

September | 2014



Toepassing van de videoreflectieve- methodiek bij multidisciplinaire zorgteams: het openen van de black box

'Experience itself does not teach; people learn from reflecting on their experience'

Rosanne Boeve



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht



Student: Esther Rosanne Boeve
Roepnaam: Rosanne
Studentnummer: 4136241
Contact: boeverosanne@gmail.com

Opleiding: Universiteit Utrecht
Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap (USB0)
Master: Strategic Human Resource Management
Begeleiders: Prof. Dr. J.P.P.E.F. Boselie & U. Weske

Organisatie: Universitair Medisch Centrum Utrecht
Begeleider: Dr. E.L.J. van Rensen

Datum: September 2014

Voorwoord

Voor u ligt het eindproduct van mijn master Strategic Human Resource Management (SHRM) aan de Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap (USBO). Met dit schrijven hoop ik mijn officiële status als ‘student’ na zeven jaar kwijt te raken. In deze zeven jaar heb ik met veel plezier mijn hbo-opleiding Personeel & Arbeid afgerond en ben ik in 2011 gestart met de premaster Government & Research. Tussendoor heb ik mij een jaar lang fulltime in gezet voor het bestuur van mijn studentenvereniging, waarna ik ben gestart met de master SHRM. De manier waarop de master is vormgegeven heeft mij erg aangesproken: kleinschalig, met persoonsgerichte begeleiding en aanpak. Ik ben een jaar lang gemotiveerd door de inhoud van de studie, die erg bij mijn persoonlijke interesse past.

Mijn masterthesis heb ik uitgevoerd voor de afdeling Kwaliteit en Veiligheid van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU). Ik kijk met ontzettend veel plezier terug op het uitvoeren van een onderzoek in een, voor mij, compleet nieuwe omgeving. De medische wereld beschouw ik als een bijzonder interessante wereld. Dat ik in het onderzoek dan ook nog eens het ‘heilige der heiligen’, de operatiekamer, mocht betreden, was voor mij een buitenkans. Ik ben dankbaar voor de zeer unieke inkijk die ik heb mogen krijgen in het ziekenhuis.

Er zijn veel mensen die bijgedragen hebben aan de totstandkoming van dit onderzoek. Als eerste wil ik mijn dankwoord richten aan Liesbeth van Rensen, senior onderzoeker bij het UMCU en werkzaam voor de afdeling Kwaliteit en Patiëntveiligheid. Je hebt mij altijd van opbouwende feedback voorzien en dank voor je prettige en enthousiaste manier van bijsturen. Je adviezen en kennis over patiëntveiligheid hebben een onmisbare bijdrage aan dit onderzoek geleverd, waarvoor dank. Ook aan je gezellige lach en de vele informele gesprekken denk ik met plezier terug. Ook Bas de Vries, trainer en adviseur in het UMCU, wil ik bedanken voor zijn bevoegenheid en onderwijzende rol gedurende de filmdagen op de operatiekamer. Naast het filmen koos je ervoor om mij mee te nemen op enkele bloederige avonturen op de OK, super interessant. Dank. Daarnaast wil ik de respondenten bedanken voor hun openheid tijdens de interviews waarbij zij hun ervaringen deelden over de videoreflectieve methode.

Ook wil ik de Universiteit Utrecht bedanken en mijn twee begeleiders Paul en Ulrike. Wat waren jullie een ultieme combinatie: Paul, je had altijd zoveel ideeën die absoluut (bijna) allemaal van waarde zijn, maar Ulrike jij hielp daar in structuur aan te brengen. Paul, dank voor je vele suggesties en je positiviteit tijdens de intervisiebijeenkomsten. Ulrike, je hebt altijd de stukken secuur gelezen en van hele fijne feedback voorzien. Omdat jij zelf ook je PhD-project binnen het UMCU uitvoert hebben we vaak over context-specifieke dingen kunnen sparren. Dank. Als laatste begeleider vanuit de Universiteit wil ik Jasmijn van Harten danken voor haar feedback op mijn onderzoeksvoorstel en presentatie gegeven op 19 juni.

Mijn laatste dankwoord gaat uit naar Allard. Tijdens mijn afstuderen heb jij ook een officiële status verloren, wat een feest! Dank voor je motiverende woorden tijdens mijn gehele afstudeerperiode.

Mijn dank is groot dat ik mij wederom mocht ontwikkelen door deze thesis. Veel leesplezier gewenst.

Rosanne Boeve, Utrecht, september 2014



(foto: filmobservatie OK, 3 april 2014)

Inhoudsopgave

SAMENVATTING	7
1. INLEIDING	9
1.1 DE AANLEIDING VAN HET ONDERZOEK	9
1.2 DE AANLEIDING VANUIT EEN HR-PERSPECTIEF	10
1.3 PROBLEEMDEFINITIE & ONDERZOEKSVRAGEN	10
1.4 ONDERZOEKSRELEVANTIE	12
1.5 ONDERZOEK BINNEN DRIE VIDEOPROJECTEN.....	13
1.5.1 <i>Stopmomenten op de OK – afdeling OK-centrum</i>	13
1.5.2 <i>Overdracht OK naar IC – afdeling Kinder IC</i>	14
1.5.3 <i>Multidisciplinaire ochtendoverdracht – afdeling Kinder IC</i>	14
1.6 DE VIDEO-METHODIEK IN VIJF STAPPEN	15
1.7 LEESWIJZER.....	15
2. THEORETISCH KADER	16
2.1 DE VIDEOREFLECTIEVE-METHODIEK	16
2.1.1 <i>De videoreflectieve-methodiek toegespitst op de casuïstieken</i>	18
2.2 HUMAN-, SOCIAL- & ORGANISATIONAL CAPITAL EN ORGANISATIESUCCES	18
2.3 DE ROL VAN REFLEXIVITEIT	22
2.4 CONCEPTUEEL MODEL EN PROPOSITIES	23
3. METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING	28
3.1 ONDERZOEKSMETHODE.....	28
3.2 DATAVERZAMELING	28
3.2.1 <i>Documentenanalyse</i>	28
3.2.2 <i>Observaties</i>	29
3.2.3 <i>Semigestructureerde interviews</i>	29
3.3 POPULATIE	29
3.4 DATA-ANALYSE	30
3.5 KWALITEITSCRITEIA.....	31
3.5.1 <i>Betrouwbaarheid</i>	31
3.5.2 <i>Validiteit</i>	32
4. RESULTATEN	34
4.1 ALGEMENE ZORG- EN ORGANISATIECONTEXT VAN HET UMCU	34
4.1.1 <i>Hiërarchische verhoudingen</i>	34
4.1.2 <i>Feedback ‘zoeken’ als zorgprofessional</i>	36
4.1.3 <i>De weerstand tegen veranderingen</i>	36
4.1.4 <i>Samenvattend belang van de algemene zorg- en organisatiecontext</i>	37
4.2 EFFECTIVITEIT METHODIEK DOOR HINDERING EN FAVOURING FACTORS	38
4.2.1 <i>Autonomie en zelfverbeteringen aandragen</i>	38
4.2.2 <i>Subtieler filmen</i>	38
4.2.3 <i>Op korte termijn terugkijken van de beelden</i>	39
4.2.4 <i>Belang van experts en terugkoppeling van de filmbeelden</i>	39
4.2.5 <i>Gevoel bij de methodiek</i>	40
4.2.6 <i>Informatievoorziening gedurende de videoprojecten</i>	41
4.2.7 <i>Ontwikkelen en leren in een praktijksituatie</i>	43
4.2.8 <i>Samenvattend belang van effectiviteit door hindering en favouring factors</i>	43
4.3 HUMAN CAPITAL	44
4.3.1 <i>Opgedane vaardigheden</i>	44
4.3.2 <i>Inzicht in de situatie en verantwoordelijkheid</i>	45
4.3.3 <i>Werking door HC-lens</i>	47

4.4	SOCIAL CAPITAL.....	47
4.4.1	<i>De samenwerking binnen de multidisciplinaire teams</i>	47
4.4.2	<i>De onderlinge communicatie en verhoudingen binnen multidisciplinaire teams</i>	48
4.4.3	<i>Het onderlinge vertrouwen tussen individuen</i>	49
4.4.4	<i>De methodiek over de grenzen van de afdeling heen</i>	51
4.4.5	<i>Werking door SC-Lens</i>	51
4.5	ORGANISATIONAL CAPITAL.....	51
4.5.1	<i>Verbeterde regels en structuren</i>	51
4.5.2	<i>Een organisatieklimaat van meer veiligheid</i>	52
4.5.3	<i>Werking door OC-Lens</i>	54
4.6	DE OUTPUT REFLEXIVITEIT	54
5.	CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN	56
5.1	BEANTWOORDING DEELVRAGEN	56
5.2	BEANTWOORDING HOOFDVRAAG	59
5.3	AANBEVELINGEN	60
6.	DISCUSSIE.....	62
6.1	REFLECTIE OP DE THEORIE EN DE ONDERZOEKSRESULTATEN.....	62
6.2	REFLECTIE OP DE UITVOERING VAN HET ONDERZOEK EN DE ONDERZOEKSRESULTATEN	65
6.3	VERVOLGONDERZOEK	66
	LITERATUURLIJST	68
	BIJLAGE	73
	BIJLAGE I: TOPICLIJST	73
	BIJLAGE II: MAIL RESPONDENTEN	75
	BIJLAGE III: PUBLIEKE DIMENSIE UMCU.....	76

Samenvatting

Dit onderzoek is voortgekomen uit een praktijk-gestuurde vraag om de onderliggende individuele- en groepsprocessen van videoreflectie te verklaren. De videoreflectieve-methodiek wordt al enkele jaren ingezet om complexe werksituatie in het UMCU te verbeteren. Tijdens de duur van een videoproject worden zorgprofessionals in een multidisciplinair zorgteam begeleid bij het evalueren en optimaliseren van complexe werksituaties. De videomethodiek is onder de loep genomen, met als centrale vraag of de werking van de methodiek verklaard wordt door ontwikkelde vaardigheden, verbeterde sociale interacties en de vorming van relaties om bij te dragen aan meer kwaliteit en veiligheid. Naast het verklaren van de werking van de methodiek heeft het onderzoek nog een ander doel: verkennen hoe reflexiviteit verder verankerd kan worden binnen het ziekenhuis. Reflexiviteit is namelijk van groot belang om te komen tot verbeterde teamprestaties, die op hun beurt weer bijdragen aan meer kwaliteit en veiligheid.

Het onderzoek is verricht binnen drie verschillende videoprojecten door middel van literatuuronderzoek, bestudering van diverse bestaande videobeelden en kwalitatieve interviews. De respondenten maken allemaal deel uit van multidisciplinaire zorgteams waarbij onder andere anesthesisten, chirurgen, intensivisten, cardiologen en verpleegkundigen zijn geïnterviewd.

Uit de resultaten is gebleken dat de werking wordt verklaard door het feit dat de videobeelden bewustwording creëren en disfunctionele patronen inzichtelijk maakt. Het heeft de multidisciplinair zorgteams verder geholpen door structuren te doorbreken en te spreken over effectiviteit van procedures. De videomethodiek heeft dan ook een bijdrage geleverd aan verschillende procesverbeteringen. De hoge kosten, inzet en tijdsinvestering die de methodiek vraagt, hebben echter een negatief effect op de positieve ervaren werking van de methodiek. Dit komt omdat door de zorgprofessionals getwijfeld wordt of de inzet en tijdsinvestering afdoende resultaat geeft.

De werking van de videomethodiek door ontwikkelde vaardigheden is gering omdat herhaling nodig is voor de ontwikkeling van vaardigheden. De werking kan wel verklaard worden door tijdelijk situatiewaardigheid en een groter verantwoordelijkheidsgevoel. De beelden zijn hiervoor namelijk bijzonder illustratief geweest. De werking kan verder verklaard worden door verbeterde onderlinge communicatie, wat de samenwerking heeft bevorderd. De samenwerking is echter niet bevorderd door toegenomen onderling vertrouwen of verbeterde onderlinge verhoudingen. Dit maakt dat de werking niet verklaard kan worden door verbeterde sociale interacties. Ook kan de werking niet verklaard worden door een bijdrage aan een veiligheidsklimaat. Er zijn te weinig veiligheidsrisico's ter sprake gekomen en de zorgcontext laat nauwelijks tot niet toe dat eenieder zich toetsbaar opstelt en collega's worden aangesproken op hun handelen.

Tot slot heeft de methodiek geholpen om reflectie te bevorderen door de effectiviteit van de werkmethoden te bespreken. Maar reflexiviteit houdt ook in dat de manier waarop met elkaar wordt omgegaan ter discussie wordt gesteld. Er is specifieke aandacht voor groepsreflectie, maar één multidisciplinaire terugkoppelingssessie van de videobeelden brengt geen grote verandering tot stand met betrekking tot het bevorderen van reflexiviteit. De videoreflectieve methode vereist meer van de reflectievaardigheden van de zorgprofessionals en er moet behoefte zijn om de onderlinge relaties en de manier hoe relaties worden gevormd te willen managen om de doorwerking op reflexiviteit te bewerkstelligen.

De werking van de methodiek wordt tot slot bemoeilijkt door de bestaande hiërarchie in het UMCU wat het aanspreken van specialisten op hun gedrag belemmert. Het niet aan durven spreken van je 'meerdere' kan in de ziekenhuiswereld grote gevolgen hebben en daarom is een interventie als de videomethodiek nodig. Belangrijk is dat collega's zich gelijkwaardig tot elkaar verhouden om te komen tot teamreflexiviteit. De bijwerkingen, zoals de angst om elkaar aan te spreken, worden deels weggenomen door reflectie, wat een gelijkwaardig gesprek tussen artsen, verpleging en verschillende specialismen iets meer mogelijk maakt. Hiermee wordt een geringe slag gemaakt om te komen tot een effectieve samenwerking tussen verschillende specialisten en verpleging in het UMCU en dit blijvend binnen het team bespreekbaar te houden.

1. Inleiding

Dit hoofdstuk is een inleiding op het onderzoek naar de videoreflectieve-methodiek binnen het UMCU. In deze inleiding wordt eerst de aanleiding van dit onderzoek beschreven. Daarna volgt een paragraaf met de aanleiding vanuit een HR-perspectief. In paragraaf 1.3 wordt de probleemdefinitie beschreven evenals de onderzoeksvragen. Paragraaf 1.4 gaat in op de relevantie van dit onderzoek. In de daaropvolgend paragraaf wordt uitleg gegeven bij de drie videoprojecten die als casus worden behandeld binnen dit onderzoek. In paragraaf 1.6 wordt een korte inleiding gegeven op de werkwijze van de videomethodiek binnen het UMCU. Tot slot is in de laatste paragraaf een leeswijzer voor deze scriptie te vinden.

1.1 De aanleiding van het onderzoek

De Nederlandse ziekenhuizen staan voor een grote uitdaging. Er is een voortdurend streven om de kwaliteit en veiligheid van de zorg te verbeteren en ondertussen moeten de kosten in de gezondheidszorg worden beheerst. Daarnaast heeft Nederland te maken met een sterk vergrijzende bevolking waardoor de zorgvraag stijgt; er is sprake van een steeds verdergaande emancipatie van de patiënt die regie wil over zijn eigen behandeling en het type zorgvraag verandert door onder andere de ontwikkeling in technologie. Deze ontwikkelingen maken dat vanuit de patiënt, de zorgverzekeraar en de overheid de druk op ziekenhuizen nog elke dag groter wordt. Ook landelijk zijn er om kwaliteit en veiligheid te kunnen waarborgen afspraken gemaakt. Patiënten (via patiëntenorganisaties), zorgverzekeraars en overheid (Inspectie voor de Gezondheidszorg, IGZ) controleren deze kwaliteit van de zorgverlening via kwaliteitsindicatoren.

Het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) poogt goed in te springen op deze veranderingen en wil blijven vernieuwen en verbeteren om zo voortdurend te bouwen aan goede zorg. Binnen het krachtenveld van de zorg zijn door het UMCU inhoudelijke keuzes gemaakt waar het zich de komende jaren op wil richten. In de UMC-strategie 3.0 zijn zes speerpuntenprogramma's gekozen waarbij, ter ondersteuning, vijf strategische thema's zijn geformuleerd. Kwaliteit en Veiligheid is één van deze thema's. Het UMCU doet er zozegd alles aan om de zorg in het ziekenhuis zo goed en veilig mogelijk te laten verlopen. Het UMCU wil zich daarbij in positieve zin onderscheiden op het gebied van kwaliteits- en veiligheidsmanagement in zorg, onderwijs en onderzoek. Om deze reden heeft het UMCU zich laten testen door internationale standaarden (accreditatie) op het gebied van kwaliteit en veiligheid. In juli 2013 heeft de Joint Commission International, een organisatie die wereldwijd zorginstellingen toetst, het UMCU het internationaal keurmerk direct toegekend. Dit was een extra bijzondere prestatie, omdat minder dan 5% van alle ziekenhuizen wereldwijd de accreditatie in één keer doorstaat.

Het JCI-keurmerk fungeert als een paraplu voor tal van reeds lopende kwaliteitsinitiatieven. De videoreflectie-methodiek is een kwaliteitsinitiatief dat ook onder deze paraplu valt. Het doel van videoreflectie is complexe werksituaties in het ziekenhuis te verbeteren en zo bij te dragen aan meer kwaliteit en veiligheid. Daarnaast richt de methode zich op het verbeteren van de communicatie- en samenwerkingsvaardigheden van zorgprofessionals. De videoreflectieve methode 'Beelden aan Bed' is al in 2010 ontwikkeld als kwaliteitsverbeteringstool voor multidisciplinaire zorgteams en is één van de zes projecten binnen het programma Onderwijs ICT 'Onbegrensd leren' dat loopt tot 2016.

Zorgprofessionals worden door middel van de toepassing van de methode begeleid bij het evalueren en optimaliseren van complexe zorgprocessen. Omdat er binnen het UMCU in toenemende mate gebruik wordt gemaakt van videobeelden uit de dagelijkse beroepspraktijk, wil het UMCU deze methode onder de loep nemen. De videoreflectieve methode gericht op het verbeteren van complexe teamzorgprocessen wordt momenteel verder uitgerold. Er komen meer trainers die een traject kunnen begeleiden en daarnaast wordt de methode ook via de afdeling Kwaliteit en Veiligheid van het UMCU aangeboden als tool voor kwaliteitsverbetering. Dit onderzoek is nodig omdat nog weinig bekend is over de werking van de videoreflectieve-methodiek en hoe deze verklaard kan worden. Zodoende poogt het onderzoek inzicht te geven hoe de methodiek de zorgprofessionals in staat stelt om een zorgproces te veranderen, bestaande patronen te doorbreken en situaties veiliger te maken door middel van reflectie.

1.2 De aanleiding vanuit een HR-perspectief

Kwalitatief goed personeel is essentieel voor het UMCU, omdat het ziekenhuis binnen de gezondheidszorg een vooraanstaande positie wil bekleden op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Vanuit een HR-perspectief worden medewerkers dan ook gezien als een bron van opbrengsten (human capital) in plaats van een kostenpost. Het beter gebruik maken van de mogelijkheden van de medewerkers leidt tot betere prestaties van de organisatie (Wright, Dunford, & Snell, 2001; Boselie, 2010). Door middel van samenwerken en kennisoverdracht blijven medewerkers leren en gemotiveerd (HR-strategie nota 'samen verschil maken' 3.0, 2011-2015). Hieraan werken is voor het ziekenhuis een belangrijke opgave om zo voldoende vermogen te ontwikkelen om te blijven leren. Om die reden is feedback geven en ontvangen een belangrijke pijler in het beleid van het UMCU in de komende vier jaar (HR-strategie nota 'samen verschil maken' 3.0, 2011-2015). In dit onderzoek zal nader ingegaan worden op de manier waarop het UMCU hieraan invulling wil geven, onder andere door videoreflectie. Videoreflectie kan dan ook als een HR-praktijk gezien worden om de teamperformance van het personeel te verbeteren in complexe situaties door middel van reflectie en zodoende bij te dragen aan meer kwaliteit en veiligheid.

Kortom, dit onderzoek probeert de onderliggende processen van videoreflectie te verklaren door in te zoomen op de effecten die de methodiek heeft op vaardigheden, de relaties tussen de zorgprofessionals en het klimaat dat er heerst. Deze focus is gekozen om theoretisch inzicht te geven in de werking van de methodiek. Aansluitend is het doel te adviseren hoe reflexiviteit verder verankerd kan worden binnen het UMCU. Een kleine maar groeiende hoeveelheid literatuur suggereert namelijk dat reflexiviteit een belangrijk proces kan zijn voor prestatieverbeteringen van teams (Widmer, Schippers & West, 2009). Reflectie staat binnen de methodiek centraal, maar het is niet bekend in hoeverre het teamreflexiviteit blijvend bevordert. Verbeterde teamprestaties kunnen vervolgens leiden tot meer kwaliteit en veiligheid op de operatiekamers in het bijzonder en het UMCU als geheel.

