

Kan een UMC op organische wijze **veranderen**?

Gezondheidszorgsystemen zijn complexe en dynamische, levende systemen. Belangrijke kenmerken van levende systemen zijn constante beweging, onvoorspelbaarheid, diversiteit, onderlinge afhankelijkheid en ook individuele creativiteit en groei (Heineman, 2010). Om een dergelijk dynamisch systeem te kunnen besturen is een passende cultuur nodig; een cultuur gericht op procesdenken en system awareness, waarbij openheid en organisch leiderschap waarin 'wie het weet, mag het zeggen' en wederkerigheid centraal staan. Bestaande culturen in de gezondheidszorg zijn echter vaak nog gericht op denken in structureren, waarbij hiërarchisch leiderschap waarin 'wie de baas is, mag het zeggen' en eigenbelang dominant zijn. Om de gewenste cultuuromslag te bewerkstelligen is een veranderingsconcept uitgewerkt gestoeld op ervaring en inzicht uit de ziekenhuispraktijk.

Door: E. Heineman, G.A. Welker, N.H. Liefers, M.H.E. Doting en S. Brilstra

In reactie op de diverse zorggerelateerde incidenten met soms fatale gevolgen is in Engeland de methodiek clinical governance ontwikkeld om de kwaliteit en veiligheid van de (klinische) zorg continu te verbeteren. Geconstateerd werd dat het niet langer voldoende is om alleen structuur- en procedurele veranderingen door te voeren, maar dat het juist ook gaat om veranderingen in gedrag en attitude en het institutionaliseren van nieuwe waarden (Davies et al., 2000). Het delen van attitudes, normen en waarden met betrekking tot system awareness, teamwerk, communicatie, eigenaarschap en leiderschap is essentieel om duurzame kwaliteitsverbetering in de gezondheids-

zorg te kunnen realiseren (Nicholls et al., 2000). Zo heeft onderzoek van Speroff et al. (2010) laten zien dat een groepsgeoriënteerde organisatiecultuur, waar waarden als affiliatie, teamwerk en participatie centraal staan, de attitude en het klimaat voor patiëntveiligheid positief beïnvloeden.

Veel van de geconstateerde incidenten en complicaties lijken te ontstaan door de fragmentatie in de zorgorganisaties. Er is een gebrek aan procesdenken en procesbewustzijn waardoor zorgorganisaties bestaan uit aparte onderdelen die elk hun eigenbelang nastreven. Tegelijkertijd hebben we te maken met steeds complexer wordende zorg en zorgorganisaties. Deze complexiteit kan niet meer worden opgelost door controle op controle te stapelen, of door functies steeds verder op te splitsen. Een dergelijk besturingsparadigma past bij het denken in structuren en in harkjes, en deze manier van organiseren past niet bij de complexiteit van de dynamische zorgsystemen. Daarvoor is een verandering nodig waarin het procesdenken en het bewust zijn van die processen centraal staan, met andere woorden 'system awareness'. Om die system awareness te creëren hebben we een veranderingsconcept ontwikkeld. Dit concept willen we in dit artikel toelichten. De concretisering van het concept vindt plaats in de praktijk van het UMCG, maar staat op het moment van het schrijven van dit artikel nog in de kinderschoenen.

Wederkerigheid

De basis voor verandering in de zorg is wederkerigheid. Wederkerigheid betekent dat je een

ander op dezelfde manier behandelt als je zelf behandeld zou willen worden. Maar het betekent ook dat je wilt 'geven en nemen' en dat je kennis en ervaringen met elkaar wilt delen. Uiteindelijk leidt wederkerigheid dan ook tot vermenigvuldiging van kennis en ervaringen. Dit geldt voor elke sociale relatie. De relatie tussen professional en patiënt, maar ook de relatie tussen verschillende professionals moet gebaseerd zijn op onderling vertrouwen en respect en op wederkerigheid. Op mesoniveau gaat het bijvoorbeeld om de relaties tussen verschillende afdelingen en op strategisch niveau betreft het bijvoorbeeld de relaties tussen zorginstellingen, zorgverzekeraars en inspectie.

