calamiteit, er is een open cultuur. Je moet natuurlijk niet alles gaan melden, daar moeten we voor waken. In het opleidingsziekenhuis vimde ik nooit, daar was dat niet de cultuur. Als assistent in opleiding zag ik er nooit iets van. Nu krijg ik als medisch manager de meldingen onder ogen. De VIM coördinator en de VIM commissie ziet de meldingen. Er wordt uitleg gevraagd aan de betrokken personen en er wordt gekeken of er actie moet worden ondernomen. Calamiteiten gaan direct naar de Raad van Bestuur.

Er zijn vertrouwenspersonen, maar ik weet niet of er veel gebruik van wordt gemaakt.

Het kwaliteitssysteem waarmee men werkt is de NIAZ accreditatie en de NICE registratie (Nederlands Intensive Care Evaluatie). Alle gegevens die beschikbaar gesteld worden gaan naar een database, gegevens over bijvoorbeeld ligduur, mortaliteit, diagnose, en complicaties. Een keer per jaar krijgt men een vergelijking met andere ziekenhuizen, en dan kan men zien hoe de prestaties zijn in vergelijking met anderen. Het team doet dan een analyse en kijkt naar de mindere scores, men zoekt naar een verklaring. Jaarlijks zijn er landelijke discussiebijeenkomsten, er wordt dan getoond welke ziekenhuizen de beste en de minste prestaties hebben. De 5 beste worden gevraagd om uit te leggen waarom zij zelf denken dat zij het goed doen.

Op eigen initiatief houdt het team veiligheidsrondes, een keer per kwartaal. Hierop volgt een evaluatie en naar aanleiding daarvan volgen verbeteracties. Verder is er op de afdeling een verpleegkundige speciaal belast met kwaliteit. Zij kijkt of de ademapparatuur is getest, of er verlopen medicatie is, of het schoon is, of er geen patiëntgegevens zichtbaar zijn voor anderen etc.

Van de OK naar de IC verloopt de overdracht van patiënten nog niet goed, er is geen overdracht van de operateur naar de IC. Hier wil men procesafspraken over

maken, dat is echt kwaliteitsverbetering door het team voorgesteld, het is niet opgelegd.

Nog een verbeterplan dat wij zelf hebben gedaan is een verandering in het voorschrijven van medicatie. Hoe kunnen wij hier prijsreductie bewerkstelligen? In principe wordt de goedkoopste variant voorgeschreven tenzij er medisch gezien redenen zijn om toch de duurdere variant voor te schrijven. Deze verbeteractie is opgestart naar aanleiding van een medicatieoverzicht. *‘Door de vakgroep zelf worden er veel nieuwe, frisse gedachten in het team gebracht, waardoor we steeds bezig zijn om onze zorg te verbeteren.’*

Kwaliteitssystemen worden als goed en nuttig ervaren, maar de administratieve last ervan wordt wel steeds vervelender, mensen raken hiervan gefrustreerd. De chirurgen zijn bijvoorbeeld een beroepsgroep die heel veel moeten registreren volgens de surpass methode. Hierdoor gaat de productie achteruit, het kost efficiency en geld. *‘De keten wordt langer en dus duurder, het is een enorme andere kant van de medaille.’*

De Raad van Bestuur doet niet zoveel aan kwaliteit en veiligheid maar dat hoeft ook niet, want wij leggen ons zelf de normen op. In de strategische visie is de aandacht voor kwaliteit en veiligheid wel merkbaar, maar de Raad van Bestuur stuurt er niet echt op, er komt geen informatie van hen over dit onderwerp. Er zijn korte lijntjes met de Raad van Bestuur, er is jaarlijks overleg over de cijfers, niet de financiën maar meer de medisch inhoudelijke prestaties. Formeel is de aandacht voor kwaliteit boven gemiddeld geregeld.

Twee jaar geleden waren er forse bezettingsproblemen op de IC, de verpleegkundigen hebben toen de noodklok geluid bij de Raad van Bestuur, waarop men de samenwerking heeft gezocht met een ander ziekenhuis. Daarna is de kwaliteit in hoog tempo verbeterd. Op de laatste verplichte kwaliteitsvisitatie zijn we met vlag en wimpel geslaagd.

12.2 De informele regels, rolmodellen en discrepanties tussen zeggen en doen

De kernwaarden zie je in allerlei documenten terug. Het bestuur draagt deze wel heel erg uit in documenten en gesprekken. Ze zijn zichtbaar in beleid en in verhaal, in patiëntinformatiefolders en ook in keuzes die gemaakt worden door de Raad van Bestuur. De afstand tussen de dokters en het bestuur is vrij klein, maar de afstand met het overige personeel is veel groter.

