

GOVERNANCE OP DE WERKVLOER

EIGENAARSCHAP EN GEVOEL VAN BETROKKENHEID

Hoe kunnen we ervoor zorgen dat patiënten duurzaam goede en veilige zorg krijgen? Dit is onder meer een vraagstuk van governance op de werkvloer. Om goede governance te realiseren is het van belang dat medewerkers kwaliteit en veiligheid van zorg intrinsiek gemotiveerd centraal stellen. Essentieel hierbij is het aan hen teruggeven van eigenaarschap en daardoor een gevoel van betrokkenheid stimuleren. In het UMCG proberen wij dit te realiseren door de 'professionals in the lead' te laten zijn en door te werken met leidende coalities en netwerken. In dit artikel gaan wij in op de basisfilosofie die hieraan ten grondslag ligt, hoe wij die toepassen in de praktijk van het UMCG en de lessen die we daarbij tot nu geleerd hebben.

Door: E. Heineman, G.A. Welker, A.P. Goudswaard en M.E. Dirkse

We komen uit een tijdperk waarin kwaliteit vooral gericht was op het voldoen aan externe eisen van bijvoorbeeld IGZ en zorgverzekeraars. Organisatie en bestuurlijke afspraken zijn veelal (in)gericht op 'compliance'. Dit uit zich in activiteiten als certificeringstrajecten, VMS-thema's en bijvoorbeeld het aanleveren van kwaliteitsindicatoren. Door te willen voldoen aan alle externe eisen worden verbetermethodieken een doel op zich, niet gericht op het verbeteren van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid, maar op het aanleveren van de juiste data.

Kwaliteit zou juist geïntegreerd moeten zijn met het denken vanuit de patiënt en het patiëntenproces, de leefwereld. De regels, procedures, afspraken en organisatie (systeemwereld) zouden dus ten dienste moeten staan van het proces (de leefwereld).¹

Waar we in het UMCG naar toe willen is de situatie dat de patiënt en het zorgproces rondom die patiënt centraal staan in de manier van werken, organiseren, besturen, communiceren, registreren enzovoort. Tegelijkertijd willen we

wel een doelmatige organisatie die effectief en efficiënt functioneert.

Om dit te kunnen realiseren in de complexe en dynamische omgeving van een universitair medisch centrum als het UMCG werken we aan de hand van een besturingsfilosofie die is gebaseerd op clinical governance en het creëren van een cultuur waarin continu leren en verbeteren centraal staan.

Continu leren en verbeteren

De veranderingen in de omgeving van het UMCG en in het bijzonder de behoeften van patiënten leveren een dynamiek op die vraagt om het vermogen te kunnen aanpassen en continu te leren en ontwikkelen. Om een lerende organisatie te zijn (of worden) is het nodig dat de individuele medewerkers van die organisatie leren en dat door dit individueel leren en ontwikkelen andere medewerkers in de organisatie worden beïnvloed en anders gaan functioneren. Er is dus sprake van onderlinge gedragsbeïnvloeding waardoor organisatiebreed kan worden geleerd. Dit leren heeft uiteindelijk als

doel om de patiënten en de andere betrokkenen steeds beter van dienst te zijn.

De meest eenvoudige manier van leren in de gezondheidszorg is gericht op verbeteren. Als er bijvoorbeeld op basis van incidentmeldingen, audits, of klachten een fout wordt ontdekt, worden er acties ingezet om deze te herstellen. Wierdsma (1999) noemt dit *enkelslagsleren*. Dit wordt ook wel een eersteordeverandering genoemd.