Ontwikkeling van een veranderingsconcept

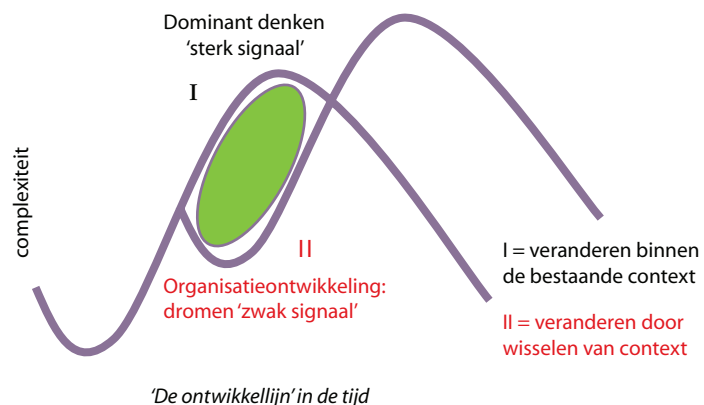
Het veranderen van een organisatie heeft te maken met het doorbreken van de dominante denkwijze en het leren luisteren naar de onderstroom (zwakke signalen). Deze zwakke signalen worden in de loop der tijd sterker. Op een gegeven moment helpen ze de bestaande orde te kantelen om zich vervolgens verder te kunnen ontwikkelen en daardoor te kunnen omgaan met de toenemende complexiteit. Volgens Van Eijnatten et al. (2002) biedt het chaordisch systeemdenken of het chaosdenken een paradigma dat helpt bij het organiseren van complexe en dynamische organisaties. Chaosdenken staat voor creatieve oplossingen voor complexe problemen, die uit de dagelijkse praktijk naar voren komen. Er is orde tot de complexiteit de overhand neemt en niet meer met de dominante werkwijze kan worden benaderd; dan ontstaat chaos, die nodig is om tot nieuwe werkwijzen te komen. Die nieuwe werkwijzen, de zwakke signalen, zijn vaak al onderkend of gezien door enkelen.

Deze gedachte is ook de basis van het veranderingsconcept dat in dit artikel wordt gepresenteerd: de dynamiek en toenemende complexiteit van zorgorganisaties vragen om een cultuur gericht op procesdenken en system awareness, waarbij het groepsbelang en multidisciplinariteit centraal staan. De hoofdelementen van het veranderingsconcept zijn:

1. wisselen van context;
2. creëren van leidende coalities;
3. toepassen van theorie U: 'prototype initiatives';
4. toepassen van Kaizen: kleine stapjes.

Deze elementen zijn nauw met elkaar verweven. Hierna zullen we deze elementen nader toelichten, zodat het veranderingsconcept gaat leven.

Boven en onderstromen: 'zwakke' signalen zijn een voorbode van een nieuwe toekomst voor de organisatie op een hoger niveau van complexiteit



Figuur 1. Omgaan met complexiteit

Veranderen door wisselen van context

Uit onderzoek is gebleken dat veranderingen niet worden gerealiseerd door binnen dezelfde context te blijven. 'Wanneer je doet wat je deed, blijf je krijgen wat je kreeg.' De te gebruiken methoden en instrumenten moeten dus niet vanuit het bestaande paradigma worden ingezet; het is juist zaak om de verandering op een andere manier te introduceren. Niet de geijkte managementmethoden of verandertechnieken bepalen of een voorgenomen verandering succesvol verloopt, maar de mate waarin een verandering ook werkelijk wordt geïnternaliseerd door mensen die de verandering 'ondergaan'. Wanneer mensen intrinsiek worden gemotiveerd, doordat zij daadwerkelijk worden geraakt, zullen veranderingen worden opgenomen in het doen en denken (Pink, 2009; Ryan en Deci, 2000).

Om te kunnen veranderen is het wisselen van context belangrijk. Dit kan bijvoorbeeld worden gerealiseerd door mensen uit hun 'comfort zone' te halen (Nicholls et al., 2000), door ze vanuit het perspectief van een collega uit een andere subcultuur te laten kijken. In organisaties is vaak sprake van diverse subculturen, die geassocieerd kunnen zijn met een verschillende mate van invloed en macht in de organisatie. Juist in de gezondheidszorg zien we rivaliteit en competitie tussen groepen als kenmerk van de gehele organisatiecultuur (Davies et al., 2000). Het is dan ook zaak om de perspectieven van de verschillende 'stammen' te kennen. Onderzoek van Degeling (2001, 2006) laat onder andere zien dat artsen meer individualistisch werken terwijl verpleegkundigen juist in teamverband willen werken. Recent onderzoek