1.3 Probleemdefinitie & onderzoeksvragen

Het doel en de centrale onderzoeksvraag van dit onderzoek komen voort uit een praktijk-gestuurde vraag over wat de onderliggende individuele- en groepsprocessen zijn om de werking van de videomethodiek te verklaren. Uit de praktijk van het UMCU blijkt al dat de methodiek heeft bijgedragen aan het verbeteren van processen op de operatiekamer (Tuijn, 2011), maar er is geen inzicht op welke manier de methodiek daaraan precies heeft bijgedragen. Door deze zogenaamde

'black box' te openen, kan inzicht verkregen worden in het proces, als een reeks op elkaar volgende of wellicht juist afzonderlijke deelprocessen. Deze black box wordt open gemaakt, om de spelers, interacties, verwevenheden en afhankelijkheden die de ontwikkelingen en keuzes sturen, in kaart te kunnen brengen. Het onderzoek zal zich richten op de organisatie/ontwerpkant door in te zoomen op de afstemming tussen vaardigheden, sociale interactie en de manier waarop relaties verder gevormd worden. Zodoende wordt bij de formulering van de doelstelling onderscheid gemaakt in een theoretische doelstelling, om bij te dragen aan wetenschappelijk kennis rondom videoreflectie, en de praktische doelstelling, om bij te dragen aan de dagelijkse praktijk binnen het UMCU. Bij de formulering van de doelstelling is rekening gehouden met de uitvoerbaarheid van het onderzoek in termen van tijd, bereidheid en bereikbaarheid van de onderzoekseenheden.

De doelstelling van het onderzoek is om de verschillende capitals (verderop nader gespecificeerd) te gebruiken als lens om de werking van de videomethodiek te verklaren en in hoeverre de methodiek bijdraagt aan de ontwikkeling van het reflectieve vermogen van de zorgprofessionals om zodoende meer veiligheid en kwaliteit te realiseren.

Centrale onderzoeksvraag:

Hoe kan de werking van de videoreflectieve methode verklaard worden en in hoeverre draagt zij bij aan reflexiviteit?

Het onderzoek gaat na in hoeverre de videoreflectieve methode een goede afstemming tot stand brengt tussen vaardigheden (human capital), sociale interacties (social capital) en de manier hoe relaties gevormd worden (organisational capital) en of deze afstemming leidt tot een verbeterd reflectief vermogen om bij te dragen aan meer kwaliteit en veiligheid. Naast de genoemde capitals zal ook inzicht gegeven worden in *hindering* en *favouring factors* om de methodiek toe te passen, maar ook wat belemmerende en bevorderende factoren zijn met betrekking tot reflectie in de volle breedte. Tot slot kan de werking van de videomethodiek niet los worden gezien van de zorgcontext waarin deze wordt gebruikt door de manier waarop zorgprofessionals in een ziekenhuis acteren en zich tot elkaar verhouden.

De hypothese is dat de verschillende capitals op elkaar afgestemd moeten zijn om tot een succesvolle toepassing van de videomethodiek te komen. Een succesvolle toepassing is er indien de methodiek leidt tot reflexiviteit om te komen tot het 'organisatiesucces' van meer kwaliteit en veiligheid. Deze output is gekozen omdat reflexiviteit een belangrijke rol blijkt te spelen in het effectief functioneren van teams (Schippers, Homan & Knippenberg, 2013) en het gebruik van video is hierbij een krachtig hulpmiddel (Iedema, 2011). Reflexiviteit wordt als begrip gebruikt om de mate te toetsen waarin teamleden kritieke reflectie en dialoog beoefenen, regelmatig basisaannames ter discussie stellen, hun motivatie beoordelen, en zoeken naar signalen van defensief redeneren (Kayes, Kayes & Kolb, 2005; West 1996).

Om de genoemde centrale onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn onderstaande deelvragen opgesteld. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen theoretische deelvragen, die op basis van de literatuur worden beantwoord, en empirische deelvragen die op basis van verzamelde data uit de praktijk zullen worden beantwoord.

Theoretische deelvragen

- Wat is bekend over de opkomst van de videoreflectieve methodiek in de zorgcontext?
- Welke inzichten biedt een analyse van de videoreflectieve methodiek op basis van human, social en organisational capital?
- Wat is er bekend over de rol van reflexiviteit in een team?

Empirische deelvragen

- Wat is de invloed van de zorg- en organisatiecontext op de werking van de videomethodiek?
- Hoe wordt de videoreflectieve methode binnen het UMCU ervaren en wat zijn hindering en favouring factors?
- Wordt de werking door de ontwikkelde vaardigheden verklaard en draagt het bij aan reflectie?
- Wordt de werking door de verbeterde sociale interacties verklaard en draagt het bij aan reflectie?
- Wordt de werking door een verbeterd veiligheidsklimaat, aangepaste structuren en regels verklaard en draagt het bij aan reflectie?

1.4 Onderzoeksrelevantie

De praktische relevantie: Het onderzoek heeft als doel een bijdrage te leveren aan een praktische vraag om meer inzicht te verkrijgen in de videoreflectieve methode zodat deze methode nog beter kan bijdragen aan het verbeteren van kwaliteit en veiligheid door middel van reflectie. En bij die uitdaging om kwaliteit en veiligheid te waarborgen spelen medewerkers een belangrijke rol. Aan het einde van het onderzoek, bij het bespreken van de conclusies, zullen dan ook aanbevelingen geformuleerd worden aan het UMCU. Zodoende kan de videomethodiek door het opvolgen van de aanbevelingen mogelijk beter toegepast worden omdat inzicht is verschaft in hoe de werking van de methodiek kan worden verklaard.

Maatschappelijke relevantie: De gezondheidszorg kent veel groeiende bezorgdheid over medische fouten, patiëntveiligheid en oplopende kosten van zorg. Onder andere ziekenhuizen moeten door de marktwerking inspelen op de toegenomen vraag vanuit de maatschappij voor het bieden van veilige en kwalitatief hoogstaande zorg. Met deze huidige staat van de gezondheidszorg in het achterhoofd is het volgens meerdere instanties essentieel te sturen op het functioneren van de zorgprofessionals. De inspectie van de gezondheidszorg (IGZ) geeft aan dat het functioneren van zorgprofessionals een verantwoordelijkheid is van henzelf, hun collega's en van het bestuur van een zorginstelling. Het wordt vanuit de maatschappij belangrijk gevonden dat een instelling of zorgprofessional het vermogen heeft om te leren. En om te investeren in de kwaliteit en veiligheid van de zorg betekent dit investeren in de ontwikkeling van zorgprofessionals. De videoreflectieve methode poogt daarbij een bijdrage te leveren om zorgprofessionals inzicht te geven in hun handelen door de videobeelden en zo een bijdrage te leveren aan meer kwaliteit en veiligheid. Feedback over het handelen van de zorgprofessionals wordt namelijk in veel onderzoek omschreven als cruciaal om de kwaliteit en veiligheid in de dagelijkse activiteiten te verbeteren (Iedema, 2011; Schneider, 2013; Iedema, Long, Forsyth & Lee, 2006). Het onderzoek kan concluderend een toegevoegde waarde bieden bij het realiseren van verbeterde kwaliteit en veiligheid in de zorgcontext via de videoreflectieve methodiek. Het onderzoek naar een kleine schakel, een methodiek, draagt zodoende uiteindelijk ook bij aan een dwingende vraag vanuit de maatschappij: het bieden van veilige en kwalitatief

hoogstaande zorg. Tot slot geeft dit onderzoek in brede zin een kader om de videoreflectieve methode vorm te geven en te implementeren. Zodoende kunnen de uitkomsten van dit onderzoek worden gebruikt om de methodiek in te zetten binnen andere ziekenhuizen en zo mogelijk het reflectief handelen te vergroten.

Wetenschappelijke relevantie: Steeds meer wordt onderkend dat human capital essentieel is voor de prestaties van zowel organisaties als de economie (Boselie, 2010). Hoewel organisaties een belangrijke rol spelen in het ontwikkelen van human capital, is er verrassend weinig bekend over organisatorische investeringen in capitals en de manieren waarop organisaties hun kennis kunnen vertalen naar concrete instrumenten (Abendroth, Van der Lippe & Maas, 2013). Dit onderzoek heeft als doel om meer inzicht te krijgen in de ontwikkeling van capitals binnen organisaties toegespitst op de videoreflectieve methode. Volgens Wright et al. (2001) is het de afstemming tussen de drie capitals dat het succes en de individuele productiviteit bepaalt, maar toch blijkt er nog weinig bekend te zijn over de onderlinge verhoudingen tussen de capitals en de afstemming die hier voor nodig is (Abendroth, et al. 2013). De resultaten zullen nieuwe inzichten in de capital-theorie verschaffen en in de discussie worden uitgewerkt.

1.5 Onderzoek binnen drie videoprojecten

Het UMCU doet sinds 2008 ervaringen op met diverse videoprojecten. In de huidige situatie is er één lopend videoproject en vijf afgesloten projecten. Twee afgeronde video-projecten staan in dit onderzoek centraal (*multidisciplinaire ochtendoverdracht project overdracht OK naar IC*) en één videoproject dat momenteel ten uitvoer wordt gebracht (*de stopmomenten op de OK*). De deelnemers aan de afgeronde videoprojecten hebben al het gehele project doorlopen en kunnen om deze reden reflecteren op alle stappen binnen de videomethodiek. De drie verschillende projecten worden als casus behandeld binnen het onderzoek. De casuïstieken verdienen een extra toelichting doordat de videomethodiek wordt toegepast bij het evalueren en optimaliseren van *complexe* zorgprocessen. Deze complexe zorgprocessen worden hieronder nader gespecificeerd.

1.5.1 Stopmomenten op de OK – afdeling OK-centrum

Van januari 2014 tot december 2014 loopt het videoreflectieproject om de stopmomenten op de OK te verbeteren op de afdeling chirurgie. De time-out kan gezien worden als laatste controle vóór de start van de operatie, die deel uitmaakt van een reeks van controlemomenten rondom de operatie (de perioperatieve checklist). Vlak voordat de patiënt daadwerkelijk geopereerd wordt, vindt een structureel overleg plaats tussen operateur, anesthesioloog en het OK-personeel – het time-out-moment. Er wordt onder andere besproken of de juiste patiënt aanwezig is, of de juiste ingreep gaat plaatsvinden, of er voldoende bevoegd en bekwaam personeel aanwezig is, de juiste materialen voorhanden zijn en andere (medische) bijzonderheden. Dit overleg dient op de operatiekamer, vóór de start van de anesthesie, plaats te vinden in aanwezigheid van de patiënt (VWS, 2012).

Het UCMU kent meerdere stopmomenten op de OK. 's Ochtends vroeg vindt de 'briefing' plaats. Dit is het stopmoment om het dagprogramma door te nemen zodat iedereen goed op de hoogte is. Daarnaast is er het stopmoment 'de time-out' voordat de operatie begint. Dit is het genoemde overleg tussen operateur, anesthesioloog en het OK-personeel. Tot slot is er een stopmoment genoemd de 'sign out'. Alle vervolgplassen worden dan besproken voordat de patiënt de operatiekamer verlaat. Minimaal wordt besproken en vastgelegd wat essentiële informatie is over

de verrichte procedure en er vindt een telling plaats van de materialen (VWS, 2012). Het sign-out-moment wordt echter niet meegenomen bij de videoreflectieve methode om tot procesverbeteringen te komen. Dit heeft een zeer praktische reden: het is logistiek lastig voor het filmteam om bij het sign-out-moment aanwezig te zijn. Daarnaast is er volgens de experts die methodiek toepassen al een verbeterslag te behalen enkel kijkend naar de briefing en de time-out voordat de operatie start.

1.5.2 Overdracht OK naar IC – afdeling Kinder IC

De overdracht van OK naar Intensive Care is één van de reeds afgeronde videoprojecten op de Kinder-IC afdeling van het Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ). Het project was onderdeel van een onderzoeksproject voor het verbeteren van perioperatieve overdrachten door middel van de videomethodiek. Het project heeft zich tussen 2008 en 2009 afgespeeld.

Een overdracht wordt gedefinieerd als ‘de transfer van professionele verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid voor sommige of alle aspecten van zorg voor een patiënt, of groep patiënten, aan een ander persoon of professionele groep op een tijdelijke of permanente basis’ (NHS, 2011). In veel gevallen zijn overdrachten bijzonder complex door organisatie-, cultuur-, gedrags-, en omgevingsfactoren in samenhang met teamprestaties die de patiëntveiligheid kunnen beïnvloeden (NHS, 2011). De operaties op de IC in het WKZ betreffen kinderen die net zijn geboren met complexe hartcomplicaties waarbij het transport van OK naar IC een duidelijk risico met zich meebrengt: de beademing dient aangesloten te worden en de monitoring overgezet en ondertussen moet ook de informatieoverdracht plaatsvinden. De overdracht vindt net als het time-out proces plaats aan de hand van een checklist.

Door het videotraject is een scheiding aangebracht tussen de installatie en de informatieoverdracht. Ook is het overdrachtmoment meer geëxpliciteerd. Dit videoreflectieve project is onderdeel geweest van de in totaal honderdveertien gefilmde overdrachtmomenten op zes verschillende afdelingen in zes verschillende Nederlandse ziekenhuizen (Tuijn, 2011).

1.5.3 Multidisciplinaire ochtendoverdracht – afdeling Kinder IC

Het videoproject om de multidisciplinaire ochtendoverdracht te verbeteren behoort ook tot de afgeronde projecten. Eind 2011 hebben enkele stafleden van de Kinder-IC afdeling van het WKZ aangegeven de ochtendoverdrachten te willen optimaliseren, waarna het project in 2013 is afgerond.

De ochtendoverdracht begint binnen het WKZ iedere ochtend om acht uur. De zorgprofessionals verzamelen zich op de afdeling en de essentiële informatieoverdracht van de nacht en eventuele verdere toelichting wordt besproken. Uit praktische overwegingen worden de cardiologische patiënten als eerste besproken waarna de specialisten vertrekken en de groep die bij de overdracht aanwezig is kleiner wordt. De factoren die een rol spelen bij de effectiviteit van een ochtendoverdracht zijn onder andere de fysieke omgeving en de sociale omgeving (NHS, 2011).

Door het videoproject zijn de kenmerken van de ochtendoverdracht door het videoteam, samen met de zorgprofessionals geanalyseerd en verbeterd. Eerst vonden de overdrachten plaats aan het bed van de kinderen om de patiënten te kunnen zien, maar dit bleek de kwaliteit van overdracht niet te

bevorderen. Daarnaast bleek het waardevol om meer expliciet een voorzitter van de overdracht te benoemen.

1.6 De videomethodiek in vijf stappen

De videoreflectieve methode 'Beelden aan Bed' binnen het UMCU werkt met vijf stappen:

1. informeren en betrekken;
2. filmen en terugkijken;
3. selecteren en monteren;
4. discussiëren en verbeteren;
5. nameten en evalueren.

Deze stappen zijn ontwikkeld tijdens het genoemde onderzoeksproject van het UMCU waarbij peri-operatieve overdrachten in zes nationale ziekenhuizen, door middel van de videomethodiek, werden geëvalueerd en verbeterd. Videoreflectieve projecten gaan van start met het goed informeren van het management en de zorgverleners over de methode (stap 1). Steun van het management is namelijk essentieel en ook moet de vertrouwensrelatie met de zorgprofessionals worden opgebouwd. Gedurende een aantal weken wordt een bepaald proces gefilmd (stap 2). Er wordt geprobeerd de beelden met de zorgprofessionals nog op dezelfde dag terug te kijken. Zo kan worden aangegeven wat goed ging, wat opvallend was en wat het individu graag verbeterd ziet. Op basis van de individuele reflectie worden de filmbeelden gemonteerd voor de multidisciplinaire reflectiebijeenkomst (stap 3). De filmpjes omvatten de discussiethema's voor verbetering. Tijdens de multidisciplinaire reflectiebijeenkomst worden de gemonteerde films getoond (stap 4). Zo worden zorgteams uitgedaagd om verbeteringen aan te dragen in de 1,5 tot 2 uur durende bijeenkomst. Tot slot wordt het vernieuwde proces zo snel mogelijk ingevoerd omdat er dan veel draagvlak is voor de veranderingen te implementeren (stap 5). Drie tot zes maanden na de implementatie worden er opnieuw filmbeelden gemaakt voor evaluatie (www.beeldenaanbed.nl).

1.7 Leeswijzer

Om uiteindelijk antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag en de deelvragen van dit onderzoek zal in hoofdstuk twee in worden gegaan op de gelezen theorie ten behoeve van dit onderzoek. In het daaropvolgende hoofdstuk is een beschrijving te vinden van de opzet van dit onderzoek inclusief een onderbouwing van de keuzes die gemaakt zijn met betrekking tot de dataverzameling, de populatie, de data-analyse en een behandeling van de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek. In hoofdstuk vier zijn de resultaten van dit onderzoek weergegeven. In hoofdstuk vijf zal met behulp van de theorie antwoord gegeven worden op de empirische deelvragen om zo een conclusie te kunnen geven op de vraag die centraal staat in dit onderzoek. In dit zelfde hoofdstuk bevinden zich de aanbevelingen aan het UMCU voor een mogelijk nog betere toepassing van de videomethodiek. In hoofdstuk zes zijn tot slot de resultaten van het onderzoek aan de hand van literatuur bediscussieerd en suggesties voor vervolgonderzoek gegeven. Na de literatuurlijst zijn nog enkele bijlage te vinden; de topiclijst, een mailing naar de respondenten en een paper met betrekking tot het publieke domein van het UMCU.

2. Theoretisch Kader

Op basis van relevante literatuur wordt in dit hoofdstuk naar antwoorden gezocht op de eerste drie deelvragen. Allereerst wordt uitleg gegeven over de videomethodiek en wordt deze in de zorgcontext geplaatst. Daarna worden in de volgende paragrafen reflexiviteit behandeld en de begrippen uit de human capital theorie (Wright et al., 2001) nader uitgelegd. Door het theoretische kader kunnen mogelijke verklarende factoren voor het effect van de methodiek in kaart worden gebracht. Hiervoor is een conceptueel model ontwikkeld, waarbij enkele proposities worden geformuleerd.

2.1 De videoreflectieve-methodiek

Videobeelden worden al geruime tijd ingezet om individuele communicatievaardigheden te trainen, maar is in de zorgwereld pas op grote schaal begonnen bij het onderzoek van sociale communicatiemiddelen en interacties tussen mensen (Hargie & Morrow, 1986; Hargie & Tourish, 2000 in Carroll, Iedema, & Kerridge, 2008). Carroll, Iedema & Kerridge (2008) stellen dat tot dan toe zelden gebruik is gemaakt van videobeelden om artsen inzicht te geven in de complexiteit van hun werk. Maar dit wil niet zeggen dat videobeelden niet zijn ingezet in de zorgsector, integendeel. Videobeelden zijn toegepast in veel gespecialiseerde gebieden, als de verpleging, voor reflectie en onderzoek-georiënteerde doeleinden (Jeffers & Guthrie, 1988; Latvala, Vuokila-Oikkonen, & Janhonen, 2000; Halimaa, 2001 in Carroll et al. 2008: p. 382). Toch stellen Iedema, Mesman & Carroll (2013) in hun boek *Visualising health care practice improvement* dat de manier hoe onderzoek wordt verricht, geëvalueerd en verbeterd, niet meer past bij de zorg die geboden zou moeten worden in de 21^e eeuw. Het boek geeft daarbij een overzicht van wat er voor de toekomst mogelijk zou kunnen zijn met betrekking tot video-feedback. Videobeelden maken het mogelijk om de dynamiek, de complexiteit en de onderlinge verbondenheid van mensen weer te geven (Iedema et al. 2013: p.VI). Verschillende onderzoeken hebben plaatsgevonden, waardoor een structurele verandering in de communicatie werd bereikt (Carroll et al. 2008; Mackenzie, Xiao, Hu, Seagull, Fitzgerald, 2007; Savoldelli, Naik, Park, Joo, Hamstra, 2006). Door een feedback-component lossen zorgprofessionals namelijk zelf hun communicatieproblemen op (Carroll et al., 2008). De methodiek heeft ervoor gezorgd dat er meer inzicht is in de toenemende complexiteit van de praktijken in het ziekenhuis en in de kans om door de videomethode in te grijpen op deze praktijken.

De visie achter de methodiek is dat veiligheid niet automatisch voortvloeit uit bijvoorbeeld richtlijnen en gestandaardiseerde processen, maar wordt gecreëerd door van moment naar moment te werken. Video-feedback geeft hier inzicht in (Iedema et al., 2013). De gedachte van Iedema en zijn collega's is zorgprofessionals te trainen in het omgaan met de complexiteit van de zorg door wat zij *inhibition* noemen – het stoppen van ingesleten gewoontes door middel van videoreflectie – en *mindfulness* – het bewust zijn van de praktijk en veiligheid (Iedema et al., 2013).