De kernwaarden van de instelling, ik weet niet of dat op de afdelingen zichtbaar is. Acute basiszorg (spoed eisende hulp) moet verbeterd, maar ook daar wordt hard gewerkt om een kwaliteitsslag te maken. ICT is een belangrijk medium waarmee je grote invloed kunt uitoefenen op kwaliteit. We hebben nu een systeem dat is zwaar onder peil, bijvoorbeeld de digitale manier van medicatie voorschrijven. *‘Als er nog kwaliteitsverbetering te halen valt in Nederland dan is het op ICT gebied.’* Er nog veel te veel afstand tussen de ICT bedrijven en de mensen op de werkvloer. Over administratieve last gesproken: we hebben een medicatievoorschrijfsysteem dat erg omslachtig is, niet gebruiksvriendelijk, kost veel tijd. Waarom kan dat nou niet beter? *‘Ik denk dat ICT een onderschat middel is met betrekking tot het verbeteren van kwaliteit.’*

'De zorgprofessionals worden zo achterna gezeten door inspectie, zorgverzekeraars en anderen, maar als er iemand achterna gezeten zou moeten worden dan zijn het de ICT bedrijven' Er zijn maar 2 grote spelers in Nederland, zij hebben het monopolie en staan totaal niet open voor verbeteringen en gebruiksvriendelijk maken van de software.

Medewerkers zijn zeer gemotiveerd om aan kwaliteitsverbetering te werken, je ziet dat ook de mensen die er aanvankelijk niet zo voor open stonden, nu toch meegetrokken worden door de flow. Je ziet wel dat kennelijk de sfeer, de cultuur hier belangrijk is. De rol van de afdelingsmanager is belangrijk geweest in deze kwaliteitsslag. Deze heeft de noodklok geluid en hij heeft heel veel overleg gepleegd en geregeld om de zaak draaiende te houden. Zijn invloed op de cultuur is dat hij heel goed voor zijn personeel staat.

Bij ons spreken de verpleegkundigen de dokter aan, en vragen: waarom doe je dat? De aanspreekcultuur staat ook genoemd in de werkafspraken. *'Nog een ander punt is: het niet zeggen dat de ander een fout maakt, is net zo erg als zelf een fout begaan.'*

12.3 De symbolische waarde van beslissingen

De veiligheidsrondes en het werken met protocollen zijn uitingen van het werken aan kwaliteit, veel van de verbeteringen zijn door onszelf geïnitieerd. Het saamhorigheidsgevoel is een succesfactor, wij zijn een club. Als een ander ontevreden is dan merk je daar zelf ook de nadelen van. Uiteindelijk wordt de kwaliteit allemaal bepaald door het individu. Als er verkeerde individuen staan dan houdt het op, je kunt documenten hebben en nog zo'n mooi beleid, maar dan wordt het niets.

Ook het verversen van het team en de manager kan verfrissend werken. Je moet elk jaar een of twee nieuwe mensen hebben, mensen moeten niet te lang op dezelfde plaats zitten. Er zijn ziekenhuizen die elke 2 jaar een nieuwe medisch manager aanstellen om deze reden, je houdt de dynamiek erin. Je moet waken voor de sleur!

Bij een forse fout wordt de medewerker flink aangesproken door het afdelingsmanagement in de evaluatiegesprekken. We melden dat bij de Raad van Bestuur, Inspectie etc., er heerst een open cultuur. *'Op de IC is er weinig hiërarchie merkbaar. Dit heeft te maken met cultuur en opleidingsniveau van de verpleegkundigen, zij hebben ook echt veel kennis in huis.'*

12.4 Oplossingsrichtingen

Teambuilding is heel belangrijk, je leert elkaar beter kennen buiten het werk waardoor je meer begrip krijgt voor elkaars situatie. Elk individu moet openstaan voor kritiek en verandering. Een manier om dat te krijgen is een spiegel voorhouden, neem bijvoorbeeld een gesprek op, en luister het af, leer ervan.

Er is veel aversie tegen de reflectiemethodiek voor medisch specialisten IFMS. Dokters hebben een conservatieve houding. De dokterscultuur moet je doorbreken, soms met toevalligheden, zoals verjonging van het team, of een nieuwe manager die goede vragen stelt.

'Het is ook nuttig om bij elkaar in de keuken te kijken, maar daar is geen geld voor. Er moet contact zijn in een organisatie zowel horizontaal als verticaal, je wordt zo geïnspireerd om de positieve ervaringen van anderen toe te passen in je eigen werksituatie.'