Bij *dubbelslagsleren* gaat het om vernieuwen en veranderen van onderliggende principes. Dit kan plaatsvinden op basis van waarom-vragen, zoals 'Waarom hebben we de zorg op de poli zo ingericht?' 'Waarom werken we op deze manier samen in de perioperatieve keten?' Deze waarom-vragen helpen om inzichten te vernieuwen en op basis daarvan tot meer fundamentele veranderingen te komen. Dit noemen we ook wel veranderingen van de tweede orde. Hieraan kan een derde vorm van leren worden toegevoegd: het *drieslagsleren*. Daarvan is sprake als essentiële principes waarop de organisatie is gebaseerd ter discussie komen te staan (vaak door in- of externe veranderingen). Er is hier sprake van zowel ontwikkeling van medewerkers als ontwikkeling van nieuwe principes en het vermogen tot zelforganisatie. Dit zijn veranderingen van de derde orde. Het is niet zo dat de ene vorm van leren beter is dan de ander; het is wel goed om na te denken over welke orde van leren nodig is voor een specifieke problematiek. Met het derdeordeleeren is sprake van een diepgaander veranderproces. In een derdeordeproces is het overigens ook heel goed mogelijk om eerste- en tweedeordebenaderingen in te zetten. Volgens Vermaak (2009) zegt de drieordebenadering iets over de diepgang van een veranderproces. Dit is in zijn visie een andere dimensie dan de omvang van een veranderproces; de omvang wordt gekenmerkt door de betrokkenen: individuen, groepen of hele organisaties. Volgens Vermaak gaat een diepe verandering niet samen met een grootschalige. Met andere woorden, complexe vraagstukken vragen vaak om een diepgaand veranderproces waarbij de verandering zou moeten worden ingezet met kleine groepen die zelflerend werken aan 'small wins'. Veranderen en verbeteren in kleine stappen, waarbij veel kleine stappen deels parallel elkaar weer kunnen versterken. Om met complexe vraagstukken om te gaan is het dus nodig om veel kleine stappen te zetten die wel diepgaand zijn. Er ontstaat zo een inktvlek van veel, kleine, en diepe veranderingen die tot vernieuwing leiden (Vermaak, 2009). Dit principe sluit naadloos aan op het toepassen van

Kaizen in het proces van continue verbetering (zie ook Heineman e.a., 2011).

Clinical governance

Om een leer- en verbetercultuur te kunnen realiseren is het een noodzakelijke voorwaarde om te werken aan de basiselementen van clinical governance, die ook onderling sterk verweven zijn. Deze vijf elementen zijn:

1. uitgaan van de patiënt en het zorgproces dat de patiënt doorloopt (procesdenken);
2. samenwerken in teamverband;
3. communiceren volgens de principes van waarderende dialoog;
4. eigenaarschap door vertrouwen te geven en verantwoordelijkheid te nemen (verantwoordelijke autonomie);
5. leiderschap vanuit vertrouwen.

Voor dit artikel willen we inzoomen op eigenaarschap en vanuit dit basiselement kijken naar hoe dit eigenaarschap weer kan worden teruggegeven aan de werkvloer door professionals 'in the lead' te plaatsen.