Iedema et al. (2009) hebben met veel verschillende collega's in 2008 een HELiCS-tool ontwikkeld die gebruik maakt van de videoreflectieve methode. HELiCS staat voor Handover: Enabling Learning in Communication for Safety. Clinical handover, het overdrachtsmoment van de operatiekamer naar een volgend verzorgende team, is namelijk een cruciaal moment in het zorgproces waarbij veel fout kan gaan. Met behulp van de videomethodiek hebben de verschillende ziekenhuizen in het onderzoek hun overdrachtsproces weten te herontwerpen. De overdrachtsmomenten zijn in het

onderzoek op video opgenomen en door de participerende zorgteams teruggekeken om de discussie aan te gaan over hoe het proces verbeterd kon worden. De HELiCS-tool gaf medewerkers daarbij veel inzicht in operationele problemen die niet eerder aan het licht waren gekomen. Uit het onderzoek van Iedema et al. (2009) blijkt dat het de communicatie verbetert tussen junior en senior medewerkers. De methode werd dan ook positief geëvalueerd door alle betrokkenen (Iedema et al., 2009: p. 135). Door tekortkomingen in de overdracht ontstaan er namelijk veiligheidsrisico's en iedereen was bereid om via de videomethodiek bij te dragen aan meer veilige procedures. De kracht van de methode is volgens Iedema en collega's dat 'real-life' beelden de ervaring van de zorgprofessionals intensiveert en iedereen mee mag denken om processen te verbeteren (Iedema et al., 2009). Daarnaast wordt als kracht omschreven dat de methode zorgteams in staat stelt om reflectie *op* actie (eigen reflectie) om te zetten in reflectie *in* actie (reflexiviteit in samenwerking) (Iedema, 2012). Reflectie heeft dan betrekking op iets persoonlijks, doelgericht en gefocust op één handeling. Dit gebeurt bijvoorbeeld bij simulatietrainingen. Reflexiviteit refereert aan het vermogen om gebeurtenissen, gedrag en context 'in situ' te observeren (Iedema, 2012). In tegenstelling tot reflectie gaat reflexiviteit dan van nature over samenwerking

Er is echter nog geen bewijs dat het bekijken van beeldmateriaal en het herinrichten van overdrachtsprocessen leiden tot betere resultaten (Iedema et al., 2009). De manier waarop de zorgprofessionals zich de methode eigen maken, zowel in Nederland als in het buitenland, getuigt in ieder geval van veel enthousiasme. Hierdoor gaan Iedema en collega's ervan uit dat er veel bereidheid is onder zorgprofessionals om hun eigen werkprocessen te laten herontwerpen, zodat zij hun kwaliteiten beter kunnen benutten. De methodiek van 'Beelden aan Bed' is geïnspireerd op de omschreven videoreflectieve methode HELiCS, waarbij de toepassing aan de Nederlands situatie is aangepast (Van Rensen, De Vries & Kalkman in Iedema et al., 2013). In de Nederlandse context worden uitvoerende medewerkers expliciet betrokken bij de analyse en de aangedragen verbeteringen om zo te komen tot een betere oplossing en meer acceptatie (Iedema et al., 2013). De beelden faciliteren zodoende het vermogen om te leren en is een zeer krachtig instrument gebleken bij het verbeteren van dynamische processen, zoals patiënten overdrachten (Van Rensen, et al. in Iedema et al., 2013). Door videobeelden terug te kijken wordt het verleden getoond, de context wordt duidelijk (wat gebeurt er nog meer) en de gewoonten van mensen worden inzichtelijk. De cognitie (wat ik weet en hoe ik het doe) wordt vertaald naar de praktijk (wat we doen en wat de effecten ervan zijn). De videoreflectiemethode is daarin een intensieve vorm van leren, waarbij de focus ligt op reflectie; omdat veranderingen ontstaan vanuit de eigen perceptie (Iedema et al., 2013).

Vanuit de praktijk is al ervaren dat de methode enkel werkt in een veilige en vertrouwelijke omgeving en dat video een extra diepgang geeft en een extra dimensie bij reflectie: 'Het creëert ook urgentie tot veranderen en omdat professionals eigen verbeteringen aandragen is borging gegarandeerd' (Van Rensen et al. in Iedema et al., 2013: p. 151). Een veilige omgeving is dus een voorwaarde voor de toepassing van de methode maar ook onderdeel van een veiligheidsklimaat waar verder op toegespitst zal worden binnen de verschillende capitals.

2.1.1 De videoreflectieve-methodiek toegespitst op de casuïstieken

Videoregistratie kan onderdeel zijn van een Team Resource Management-training en wordt gebruikt om terugkoppeling te geven aan een zorgteam met betrekking tot het functioneren als team. Ziekenhuizen kunnen daarbij veel leren van veilige industrieën als de luchtvaart, waaruit het Crew Resource Management-denken (CRM) is overgenomen (De Bruijne & Bleeker, 2013). De videomethodiek binnen het UMCU valt niet onder een CRM-training, maar kent wel raakvlakken met het CRM-denken. Een korte bestudering van Crew Resource Management maakt dat de toepassing van de casuïstieken en het gebruik van de videomethodiek beter te duiden.

Crew Resource Management is eind jaren '70 ontwikkeld om de samenwerking tussen bemanningsleden en alle andere betrokkenen bij de uitvoering van een veilige vlucht te optimaliseren (De Bruijne & Bleeker, 2013). Het denken is daarnaast ook ontwikkeld om ongelukken door menselijk falen te voorkomen of in ieder geval de gevolgen ervan te beperken. Menselijke factoren spelen namelijk een belangrijke rol bij het ontstaan van ongevallen in de luchtvaart. Hetzelfde geldt voor de gezondheidszorg (De Bruijne & Bleeker, 2013). Het CRM-denken omvat het gebruiken van alle aanwezige bronnen, zoals informatie, apparatuur en mensen, voor het bereiken van een veilig en efficiënt zorgproces. Normale menselijke beperkingen rond informatieopname en -verwerking, perceptie en miscommunicatie spelen namelijk een rol bij het ontstaan van fouten. Daarnaast speelt situatiewaarschuwing een rol: de juiste perceptie van de werkelijke situatie is cruciaal voor het nemen van de juiste beslissingen en daaropvolgende handelingen. Samenwerken, omgaan met stress, leiderschap en communicatie zijn belangrijke factoren die het situatiewaarschuwing kunnen beïnvloeden (De Bruijne & Bleeker, 2013, p. XVII). In het time-out proces en gedurende de overdrachtsmomenten is situatiewaarschuwing essentieel om te achterhalen of iedereen in hetzelfde scenario zit om fouten te voorkomen. Het toepassen van CRM maakt dat teams risico's tijdig herkennen en de gevolgen ervan voorkomen of afzwakken door goed samen te werken (De Bruijne & Bleeker, 2013). De videomethodiek vindt haar aansluiting bij dit denken om zorgteams, door middel van videobeelden, te helpen in de evaluatie met betrekking tot hun handelen en zo vermijdbare fouten te reduceren dan wel te voorkomen. De zorg kan zodoende veiliger gemaakt worden door gebruik van gestandaardiseerde werkvormen, zoals time-out of briefings met het multidisciplinaire team (De Bruijne & Bleeker, 2013).

Door het verkregen inzicht in de opkomst van de videomethodiek en de raakvlakken van de methodiek met het CRM-denken is een aansluitend doel om inzicht te krijgen in de werking van de methodiek. De human capital theorie van Wright et al. (2001) is hiertoe gekozen omdat de theorie inzicht verschaft in hoe beter gebruik te maken van de mogelijkheden van de medewerkers (bezien door verschillende lenzen) wat leidt tot betere prestaties van de organisatie wat alsmede de werking van de methodiek kan duiden.

2.2 Human-, Social- & Organisational Capital en organisatiesucces

De human capital theorie van Wright et al. (2001) geeft inzicht in hoe Human Resource Management (HRM) invloed heeft op de vaardigheden, attitudes en het gedrag van medewerkers en daarmee de organisatieprestatie positief kan beïnvloeden. De vraag waarom HRM mogelijk bij kan dragen aan het succes van de organisatie wordt beantwoord door de resource based view-benadering en de human capital theorie. Deze theorieën bieden gezamenlijk een kader voor het beantwoorden van de

'waarom' vraag (Boselie, 2010). De waaromvraag wordt gelegd op de potentiële bijdrage van de videomethodiek aan organisatiesucces van meer kwaliteit en veiligheid. Vanuit een theoretisch oogpunt kan de theorie mogelijk uitleggen waarom de videomethodiek bijdraagt aan meer kwaliteit en veiligheid evengoed als waar de theorie oorspronkelijk voor gebruikt is om uit te leggen waarom HRM mogelijk bijdraagt aan organisatiesucces. Dit maakt de vraag hoe de werking van de methodiek verklaard kan worden zeer relevant omdat er door dit onderzoek meer inzicht komt in de houding en het gedrag van de zorgprofessionals en of dit tot het gewenste organisatieprestatie kan leiden. De achterliggende gedachte bij dit onderzoek is dan ook dat de mens als bron gezien kan worden om organisatieprestatie te behalen, wat zijn aansluiting vindt bij de resource based view-benadering. De RBV-benadering veronderstelt dat bepaalde interne bronnen de basis zijn voor het bereiken van organisatiesucces (Boselie, 2010). De genoemde benadering heeft daarnaast belangrijke invloed gehad op het idee van de indirecte invloed van HRM (Wright et al., 2001). Volgens de RBV-benadering kunnen organisaties namelijk enkel excelleren indien er beschikking is over superieure resources en deze resources niet in handen komen van de concurrent. Organisaties dienen daarom bewust te zijn dat ze mogelijk in bezit zijn van middelen en vaardigheden met unieke eigenschappen (Wright et al., 2001). Binnen het ziekenhuis is vanuit economisch oogpunt misschien geen sprake van een strijd om concurrentievoordeel of is het voortbestaan van de organisatie niet in gevaar. Echter, van belang is wel om de organisatieprocessen te continueren zodat de kwaliteit en de veiligheid van de zorgprocessen gewaarborgd en verbeterd worden. De medewerker is dan de bron voor continuering en verbetering van de organisatieprocessen.

Deze gedachte sluit aan bij de human capital theorie van Wright et al. (2001). Wright en collega's hebben zo gezegd een aanvulling aangebracht op de RBV-benadering door de theorie te koppelen aan de human capital theorie (Lepak & Snell, 2002): menselijk kapitaal kan een bron van organisatie succes zijn, maar alleen de factor menselijk kapitaal in termen van kennis, vaardigheden en competenties is niet voldoende. Wright, Dunford en Snell maken in hun benadering onderscheid in drie capitals: Human capital, Social capital en Organisational capital. Het model van Wright et al. (2001) suggereert dat de unieke combinatie van human, social en organisational capital de bron is voor organisatiesucces.

Human Capital

Het begrip human capital vindt zijn oorsprong in de economische literatuur. Becker (1964) definieert menselijk kapitaal als: 'the knowledge, information, ideas, skills, and health of individuals' (Becker, 2002 in Wright en McMahan, 2011: p. 94). Human capital is zo vergelijkbaar met kapitaal in de normale zin van het woord waar het gaat om opbrengsten. Het verschil is echter dat human capital niet gescheiden kan worden van kennis, vaardigheden, waarden of gezondheid (Becker, 2008). Human capital duidt op individuele kennis, vaardigheden, capaciteiten en andere kenmerken - in de literatuur genoemd onder de term KSAO's, *individual knowledge, skills, abilities, and other characteristics* - die relevant zijn voor het bereiken van economische resultaten (Ployhart, Nyberg, Reilly & Maltaric, 2014). Ployhart en Moliterno (2011) definiëren human capital als: "an unit-level resource that is created from the emergence of individuals KSAO's" (Ployhart & Moliterno, 2011: p. 127-128). Organisaties beschikken dus over een pool van human capital die opgebouwd zijn uit de unieke KSAO's van individuen.

Huidige wetenschappers worstelen echter met de vraag op welk niveau human capital geanalyseerd dient te worden (Ployhart et al., 2014). Maar in alle gevallen, zo concluderen Wright Coff & Moliterno (2014), erkennen onderzoekers dat kennis, opleiding, ervaring en vaardigheden relevante dimensies zijn van human capital. Vragen blijven bestaan over allerlei andere aspecten van de mens die waardevol zijn voor organisaties. Onder andere persoonskenmerken worden genoemd, zoals nauwgezetheid of hoge behoefte aan prestatie- en motivatiekenmerken (Nyberg, Moliterno, Hale & Lepak, 2014). Deze ‘andere aspecten’ worden niet buiten beschouwing gelaten maar de focus ligt op kennis, inzichten en vaardigheden van medewerkers die van een essentiële waarde zijn voor organisaties (Boselie, 2010). Onderzoek naar human capital in de gezondheidszorg gaat ook over hoe medewerkers met de verschillende systemen, vaardigheden als ook psychologische kenmerken, het gedrag beïnvloeden op het werk en op elkaar inwerken (Flin, Winter, Sarac & Raduma, 2009). Kortom human capital duidt in dit onderzoek op de individuele vaardigheden, nieuwe kennis en inzichten die gevormd worden in een groepsproces.

Social Capital

Individuele vaardigheden, kennis en inzichten worden echter in hoge mate beïnvloed door verschillende relaties waar individuen deel van uitmaken (Wright et al., 2001). Dit wordt in de theorie omschreven als social capital. Individuele kennis op zich levert geen toegevoegde waarde en leidt niet tot innovatie, dat gebeurt pas als de kennis wordt gedeeld (Subramaniam & Youndt, 2005). Nahapiet en Ghoshal (1998) beschrijven kenniscreatie als een proces dat ontstaat door zowel combinatie als uitwisseling. Combinatie verwijst naar het verbinden van elementen die eerder niet verbonden waren; en uitwisseling komt tot stand door interactie en samenwerking. Dit is noodzakelijk indien verschillende partijen belangrijke kennis hebben (Nahapiet & Ghoshal, 1998). Deze benadering kan goed gekoppeld worden met de bestaande resource based view omdat de nadruk ligt op bundels en combinaties van middelen: social capital, met haar nadruk op de verbanden tussen individuen, schept voorwaarden voor verbindingen die niet-navolgbaar, zeldzaam en duurzaam zijn (Wright et al., 2001). Social capital is daarmee een breed, multidimensionaal concept, dat op verschillende niveaus bestudeerd kan worden (Morrens, 2008). Door de breedte van het concept moet een focus worden gekozen. Nahapiet en Ghoshal (1998) beschrijven een focus door drie dimensies van social capital de onderscheiden: de structurele, cognitieve en relationele dimensie. Vanuit de structurele dimensie worden netwerkstructuren die toegang geven tot kennis en relevante informatie in kaart gebracht. Hierbij staan de posities, intensiteit van de connecties, vorm, dichtheid en grootte van het netwerk centraal. Vanuit de cognitieve dimensie wordt onderzocht waarom actoren met elkaar communiceren en informatie uitwisselen (Nahapiet & Ghoshal, 1998). De relationele dimensie van social capital definieert de kwaliteit van relaties in het netwerk gebaseerd op vertrouwen, normen en waarden, betrokkenheid, afspraken en verwachtingen (Nahapiet & Ghoshal, 1998).

Omdat de structurele dimensie in dit onderzoek vast ligt (relaties en actoren zijn in kaart gebracht door de zorgteams in de verschillende casuïstieken en de kennisuitwisseling vindt plaats door de videomethodiek) zal hier niet de focus op liggen. Dit geldt hetzelfde voor de cognitieve dimensie waarbij het ‘waarom’ mensen met elkaar communiceren in dit onderzoek vast ligt door de toepassing van de videomethodiek (actoren communiceren met elkaar door het zijn van een multidisciplinair zorgteam). Vanuit de relationele dimensie wordt de opbouw en kwaliteit van werkrelaties onderzocht, waar in dit onderzoek de focus ligt. Deze dimensie verwijst namelijk naar

de betekenis van directe relaties tussen actoren voor het verkrijgen van gedetailleerde informatie en het mogelijk maken van gemeenschappelijk gedrag en attitude. Een hoge mate van relationeel social capital in een netwerk faciliteert namelijk ook het uitwisselen van informatie (Nahapiet & Ghoshal, 1998). De externe interacties, zoals netwerken met andere organisaties, maken geen deel uit van dit onderzoek. De relaties en netwerken worden namelijk in verband gebracht met de 'interne' videomethodiek binnen het UMCU. De externe interacties duiden in dit onderzoek op de informatie ook gedeeld wordt binnen de andere multidisciplinaire teams waar men niet onderworpen is aan de videomethodiek. Kortom, social capital duidt in dit onderzoek op de interne sociale netwerken, en de normen en het vertrouwen die mensen op basis hiervan ontwikkelen.

Organisational capital

De laatste dimensie van de theorie van Wright et al. (2001) is organisational capital. De voornaamste rol van deze capital is om de middelen van de organisatie te verbinden in processen die van waarde zijn voor de klanten en om duurzaam concurrentievoordeel te creëren voor de organisatie (Dess & Picken, 1999 in Wright et al., 2001). Rumelt (1984 in Wright et al., 2001) wijst erop dat verschillende routines en processen de ontwikkeling van kennis en coöperatief samenwerken kunnen versterken dan wel tegen kunnen gaan. Dit komt door het eenvoudige punt dat de organisatorische structuren en processen het doel van de organisatie moeten ondersteunen om zodoende de nodige variatie te creëren zonder dat er grenzen tussen individuen en groepen ontstaan. Organisational capital beschrijft zodoende de manier waarop werknemersrelatie worden gevormd door onder andere processen en structuren en een organisatieklimaat. Een klimaat met een sterk maatschappelijk doel en dwingende waarden wordt gezien als belangrijke reden voor het succes van een organisatie (Peters & Waterman, 1982; Collins & Porras, 1994 in Wright et al. 2001). Dit laatste wordt onderzocht door het heersend klimaat binnen het UMCU te bestuderen, en te bekijken in hoeverre het bijdraagt aan het organisatiesucces van het UMCU. Kortom, organisational capital duidt in dit onderzoek op de manier waarop relatie gevormd worden door onder andere regels, normen en structuren en een organisatieklimaat.

*HC*SC*OC=organisatiesucces*

Met andere woorden, het zijn niet alleen de individuele vaardigheden van de professionals (human capital) maar ook de sociale interacties (social capital) en de manier hoe relaties gevormd worden (organisational capital) welke bijdragen aan organisatieperformance (Boselie, 2010). De theorie van Wright et al. (2001) wordt op deze manier gebruikt als lens om het UMCU inzicht te verschaffen in de vaardigheden en competenties van de zorgprofessionals (human capital), de relaties tussen medewerkers (social capital) en het bestaande klimaat, structuren en processen (organisational capital). Een 'goede' afstemming van human, social en organisational capital leidt namelijk tot organisatiesucces (Wright et al. 2001) wat in termen van het UMCU te noemen is in een hogere kwaliteit en een hoger niveau van veiligheid. Organisatiesucces wordt namelijk gedefinieerd in termen van het bereiken van bepaalde doelen die rechtstreeks zijn gekoppeld aan de hedendaagse organisatorische uitdagingen met betrekking tot economische en maatschappelijke vraagstukken (Boselie, 2011). Voor het UMCU wordt dit vraagstuk zagezegd ingevuld door het doel een hogere kwaliteit en een hoger niveau van veiligheid te realiseren. Voor het UMCU is het hun maatschappelijke en organisatorische verantwoordelijkheid om meer kwaliteit en veiligheid van zorg waar te maken. Echter is de expliciete bijdrage van de videomethodiek aan kwaliteit (meetbaar

betere zorg) en veiligheid (minder incidenten of complicaties) lastig te duiden. Om deze reden is gezocht naar een uitkomst wat de methodiek poogt te bereiken, dit is reflexiviteit. Door teamreflexiviteit worden de zorgprofessionals zich bewuster van hun omgeving, worden vooronderstellingen en vanzelfsprekendheden in de zorg kritisch besproken en het geeft meer duidelijkheid over: 'waarom doen we de dingen zoals we ze doen, en wat vinden we daarvan' (Bouwer 2009: p. 19). De werkvloer moet enkel zodanig ingericht worden dat er letterlijk ruimte wordt gemaakt voor reflectie en verantwoording wat maakt dat de kwaliteit en veiligheid significant toe kan nemen als teams met elkaar reflecteren (Bouwer, 2009). De genoemde 'letterlijke ruimte' wordt binnen het UMCU gecreëerd door een interventie als de videomethodiek.

2.3 De rol van reflexiviteit

Reflexiviteit wordt in dit onderzoek gezien als het evalueren van acties, het nagaan of er overeenstemming bestaat over de wijze waarop zaken worden aangepakt, het bespreken van de effectiviteit van werkmethoden en communicatie en het ter discussie stellen van de normen en waarden van het team (Schippers et al., 2005: p. 86). Een gewenste uitkomst van de videomethodiek omdat het bij kan dragen aan de kwaliteit en veiligheid van de zorgprofessionals. Uit diverse onderzoeken blijkt namelijk dat reflexieve teams eerder problemen identificeren, beter problemen oplossen en vaardiger groepsbesluiten nemen dan non-reflexieve groepen (West, 1996). Zo kunnen teams na de reflectie een planning maken om zaken aan te passen in het kader van de teameisen. Naar aanleiding van de reflectie kunnen veranderingen in werkwijzen doorgevoerd worden (West, 2000 in Widmer et al., 2009).