van Wauben et al. (2011) toont aan dat ook binnen OK-teams verschillende perspectieven op samenwerking en communicatie bestaan tussen de betrokken chirurgen, anesthesisten en verpleegkundigen. De chirurgen bleken een positieve perceptie van communicatie en teamwork binnen het OK-team te hebben, terwijl de verpleegkundigen juist een negatieve perceptie hebben. Deze uitkomsten geven aan dat het belangrijk is dat er aandacht is voor de verschillende percepties en dat die ook worden besproken, zodat er van kan worden geleerd. Voor de zorg geldt dat de verandering door wisseling van context plaatsvindt door van ego-denken naar wederkerigheid te bewegen. Het wisselen van context moet worden ondersteund door zogenoemde leidende coalities.

Creëren van leidende coalities

Het uitgangspunt is dat er groepen mensen ontstaan die denken in processen, het ziekenhuis als een dynamisch systeem beschouwen en uitgaan van het principe 'wie het weet, mag het zeggen', volgens het Rijnländs denken (zie o.a. Peters en Weggeman, 2009). Er moeten dus leidende coalities ontstaan die door voorbeeldgedrag de organisatie beetje bij beetje gaan veranderen.

Deze leidende coalities kunnen ontstaan door groepen medewerkers die met elkaar in contact worden gebracht of die elkaar op basis van gemeenschappelijke ideeën of uitgangspunten zelf opzoeken. In de coalities zitten mensen met verschillende kennis en vaardigheden die een gezamenlijk doel nastreven, een gezamen-

lijke passie hebben. Deze leidende coalities moeten flexibel zijn en kunnen meebewegen met de dynamiek van de organisaties (Heineman, 2010). De kracht van dergelijke groepen is dat ze verschillende betekenissen aan de werkelijkheid geven en daarmee nieuwe inzichten opleveren (Homan, 2005).

Bij het creëren van leidende coalities in een ziekenhuisomgeving is het extra relevant om invloed uit te oefenen op de socialisatie van specialisten. Uit onderzoek van Witman is gebleken dat medici disposities – duurzame, onderbewuste schema's van waarneming en waardering, die aanzetten tot en richting geven aan het handelen – aan elkaar overdragen door middel van een socialisatieproces dat zich via de opleiding en het co-assistentenschap voltrekt via de patiëntbespreking, de visite, de operatie en de onderzoeksbespreking (Witman, 2007). Dit socialisatieproces heeft dus een belangrijke rol in de betekenisgeving van medici en aangezien wederkerigheid hierbij nog niet noodzakelijkerwijs centraal staat, dient hier bijzondere aandacht voor te zijn.

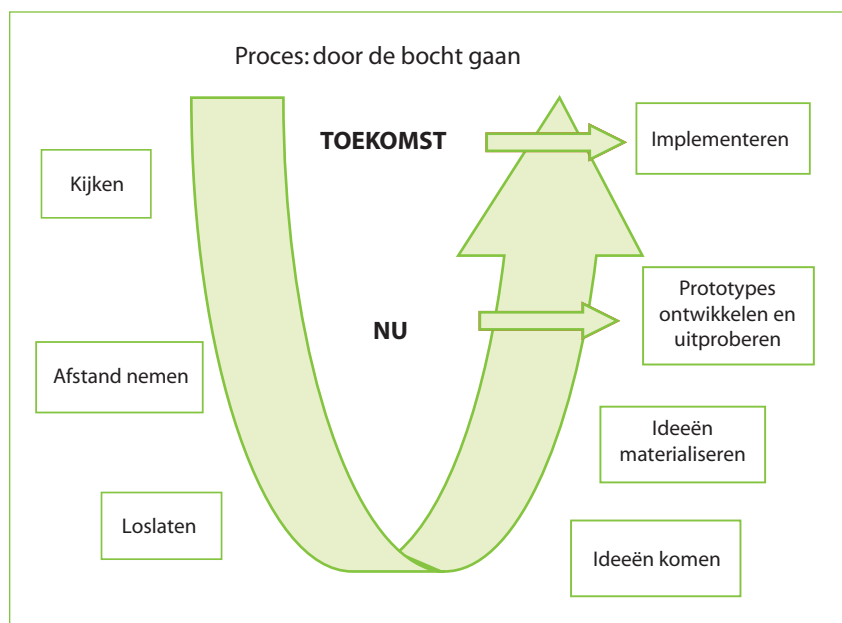
De leidende coalities zijn als het ware amoëbe systemen, die levend zijn en kunnen inspelen op de organische kenmerken van de zorgorganisatie (Heineman, 2010). Een belangrijke meerwaarde van coalitievorming en diversiteit daarbinnen is dat men in staat is informatie, kennis en vaardigheden met elkaar te delen, waardoor vermenigvuldiging van kennis en ervaring mogelijk is. Daarbij is het principe van wederkerigheid dus weer van belang.