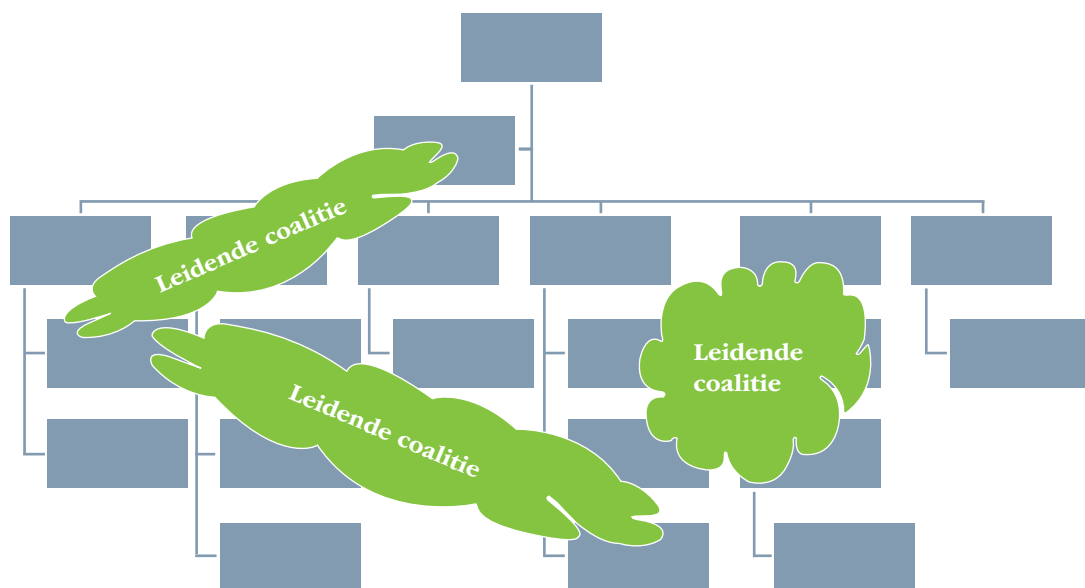
Eigenaarschap

Volgens Hart proberen we in de zorg nog steeds de complexiteit en onzekerheid van omgeving en de grote variatie in de leefwereld te benaderen met oplossingen in de systeemwereld, oplossingen die veelal gericht zijn op standaardisatie. We zien ook dat daarmee vaak het eigenaarschap is (c.q. wordt) weggehaald op de plekken waar het zou behoren te liggen.

'Eigenaarschap is essentieel voor het vergroten van het gevoel van betrokkenheid'

Voor de professionals in de leefwereld betekent dit dat zij zich gaan richten op de eisen die worden gesteld door de systeemwereld. Hierdoor ontstaat een proces van 'ont-eigening', waardoor het vakmanschap wordt uitgehold en de motivatie verkleind (Hart, 2012).

Dit wordt erkend in het UMCG: de ideeën over eigenaarschap bij de professionals leggen, verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid in de lijn, zijn uitgangspunten geworden. Eigenaarschap is essentieel voor het vergroten van het gevoel van betrokkenheid en is daarmee ook een centraal punt van aandacht bij het verbeteren en borgen van kwaliteit en veiligheid. Om dit te stimuleren werken we steeds vaker met 'professionals in the lead' en leidende coalities.



Figuur 1. Leidende coalities als netwerken

Leidende coalities

Leidende coalities zijn in termen van Vermaak 'werksystemen' waarin mensen bij elkaar worden gebracht om te werken aan een (complexe) verandering; je organiseert dan betrokkenheid rond werkprocessen (Vermaak, 2009). Wanneer we deze inzichten toepassen op het organiseren in leidende coalities, leren we dat het van belang is een zo volledig mogelijke 'klus' of proces centraal te stellen zodat je goed kunt inspelen op verstoringen en verrassingen. Daarbij betrek je de belangrijkste actoren – medewerkers en eventueel patiënten – die samen genoeg variëteit in competenties en affiliaties hebben en genoeg differentiatie van taken en bijdragen om het werk te kunnen doen (zie

ook Vermaak, 2009). De leidende coalities zijn als het ware amoëbe vlekken van medewerkers uit verschillende plekken van de organisatie die samenwerken aan een vraagstuk omdat zij daar kennis van hebben – als doeners of als denkers – en daar taakafhankelijk in zijn. Zij komen tot gezamenlijk handelen en gezamenlijke reflectie en stemmen af met hun eigen omgeving. Iedere medewerker in een organisatie kan in meer leidende coalities zitten.

Deze leidende coalities of netwerken bestaan dus naast de door het management aangestuurde hiërarchie (zie figuur 1). In het UMCG werken we met dergelijke leidende coalities aan prototypes van oplossingen voor complexe problemen. In sommige verander- en vernieuwingstrajecten in het UMCG nemen professionals zelf 'de lead', omdat ze zich eigenaar van een probleem voelen. In andere verandertrajecten worden professionals gestimuleerd om hun verantwoordelijkheid te nemen door hen aan te spreken op hun eigenaarschap. Wat hebben wij geleerd van deze prototypes?