Reflexiviteit vereist dat teamleden kritieke reflectie en dialoog beoefenen, regelmatig basisaannames ter discussie stellen, hun motivatie beoordelen, en zoeken naar signalen van defensief redeneren (Kayes et al., 2005; West 1996). Iedema et al. (2013) maakt daarbij onderscheid tussen reflectie en reflexiviteit: Reflectie is 'reflection-on-action' wat duidt op het terug denken aan een gebeurtenis en is daarmee vooral persoonlijk gericht; Reflexiviteit is 'reflection-in-action' en komt tot stand in samenwerking met anderen. Dit is bevestigd door Toracco (2002) die stelt dat reflectie tijdens actie een kritieke functie is, waardoor onbewust en bewust de aannames ter discussie worden gesteld. Het beoefenen van reflectie helpt mee om teams kritisch te laten denken over wat ze aan het doen zijn, ten tijde dat ze het doen (Schön, 1983).

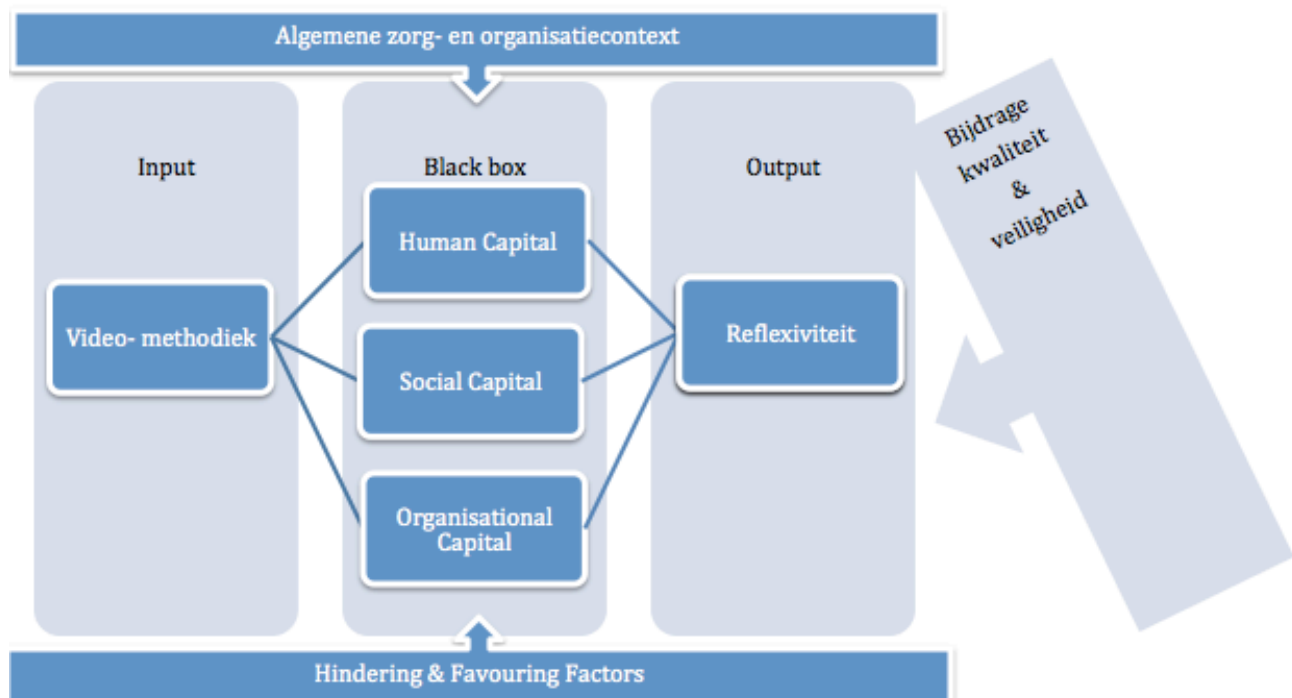
Teams zullen zich enkel niet spontaan bezig houden met reflectie (Schippers, 2003 in Widmer et al., 2009), maar de videomethodiek biedt hiertoe een kader. Wel zijn verschillende factoren geïdentificeerd als antecedenten die reflectiviteit verhogen of verlagen. Onder andere teamkenmerken, vertrouwen en veiligheid, een gedeelde visie, diversiteit en leiderschapsstijlen worden in een review van alle literatuur over reflexiviteit tot 2009 genoemd (Widmer et al., 2009). Daarnaast wijzen verschillende recente studies op het belang van kennis en vaardigheden van de teamleden, in termen van vermogen tot interactie met elkaar, wat duidt op het hebben van sociale vaardigheden (Schippers, Homan & Knippenberg, 2013).

Het accent in dit onderzoek ligt op de reflectie binnen de videomethodiek (wat mogelijk kan leiden tot reflexiviteit), maar niet alle bovengenoemde antecedenten zullen worden meegenomen. Antecedenten die in dit onderzoek worden betrokken zijn 'feedback zoeken' en 'vertrouwen'. In navolging op het onderzoek uitgevoerd door Schippers en collegae (Schippers et al., 2005) worden

deze antecedenten meegenomen, omdat bevestigd is dat ze van invloed zijn op de verschillende elementen van reflexiviteit. Feedback zoeken wordt ondergebracht onder de vaardigheid van individuen (human capital) en is gerelateerd aan reflexiviteit omdat het zoeken naar accurate en relevante informatie om op te reflecteren kan bijdragen aan zinvolle reflectie op doelen, processen en strategieën van het team (Schippers et al., 2005: p. 87). Vertrouwen wordt als antecedent ondergebracht bij onderlinge relaties (social capital) omdat het een belangrijke voorwaarde is om te komen tot het openlijk bespreken van ideeën in een team. Vertrouwen kan gedefinieerd worden als de overtuiging van mensen dat in een sociale interactie tussen teams, zij niet tekort worden gedaan en dat er geen misbruik van hen gemaakt zal worden (Sabel, 1993 in Schippers et al., 2005). Als laatste wordt ook de antecedent van een ‘gedeelde visie’ meegenomen. Een sterk veiligheidsklimaat kan ontstaan als medewerkers de activiteiten zo ervaren dat deze overeenkomen met hun eigen percepties over veiligheid: een gedeelde visie. Deze antecedent is belangrijk om mee te nemen in dit onderzoek omdat blijkt dat medewerkers pas veiligheidsgedragingen gaan vertonen, als ze het beleid rondom veiligheid belangrijk vinden of wanneer het overeenkomt met hun eigen percepties over veiligheid in de organisatie (Bowen & Ostroff, 2004; Nishii & Wright, 2007). Gedeelde visie wordt als antecedent ondergebracht bij een organisatieklimaat (organisational capital).

2.4 Conceptueel model en proposities

Het is interessant de black box te openen om op deze manier de relaties en verbanden bloot te leggen en de werking van de methodiek te kunnen verklaren. Om deze werking mogelijk te kunnen verklaren wordt het volgende conceptuele model gehanteerd dat centraal zal staan dit onderzoek:



Het conceptuele model geeft inzicht of de videoreflectieve methode door vaardigheden (human capital), sociale interacties (social capital) en de manier hoe relaties gevormd worden (organisational capital) kan worden verklaard (1^e drie lijnen in het conceptuele model) en of deze afstemming kan leiden tot verbeterde reflexiviteit (2^e deel conceptuele model) . Om te komen tot het

'succes' van meer kwaliteit en veiligheid moeten de verschillende capitals op elkaar zijn afgestemd, zo verondersteld de theorie van Wright et al. (2001). Vanuit een theoretisch oogpunt helpt de human capital theorie van Wright et al. (2001) te verklaren hoe verondersteld wordt dat de videomethodiek bij kan dragen aan een verhoogde reflectieve houding wat een bijdrage levert aan meer kwaliteit en veiligheid. De verklaring en werking van de black box wordt daarmee ingevuld door de verschillende capitals. Maar de human capital theorie kan niet alleen de werking van de methodiek verklaren, ook andere factoren kunnen van invloed zijn. Mogelijk worden bepaalde randvoorwaarden genoemd en factoren die bijdragen aan de werking van de methodiek of deze mogelijk verhinderen. De algemene zorg- en organisatiecontext wordt meegenomen door de invloed die deze context heeft op de toepassing van de methodiek. De factoren worden geduid als hindering en favouring factors.

Dit model vraagt om extra duiding hoe de mogelijke werking van videoreflexie op reflexiviteit kan worden verklaard door de verschillende lenzen (2^e deel conceptueel model) evenzo als de werking van de videomethodiek door de verschillende lenzen in algemene zin kan worden verklaard (1^e drie lijnen in het conceptuele model). De verklaringen in algemene zin zijn reeds gegeven in het eerste deel van het theoretisch kader, maar worden hieronder verder geëxpliciteerd naar de zorgcontext. Na de theoretische verduidelijking van de black box worden de proposities voor dit onderzoek geformuleerd.

HC- Human Capital

Inzicht in de menselijk factor is voor het ziekenhuis belangrijk om organisatiedoelen als waarborging kwaliteit en veiligheid, via de inzet van vaardigheden van medewerkers, te kunnen bereiken. Omgaan met human capital is voor een organisatie dan ook cruciaal en bovendien bepaalt de inzet en de vaardigheden van medewerkers in hoge mate de kwaliteit van de diensten die geleverd worden (Wright & McMahan, 2011). Omdat de focus in dit onderzoek ligt op reflectie wordt er ook een focus gelegd op niet-technische vaardigheden. Deze vaardigheden worden gedefinieerd als cognitieve en sociale vaardigheden die technische vaardigheden complementeren en belangrijk zijn in combinatie met reflectie (Flin et al., 2003). Inmiddels hebben Flin, O'Connor & Crichton (2008) een aantal *non-technical skills* benoemd die individuen in beroepen waarin hoge risico's parten spelen zouden moeten bezitten (high risk professions). Yule et al. (2006) identificeren in hun review over de niet-technische vaardigheden van chirurgen de hoofdcategorieën communicatie, teamwork, leiderschap en besluitvorming. Om de vaardigheden van medische teams te ontwikkelen en te onderhouden komt situational awareness als zeer cruciaal voor de veiligheid van de patiënt naar voren (Reader, Flin, Mearns & Cuthbertson, 2011; Helmreich & Davies, 1996; Yule et al., 2009; Flin et al., 2008). Beperkt onderzoek heeft zich gefocust op team situational awareness (Reader et al. 2011), terwijl het essentieel is voor de veiligheid om zeer bewust te zijn van de omgeving. De focus op de vaardigheid situational awareness lijkt dan ook cruciaal in dit onderzoek om te ontdekken of de videomethodiek daaraan een bijdrage levert. Maar juist de focus op situational awareness in relatie tot reflectie blijkt essentieel: De complexiteit van de medische zorg in combinatie met de verschillende beperkingen van het menselijk handelen, maken het uiterst belangrijk dat er regelmatig gereflecteerd wordt om bewuster te worden van de snel veranderende situaties (Leonard, Graham & Bonacum, 2004).

Daarnaast formuleert Iedema et al. (2013) de vaardigheid 'responsibility' als het gaat om de toepassing van de videomethodiek. Responsibility refereert naar een verplichting om te antwoorden op datgene wat er gebeurt in de groep. Videobeelden tonen aan 'how things are done around here' en dit besef komt nog meer naar voren als zorgprofessionals een bepaald gevoel van responsibility hebben (Iedema et al., 2013: p. 174). Ook is het belangrijk dat de medewerkers de vaardigheid hebben om processen te begrijpen en geëngageerd zijn om complexiteit te managen (Iedema et al., 2013). Zorgprofessionals dienen dan ook te werken aan continue verbetering van kwaliteit en dienen hier verantwoording over af te kunnen leggen (Wollersheim, 2010; Verkerk, De Bree, Mourits, 2007). De competentie 'verantwoording kunnen en willen afleggen' blijkt in het bijzonder van belang kwaliteit en veiligheid te kunnen borgen (Wollersheim, 2010). Verantwoordelijkheid nemen vergt een ondernemende houding van de medisch professional en wordt zo mogelijk als competentie ontwikkeld door de videomethodiek (Iedema, 2011). De verantwoordelijkheid nemen houdt dan in dat de zorgprofessional actie onderneemt als het gaat om continuïteit van samenwerken, afstemmen, informatie uitwisselen en communiceren (KNMG, 2007).

Tot slot wordt feedback zoeken ook ondergebracht onder de vaardigheid van individuen (human capital) omdat het zoeken naar accurate en relevante informatie om op te reflecteren kan bijdragen aan zinvolle reflectie op doelen, processen en strategieën van het team (Schipper et al., 2005 p. 87).

Dit leidt tot een eerste propositie: Het is de verwachting dat de werking van de methodiek verklaard wordt doordat de vaardigheden, situatiebewustzijn en responsibility worden ontwikkeld en er nadrukkelijker naar feedback gezocht wordt om als individu een bijdrage te leveren aan de reflexiviteit van het multidisciplinaire team.

SC- Social Capital

Het volgende element in de black box is social capital. Social capital wordt onderzocht omdat het proces van en met elkaar leren gebaseerd op interacties in een netwerk, leidend is tot een toename van bekwaamheid (Wright et al., 2001); in dit onderzoek ingevuld door de output reflexiviteit. Social capital benadert relaties vanuit het perspectief dat sommige sociale netwerken productiever zijn dan andere. Deze netwerken hebben rijkere sociale verbindingen (Putnam, 2000) en hebben een waarde voor de organisatie (organisatiesucces). Het bewust bevorderen van verbindingen en sociale netwerken van medewerkers resulteert in een sterk social capital waar de videomethodiek mogelijk zijn bijdrage aan levert. Swift en West (1998) gaan ervan uit dat 'reflexiviteit' sociale processen en interacties beïnvloedt. Dit is volgens hen aannemelijk omdat reflexiviteit elk teamlid de mogelijkheid geeft een dieper inzicht te krijgen in het functioneren van het team en de acceptatie van teamleden.

Via de social capital-lens wordt inzicht verschaft in de opbouw en de kwaliteit van de relaties en zodoende wordt de manier van samenwerken binnen de multidisciplinaire zorgteams inzichtelijk. Dit is van belang omdat de mogelijk te realiseren effectieve communicatie en verbeterde samenwerking (middels de videomethodiek) essentieel is voor het leveren van hoge kwaliteit en veilige patiëntenzorg (Leonard, Graham & Bonacum, 2004; Bouwer, 2009). Het creëren van meer

kwaliteit en veiligheid binnen de groep doormiddel van reflexiviteit omvat zodoende twee dimensies volgens Iedema (2011): het herzien van specifiek gedrag door te focussen op prestatie beneden niveau (reflectie), en in breder perspectief aandacht te hebben voor alledaagse gedragingen die worden genomen als gegeven (reflexiviteit). Onderzoeken naar intermenselijke activiteiten op de operatiekamer identificeren vaak problemen in de communicatie maar gebieden zoals de houding van een ieder en de groepsprocessen zijn vatbaar voor verbetering (Helmreich & Davies, 1996).

Dit leidt tot een tweede propositie in het onderzoek: het is de verwachting dat de methodiek verbindingen tussen individuen en teams bewust bevordert en de onderlinge relaties bespreekbaar maakt om het zorgproces te verbeteren.

OC- Organisational Capital

De laatste lens waardoor de methodiek wordt bekeken is de manier waarop werknemersrelaties worden gevormd, oftewel organisational capital. Dit kan door onder andere processen en structuren. De organisatiestructuren en processen moeten het doel hebben de afdeling te ondersteunen zonder dat het grenzen tussen individuen of groepen creëert (Stiles & Kulvisaechana, 2003). De vraag is of de videomethodiek de bestaande processen en structuren goed onder de loep neemt en een bijdrage levert, danwel de werking verklaard.

Daarnaast is de manier hoe relaties gevormd worden ook afhankelijk van een heersend organisatieklimaat. Specifieker focust het UMCU zich op een klimaat voor kwaliteit en veiligheid waar de videomethodiek poogt een bijdrage aan te leveren. Een klimaat waarin alle leden van een team kritisch meedenken en elkaar constructieve feedback geven is in de gezondheidszorg echter niet vanzelfsprekend. De organisatiestructuur kan helder zijn, maar steeds terugkerende prikkels en betrokkenheid van medisch specialisten en andere medewerkers is van groot belang voor een werkzame veiligheids- en verbeterklimaat (Korn en Hiddema in De Bruijne & Bleeker, 2013: p. 111). Er is veel over een algemeen veiligheidsklimaat geschreven, maar ook specifiek over een veiligheidsklimaat binnen de zorgsector (Halligan & Zecevic, 2011). Hoe een veiligheidsklimaat in de zorgcontext ontstaat wordt door Schneider, Ehrhart & Macey (2013) in een review artikel naar het verschil tussen organisatieklimaat en organisatiecultuur als volgt omschreven: 'Organizational climate emerges in organizations through a social information process that concerns the meaning employees attach to the policies, practices, and procedures they experience and the behaviours they observe being rewarded, supported, and expected.' (Schneider, Ehrhart & Macey, 2013: p. 381). Een veiligheidsklimaat is dan het uiteindelijke product van individuele of groepspercepties, attitudes, competenties en gedragspatronen die bepalen in welke mate medewerkers trouw blijven aan veiligheidsklimaat. (Flin, Burns, Mearns, Yule & Robertson, 2006; Griffin & Neal, 2000). Klimaat gaat dus om een gedeelde perceptie. In het algemeen zullen medewerkers veiligheidsgedragingen pas gaan vertonen, als ze het beleid rondom veiligheid belangrijk vinden of wanneer het overeenkomt met hun eigen percepties over veiligheid in de organisatie (Bowen & Ostroff, 2004; Nishii & Wright, 2007). De bestaande veiligheidsgedragingen zijn dan het resultaat van een bestaand klimaat. Om deze reden zal naar de eigen invulling, perceptie, van een veiligheidsklimaat gevraagd worden om de bestaande veiligheidsgedragingen te interpreteren.

Hoe het UMCU de videomethodiek hanteert is mogelijk van invloed op het veiligheidsklimaat. Dit houdt namelijk verband met de veronderstelling dat meer veiligheid kan gecreëerd worden door het reflecterend vermogen van zorgprofessionals in een team te versterken. Dit kan mogelijk door videoreflectie zo stelt Iedema (2011). Een sterk veiligheidsklimaat leidt tot meer kwaliteit en veiligheid doordat er minder ongevallen plaatsvinden en een veilige werkomgeving gecreëerd wordt (IGZ, 2012). Daarnaast draagt een klimaat waar een ieder open staat voor feedback bij aan de mogelijkheid dat er geleerd wordt en verbeteringen aangedragen kunnen worden. Belangrijk is de nuancering dat veel initiatieven in het UMCU gericht zijn op het verbeteren van het veiligheidsklimaat en niet alles één-op-één toegeschreven kan worden aan de mogelijke werking van de videomethodiek.

Dit leidt tot de derde en laatste propositie: Het is de verwachting dat de methodiek een mogelijke bijdrage levert aan de vorming van relaties door onder andere regels, structuren en een veiligheidsklimaat.

3. Methodologische verantwoording

In dit hoofdstuk wordt de opzet van het onderzoek beschreven. Allereerst komt de onderzoeksmethode aan de orde. Daarna wordt in paragraaf 3.2 ingegaan op de manier van dataverzameling. Aansluitend wordt de geselecteerde populatie besproken (paragraaf 3.3) en de data-analyse toegelicht (paragraaf 3.4). Tot slot wordt in paragraaf 3.5 ingegaan op de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek.

3.1 Onderzoeksmethode

Om een antwoord te vinden op de centrale onderzoeksvraag is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode. Bij kwalitatief onderzoek richt de vraagstelling zich op onderwerpen die te maken hebben met de wijze waarop mensen betekenis geven aan hun sociale omgeving oftewel 'de beleefde waarheid' en hoe mensen zich op basis daarvan gedragen (Van den Berselaar, 2003 in Van der Velde et al., 2013). In dit geval staat centraal hoe de zorgprofessionals betekenis gegeven aan de werking van de methodiek. Het feit dat iemands perceptie van de werkelijkheid meer betekenis geeft dan een objectieve norm van werkelijkheid is het uitgangspunt. Het onderzoek heeft een hoog explorerend gehalte, omdat bij voorbaat niet geheel duidelijk was welke factoren in de context een rol spelen. De onderzoeksvraag bevat dan ook zowel een exploratieve vraag als een adviserend vraag, waarbij een passend onderzoeksontwerp kwalitatief onderzoek is (Van der Velde et al., 2013, p. 45).

Het onderzoek is een zogenoemd toegepast onderzoek met als doel bij te dragen aan de praktijk van kwaliteit en veiligheid. In de cyclus voor toegepast onderzoek (gebaseerd op Leeuwenkamp, Paap, Thunnissen, Hessels & Thuijsman, 2011 in Van der Velde et al., 2013) gaat het om het oplossen van een concreet probleem door wetenschappelijk onderzoek te doen. Toegepast onderzoek is dus niet bedoeld om tot algemene theoretische kennis te komen, maar kan er in het geval van dit onderzoek daar wel aan bijdragen (Van der Velde, 2013). Dit onderzoek poogt namelijk tot algemene kennis (theorie) te komen en daarnaast gebruik te maken van wat al bekend is uit eerder onderzoek.

3.2 Dataverzameling

In dit onderzoek zijn drie methoden gehanteerd om de data te verzamelen: documentenanalyse, observaties en interviews. De eerste paar weken van maart zijn benut voor inhoudsanalyse van documenten. Daarna hebben op verschillende momenten observaties plaatsgevonden en aansluitend is in medio april een start gemaakt met de interviews. Achtereenvolgens zal voor iedere methode besproken worden hoe deze is toegepast in het onderzoek en een bijdrage levert aan het onderzoek. Er is dus gebruik gemaakt van verschillende methoden van data verzamelen, maar de resultaten van de interviews voeren de boventoon.