Toepassen van theorie U

Om een verandering succesvol te laten verlopen is het van belang dat de betrokkenen zich de verandering eigen maken. Mensen veranderen niet door een mooi verhaal. Veranderen gebeurt op een informele manier en is een langdurig proces. Je praat er met collega's over, je gaat er eens mee experimenteren en zo doorbreek je langzamerhand bestaande patronen (Homan, 2005).

Uit onderzoek is gebleken dat het weinig zinvol is om een interventie die ergens succesvol is geweest te kopiëren en te implementeren in de eigen situatie (zie Grol en Wensing, 2006). De interventie moet succesvol zijn in de specifieke setting voor de specifieke doelgroep en moet dus ook op die setting en doelgroep worden toegesneden. Volgens Scharmer (2009) kun je niet volstaan met 'downloaden', je moet je de verandering ook eigen maken en doorvoelen (sensing).

Om dit te kunnen realiseren is het essentieel dat in een veranderingsproces de U-bocht



Figuur 2. De U-bocht (gebaseerd op de U-theorie van Scharmer)

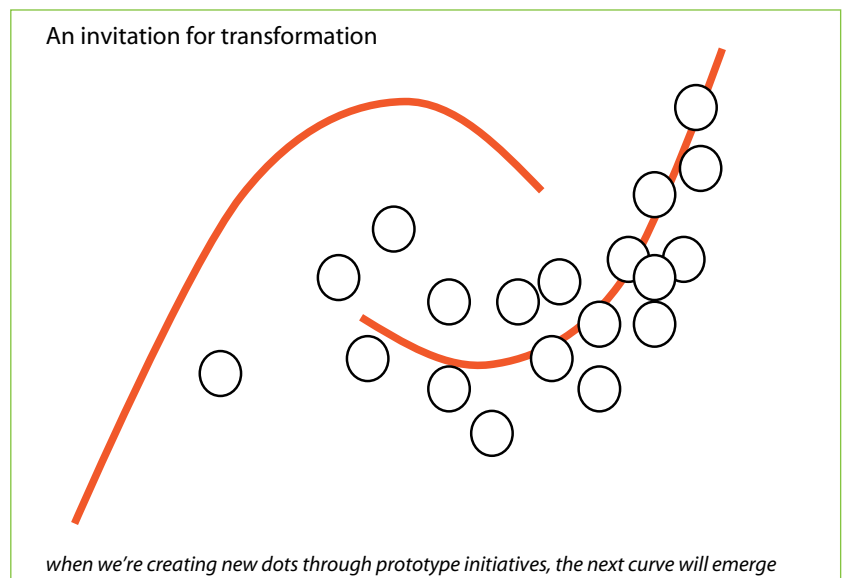
wordt genomen. Het proces van ‘door de bocht’ gaan omvat het kijken naar het probleem en de setting, en vervolgens afstand nemen en loslaten van het probleem zodat nieuwe inzichten en ideeën kunnen opkomen. De ideeën moeten vervolgens ook concreet worden gemaakt en gematerialiseerd. In deze fase kan ook blijken dat ideeën niet geschikt zijn voor verdere uitwerking. Op basis van de concrete ideeën worden prototypes of pilots ontwikkeld en uitgeprobeerd (zie figuur 2).

Bij het UMCG wordt deze denkwijze nu toegepast in diverse settings, bijvoorbeeld in de peroperative keten, bij de ontwikkeling van de zogenoemde managed clinical networks bij oncologie en bij de netwerkvorming op basis van het zorgportfolio. Bij al deze ontwikkelingen is het van belang dat samen met de betrokkenen wordt gekeken naar de bestaande werkwijzen, dat de verschillende percepties van die werkwijzen boven tafel komen en worden besproken en dat men gezamenlijk bekijkt in hoeverre deze werkwijzen het proces verbeteren. Er is gediscussieerd over mogelijke verbeterpunten en de betrokkenen hebben zelf deze verbeterpunten omgezet in pilots, de zogenoemde prototypes. Een aantal van deze pilots wordt nu in de praktijk uitgewerkt en geïmplementeerd en de effecten van de interventies worden gemeten om te bepalen of de verandering ook (kosten)effectief is.