Prototypes en wat we ervan leren

De werkwijze is dat een leidende coalitie een prototype van een oplossing voor een probleem gaat uitproberen. Wanneer het prototype niet werkt, niet het gewenste resultaat of onvoorziene neveneffecten heeft, wordt daarvan geleerd en wordt het prototype aangepast of wordt iets anders uitgeprobeerd. Uiteindelijk leidt dit tot een werkend prototype dat uitmondt in een duurzame implementatie van een kwaliteitsverbetering. Dit oefenen, mogen leren en aanpassen is een essentieel uitgangspunt. In het UMCG zijn onder andere in de periope-

Wat is bekend?

Voor goede en veilige zorg voor de patiënt is meer nodig dan alleen het meten van kwaliteit volgens van buitenaf opgelegde indicatoren. De professionals op de werkvloer zijn een essentiële schakel in het verbeteren van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.

Wat is nieuw?

Het realiseren van kwaliteit van zorg begint bij de intrinsieke motivatie van professionals. Deze motivatie kan weer worden gestimuleerd door het aan hen teruggeven van eigenaarschap over kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Het teruggeven vindt dus plaats door professionals 'in the lead' te zetten en in leidende coalities te betrekken bij het oplossen van problemen aan de hand van het oefenen met prototypes van oplossingen.

Wat kun je ermee?

In dit artikel hebben we laten zien met welke factoren je rekening moet houden om professionals in leidende coalities te laten samenwerken aan het verbeteren van kwaliteit en veiligheid van patiëntenzorg. Uitgangspunt is en blijft de patiënt; door de professionals weer het eigenaarschap terug te geven zal de kwaliteit voor de patiënt verbeteren.

atieve keten ervaringen opgedaan waarin werken met leidende coalities en/of de 'professional in the lead' succesvol zijn. Onderwerpen voor deze leidende coalities kwamen uit een inventarisatie van probleemgebieden die professionals in de perioperatieve keten inbrachten. Deze onderwerpen zijn in een overleg met stakeholders van de perioperatieve keten, zowel zorgprofessionals als managers, besproken en geprioriteerd. Voorbeelden van onderwerpen die in prototypes door leidende coalities zijn opgepakt, zijn: dynamische planning dagcentrum, implementatie van de SURPASS-checklist (= SURgical PATient Safety System), verbeteren van doorstroom preoperatieve anesthesie screening, gelijkmatig verdelen van IC-bedden na operatie (zie kader).

Om meer zicht te krijgen op de succes- en faalfactoren van deze prototypes en de werkende principes van leidende coalities zijn diverse zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeken in gang gezet. De prototypes en effecten worden gevolgd en geanalyseerd door de kwartiermakers uit de perioperatieve keten, succes- en faalfactoren worden in gesprekken en semigestructureerde interviews² besproken en ervaringen met prototypes en leidende coalities worden gedeeld met een brede groep stakeholders. Uit deze analyses, de gedeelde ervaringen binnen het UMCG en de reflecties hierop kunnen we voorlopig de volgende lessen trekken met betrekking tot de succes- en faalfactoren van de leidende coalities:

1. Een 'professional in the lead' werkt vanuit zijn/haar gevoel van betrokkenheid en urgentie om de werkwijze te verbeteren. De betrokkenheid en het urgentiebesef zijn belangrijke succesfactoren voor veranderprocessen. We hebben ook gezien dat waar dit ontbreekt leidende coalities moeizaam of helemaal niet op gang komen.
2. De 'professional in the lead' is in staat om andere inhoudelijk betrokkenen te verbinden aan het onderwerp, met als resultaat onder andere samenwerken aan een gezamenlijk verbeterdoel. Dit heeft een positief effect op de wijze van samenwerken, de veranderbereidheid en daarmee op het succes van de verandering.
3. Als de professional die de kar gaat trekken bekend is, zal hij andere professionals om zich heen verzamelen om gezamenlijk een leidende coalitie te vormen. Het blijkt essentieel om in de leidende coalitie mensen te betrekken die het probleem delen en ervaren, zich betrokken voelen en ook beslissingsbevoegdheid hebben binnen hun eigen afdeling of in hun eigen beroepsgroep. Kies