3.2.1 Documentenanalyse

De eerste periode van het empirisch onderzoek is benut voor een inhoudelijke analyse van de documenten. Ook is veel inhoudelijke verdieping gezocht door een documentenanalyse van de verschillende casuïstieken. Dit is gedaan door onder andere in de richtlijnen van de Inspectie van voor de Gezondheidszorg en in allerlei kwaliteitsindicatoren te duiken. Ook al zijn de belangrijkste bronnen de observaties en de interviews omdat dan de betekenisgeving naar voren komt, de documenten zijn zeer relevant geweest om als achtergrondinformatie te gebruiken.

3.2.2 Observaties

Verskillende oriënterende gesprekken met de experts hebben de onderzoeker vertrouwd gemaakt met de visie achter de methodiek en de observaties met de toepassing van de methodiek. De onderzoeker is verscheidene keren op de operatiekamer aanwezig geweest om mee te lopen met de filmploeg en te observeren. De observaties hebben plaatsgevonden tijdens filmdagen die starten om acht uur 's ochtends bij de briefing en daarna de time-out, maar ook als er met de zorgprofessionals individueel werd terug gekeken naar de videobeelden. De observaties over de toepassing van de methodiek en de uitwerking op de zorgprofessionals is dus alleen geobserveerd binnen de casus 'stopmomenten OK'. Wel heeft de onderzoeker enkele bestaande videobeelden teruggekeken van de ochtendoverdracht en de multidisciplinaire terugkoppelingssessie binnen het WKZ (dit waren diverse beeldmaterialen van de twee afgeronde projecten). Deze filmbeelden zijn teruggekeken en geanalyseerd. De onderzoeker heeft zodoende gepoogd bij alle stappen van de videomethodiek aanwezig te zijn om voldoende vertrouwd te raken met de methodiek. Dit is gelukt, met uitzondering van stap 1, het informeren en betrekken van iedereen, omdat dit al plaats had gevonden in alle videoprojecten en geen beeldmateriaal van beschikbaar was. De data die voortgekomen is uit de observaties laten zien hoe de zorgprofessionals de methodiek ervaren, door de gevoelens en de ervaringen van de onderzoeker heen, en omgaan met de gegeven feedback bij de individuele terugkoppeling.

3.2.3 Semigestructureerde interviews

Naast de observaties en het filmmateriaal zijn semigestructureerde interviews gehouden met de zorgprofessionals. Interviews bieden namelijk de mogelijkheid om ideeën en betekenissen van respondenten te achterhalen (Boeije, 2008). Een semigestructureerd karakter is passend geweest omdat bij de interviews noch werd vastgehouden aan een vastgestelde vragenlijst, noch alles werd opengelaten om de werking te verklaren. Door middel van vooraf bepaalde topics, die aan de hand van de kernconcepten vanuit de theorie zijn opgesteld, zijn twee proefinterviews gehouden. Door de proefinterviews zijn de topics getoetst en nog meer verfijnd naar de context - al waren beide interviews ook bruikbaar voor de analyse. Dit was mede te danken aan het feit dat de topiclijst verder ontwikkeld was aan de hand van de data uit de observaties en inhoudsanalyse van documenten. De zorgprofessionals zijn individueel geïnterviewd, maar tweemaal is het voorgekomen om tijdtechnische redenen twee respondenten tegelijkertijd te interviewen. De interviews duurden gemiddeld drie kwartier tot een uur. Bij elk interview is vooraf gevraagd of het opnemen van het interview is toegestaan en het vertrouwelijk behandelen van de respondent is benadrukt. In totaal zijn in april en mei 18 respondenten geïnterviewd. Dit aantal is naderhand vastgesteld totdat het punt van saturatie was bereikt. Dit betekent dat de onderzoeker na 18 interviews gestopt is met het verzamelen van data, omdat de laatste geen nieuwe inzichten opleverden (Boeije, 2008).

3.3 Populatie

Zorgprofessionals vanuit verschillende disciplines en verschillende lagen in de organisatie zijn geïnterviewd, die specifiek betrokken zijn geweest bij de verschillende casuïstieken. Door respondenten uit diverse disciplines te ondervragen is inzichtelijk geworden hoe de methodiek onder multidisciplinaire zorgteams wordt ervaren. De respondenten maken allemaal deel uit van deze multidisciplinaire zorgteams waarbij onder andere anesthesisten, chirurgen, cardiologen,

intensivisten en verpleegkundigen zijn geïnterviewd en enkele experts op het gebied van de videomethodiek. De selectie van respondenten heeft plaatsgevonden in overleg met dr. Liesbeth van Rensen, senioronderzoeker Kwaliteit & Patiëntveiligheid. Bij de selectie is beoogd een goede afspiegeling te vormen van de verschillende multidisciplinaire teams en zodoende is rekening gehouden met de functie en het geslacht van de respondenten. Aansluitend heeft overleg plaatsgevonden met enkele teamleiders om meerdere respondenten te kunnen benaderen. Hiervoor is gekozen om doelbewust op zoek te gaan naar zorgprofessionals die mogelijk negatief zijn over de videomethodiek. Dit is gebeurd door snowball-sampling: aan de zorgprofessionals werd gevraagd of zij collega's kenden die uitgesproken positief of negatief waren over de uitwerking van de methodiek. Deze personen werden vervolgens via de mail benaderd door de onderzoeker waarbij dezelfde vraag tot medewerking werd gesteld ten opzichte van de oorspronkelijke respondenten.

Functie		Geslacht		Casus	
Experts	16,7% (3)	Man	55,5% (10)	Ochtendoverdracht	66,6% (12)
Thuisbasis IC	38,8% (7)	Vrouw	44,5% (8)	Overdracht OK naar IC	66,6% (12)
Thuisbasis niet op IC	27,8% (5)			Stopmomenten OK	28,8% (5)
Verpleegkundigen	16,7% (3)				
Totaal	100% (18)	Totaal	100% (18)	Totaal	18 resp.

3.4 Data-analyse

De videomethodiek kan ook toegepast worden om vakinhoudelijke gebieden en technische aspecten te verbeteren (Iedema et al., 2013) maar de analyse vindt plaats over de multidisciplinaire samenwerking. De focus ligt daarbij niet op het creëren van een beeld van de werkelijkheid, maar op het bezien van de werkelijkheid vanuit het perspectief van de multidisciplinaire teams. Deze focus stond ook centraal bij het analyseren van de data om uiteindelijk antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag hoe de werking te verklaren is (exploratieve vraag) en in hoeverre deze kan bijdragen aan reflexiviteit (adviserende vraag). Met deze focus in het achterhoofd stonden gedurende het analyseren van de data nog twee activiteiten centraal: het uiteenrafelen en het structureren. Methoden hiervoor zijn open, axiaal- en selectieve codering (Boeijs, 2008).

Allereerst is een start gemaakt met open coderen. De eerste paar interviews zijn zorgvuldig gelezen en opgedeeld in fragmenten. Op papier zijn specifieke codes aan de tekstfragmenten toegekend en die codes zijn gebruikt als uitgangspunt voor het coderen van de volgende interviews. Na de eerste twee proefinterviews is het eerste coderingsschema gemaakt. Vervolgens zijn de codes ingevoerd in het coderingsprogramma Nvivo en daarin zijn alle observaties en interviews verwerkt. Door wel te starten met open coderen begint de onderzoeker op een zeer gedetailleerd niveau te analyseren waardoor begrippen nodig waren op een zeer laag abstractieniveau. Zo werd bijvoorbeeld de code 'doel en voorwaarden' opgesteld omdat de zorgprofessionals aangaven dat de werking van de methodiek afhankelijk is geweest indien doel en voorwaarden vooraf duidelijk zijn. De capitals hadden al een abstractieniveau dat uitstijgt boven het niveau van de afzonderlijke fragmenten. Het was dus niet vreemd dat de capitals in de beginfase nog niet als codes bruikbaar waren gedurende de open coderings-fase. Daarnaast was open coderen nodig omdat de invloed van de context anders te veel onder de vooropgestelde capitals viel, terwijl dit vanuit de theorie niet onder die topics kon

vallen. De ontwikkeling of bijdrage aan ‘kennis’ door middel van de methodiek is echter wel geschrappt als topic. Hiertoe is besloten toen de bevordering van kennis niet naar voren kwam als mogelijke bijdrage of ontwikkeling in de eerste paar interviews.

Tijdens de volgende stap, het axiaal coderen, waarin op een hoger abstractieniveau is geanalyseerd, werden de capitals alsnog bruikbaar. De codering rondom de capitals heeft vooral deductief plaatsgevonden. Dit betekent dat er vanuit de onderscheiden sensitizing topics (human, social en organisational capital) in het theoretisch kader codes zijn opgesteld. Deze codes betroffen bijvoorbeeld situatiebewust (HC), onderlinge communicatie (SC) en structuren (OC). Bij het axiaal coderen is de omvang van het aantal codes afgenomen, door de codes die sterk met elkaar overeenkwam bij elkaar onder te brengen.

Tot slot is er selectief gecodeerd. In deze codeerfase bracht de onderzoeker structuur aan in de verschillende codes om zo de codes aan elkaar te relateren en verbanden te leggen met de literatuur (Boeije, 2008). Dit resulteerde in een meer definitief codeerschema. Tijdens deze fase van coderen zijn ook keuzes gemaakt met betrekking tot welke codes opgenomen dienden te worden in de resultaten. De data is zodoende onderverdeeld in thema’s, die op basis van de literatuur zijn gevormd. De thema’s zijn: ‘Algemene zorg- en organisatiecontext van een ziekenhuis’, ‘Effectiviteit van de videomethodiek door het benoemen van hinderende en favouring factors’, de werking van de methodiek bezien door de drie lenzen: ‘Human Capital’ ‘Social Capital’ en ‘Organisational Capital’ en een analyse op de ‘output reflexiviteit en de impact van de methodiek’. De thema’s zijn weer onderverdeeld in kleinere data-eenheden en in het laatste hoofdstuk in verband gebracht met de output reflexiviteit. Deze thema’s en onderliggende data eenheden vormen samen de codeboom waarmee in Nvivo is gewerkt. De codeboom geeft een overzicht in de onderzoeksdata, waardoor het voor de onderzoeker mogelijk was verbanden te zien en de data te interpreteren. Aan het eind van het onderzoek zijn de eigen bevindingen afgezet tegen de resultaten van de literatuurstudie. Dit past bij analytisch inductie, de systematische toetsing van veronderstellingen en proposities (Boeije, 2008: p. 81).

3.5 Kwaliteitscriteria

De data in dit onderzoek zijn op drie verschillende manieren verzameld (via observaties, bestaande filmobservaties en interviews). Om de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek te bewaken is zodoende gebruik gemaakt van meerdere manieren om de onderzoeksdata te verzamelen, ook wel triangulatie genoemd (Van Thiel, 2009). Betrouwbaarheid en validiteit worden in kwalitatief onderzoek voornamelijk bepaald door navolgbaarheid, overdraagbaarheid en aannemelijkheid van het onderzoek (Van Thiel, 2009).

3.5.1 Betrouwbaarheid

Als sprake is van een betrouwbare methode van dataverzameling zal herhaling van de waarnemingen tot een gelijke uitkomst moeten leiden (Boeije, 2008). De navolgbaarheid van de analyse is daarbij van belang (Van Thiel, 2009). In de voorgaande paragraaf is daartoe nauwkeurig beschreven hoe de analyse vanuit de data tot stand is gekomen waarbij een topic-lijst is gebruikt en alle data zorgvuldig is opgenomen, in Word getranscribeerd en vervolgens in Nvivo gecodeerd. De topiclijst heeft ervoor gezorgd dat het interviews semigestructureerd verliepen, maar er ook ruimte was om ervaringen en voorbeelden van de respondenten te horen die van invloed waren op de

werking van de methodiek, maar buiten de vooropgestelde topiclijst vielen. De nauwkeurigheid van de dataverzameling is gewaarborgd door de opnameapparatuur waardoor de data letterlijk kon worden gebruikt voor verschillende analyses. Daarnaast is ook de methode van onderzoek verantwoord, wat voor transparantie zorgt met betrekking tot de wijze waarop het onderzoek heeft plaatsgevonden. Zodoende is herhaling van het onderzoek mogelijk (Van Thiel, 2009). Een kanttekening qua betrouwbaarheid van het onderzoek is dat de twee casuïstieken meer dan twee jaar geleden tot uitvoering zijn gebracht. Daardoor was het voor verschillende respondenten moeilijk om de informatie in detail terug te halen. Maar juist door verschillende respondenten te benaderen in de drie verschillende casuïstieken kon een veelheid aan informatie verzameld worden: De respondenten uit de casus Ochtendoverdracht en van OK naar IC overzagen de lange termijn werking en deelden hun ideeën hierover; De respondenten uit de casus 'stopmomenten' zaten midden in de toepassing van de methodiek. Doordat er zo zicht ontstond op zowel de kortetermijneffecten als de langetermijneffecten, is de betrouwbaarheid van het onderzoek toegenomen. Tot slot hebben dataverzameling en data-analyse elkaar afgewisseld tijdens dit onderzoek, wat eveneens bijdraagt aan de betrouwbaarheid van het onderzoek (Boeije, 2008). Om deze reden zijn de aantekeningen van de observaties iedere keer gelijk uitgewerkt. Hetzelfde is gedaan met de interviews.

3.5.2 Validiteit

De validiteit van een onderzoek heeft betrekking op de kwestie of gemeten wordt wat de onderzoeker beoogde te meten (Boeije, 2008; Van der Velde et. al, 2013). Om de validiteit in dit onderzoek te beschrijven wordt onderscheid gemaakt tussen interne en externe validiteit, ook wel de geldigheid en de generaliseerbaarheid van het onderzoek (Van Thiel, 2009).

De interne validiteit betreft de geldigheid van het onderzoek, respectievelijk de vraag of het aannemelijk is dat de onderzoeker heeft gemeten wat zij wilde meten (Van Thiel, 2009). Om de interne validiteit te vergroten is gebruik gemaakt van triangulatie, dat betekent dat de data op meer dan één manier is verzameld. In dit onderzoek zijn inhoudelijke analyses, observaties en interviews toegepast. De verzamelde data komt daardoor voort uit verschillende bronnen waardoor de validiteit toeneemt. De observaties lieten vooral zien wat de camera met de zorgprofessionals deed en hoe de zorgprofessionals als team de beelden evalueren; de interviews lieten zien wat de zorgprofessionals als individu ervoeren. Daarnaast kan de betrokkenheid van de onderzoeker de validiteit versterken maar ook bedreigen (Boeije, 2008). Enerzijds creëert betrokkenheid een gemakkelijke ingang om respondenten te benaderen en vergroot het de mogelijke openheid in het interview; anderzijds kan betrokkenheid de objectiviteit van de onderzoeker beïnvloeden doordat zij geen buitenstaander meer is. Dit kan gekleurde interpretaties tot gevolg hebben. Om dit te voorkomen heeft de onderzoeker gezocht naar een balans in het kader van haar betrokkenheid. Doordat de onderzoeker geen medische achtergrond kent was de identificatie met het object van studie minimaal. Om deze reden liepen interpretatie en empirische werkelijkheid niet door elkaar en is de onderzoeker blijven zoeken naar tegenvoorbeelden. Dit is het op zoek gaan naar gevallen die de onderzoeksresultaten zouden kunnen weerspreken of weerleggen (Van Thiel, 2009). Dit wordt ook wel falsificatie genoemd en heeft plaatsgevonden door expliciet op zoek te gaan naar tegenstanders en voorstanders van de methodiek. Tot slot is de onderzoekersrol blijvend gemonitord door een aantal buitenstaanders, medestudenten van de Universiteit Utrecht,

onderzoekers van het UMCU, experts op het gebied van videoreflectie en door de begeleiders vanuit de faculteit Bestuurs- en Organiseringswetenschappen (audit trial).

De externe validiteit heeft betrekking op de generaliseerbaarheid van de conclusies van het onderzoek naar andere vergelijkbare settings (Van Thiel, 2009). Om in dit kwalitatieve onderzoek een uitspraak te kunnen doen over de verplaatsbaarheid van de onderzoeksconclusies is het vooral belangrijk zicht en helderheid te hebben met betrekking tot op welke manier en om welke reden de onderzoekseenheden zijn geselecteerd. De reden en manier is gegeven in de bovenstaande paragraaf 'populatie'. Zo is gekozen om drie casuïstieken mee te nemen. De validiteit had vergroot kunnen worden door ook buiten het UMCU onderzoek te doen naar de videoreflectie-methodiek. Dit behoorde tot de mogelijkheden, maar onderzoek in meerdere ziekenhuizen zou ten koste gaan van de representativiteit van het onderzoek, omdat het onderzoek beperkt is in tijd en omvang. Het richten op zorgprofessionals binnen verschillende afdelingen en casuïstieken maakt dat de resultaten beter bruikbaar zijn voor videoreflectie als methodiek en het is goed mogelijk dat de resultaten herkenbaar en bruikbaar zijn voor vergelijkbare ziekenhuizen.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek uiteengezet. Allereerst wordt de algemene zorg- en organisatiecontext van een ziekenhuis geschetst (paragraaf 4.1) om vervolgens in te gaan op de effectiviteit van de videomethodiek door het benoemen van hindering en favouring factors (paragraaf 4.2). Daarna wordt een analyse gegeven van de werking van de methodiek door de drie verschillende lenzen: human (paragraaf 4.3), social (paragraaf 4.4) en organisational capital (paragraaf 4.5). Tot slot wordt specifiek ingegaan op de relaties tussen verschillende capitals en reflexiviteit (paragraaf 4.6). Hierbij zal aandacht zijn voor eventuele verschillen tussen de drie casuïstieken en tussen de verschillende respondenten-groepen. Wel kan direct op basis van de analyses al gesteld worden dat tussen de verschillende functies niet veel in het oog springende verschillen zijn geanalyseerd. Dit ligt in lijn met het vooraf opgestelde doel om niet functiegroepen of casuïstieken met elkaar te vergelijken, maar de werking van de methodiek te verklaren.

4.1 Algemene zorg- en organisatiecontext van het UMCU

De werking van de videomethodiek kan niet losgezien worden van de context waarin deze wordt gebruikt. De wijze waarop verschillende zorgprofessionals in een ziekenhuis acteren en zich tot elkaar verhouden is daarin van belang. Wat opvalt is dat de verschillende beroepsgroepen elk specifieke eigen omgangsvormen hebben en er grote culturele verschillen zijn tussen bijvoorbeeld verpleegkundigen en specialisten onderling. Tegelijk geldt voor alle groepen dat de professionals zeer autonoom werken. Daarbij is zelf leidend zijn bij de reflectie belangrijk en wordt feedback van 'gelijken' niet nadrukkelijk gezocht en/of geaccepteerd. Ook is er sprake van enige weerstand tegen veranderingen. Deze factoren worden hieronder nader toegelicht in relatie tot de videomethodiek.

Op voorhand leek de JCI-accreditatie eveneens een mogelijke contextfactor te zijn. Zoals reeds benoemd in de inleiding heeft het UMCU een JCI-accreditatie behaald op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Hoewel videoreflectiemethode al bestond, is de methodiek in het kader van de accreditatie geïntegreerd binnen de focus van kwaliteit en veiligheid. Het feit dat de methodiek al bestond wil niet zeggen dat het los van elkaar gezien kan worden. De videomethodiek is beïnvloed door de start van de JCI waarbij er een focus ligt op een vaste manier van continu verbeteren. Dit onderzoek richt zich echter voornamelijk op videoprojecten die al voor de grootschalige start van de JCI waren afgerond. Om die reden valt de JCI-accreditatie weg als contextfactor ookal is de invloed van de JCI-accreditatie op de videomethodiek denkbaar.

4.1.1 Hiërarchische verhoudingen

Er is binnen de zorgwereld veel respect voor ervaring en kennis, waardoor er sprake is van duidelijke gezagsverhoudingen. Gedurende het onderzoek is de onderzoeker langzamerhand bekend geworden met de verschillende 'ongeschreven' omgangsvormen maar hiërarchie wordt ook functioneel gehanteerd: de eindverantwoordelijkheid, de medisch specialist, draagt juridische verantwoordelijkheid en is hoofdbehandelaar. Verpleegkundigen en artsen-in-opleiding voeren veel uitvoerende werkzaamheden uit, maar staan altijd onder supervisie van een specialist. De invloed van deze omgangsvormen is echter groot. Op basis van de verschillende observatiedagen en interviews kan gesteld worden dat de functionele hiërarchie naast haar positieve kanten, ook een obstakel vormt, waar het gaat om het interveniëren in een zorgproces en het creëren of versterken van een veilig leeromgeving. Dit heeft ook zijn weerslag op de videomethodiek. Van elkaar leren

binnen en tussen de diverse lagen in de organisatie is lastig wanneer er weinig wederzijdse erkenning en herkenning is van elkaars kennis en kunde. Een respondent geeft aan:

'We proberen niet hiërarchisch te zijn, maar er zijn een aantal drempels ingegroeid. Ik denk dat de verpleging naar een aantal dokters weldegelijk die drempel ziet van: "ik kan het wel zeggen, maar er wordt toch niet geluisterd. Waarom zou ik het zeggen? Er wordt toch niets mee gedaan"'.¹

Een dergelijke afstand is bijvoorbeeld zichtbaar tussen medisch specialisten (de genezers) en de verpleegkundigen (de verzorgers). In de werkcontext zijn deze twee groepen zorgprofessionals volledig afhankelijk van elkaar, maar verder leven zij in een relatief gescheiden milieu. Het feit dat artsen en verpleegkundigen volledig gescheiden worden opgeleid is hier een tekenend voorbeeld van.