Toepassen van Kaizen

Elke pilot is een stapje in het totale verandertraject. Het idee is dat veel kleine stappen leiden tot een proces van continue verandering en verbetering. Het gaat dus om talrijke kleine aanpassingen die zich opeenstapelen en elkaar versterken. Het veranderen in ‘veel kleine stapjes’ impliceert dat de werkomgeving niet in één keer volledig overhoop wordt gehaald. De medewerkers kunnen wennen aan elke verandering. Ook leert men gaandeweg bij en het resultaat van veel kleine stapjes is vaak beter dan het resultaat van één grote verandering.

De essentie van Kaizen is eenvoudig en ongecompliceerd. Het begrip Kaizen is samengesteld uit twee begrippen, namelijk ‘Kai’ (= verandering) en ‘Zen’ (= goed/beter). Kaizen als totaalbegrip betekent dan ook continue verbetering. Het gaat om verbeteren zonder ophouden, waar iedereen bij wordt betrokken, zowel leidinggevend als uitvoerend (Imai, 1990). Kenmerk van Kaizen is de procesoriëntatie: om resultaten te kunnen boeken moeten processen worden verbeterd. Dit sluit nauw aan bij het procesdenken en de system awareness. Daar-



Figuur 3. Het veranderingsprincipe in beeld gebracht

naast is ook de mensoriëntatie essentieel: mensen hebben behoefte aan kwaliteit. Hierbij zien we het belang van intrinsieke motivatie terugkomen. Tot slot is ook de normoriëntatie kenmerkend voor Kaizen: normen en standaarden zijn noodzakelijk voor verbetering.

Elke pilot is een stapje, zorgt daarmee voor het omgaan met complexiteit en levert nieuwe inzichten op die weer de wisseling van context versterken. De plan-do-check-act cyclus zou moeten worden aangevuld met een vijfde essentiële stap, namelijk ‘reflect’. Het is vooral ook het principe van ‘act-reflect’ dat in het veranderingsconcept een rol speelt.

Resumerend

Het veranderingsconcept, zoals in dit artikel beschreven, kan worden gevisualiseerd door figuur 3. Deze figuur is een afbeelding die wordt gebruikt door Dijksterhuis (www.heindijksterhuis.com) en is feitelijk een soort samenvoeging van figuur 1 en figuur 2. De figuur laat zien dat we de toenemende complexiteit niet meer met de bestaande logica aankunnen. Er is een wisseling van context nodig die wordt bereikt door pilots te formuleren die door leidende coalities zijn bedacht en worden uitgevoerd. Al deze pilots (de witte bolletjes in de figuur) zijn kleine stapjes die gezamenlijk een verandering bewerkstelligen die leidt tot het kunnen omgaan met de complexiteit. In alle afzonderlijke pilots wordt gewerkt aan het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Literatuur

- Davies, H.T.O., Nutley, S.M. en R. Mannion, Organisational culture and quality of health care, *Quality in Health Care*, 9, 2000, 111-119.
- Degeling P., Kennedy, J. en M. Hill, Mediating the cultural boundaries between medicine, nursing and management – the central challenge in hospital reform. *Health Services Management Research*. 14, 2001/1, 36-48.
- Degeling, P., Realising the developmental potential of Clinical Governance, *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*, 44, 2006/6, 688-691.
- Eijnatten, F. van, Poorthuis, A. en J. Peters (red.), *Inleiding in chaosdenken: theorie en praktijk*. Van Gorcum, Assen, 2002.
- Grol, R. en M. Wensing, *Implementatie: effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Maarssen, 2006.
- Heineman, E., *Het paradigma van de zorg: ego-systeem of eco-systeem?* Oratie, UMCG, 2010.
- Homan, T., *Organisatiedynamica. Theorie en praktijk van organisatieverandering*. Sdu Uitgevers bv, Den Haag, 2005.
- Imai, M., *Kaizen*. Kluwer, Deventer, 1990.
- Nicholls, S., Cullen, R., O'Neill, S. en A. Halligan, Clinical Governance: its origins and its foundations, *British Journal of Clinical Governance*, 5, 2000/3, 172-178.
- Peters, J. en M. Weggeman, *Het Rijnland boekje. Principes en inzichten van het Rijnland-model*, 2009.
- Pink, D.H., *Drive. The surprising truth about what motivates us*. Penguin, New York, 2009.
- Ryan, R.M. en E.L. Deci, Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and

well-being, *American Psychologist*, 55, 2000/1, 68-78.