de leden van de leidende coalitie niet alleen op basis van hun functie, maar juist ook op basis van hun vermogen het project, de verandering binnen de eigen afdeling of beroepsgroep te dragen en verder te brengen.

4. Een succesfactor van een leidende coalitie is wanneer de deelnemers als gelijkwaardig worden gezien, volgens het principe 'Wie het weet mag het zeggen'. Vanuit een veilige cultuur en klimaat van vertrouwen kan verder worden gewerkt aan de door de deelnemers ingebrachte problematiek.
5. Leidende coalities worden nog vaak gezien als projectgroepen. In deze vorm geven deel-

Kader

Voorbeeld van een prototype: boarding pass

Een probleem in de perioperatieve keten bij het UMCG was dat er wekelijks operaties moesten worden afgezegd omdat er voor electieve patiënten geen IC-bed beschikbaar bleek te zijn. Een chirurg zegt hierover: 'Het is dramatisch om een patiënt op de operatiedag zelf te moeten vertellen dat een operatie uitgesteld gaat worden.'

Het aantal beschikbare IC-bedden was door de week constant, maar de aanvragen waren zeer ongelijkmatig verdeeld. Elke afdeling plande operaties voor de eigen patiënten en keek niet naar de totaalplanning. Het gemeenschappelijke Excel-bestand signaleerde dat wel, maar iedereen ging ervan uit dat hij/zij juist wel het beschikbare bed zou krijgen. 'Niemand dacht aan de ander. De frustratie en schaamte waren op een gegeven moment zo groot, dat we met een aantal specialisten om de tafel gingen. Samen met medewerkers Zorglogistiek die voor de broodnodige cijfers en feiten zorgden.'

In mei 2011 kwamen deze betrokkenen voor het eerst bij elkaar, in december 2011 hadden ze een systeem ontwikkeld waar iedereen zich aan hield: het boarding-passsysteem voor IC-bedden. Voor elk specialisme was onderzocht hoeveel IC-bedden er gemiddeld nodig zijn op welke dag van de week. Op basis daarvan is een reële verdeling gemaakt. Het systeem geeft per dag, net als bij vliegtuigstoelen voor een vliegreis, een aantal bedden vrij. Een planner regisseert de verdeling.



Screenshot Boarding Pass Systeem (groene is nog niet gereserveerd)

Dat er niet in één keer een oplossing voor het gesignaleerde probleem hoeft te zijn, helpt enorm, legt de professional uit. Het werken met opeenvolgende prototypes van een oplossing biedt ruimte om te leren. De boarding pass is een systeem dat bleek te werken en is nu ingevoerd in de perioperatieve keten.

nemers ook aan dat een ‘*mandaat*’ ontbreekt, waardoor de besluitvorming wordt gehinderd. De vraag is echter of daarmee de leidende coalities wel op de juiste manier worden ingezet. Opgemerkt is dat een projectmatige aanpak van een prototype tot meer resultaat lijkt te leiden dan een meer ‘emergent’/ad hoc verlopend prototype.

6. Het inzichtelijk maken van de voortgang van het prototype en *de voortgang monitoren* lijkt ook een belangrijk element om tot succes te komen. Dit werkt met name omdat duidelijk wordt dat het werk van de leidende coalitie ook tot resultaten leidt.