Het niet herkennen en erkennen van elkaar tussen de diverse lagen in de organisatie zit diep geworteld. Een respondent geeft aan dat wanneer er over een bepaalde verandering binnen het ziekenhuis gesproken moet worden *'keyplayers bij elkaar gaan zitten (...) op hetzelfde niveau; wat niet bedreigend is. Want er zijn sommigen die er slecht tegen kunnen als de jongste bediende erbij zit en de jongste bediende kan er slecht tegen als de baas erbij zit'*.² De hiërarchie staat zodoende corrigeren en feedback danig in de weg. Daarnaast is aanspreken op 'hetzelfde niveau' niet zo 'bedreigend', wat andersom wel het geval kan zijn geven de zorgprofessionals eerlijkheidshalve toe.

Dit geldt echter niet alleen voor het aanspreken tussen de verschillende lagen in de organisatie. Hetzelfde geldt voor dezelfde hiërarchische lagen van andere specialismen. De geïnterviewde zorgprofessionals halen diverse voorbeelden aan die blijken geven van vooroordelen tussen de verschillende specialismen. Eén van de experts schetst de heersende wij-zij-verhouding met een illustratief voorbeeld:

'De chirurgen zeggen altijd: "wij hebben bloed op de klompen en de anesthesisten hebben koffie op de klompen", wat zoveel betekent dat ze vinden dat anesthesisten tijd zat hebben en de chirurgen niet. Dit zijn van die vervelende vooroordelen. Maar die mensen moeten wel met elkaar hoogstaand goed werk verrichten en samenwerken'.³

Dit voorbeeld expliciteert duidelijk de diverse groepen medewerkers binnen de algemene zorgcontext en zo ook binnen het UMCU. De medisch specialisten vinden van alles over de verpleegkundigen en andersom. Maar ook het onderscheid tussen groepen medisch specialisten is groot, waar de aangehaalde quote blijken van geeft. Het doorbreken van dergelijke hiërarchische structuren is echter buitengewoon lastig. Ook de videomethodiek is maar in zeer beperkte mate in staat hieraan bij te dragen, omdat ook zijzelf onderhevig is aan de hiërarchische context.

¹ (R.5) – Intensivist

² (R.11) – Cardioloog

³ (R.1) – Expert

⁴ (R.3) – Intensivist

4.1.2 Feedback 'zoeken' als zorgprofessional

De videobeelden stellen de zorgprofessionals in staat te reflecteren op hun eigen en elkaars handelen. Los van de hiërarchische context is het de vraag of zorgprofessionals bereid zijn om de beelden terug te zien, dan wel of zij reflectie op hun eigen handelen belangrijk vinden. Daarnaast bestaat het feit dat de werkomgeving zo dynamisch is en zodoende vaak om andere prioriteiten vraagt, een extra belemmering om als individu actief naar feedback te zoeken.

Uit de resultaten blijkt dat reflectie niet in 'het bloed' zit op de afdeling of binnen het team van ziekenhuismedewerkers:

*'Wij vinden het heel moeilijk om tijd voor reflectie vrij te maken en het haalt je vaak uit je comfort zone. Wij focussen ons op het primaire proces en daar vinden wij elkaar en dan gaat het goed. Maar zodra we terug moeten kijken hoe dingen zijn gegaan – een stapje terug – dat vinden wij veel moeilijker. Want dan moet je je bloot geven.'*⁴

Door de videomethodiek en door de beelden wordt ervaren dat jezelf bloot moet geven. Dit wordt vervolgens door verschillende zorgprofessionals als bedreigend gezien. Veel respondenten beschouwen het als veiliger wanneer er geen kans is op negatieve exposure en geen gevoel van schaamte kan ontstaan.

Hierbij is ook de inhoud van de genoten opleiding als contextfactor van belang. Verschillende zorgprofessionals geven aan dat de 'jonkies' op de opleiding veel leren over het belang van reflectie. De oudere generatie is echter nauwelijks opgeleid met reflectie en is meer vertrouwd met evalueren dan reflecteren. Dit maakt het extra lastig om teamreflexiviteit te bevorderen. De artsen in opleiding tot specialist vragen juist veel naar feedback, maar dit komt volgens de specialisten omdat zij in een leersituatie zitten en om die reden veel behoefte hebben aan feedback. Uit de interviews blijkt een zorgcontext waarin veel 'geleerd' wordt, maar waar in zeer beperkte mate gereflecteerd wordt op het eigen gedrag.

*'Er zijn een paar jongeren en die doen dat zo natuurlijk dat feedback geven. Ja, die zijn er mee opgegroeid in de opleiding. En hier zit een generatie die er niet mee op is gegroeid en naar jezelf kijken dat is iets wat niet bestaat (...) Feedback is dan toch een beetje een vies woord.'*⁵

Dergelijke verschillen tussen generaties gelden niet enkel in de zorgsector. Alleen de omgangsvormen die bestaan in het ziekenhuis bemoeilijken de toepassing van de methodiek in hogere mate. De respondenten vinden het benauwend en ervaren 'social pressure' om niet te veel mening te hebben.

4.1.3 De weerstand tegen veranderingen

Tot slot is weerstand tegen veranderingen een belangrijke contextfactor. Het is een aanname dat mensen het over het algemeen lastig vinden om te veranderen en dat er vaak terughoudendheid is

⁴ (R.3) – Intensivist

⁵ (R.16) – Verpleegkundige

met betrekking tot het doorvoeren van veranderingen. Vanuit de resultaten blijkt dat binnen de zorgsector dit nog sterker geldt, omdat veranderingen door de enorme diversiteit aan groepen en specialismen binnen het UMCU, de bestaande machtsverhoudingen op scherp stellen. De moeizame verandering binnen het videoproject 'ochtendoverdracht' is een typisch voorbeeld. De chirurgen en allerlei andere specialismen liepen al jaren in de ochtend, met een grote stoet, over de afdeling om alle patiënten te bekijken. Enkel bleek dit om meerdere redenen de kwaliteit van overdracht niet te bevorderen. Daarom werd de zogenaamde zittende visite (overdracht) ingevoerd. Dit stuitte echter op weerstand bij de chirurgen. Zij meenden dat de gangbare vorm het meest in het belang van de patiënten was. Artsen richten zich op wat in hun ogen het beste is voor de patiënt. Wanneer getornd wordt aan hun inschatting, ervaren zij dit steevast als een tornen aan de patiëntveiligheid. Dit alles heeft tot een langdurige uitstel van de verandering geleid. Een respondent beschrijft:

'Toen we net de hele boel om hadden heeft iemand zich twee weken stil gehouden en is daarna ontploft omdat diegenen terug wou naar de oude manier (..) dat vond hij veiliger (..) Het was geen gemakkelijke verandering nee'.⁶

Daarnaast is het van belang te onderkennen dat de weerstand om te veranderen versterkt kan worden door het gebruik van de camera. Een gevoel van onzekerheid en onveiligheid wordt benoemd en het niet bekend zijn om op film opgenomen te worden. Zo noemt één van de professionals het volgende voorbeeld:

'Het ging om een anesthesist die absoluut niet gefilmd wilde worden, terwijl hij zich verschool achter de belangen van de patiënt; dat hij vond dat de patiënt niet gefilmd mocht worden. Dat merkte je wel, en dit merkte ik ook bij medewerkers van mijn team; dat we het niet gewend zijn voor een camera, onveilig'.⁷

Tot slot blijkt dat de weerstand om een zorgproces te veranderen vergroot of bemoeilijkt wordt als de groep te groot is of te divers. Onder andere chirurgen, anesthesiologen, cardiologen en intensivisten hebben hele diverse omgangsvormen of zijn verschillende gewend aan reflectie, geven de experts aan. Zij houden hier rekening mee door eerst individueel terug te koppelen met de zorgprofessionals en pas vervolgens met meerdere 'lagen' gezamenlijk terug te kijken bij de multidisciplinaire sessie. Zo worden de zorgprofessionals al wat 'gemasseerd' en voorbereid op de bovengenoemde sessie.

'Daarom zetten we ook in op individu en groep, want ik zou bijvoorbeeld de anesthesist en de chirurg in dit geval niet samen terug laten kijken naar de videobeelden. Dit moet je ook een beetje inschatten. In deze fase zul je nog merken dat de één makkelijker praat dan de ander'.⁸

4.1.4 Samenvattend belang van de algemene zorg- en organisatiecontext

De resultaten van de videomethodiek kunnen kortom niet los gezien worden van de zorg- en organisatiecontext. Wanneer aan de context geen expliciete aandacht wordt besteed, kan heel snel

⁶ (R.14) – Intensivist

⁷ (R.16) – Verpleegkundig

⁸ (R.1) – Expert

een verkeerde duiding gegeven worden aan bepaalde uitkomsten. Zo blijkt uit de casuïstieken dat de weerstand tegen de videomethodiek vaak niet zozeer iets te maken had met de methodiek zelf, maar vooral met de uitkomsten van de reflectie. De sterke hiërarchische verhoudingen, een cultuur die niet gericht is op reflectie en weerstand met betrekking tot veranderingen staan de positieve werking van de methodiek echter in hoge mate in de weg. De methodiek tracht een verandering teweeg te brengen in dergelijke patronen, maar het is lastig om opgewassen te zijn tegen de contextfactoren. Om deze reden moet de methodiek deze context 'omarmen' en van daaruit verder werken aan de effectiviteit van de methodiek.

4.2 Effectiviteit methodiek door hindering en favouring factors

Naast de zorg- en organisatiecontext zijn 'hindering en favouring factors' te onderscheiden die deels van belang zijn om de context te duiden, en deels om de effectiviteit van de werking van de methodiek te interpreteren. Verschillende factoren kunnen op basis van een analyse van de resultaten onderscheiden worden. De factoren gaan over de toepassing van de methodiek wat ook bezien kan worden als voorwaarden waaronder de methodiek beter of minder goed werkt. De factoren helpen de black box verder te openen om de werking te verklaren.

4.2.1 Autonomie en zelf verbeteringen aandragen

De zorgprofessionals mogen door het analyseren van de videobeelden zelf hun verbeteringen aandragen om zodoende het zorgproces te verbeteren. De gedachte staat centraal dat 'eigen' aangedragen verbeteringen beter beklijven. Omdat zorgprofessionals zeer autonoom werken en als medisch specialisten het recht hebben om autonoom beslissingen te nemen wordt dit als favouring factor bezien. Autonomie duidt dan op eigen participatie. Meer dan de helft van de respondenten geven ook aan dat de methodiek het meest heeft bijgedragen omdat zij zelf verbeteringen mochten aandragen. Degenen die zich negatief uitlaten, doen dit met name omdat ze vinden dat de oplossing uiteindelijk toch bepaald wordt door een deel van de 'keyplayers'. Vanuit de medische context bezien verklaard dit niet dat de videomethodiek zijn werking niet kan doen omdat eenieders verantwoordelijkheid verschillend is waar over besloten kan worden. De videomethodiek sluit dan ook goed aan op het feit dat binnen de medische wereld autonomie hoog in het vaandel staat. Het meebeslissen over de inhoud van het zorgproces is voor zorgprofessional bovenmatig belangrijk en de methodiek draait erom dat professionals zelf hun voorbeelden ter verbetering aandragen. Tegelijk wordt deze favouring factor gevoelsmatig verminderd door de hiërarchische werkverhoudingen.

4.2.2 Subtieler filmen

Het niet 'subtiel' filmen wordt als een belemmerende factor gezien in de toepassing van de methodiek. De filmers waren vaak met twee en in sommige gevallen met drie personen op de operatiekamer aanwezig. Dit leidde tot een verstoring van de natuurlijke situatie en 'acteergedrag' bij sommige professionals, waarbij zij zich 'wenselijker' gedragen dan zij normaal zijn. In de gesprekken gaven de zorgprofessionals aan dat het laten verdwijnen van de camera in de omgeving een significante verbetering zou zijn. De daadwerkelijke impact van deze belemmerende factor zal echter volgens de experts meevallen. Omdat geprobeerd wordt met alle zorgprofessionals individueel de beelden terug te kijken, kan eventueel acteergedrag besproken worden. Juist omdat het acteergedrag veelal wenselijker gedrag is dan normaal, vormt het een goede basis voor een

gesprek naar de mening van de experts. Echter vinden de zorgprofessionals dat de gekunstelde situatie beter verpakt moet worden voor een meer efficiënte toepassing van de methodiek.

4.2.3 Op korte termijn terugkijken van de beelden

Verder lijkt het op korte termijn terug kijken van de beelden van belang. De gesproken zorgprofessionals geven aan dat er zo vervolgens meer uit te halen valt:

'De kracht van de beelden zit hem erin dat je het gelijk na de handeling terug kijkt. Ik weet niet of dat nu nog gebeurt. Dat is lastig, maar dat één op één terugkijken vond ik zelf heel illustratief. Dat moment zie je het verschil in hoe je het beleeft en hoe het daadwerkelijk gaat. Dat werkt het sterkste als het direct daarna is'.⁹

Sommigen hebben pas drie maanden na de opname hun beelden teruggekeken, waarbij de duur van de fase tussen filmen en terugkoppelen als storend werd ervaren. De reden voor het late terugkijken is soms ook van praktische aard: *'Voor mij als begeleider doe ik het er een beetje bij en dat is niet goed om de voortgang er in te willen houden'.¹⁰* Het is daarom volgens de zorgprofessionals wenselijk de afspraken om terug te kijken al vóór het filmen in te plannen. Hierbij geldt wel volgens de experts dat dit ook weer niet op té korte termijn moet gebeuren. Gedurende de dag kunnen de heftige gebeurtenissen in het ziekenhuis zich snel opstapelen. De experts proberen op het handelen te reflecteren los van alle emoties. Om met een bepaalde distantie naar de beelden te kijken lijkt iets later reflecteren ook logisch.

4.2.4 Belang van experts en terugkoppeling van de filmbeelden

Daarnaast zijn de experts die de reflectie begeleiden meermaals naar voren gekomen als belangrijke favouring factor: *'Ik denk dat je wel dingen ziet, maar het belangrijkste is dat iemand je hierbij coacht. Ja, want anders leuk middel maar nee'.¹¹* Deze begeleiding kan overigens wel beter volgens de zorgprofessionals. Veel respondenten geven aan ze graag méér beelden terug zouden willen zien. Ze zijn teleurgesteld over de beperkte hoeveelheid materiaal die ze te zien hebben gekregen. Bij deze opmerking zijn wel enige kanttekeningen te maken. Er is niet onderzocht in hoeverre zorgprofessionals daadwerkelijk eigen initiatief hebben getoond om meer beelden terug te zien en daarnaast staat dit verlangen in contrast met het feit dat zorgprofessionals het lastig vinden om te reflecteren.

Daarnaast geven de zorgprofessionals aan dat het kort benoemen en aanstippen van bepaalde elementen maakt dat verschillende zorgprofessionals stof tot nadenken krijgen. Hierin zijn de experts echter te weinig expliciet geweest naar de wens van de zorgprofessionals.

'In mijn beleving kan je in reflectie ook een laag daaronder gaan zitten en dat is niet gedaan. Ik denk dat je met de videoreflectie best iets dieper kan gaan'.¹²

⁹ (R.3) – Intensivist

¹⁰ (R.4) – Expert

¹¹ (R.15) – Intensivist

¹² (R.13) – Verpleegkundige

Het is volgens de experts echter een kracht van de methodiek dat zij niet oordelen en zo wordt geprobeerd de zorgprofessional zelf zijn eigen verbeteringen in te laten zien en te benoemen. Daarnaast dient het doel van de methodiek niet uit het oog verloren te worden. Het doel van de methodiek is om een complex zorgproces te verbeteren en is in eerste instantie niet bedoeld voor persoonlijke reflectie op eigen handelen.

Toch ziet het merendeel van de respondenten meer potentie in de methodiek als er meer terugkoppeling plaats vindt, met name als het gaat om omgangsvormen en gedragsveranderingen. De terugkoppeling mag professioneler en gestructueerder:

'Het terugkoppelen is een vak, dat kan niet zomaar iedereen en dat moet echt volgens een bepaalde structuur: dat je de ander faciliteert in zijn gedachtegang. Dan heb je het niet alleen over van: "oh ja dat is wel confronterend" of "ik zie dat ik zo sta of zo reageerde". Dat is niet genoeg (..) Ik denk als je professionele terugkoppelingen neerzet dat je er dan veel meer uit kan halen dan wat je er nu uithaalt'.¹³

4.2.5 Gevoel bij de methodiek

Volgens de zorgprofessionals is 'het gevoel' dat bij de videomethodiek ervaren wordt mede bepaald door de mankracht, de tijd en de kosten die zijn ingezet, in relatie tot het resultaat. Dit gevoel is opvallend genoeg een 'low-impact' gevoel. Omdat de methodiek een hele tijdsinvestering en arbeidsinvestering vraagt maakt dat mensen meer kritisch zijn op het uiteindelijke resultaat. Dit gevoel beïnvloed volgens de zorgprofessionals de ervaren effectiviteit van de methodiek en kan geïnterpreteerd worden als hinderende factor.

Maar tegenover het low-impact gevoel staat de nuancering dat de respondenten positief gestemd zijn over het werkproces dat weldegelijk veranderd is en de wetenschap dat verandering nu eenmaal veel tijd kost. Toch weegt het volgens het merendeel van de zorgprofessionals niet op:

'Er waren hier en daar wel wat dingen in die paar filmpjes die ik dan gezien heb van "goh ja ja, dat had ik wel verwacht en is leuk om een keer te zien", maar ik heb niet het idee gekregen dat dit nou het ei van Columbus was om iedereen te laten zien van waar je mee bezig bent en hoe het functioneert. Ik denk dat er nu heel veel manpower in is gaan zitten voor iets wat in mijn perceptie niet heel ingewikkeld was'.¹⁴

Daarnaast wordt dit gevoel versterkt doordat bijna de helft van de respondenten geen aanleiding ondervonden heeft om dingen anders te gaan doen. Dit is deels te herleiden tot de hoeveelheid teruggekoppelde filmbeelden:

'Ik heb het één keer teruggezien, ik heb commentaar geleverd en dit ging over het proces. Nee, ik kan mijn niet herinneren dat dit aanleiding gaf om dingen anders te doen (..) ook niet door de multisessie terugkoppeling'.¹⁵

¹³ (R.17) – Anesthesioloog

¹⁴ (R.11) – Cardioloog

¹⁵ (R.12) – Intensivist

Het belang van het terugkijken van de beelden komt terug en of deelgenomen is aan de multidisciplinaire terugkoppelingsbijeenkomst. Degenen die alleen hun eigen videobeelden hebben terug gekeken zijn over het algemeen negatiever over het effect dat de methodiek heeft gehad. Een gevoel van low-impact houdt dus verband met de hoeveelheid beelden die terug zijn gekeken. Dit kan vervolgens weer verband houden met dat die zorgprofessionals zich geen eigenaar hebben gevoeld van het uiteindelijke resultaat door hun beperkte inbreng.

4.2.6 Informatievoorziening gedurende de videoprojecten

Om de informatievoorziening goed te laten verlopen besteden de experts er naar eigen zeggen veel aandacht aan om de methodiek goed te introduceren binnen een afdeling of binnen een team. Op deze manier worden de zorgprofessionals betrokken. Desalniettemin is verscheidene keren benoemd dat de introductie verbetering vereist. De deelnemers zijn gemaild over de methode, maar ervaren dit als slechts één van de vele rondmails. Het is een opvallend gegeven dat zorgprofessionals vinden dat er meer aandacht uit moet gaan naar de informatievoorziening. Informeren gebeurt immers veel breder dan enkel het verzenden van een mail: de experts zijn aanwezig op werkbijeenkomsten om de gedachte achter de videomethodiek te bespreken. Daarna wordt eerst geobserveerd bij de start van een videoproject zonder te filmen om de zorgprofessionals vertrouwd te maken met de experts. Achter de behoefte van de gevraagde informatievoorziening gaat een gevoel van onzekerheid en onveiligheid schuil en het niet bekend zijn om op film opgenomen te worden. Dit is reeds benoemd binnen de zorgcontext het belang van vooraf goed geïnformeerd te worden. Voor de start van ieder videoproject worden alle zorgprofessionals vooraf geïnformeerd. Toch is dit niet in alle gevallen goed gebeurd wat zorgprofessionals mogelijk weerstand heeft gegeven om betrokken te willen zijn bij het videoproject. Mede omdat de optie níet mee te doen nauwelijks wordt ervaren, vermindert dit de betrokkenheid en bereidheid. Zo geven diverse professionals aan:

'Als je het een leeromgeving noemt en je dan zegt: "ik doe er niet aan mee", dan heb je wel wat uit te leggen aan je collega's en aan je baas'.¹⁶

'Nou ja, bij de eerste overdrachtsfilm ben ik deels zichtbaar en daar zijn geen voorwaarden langs mij geweest en er is geen discussie of je wel of niet mee doet'.¹⁷

Buiten kijf staat dus dat de informatievoorziening voor de zorgprofessionals essentieel is om betrokken of bereid te zijn te worden gefilmd. De videobeelden vragen immers veel exposure. Daarnaast maakt de medische context dat de informatievoorziening en het bieden van veel veiligheid essentieel is. De emoties over de gezondheidszorg zijn groot en kunnen professionals uit angst wat er met het beeldmateriaal gebeurt besluiten niet mee te doen. Ze ervaren het dan als zeer essentieel dat ieders privacy gewaarborgd wordt.