Scharmer, C.O., *Theorie U*. Christofoor, 2010.

Speroff, T., Nwosu, S., Greevy, R., Weinger, M.B., Talbot, T.R., Wall, R.J., Deshpande, J.K., France, D.J., Ely, E.W., Burgess, H., Englebright, J., Williams, M.V. en R.S. Dittus, Organisational culture: variation across hospitals and connection to patient safety climate, *Quality and Safety in Health Care*, 19, 2010, 592-596.

Wauben L.S., Dekker-van Doorn, C.M., Wijngaarden, J.D. van, Goossens, R.H., Huijsman, R., Klein, J. en J.F. Lange, Discrepant perceptions of communication, teamwork and situation awareness among surgical team members, *International Journal of Quality in Health Care*, 23, 2011/2, 159-166.

Witman, Y., *De medicus maatgevend. Over leiderschap en habitus*. Van Gorcum, Assen, 2007.

Informatie over de auteurs

Prof.dr. Erik Heineman is hoofd Chirurgie bij het UMCG.

Dr. Gera Welker is implementatiefellow (ZonMw) en stafadviseur Kwaliteit bij het UMCG.

Nicole Liefers is organisatieadviseur bij het UMCG.

Dr. Edwina Doting is adviseur Raad van Bestuur bij het UMCG.

Silvia Brilstra is stafadviseur Kwaliteit bij het UMCG.

MASTERCLASS

KWALITEIT & VEILIGHEID

WAAROM?

- Omdat het van vitaal belang is voor patiënten, medewerkers en de organisatie
- Omdat sturen op kwaliteit en veiligheid focus en teamwork vereist
- Omdat het nodig is voldoende bottom up draagvlak te creëren.
- Omdat er steeds meer externe verantwoording moet worden afgelegd
- Om te voorkomen dat er een bureaucratische aanpak komt
- Omdat het een nuttige, leuke en inspirerende leer-werkgang is.

WERKWIJZE

- Interactieve vijfdaagse leer-werkgang
- Kleinschalig en praktijkgericht
- Nadruk op implementatie, motivatie en praktische werkvormen.
- Actuele inzichten vertaald in de praktijk van de eigen instelling
- Deelnemers werken eigen plan uit
- Deelnemers implementeren dat plan
- Deelnemers krijgen feedback op hun plan en op de implementatie ervan

VOOR WIE

- Managers, leidinggevend,
- Kwaliteits- en veiligheidsfunctionarissen
- Sector: ziekenhuizen en GGZ-instellingen.

KERNDOCENTEN

Renee Bering, consultant bij Bering & Partners (www.bering.nl).

Kees Verheijke, onderzoeker en adviseur bij MediQuest (www.mediquest.nl).

SPREKERS/PRESENTATIE:

Marij Bontemps, kinderarts, medewerker Centramed, over praktijkervaringen in een ziekenhuis

Jon Schaefer, directeur MediQuest, over de laatste ontwikkelingen op het terrein van prestatie-indicatoren
Het bedrijf "Ja-maar" verzorgt een workshop/presentatie over communicatie

Ian Leistikow, sr.inspecteur bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg, over de rol van de bestuurder en de rol van de Inspectie

Mieke Bouma, ex-directeur Script School, over veranderen en cultuur: sense of urgency and sense of excitement

DATA:

Dag 1 en 2: 12 en 13 oktober 2011

Dag 3 en 4: 2 en 3 november 2011

Dag 5: 2 februari 2012

INFORMATIE EN AANMELDEN:

Prijs per deelnemer: 3.300 euro, vrijgesteld van BTW.

Voor meer informatie kunt u bellen of mailen met:

Kees Verheijke, tel 088 126 39 83 of 06 51 50 56 55,
kverheijke@mediquest.nl

Renee Bering, tel. 071 514 51 24 of 06 51 61 17 20,
info@bering.nl.

Aanmelden kan via de website www.mediquest.nl