Het resultaat van het werken met leidende coalities en de betekenis voor governance op de werkvloer zijn interessant. Het werken met leidende coalities leidt tot een *continue verbetercultuur*; door de ervaren veranderingen hebben de verbeterprojecten die in leidende coalities worden opgepakt een hefboomwerking. De veranderingen leiden tot nieuwe verbeterideeën die weer door andere leidende coalities kunnen worden opgepakt: we zien dus duidelijk een olievlek van veranderingen ontstaan.

‘De koppeling van systeem- en leefwereld komt niet automatisch tot stand door het werken in interdisciplinaire netwerken’

We hebben echter ook geconstateerd dat een goede *afstemming tussen ‘leefwereld’ en ‘systeemwereld’* niet automatisch wordt bereikt door het werken met leidende coalities. In de eerste fase van een verandertraject zien we vaak dat de focus ligt op het verbeteren van de leefwereld en dat vooral zorgprofessionals betrokken worden bij het verbeterproces. De ondersteuning van de verbeteringen met behulp van afspraken, informatievoorziening of bijvoorbeeld planning is dan niet geïntegreerd in de ingezette verbetering. Vertegenwoordigers uit beide werelden zouden als gelijkwaardige partners problemen in een van beide werelden moeten proberen op te lossen.

Conclusie

Governance op de werkvloer wordt gerealiseerd door het eigenaarschap weer terug te geven aan de professionals. Zij voelen zich dan weer aangesproken op het samen realiseren van kwaliteit en veiligheid van zorg voor patiënten. Dit kan worden gerealiseerd door de

‘professionals in the lead’ te zetten, bijvoorbeeld in leidende coalities waarin ze met andere professionals gaan werken aan kwaliteitsverbeteringen. Hierdoor wordt een cultuur van continu verbeteren versterkt en nemen de professionals zelf de verantwoordelijkheid voor het continu verbeteren van kwaliteit en veiligheid van zorg.

We zien echter ook dat het succesvol inzetten van deze vorm van werken in interdisciplinaire netwerken en leidende coalities vraagt om een andere kijk op het structureren van de organisatie. Volgens Kotter (2013) zouden deze netwerken en de door het management aangestuurde hiërarchie met elkaar verbonden moeten zijn in een duaal besturingssysteem om tot succesvolle verbeteringen te kunnen komen. Dit sluit ook aan bij onze ervaring dat de koppeling van systeemwereld en leefwereld niet automatisch tot stand komt door het werken in interdisciplinaire netwerken. Hoe deze structurering dan precies vorm zou moeten krijgen is een uitdaging voor de komende periode.

Noot

- 1 De termen leefwereld en systeemwereld hebben we overgenomen van W. Hart, die hij uitwerkt in zijn boek *Verdraaide Organisaties* (2012).
- 2 Interviews worden deels ook uitgevoerd door studenten van de master Change Management, faculteit Economie en Bedrijfskunde, van de RuG.

Literatuur

- Hart, W., *Verdraaide Organisaties. Terug naar de bedoeling*, Kluwer, Deventer, 2012.
- Heineman, E., Welker, G.A., Liefers, N.H., Doting, M.H.E. en S. Brilstra, Kan een UMC op organische wijze veranderen? *KiZ*, nr. 3, 2011.
- Kotter, J.P., *Sneller! Management Executive*, januari/februari 2013, pp.24-33.
- Vermaak, H., *Plezier beleven aan taakvraagstukken. Werkingsmechanismen van vernieuwing en weerbaarheid*, Kluwer, Deventer, 2009.
- Wierdsma, A., *Co-creatie van verandering*, Eburon, Delft, 1999.

Informatie over de auteurs

Alle auteurs werken bij het UMCG en zijn betrokken bij de perioperatieve keten:

Prof.dr. Erik Heineman is hoofd Chirurgie.

Dr. Gera Welker is adviseur Beleid en Implementatie.

Ir. Peer Goudswaard MBA is hoofd Zorglogistiek en Innovatie.

Meike Dirkse Msc is stafadviseur Kwaliteit.