'Maar je moet het wel meer benadrukken, niet je hebt twee maanden geleden een mail gehad en we gaan nu filmen; dan krijg je weerstand. 's Ochtends moet je dit doen, we gaan vandaag filmen; weet dat het veilig is, om er beter van te worden, de filmpjes worden gewist na zoveel tijd etc'.¹⁸

¹⁶ (R.3) – Intensivist

¹⁷ (R.9) – Anesthesioloog

De kaders blijken iedere keer opnieuw benoemd te moeten worden, omdat men anders ervaart dat er toch een bepaald oordeel of controle achter de methodiek schuil gaat. Dit houdt verband met de ‘exposure’ dat gevraagd wordt.

*‘Ik voelde mij niet gecontroleerd omdat er 100 keer gezegd wordt het is niet ter controle, maar al snel als iemand kijkt hoe je het doet dan is het al snel’.*¹⁹

Een ieders betrokkenheid en bereidheid heeft daarnaast te maken met de ervaring of het effect wat de zorgprofessionals toeschrijven aan de videoreflectie-methodiek, maar ook met het duidelijk informeren aangaande het doel van de methodiek. Zorgprofessionals zijn gericht op effectiviteit en willen voor de tijd die zij erin stoppen zichtbaar resultaat. Een indifferent gevoel met betrekking tot wat de methodiek daadwerkelijk oplevert, draagt niet bij aan het enthousiasme voor de methodiek of voor een verandering. Om die reden dient het doel gedurende de informatievoorziening duidelijker te worden geformuleerd om zo de betrokkenheid en bereidheid te vergroten:

*‘Je moet je van tevoren meer afvragen of dit de manier is waarop je je doel kunt bereiken, want dat is denk ik te weinig gedaan (...) Ik denk dat je de doelstellingen van tevoren scherper had moeten formuleren, en ook herkenbaar achteraf in wat je eruit hebt gehaald. (...) Het was heel breed: “het moet veranderen” punt’.*²⁰

Door onder andere heldere doelen te formuleren worden zorgprofessionals meegenomen en hun betrokkenheid en bereidheid versterkt. Maar tegelijk is niet één op één te stellen dat goede informatievoorziening leidt tot meer betrokkenheid en bereidheid. De vraag is hoe de betrokkenheid dan wel vergroot kan worden. Op grond van de resultaten is duidelijk dat het een enorm lastig streven is, vanuit de experts, maar ook vanuit de zorgprofessionals zelf. Met name de diversiteit in de verschillende specialismen en hun bereidheid en betrokkenheid valt op. De anesthesiologen ondervinden bijvoorbeeld dat het moeilijk is om een groep te betrekken die niet reflexief is. Anesthesisten ervaren dat zij meer de drager zijn in het bespreekbaar maken van dingen, omdat zij meer in teamverband werken en zodoende vaker moeten reflecteren:

*‘Ik denk omdat wij gewend zijn om in een team te werken, als je op een OK staat, sta je al met een anesthesie medewerker waar je aan moet overdragen; je bent gewend om van elkaar afhankelijk te zijn en om elkaar te vertrouwen en wat elkaars taken zijn’.*²¹

Tot slot bestaat het probleem dat de enthousiastelingen over reflectie betrokken en bereid zijn, maar dit zijn volgens de respondenten minder de mensen die het nodig hebben. Dit belemmert de effectiviteit van de methodiek. De nuancering is op zijn plek omdat de methodiek niet gaat om persoonlijke reflectie, maar het merendeel ervaart het als essentieel dat het belang van reflectie verhoogt wordt:

¹⁸ (R.17) – Anesthesioloog

¹⁹ (R.18) – Anesthesioloog

²⁰ (R. 11) – Cardioloog

²¹ (R.10) – Anesthesioloog

'Het is misschien een vooronderstelling, maar er zijn sowieso mensen bij die het onzin vinden en het dan ook niet terug willen kijken. Dan hou je ook alleen de mensen over die wel willen reflecteren en niet de mensen die het misschien het meeste nodig hebben'.²²

Het vraagstuk hoe iedereen betrokken en bereid blijft mee te werken aan het videotraject is zodoende niet volledig op te lossen. Buiten kijf staat wel dat de goede informatievoorziening hierbij als favouring factor is te onderscheiden en extra van belang is gezien de zorgcontext. Hoezeer de experts zich ook focussen op deze informatievoorziening, de behoefte van de zorgprofessionals is dusdanig dat de kaders iedere keer opnieuw benoemd moeten worden. Daarnaast is een duidelijker omschreven doel van belang om zorgprofessionals betrokken te maken en te houden.

4.2.7 Ontwikkelen en leren in een praktijksituatie

Tot slot wordt de effectiviteit van de werking bevorderd doordat geleerd wordt in een 'bestaande' situatie. Dit wordt als sterker ervaren dan simulatieonderwijs, wat de respondenten gewend zijn vanuit de verschillende CRM-trainingen die zij ondergaan. Er is geen vertaling meer nodig van de leersituatie naar de eigen praktijk, wat met name in complexe medische verhandelingen en teaminteracties als erg prettig wordt ervaren. Een respondent geeft aan: *'Bij de simulatie leer je gewoon vaardigheden, erg gefocust op de individu zelf en deze methode gaat heel erg over de interacties tussen teams en de verschillende subteams'.²³* Daarnaast wordt de betrokkenheid vergroot omdat het gaat om 'jouw werkplek':

'Je leer hier veel meer van dan bij een opleidingsinstituut waarbij je een ander filmpje ziet. Dit gaat je aan en je bent erbij betrokken en dit is jouw werkplek. Ik denk dat je niet iets beters kan bedenken dan op de werkplek zelf in de bestaande situatie'.²⁴

4.2.8 Samenvattend belang van effectiviteit door hindering en favouring factors

Samenvattend leveren de zorgprofessionals belemmerende factoren aan als onduidelijke voorwaarden en doelen en het onsubtiele filmen. Ook worden versterkende factoren besproken, zoals de experts die zo belangrijk zijn voor het mede mogelijk maken van reflectie en het op korte termijn bekijken van de beelden. Daarnaast wordt de effectiviteit van de methodiek versterkt door te leren in een praktijksituatie. De effectiviteit van de videomethodiek zou mogelijk versterkt worden als eenieder meer betrokken en bereid zou zijn. Omdat alleen de werking van de methodiek onderzocht is, is het lastig te stellen hoe iedereen betrokken moet worden. Het videoproject vraagt immers hoge commitment van een individu en het team. Men moet willen leren en durven confronteren, waar veiligheid voor nodig is. De beelden zijn illustratief en tonen de urgentie aan om disfunctionele patronen te doorbreken wat de effectiviteit van de methodiek positief beïnvloedt. Tot slot blijkt het vanuit de zorgcontext fundamenteel dat verbeteringen zelf aangedragen worden door de zorgprofessionals. Gehoor geven aan de autonomie die zij zo gewend zijn, draagt positief bij aan het resultaat en het draagvlak en kan gezien worden als favouring factor.

²² (R.18) – Anesthesioloog

²³ (R.10) – Anesthesioloog

²⁴ (R.16) – Verpleegkundige

Nu de zorg- en organisatiecontext is beschreven en een analyse is gegeven van de effectiviteit van de methodiek door 'hinderende en bevorderende factoren' te benoemen, wordt de methodiek geanalyseerd vanuit de verschillende lenzen: human capital, social capital en organisational capital. Als eerste door in te gaan op wat individuen weten (kennis) en kunnen (vaardigheden) en waardevol is voor een organisatie.

4.3 Human Capital

De werking van de methodiek vanuit het perspectief van de ontwikkelde vaardigheden moet niet verregaand geschat worden. Bij de toepassing van de methodiek ligt er geen focus op vaardigheden ontwikkelen. Maar omdat individueel terug gekeken wordt naar het beeldmateriaal kunnen de videobeelden wel inzicht verschaffen in eenieders handelen. Om deze reden is de werking van de methodiek door ontwikkelde vaardigheden niet weggelaten.

4.3.1 Opedane vaardigheden

Verschillende zorgprofessionals nemen waar dat men door de videomethodiek tijdelijk beter is gaan luisteren 'omdat je jezelf ziet handelen'. Het kan een vaardigheid genoemd worden, maar het is ook wel omschreven als gewoonweg 'even wakker geschud moeten worden' omdat zij zichzelf op beeld zien. De beelden hebben goed inzichtelijk gemaakt wie betrokken waren en wie niet en men is mogelijk daardoor alerter geworden. Daarnaast is de helderheid in de communicatie als vaardigheid meermaals genoemd omdat enkele respondenten erachter kwamen dat zij gewoonweg niet helder communiceerden. De zorgprofessionals die tijdens het interview informatie deelden over de 'overdracht van OK naar IC' gaven aan dat de verpleegkundigen vaardiger zijn geworden in het aansluiten van de patiënt en beter luisteren naar de informatie die wordt overgedragen. Dit komt echter met name omdat er meer structuur en rust gekomen is in de overdracht. Opvallend is dat de impact van ontwikkelde vaardigheden niet wordt erkend binnen het videoproject 'stopmomenten'. Dit kan aan de tijdsperiode van het videoproject liggen – dit project is nog niet afgerond en nog niet veel zorgprofessionals hebben de beelden terug gezien. Maar ook degenen die de beelden hebben teruggezien herkennen geen ontwikkelde vaardigheden.

De methodiek lijkt dus geen grote bijdrage te leveren aan persoonlijke vaardigheden. Allereerst zijn de zorgprofessionals überhaupt vrij sceptisch over of de methodiek daadwerkelijk vaardigheden leert. En ten tweede is het ook niet het doel van de methodiek vaardigheden te ontwikkelen. Daarnaast is het de vraag of, al zou de methodiek individuele vaardigheden en groepsvaardigheden goed zichtbaar en bespreekbaar maken, een individu een vervolg geeft aan de opgedane kennis. Hiervoor is herhaling volgens de zorgprofessionals essentieel. Omdat de methodiek geen herhalingscomponent kent is het de vraag in hoeverre dit echt succesvol zou kunnen worden, zo geven ook de respondenten aan. Het doel van de methode was dan ook enkel om een proces te veranderen, te verbeteren en de zorgprofessionals herkennen geen doel om de vaardigheden of attitude van mensen te veranderen.

'Mijn eigen vaardigheid, nee, weet je, dan is het te globaal, dan moet je verschillende momenten pakken. Dan moet je terugkoppelen, evalueren (..) Dit zou goed kunnen hoor, maar dat kan geloof ik ook niet naar één keer'.²⁵

²⁵ (R.12) – Intensivist

Tegelijk biedt de methodiek zoals gezegd wel kansen; kansen die wellicht blijven liggen doordat de periode tussen het moment van filmen en terugkijken te groot is om echt een leermoment te creëren in persoonlijke vaardigheden. Deze ‘bijvangst’ kan de relevantie van de methode vergroten.

4.3.2 Inzicht in de situatie en verantwoordelijkheid

Ook al herkennen de zorgprofessionals geen doel om vaardigheden te ontwikkelen, de methodiek richt zich weldegelijk specifiek op situatiebewustzijn en risicobewustzijn. Dit zijn ook vaardigheden van medische teams en ze zijn cruciaal voor de veiligheid van de patiënten. Omdat de methodiek zich hierop focust is het zeer relevant te weten of de werking van de methodiek verklaard kan worden door nieuwe inzichten in de situatie.

Het feit dat de beelden goed inzichtelijk maken wie betrokken waren en wie niet, maakt dat de zorgprofessionals aangeven dat zij inzicht verschaften in de situatie. *‘Beelden spreken enorm en zeggen meer dan 1000 woorden’* wordt in het promo-filmpje van de methodiek gezegd. De emoties die de videobeelden oproepen versterken daarnaast het inzicht in de situatie volgens de zorgprofessionals en maken hen meer of beter bewust van de situatie. Een expert noemt een voorbeeld van een arts die gefilmd werd in een ziekenhuis in Zwolle:

*‘Een ervaren arts had 30 seconden film nodig om te concluderen dat hij tegen ruggen aan zat te praten tijdens zijn overdracht; eerst was zijn situational awareness 0, maar nu weet ik wel zeker dat hij het nooit meer op dezelfde manier zal doen’*²⁶

Een respondent haalt een voorbeeld uit zijn eigen situatie aan:

*‘Bij cardio-chirurgische ingrepen moet je op bepaalde momenten opletten, of je moet altijd opletten, maar op bepaalde momenten moet je iets alerter zijn en ik heb altijd gedacht dat ik dat redelijk in de gaten had. Maar je ziet daar op een gegeven moment dat op het hoogtepunt van de cardio-chirurgische ingrepen de telefoon gaat en ik met één hand de hoorn van de haak pak en je ziet op de beelden dat ik mij letterlijk en figuurlijk omdraai en mij afwendt van waar het in feite om gaat op de OK’.*²⁷

De respondent in kwestie vond dit een enorm pijnlijk en confronterend moment, maar geeft tegelijk aan dat hij het fantastisch vindt hoe bewust hij zich van de situatie is geworden. Ook het ‘beter luisteren’ of ‘bewust worden van non-verbale communicatie’ zijn te koppelen aan situatiebewustzijn. De werking wordt volgens de zorgprofessionals verklaard door het feit dat beelden confronterend zijn en zodoende inzichtelijk wordt wat disfunctionele patronen zijn. Met name in de ochtendoverdracht ondervond men behoorlijk wat disfunctionele patronen waar men zich al bewust van was, maar de beelden maakten dit nog veel confronterender. Iedereen wist dat ze snel afgeleid waren, maar kon vóór de videobeelden nog niet inschatten welke onveiligheid dit met zich mee kon brengen.

²⁶ (R.4) – Expert

²⁷ (R.10) – Anesthesioloog

Desalniettemin wordt door een aantal zorgprofessionals cynisch geconcludeerd dat deze bewustwording nog geen verandering creëert:

'Nee. Dat is echt een momentopname, je valt snel terug in je oude gedrag. Begrijpelijk denk ik wel, maar goed om te concluderen'.²⁸ // 'Een periode lang heeft het wel heel erg impact gehad, maar blijven nee'.²⁹

Het proces van bewustwording betekent dan ook niet dat de nieuwe inzichten van de één op de andere dag omgezet worden in nieuw gedrag. Inzichten in een situatie en er een vervolg aan geven is eenieders eigen verantwoordelijkheid. Uit de resultaten blijkt dat de inzichten in de situatie helpen om de zorgprofessionals meer verantwoordelijk te maken en door de beelden is men geconfronteerd met eenieders aandeel in het zorgproces: *'Wat ik mij bewust ben is dat het ook mijn taak is dat de huidige systematiek blijft bestaan en dat ik actief ingrijp als ik zie dat er verslapping ontstaat. (..) Nu trek ik wel meer een actievere rol naar mij toe'.³⁰* Logischerwijs wordt er heel verschillende met verantwoordelijkheid omgegaan.

De bovengenoemd quote geeft blijk van leiderschap dat de beelden de anesthesioloog hebben gebracht, maar dit voorbeeld is niet representatief met betrekking tot in hoeverre deze responsibility gevoeld wordt door de rest van de respondenten. De methodiek zou meer leiderschap moeten creëren, maar wie neemt zijn verantwoordelijk als gemaakte afspraken niet na worden geleefd? De experts geven aan hier bewust op te sturen door te reflecteren op eenieders aandeel en verantwoordelijkheid in het zorgproces:

'Heel specifiek kreeg ik van een recovery verpleegkundige terug: "ja ze zeggen zo weinig!" En dan gaven we altijd terug: "Oké, maar jij moet de patiënt ook verzorgen, jij neemt er ook verantwoordelijkheid over". Dus dat je dan ook aangeeft: "jij laat hem weggaan; dan betekent het ook dat jij voldoende informatie hebt"'.³¹

Responsibility refereert dan aan een verplichting om te antwoorden op datgene wat er gebeurt in de groep, waarbij de hoop is dat dit verantwoordelijkheidsbesef gecreëerd wordt door de videobeelden. Uit de resultaten en de gegeven voorbeelden valt voorzichtig op te maken dat de zorgprofessionals dit gevoel van responsibility hebben ontwikkeld, mits de experts expliciet hebben gestuurd op deze verantwoordelijkheid. De voor- en nabeelden van een project hebben veel betekend om de zorgprofessionals verantwoordelijk te maken ofwel in te laten zien hoe het ook kan.

'Voorheen werd er niet structureel gewerkt. Dingen werden wel gedaan maar niet op een tak-tak-tak-moment. Ik denk dat die verantwoordelijkheid ook meer gevoeld wordt omdat je weet hoe het kan; dit is op beeld zichtbaar geweest (..) Dat moment van: "jongens, even focus", dat zie je nu structureel gebeuren na de operatie'.³²

²⁸ (R.13) – Verpleegkundige

²⁹ (R.16) – Verpleegkundige

³⁰ (R.10) – Anesthesioloog

³¹ (R.4) – Expert

³² (R.7) – Cardioloog

4.3.3 Werking door HC-lens

Samenvattend moet de werking van de methodiek door vaardigheden te ontwikkelen geringschat worden. Dit komt deels doordat het niet het doel van de methodiek is om vaardigheden te ontwikkelen en herhaling nodig is om competenties te ontplooiën. Als het gaat om non-technical skills zoals situatiebewustzijn levert de methodiek haar bijdrage doordat de videobeelden duidelijk inzicht in de situatie verschaffen. Inzicht in de situatie wordt onder andere verkregen door reflectie op de videobeelden. Zorgprofessionals moeten dan wel overtuigd worden dat de ‘dingen’ anders moeten, maar wanneer de beelden overtuigend zijn geweest is men veel situatiebewuster.

Daarnaast geeft de videomethodiek inzicht in verantwoordelijkheden: door videoreflexie komt eenieders verantwoordelijkheid en aandeel in beeld. Maar de contextafhankelijke variabelen bereidheid en betrokkenheid maken dat er heel divers met verantwoordelijkheden wordt omgegaan en actief reflecteren op eenieders verantwoordelijkheid is van belang.

4.4 Social Capital

Door de social capital-lens wordt bezien of de sociale interacties en de onderlinge relaties bevorderd worden door de videomethodiek. De werking van de methodiek kan mogelijk verklaard worden door bevordering van onderlinge relaties om goed samen te kunnen werken. Zorgprofessionals zien een goede samenwerking dan ook als een belangrijke component van kwaliteit en veiligheid. Dat maakt de vraag relevant in hoeverre de videomethodiek hieraan een bijdrage levert. Daarnaast kan de methodiek door het bewust bevorderen van verbindingen en sociale netwerken van medewerkers mogelijk weer bijdragen aan een sterker social capital.

4.4.1 De samenwerking binnen de multidisciplinaire teams

Er heerst onder de geïnterviewde respondenten grote diversiteit met betrekking tot wat de videomethodiek heeft opgeleverd voor de samenwerking. De antwoorden verschillen van ‘het bespreekbaar maken van de omgangsvormen’ tot daadwerkelijk ‘een verbeterde samenwerking’.

*‘Het is zo low-impact gebeuren geweest voor ons, in de hele praktijk hoe we het hier uitvoeren, ik heb het in ieder geval niet herkend dat het iets met de sociale interacties heeft gedaan. Ik zie wel de mogelijkheid om dingen te illustreren, maar ik heb ieder geval voor mijzelf geen dingen gezien die mij hebben verrast. Dit was echt het standaard-begeuren’.*³³

*‘Ja, de samenwerking is veel beter. Het geeft ook aan, want dit is ook de sterkte geweest van het hele traject, dat het heel duidelijk is dat je werkt als team. Of je nou anesthesist bent of chirurg, of je veel verdient, of dat je weinig verdient; je bent allemaal lid van een team en je weet allemaal wat je taak is en wat je verantwoordelijkheid is. Dit weet je nu beter’.*³⁴

Maar hoe kan de grote diversiteit aan antwoorden geanalyseerd worden en wat doet de methodiek wel en wat niet? De tegenstellingen zijn aanzienlijk omdat een groot deel van de respondenten niet herkent dat het iets met de samenwerking heeft gedaan. Dan is er een middenmoot die vindt dat de

³³ (R.12) – Intensivist

³⁴ (R.10) – Anesthesioloog

samenwerking wel bespreekbaar is geworden, alleen een mogelijke verbetering niet is vastgehouden omdat er geen continuïteit is ingebouwd om een niveau vast te houden of te verbeteren.

*'Het is nu zo: "we hebben de overdracht nu goed", punt. Vink, klaar. Je zou zo graag naar het functioneren ook van de afdeling willen en het intermenselijke relaties die we hier hebben'.*³⁵

Dit vraagt om een nadere analyse van de resultaten waarom de verbetering in samenwerking zo verschillend wordt ervaren. De analyse vindt plaats door de samenwerking te onderzoeken binnen de resultaten op: de onderlinge communicatie, de onderlinge verhoudingen en het onderlinge vertrouwen.

4.4.2 De onderlinge communicatie en verhoudingen binnen multidisciplinaire teams

Ondanks het enorm grote verschil in beleving zijn de respondenten bijna unaniem in hun oordeel dat de samenwerking een enigszins verbeterd is door de structuur die is aangebracht. Over het algemeen genomen vindt men dat de methodiek mogelijkheden om samen te werken heeft bevorderd. Met name de bevordering van de onderlinge communicatie springt er bovenuit: *'De onderlinge communicatie is iets wat je rechtstreeks beïnvloedt'*.³⁶ Door maar drie respondenten is deze verbetering niet gesignaleerd waardoor de verbetering in communicatie gezien kan worden als grootste ervaren bijdrage aan de werking van de methodiek.

Binnen het UMCU worden echter wel meerdere interventies ingezet om de onderlinge communicatie te verbeteren. De positieve bijdrage aan de onderlinge communicatie dient zodoende dus enigszins genuanceerd te worden. Onder andere het cultuurtraject is meermaals genoemd en de campagne 'rechtstreeks communiceren'. Dat de onderlinge communicatie dusdanig is verbeterd kan daardoor niet enkel aan de werking van de methodiek worden toegeschreven. Het effect is er door continering, dus een vervolg wat aan een traject wordt gegeven:

*'De communicatie tussen de teams is wel veranderd, maar dat komt ook omdat we ook daarna er nog heel actief mee bezig zijn geweest. We moeten ook groeien. Hierachter komt het Prinses Maxima Centrum. We gaan dus ook groeien: onze IC gaat uitbreiden. Dat vraagt om een andere manier van samenwerken en communiceren. Zo zijn we er heel erg mee bezig om een goed op elkaar ingespeeld team te zijn.'*³⁷

Door de videobeelden en 'het vervolg' dat aan de methodiek is gegeven, is men 'gericht' gaan praten, wat de onderlinge communicatie heeft bevorderd. Dit komt onder andere door meer oog te hebben voor de omgeving (situatiebewustzijn) en bijvoorbeeld gericht de vraag te stellen aan wie moet worden overgedragen vanaf de OK naar de IC. Maar dit is na een analyse van de gehouden interviews niet een manier van communiceren die daadwerkelijk is veranderd, kijkend naar de onderlinge verhoudingen binnen en tussen teams en het mogelijk aangepaste gedrag. Vanuit de

³⁵ (R.5) – Intensivist

³⁶ (R.2) – Expert

³⁷ (R.8) – Verpleegkundige

zorgcontext is dit logisch omdat het beperkt is wat de videomethodiek kan bereiken of doorbreken door de hiërarchie, de omgangsvormen en de verschillende groepen medewerkers.

Maar juist door deze context maakt het moment waarbij de verpleegkundigen mogen aangeven wanneer zij klaar zijn voor de overdracht onder veel respondenten een euforisch gevoel los en het wordt als een doorbraakmoment gezien in de onderlinge verhoudingen. De bestaande verhoudingen worden 'even' opzij geschoven en de verpleegkundige mag het startsein geven als zij klaar is voor de overdracht en is heel even 'in charge'.

*'Eén van de mooiste dingen is dat de verpleegkundigen één van de beslissende rollen heeft gekregen. Die mag namelijk zeggen als ze tijd hebben voor de inhoudelijke overdracht. Dat is één van de belangrijkste momenten, omdat je dan juist de verpleegkundigen onderdeel laat zijn van een team. Zij mogen zeggen: "Ik ben er klaar voor". Nou, fantastisch'.*³⁸

De resultaten geven blijk van het feit dat men het prettig vindt deze verhoudingen bespreekbaar te maken. Echter het feit dat iedereen zich aan de bovengenoemde werkafspraken houdt betekent nog niet dat er op dat moment geen sprake is van hiërarchie. Men ervaart dit 'wachten' dus meer als een werkafpraak zodat men duidelijk weet wanneer gesproken kan worden en op welke volgorde. De verpleegkundigen be-amen dat door de methodiek hun positie aan bod is gekomen en dat zij daardoor het initiatief mogen nemen. Het maakt volgens de verpleegkundigen een groot verschil qua veiligheid omdat er nu beter geluisterd wordt en er veel meer structuur is. Maar dit is dus nog geen verschil in de verhoudingen onderling.

Samenvattend ervaart het merendeel van de respondenten dat de methodiek de onderlinge samenwerking bespreekbaar maakt, maar juist werken aan de onderlinge verschillen en verhoudingen blijken te groot om met de methodiek op te pakken. De methodiek is een 'vergrootglas' en een 'springplank' en helpt daarmee om zaken naar elkaar uit te spreken. De multi-terugkoppelingssessie is hiervoor een opening, maar een te kleine opening om onderlinge verhoudingen op een fundamentele manier te bespreken. Wat de situatie bemoeilijkt is, zoals eerder besproken, de wisselende bereidheid en betrokkenheid. Daarnaast is de algemene zorgcontext een afhankelijke variabele. Gezien de context waarin tegenspraak deels een taboe is, blijft een daadwerkelijke doorbraak om tot een fundamentele bespreking van de onderlinge verhoudingen en communicatie te komen bijzonder lastig.

4.4.3 Het onderlinge vertrouwen tussen individuen

De experts willen graag naar een situatie van meer teamsamenwerking en dat de zorgprofessionals inzien dat ze van elkaar afhankelijk zijn. Dit is een gewenste situatie van afhankelijkheid en waardering, maar volgens de experts nog geen praktijk. De zorgprofessionals be-amen dat het onderlinge vertrouwen en de wederzijdse afhankelijkheid essentieel zijn. Maar wat is de invloed van de methode op het onderlinge vertrouwen en bewustzijn van de wederzijdse afhankelijkheid?

Enkelen stellen dat het onderlinge vertrouwen toegenomen is door de methodiek. Aan de hand van een voorbeeld werd dit inzichtelijk:

³⁸ (R.5) – Intensivist

'De chirurgen wilden langs de patiënt blijven lopen. Het gevoel overheerste dat de assistent wel kan zeggen de patiënt het goed heeft gedaan, of niet goed gedaan; maar de chirurg wil dit zelf blijven zien. Dit toont onvoldoende vertrouwen (...) Door de methodiek zijn we gaan praten en kwam naar boven waarom de chirurgen langs de bedden wilden blijven lopen; er werden namelijk te weinig vragen gesteld waardoor werd ervaren dat men te weinig kritisch was (...) En door dit naar elkaar uit te spreken was er meer vertrouwen en duidelijker wat er van de ander werd verwacht'.³⁹

Het naar elkaar uitspreken is een belangrijk element waardoor het vertrouwen toe kan nemen. Echter kunnen veel meer interventies hiertoe leiden, als er maar de tijd voor wordt genomen om te reflecteren. Er kan dan ook geen 'bijzondere' werking van de videobeelden gesignaleerd worden als het gaat om het toegenomen onderlinge vertrouwen. Het onderlinge vertrouwen neemt wel toe door elkaar beter te leren kennen. De zorgprofessionals leren meer op elkaar te bouwen door erop te reflecteren.

'Ik vind dat het onderlinge vertrouwen is toegenomen. Je leert elkaar toch beter kennen. Door de methodiek ga je met elkaar praten waardoor het vertrouwen toeneemt om ook om zo het zorgproces te verbeteren'.⁴⁰

Toch kan ook een andere interventie ertoe dienen elkaar beter te leren kennen. Daarentegen verklaart 'het beter kennen' wel deels de werking van de methodiek, omdat je door elkaar te leren kennen elkaar ook leert vertrouwen. Echter wordt door sommigen juist gesproken van een afbouw van het onderlinge vertrouwen door de videomethodiek. Meermaals is genoemd dat professionals zagen dat hun collega's zich anders gedroegen door de camera, wat in sommige gevallen voor een deuk in het onderling vertrouwen zorgde.

Daarnaast kan het vertrouwen ook afnemen door een verkeerde focus. De experts proberen bijvoorbeeld 'het veroordelen' van elkaar eruit te halen en hier geen focus te laten zijn, omdat dit het vertrouwen minder maakt. Maar lang niet alle respondenten zien deze zelfde focus zoals benoemd door de experts en boorduren voort op bestaande goed/fout reflectie.

'Ik vind video super. Omdat die heel gevoelig vast legt wat mensen wel goed doen en niet en op basis van die beelden individueel maar ook groepsgewijs verbeteringen kunt aandragen op een relatief makkelijke manier'.⁴¹ // 'Kan je ook even op film zetten dat de anesthesisten bijna te laat zijn; dan kunnen ze daar ook van leren'.⁴²

Het onderlinge vertrouwen zou door de methodiek mogelijk toe kunnen toenemen, maar het gegeven dat collega's zich anders gaan gedragen door de camera en het risico van veroordelen maakt het bijzonder lastig de werking van de methodiek te verklaren door een toegenomen onderling vertrouwen.

³⁹ (R.14) – Intensivist

⁴⁰ (R.8) – Verpleegkundige

⁴¹ (R.6) – Chirurg

⁴² Observatieochtend casus 'stopmomenten'

4.4.4 De methodiek over de grenzen van de afdeling heen

In het theoretisch kader is een uitleg gegeven van social capital, waarbij het de vraag gesteld is wat de methodiek doet met de interne sociale netwerken: Zorgt de methodiek ook voor het bevorderen van verbindingen en sociale netwerken van medewerkers tussen afdelingen? Uit een analyse van de resultaten blijkt dat hierover weinig gezegd kan worden, omdat iedereen veel op zijn 'eigen' afdeling werkt. De onderzoeker heeft geen arts-assistenten gesproken. Dit had een goed beeld op kunnen leveren, omdat art-assistenten weer 'het huis in gaan' waarbij andere specialismen vast op hun afdeling blijven.

Tegelijk is in de vorm van werkafspraken wel een beïnvloeding van de methodiek, over de grenzen van de afdelingen heen, zichtbaar. De werkafpraak te wachten met overdragen totdat de verpleegkundige aangeeft er aan toe te zijn is een protocol geworden. Maar verder kan gesteld worden dat de werking over de grenzen van de afdeling heen minimaal is. Om deze reden kan niet gesproken worden over een versterkt social capital omdat de netwerken niet werken over grenzen van de afdeling heen.

'Je heb cardio-chirurgische patiënten, die komen van de operatiekamer naar ons toe en je hebt de niet-cardio-chirurgische categorie. Nou dat is nog steeds een zootje en dat gebeurt toch echt anders. Maar wij hebben dat ook niet overgedragen naar collega's en het zou een goede zijn daar ook een project te starten'.⁴³

4.4.5 Werking door SC-Lens

Samenvattend helpt de methodiek door als een soort springplank te fungeren om zaken naar elkaar uit te spreken. Toch drukt de zorgcontext stevig haar stempel en bemoeilijkt zij dit proces. Het effect voor het verbeteren van de sociale interacties is dan ook minimaal gebleken. De samenwerking, en specifiek de onderlinge communicatie, is wel bevorderd door de methodiek. Centraal staat de vraag hoe de methodiek een 'vervolg' krijgt, omdat dit de werking in hoge mate verklaart. Dit blijkt bijvoorbeeld bij het onderwerp onderlinge communicatie, waarop tal van interventies zijn ingezet. Dit onderwerp kan gerust als een succes beschouwd worden, al is dat dus niet enkel aan de methodiek toe te schrijven. Het toegenomen onderlinge vertrouwen of verbeterde onderlinge verhoudingen verklaart de werking van de methodiek niet.

4.5 Organisational capital

De laatste lens waardoor de methodiek wordt bekeken is de manier waarop werknemersrelaties worden gevormd, oftewel organisational capital. Onderzocht wordt of de videomethodiek een bijdrage levert aan de vorming van relaties door onder andere regels, verbeterde structuren en een organisatieklimaat, die op hun beurt helpen om de organisatie verder te ontwikkelen.

4.5.1 Verbeterde regels en structuren

Naast het zelf aandragen van verbeteringen (autonomie) en de onderlinge communicatie, geven de respondenten aan dat videoreflectie verder bij heeft gedragen door inzicht te geven in het zorgproces. Door het filmen van de complexe zorgprocessen zijn bestaande regels en structuren inzichtelijk geworden. Doordat de experts samen met de zorgprofessionals reflecteren op

⁴³ (R.8) – Verpleegkundige

gewoonten of soms onbewuste activiteiten, zijn deze structuren bloot gelegd en kon gekeken worden naar mogelijke verbeteringen. De schijnveiligheid die checklisten soms bieden werd volgens de experts op beeld heel zichtbaar en dit heeft een bijdrage geleverd aan een verbeterd zorgproces. De experts stimuleren medewerkers te reflecteren op hun eigen handelen en niet blind het protocol te volgen – kortom, situatiebewuster handelen. Door de verbeteringen in het proces ervaren de zorgprofessionals meer structuur en inzicht in bestaande gewoonten.

*‘Wat geholpen heeft is het protocol dat gerealiseerd is; wie mag wanneer praten etc. Op basis van de chaos die er was, getoond op de beelden, is er een strak protocol gekomen. En het werkt als een dollie. Mensen die niet iets hoeven worden uit de directe kring verbannen rond het bed. Iedereen weet wanneer er iemand wat mag zeggen’.*⁴⁴

De risico’s binnen de bestaande structuren en regels hadden daarentegen, naar de mening van de zorgprofessionals, meer moeten worden besproken. Dit is opvallend, omdat het de verwachting was dat bij het analyseren van risicovolle zorgprocessen de zorgprofessionals zelf de risico’s ter sprake zouden brengen. Alle drie de videoprojecten zijn namelijk risicovolle zorgprocessen, waar makkelijk informatie achter kan blijven. Zijdelings zijn risico’s wel besproken, maar naar de mening van de respondenten te veel op de achtergrond. Naar hun mening had het kunnen bijdragen aan de werking van methodiek om te komen tot meer veiligheid en verdere versterking van relaties.

*‘Bij andere videofeedback heb ik dit wel gezien – dat je risico’s met het team terug ziet – maar dat is nu nog niet bij dit project ter sprake gekomen.’*⁴⁵

Omdat de methodiek volgens de experts helpt de schijnveiligheid van routinehandelingen aan het licht te brengen, zou risicovol gedrag meer bespreekbaar moeten worden. Dit moet de risico’s beperken en tegelijk kan inzicht in risico’s een waardevolle bijdragen leveren aan de vorming van relaties, doordat professionals meer op elkaar leren te vertrouwen en van de risico’s te leren.

4.5.2 Een organisatieklimaat van meer veiligheid

De manier waarop relaties gevormd worden is naast bestaande processen en structuren ook afhankelijk van het organisatieklimaat. Een organisatieklimaat waar men open staat voor continu verbeteren en actief nadenken over het handelen is hierbij een wens. Maar dit organisatieklimaat voor veiligheid kan pas ontstaan wanneer de medewerkers de activiteiten gericht op veiligheid stroken met de percepties van de medewerkers van wat veiligheid is. Daarom is in dit onderzoek expliciet gevraagd naar de beleving van een veiligheidsklimaat en naar de invloed of bijdrage die de methodiek hier aan kan leveren. Veiligheid is dan één aspect van kwaliteit waar de methodiek aan wil bijdragen: *‘En natuurlijk moet je dezelfde perceptie hebben van wat veiligheid is (..) Het is een wisselwerking tussen veiligheid en wat je zelf wil’.*⁴⁶

Het stellen van de vraag naar de percepties van veiligheid, maakt duidelijk dat de term een breed begrip is en zich niet alleen richt op patiënten maar ook op veiligheid van medewerkers zelf,

⁴⁴ (R.5) – Intensivist

⁴⁵ (R.18) – Anesthesioloog

⁴⁶ (R.3) – Intensivist

veiligheid van procedures en veiligheid van de omgeving. Op basis van de gesprekken komt het volgende beeld naar voren: Een veiligheidsklimaat is een klimaat waar vragen gesteld worden, waar eenieder zich toetsbaar op durft te stellen en collega's – ongeacht hun hiërarchische positie – positief kunnen worden aangesproken op hun professionele attitude, kennis en vaardigheden.

Verschillende elementen vallen in deze duiding van een veiligheidsklimaat op. Als eerste een klimaat waar vragen gesteld durven worden. Bij de ontwikkeling van de vaardigheden is al vastgesteld dat medewerkers dankzij de methodiek meer vragen durven te stellen. Zo is men bewuster geworden van wat veiligheid kan betekenen en hoe disfunctioneel bepaalde patronen kunnen zijn, bezien vanuit de verschillende hiërarchische-lagen in de organisatie.

'Ik denk dat de assistenten zich soms wel redelijk ongemakkelijk voelden omdat we met ongeveer 30 man om hen heen staan (...) Dat levert al zo een basaal gevoel van spanning op (...) Ik merk wel dat nu we zittend overdragen er een andere structuur is, die al een hele andere sfeer geeft. De assistenten geven in ieder geval aan dat ze zich gemakkelijker voelen en informatie durven te geven of vragen durven te stellen. En dat heeft wel echt met veiligheid te maken'.⁴⁷

Ten tweede is een veiligheidsklimaat een omgeving waar eenieder zich toetsbaar opstelt. Het woordje 'eenieder' is daarbij essentieel en het punt waar vaak de *bottle neck* zit. Dit komt omdat een deel van de zorgprofessionals gewoonweg niet meedoet aan de gezamenlijke reflectiemomenten of zich niet toetsbaar opstelt. Dit belemmert de anderen om in hoge mate om zichzelf toetsbaar op te stellen. Hier komt de zorgcontext wederom om de hoek kijken: het vraagt om een bepaalde exposure door de deelnemers. Uiteindelijk heeft maar één persoon aangegeven niet mee te willen doen aan een project, maar dit zegt nog niets over hoe de andere zorgprofessionals die wel deelnamen in een videoproject staan. Uit de observaties en het aantal dat deel wil nemen aan de verschillende projecten valt ook niet af te leiden dat dit klimaat van toetsbaar opstellen wél aanwezig om veiligheid te bevorderen. De methodiek wakkert dit aan, er worden plantjes gezaaid, maar op veel punten helaas afgestopt door de onvruchtbare bodem.

Ten derde draait het om een klimaat waar collega's elkaar positief aanspreken op een professionele attitude, kennis en vaardigheden. Uit de resultaten blijkt dat dit nauwelijks wordt gedaan en al helemaal niet als iemand hiërarchisch gezien boven de ander staat.

'Voor dat soort dingen is reflectie echt van toegevoegde waarde, maar dan moet je wederom wel in een cultuur-situatie zitten waarin je durft de dingen tegen elkaar te zeggen'.⁴⁸

De experts bevestigen dat dit bijzonder lastig is en proberen hier dan ook niet op in te zetten door middel van de videomethodiek. Praten over het zorgproces is de focus. Mogelijk levert videoreflexie wel een kleine bijdrage aan het algemene klimaat, maar de zorgprofessionals zijn niet gewend dit zo in het collectieve te benaderen.

⁴⁷ (R.14) – Intensivist

⁴⁸ (R.9) – Anesthesioloog

Het laatste kenmerk van een veiligheidsklimaat is een open en eerlijke sfeer. Door bijna alle respondenten is beoordeeld dat videoreflectie geen bijdrage levert omdat voor het beïnvloeden van deze 'sfeer' meer nodig is dan alleen de videobeelden. De experts be-amen dat een open en eerlijke sfeer langer duurt. De hoop is wel dat de methodiek een bijdrage levert, maar zij formuleren verschillende belemmeringen. Volgens de experts is er onder andere een verschil in hiërarchie en taakopvatting, wat de vorming van relaties tegen gaat. Daarnaast is er onvoldoende communicatie tussen de verschillende beroepsgroepen, waarbij de afwezigheid van 'het teamgevoel' als grootste belemmering wordt gezien. Dit bevordert geenszins het veiligheidsdenken, dan wel de vorming van relaties.

4.5.3 Werking door OC-Lens

Het UMCU wil door de videomethodiekmethodiek een bijdrage leveren aan een veiligheidsklimaat die op zijn beurt kan helpen om de samenwerking te vormen en te bevorderen. Echter, door de verschillende percepties over een veiligheidsklimaat te bestuderen is duidelijk geworden dat het zeer lastig is deze bijdrage te duiden. De zorgcontext staat een klimaat waar eenieder zich toetsbaar op durft te stellen en collega's positief kunnen worden aangesproken op een professionele attitude, kennis en vaardigheden in lage mate toe. Ook een klimaat waar men open kan communiceren en eerlijk is naar elkaar om zo veiligheid te bevorderen is nog niet standaard aan de orde. Het bestaande klimaat voor veiligheid levert dan ook geen bijdrage aan reflexiviteit en wordt nog niet door vaste kaders omsloten. Wel is er een bijdrage geleverd in de vorming van relaties doordat processen zijn aangescherpt, hetgeen kan leiden tot meer kwaliteit en veiligheid, wat op hun beurt hopelijk leidt tot minder ongelukken.

4.6 De output reflexiviteit

De vooraf opgestelde output van de videomethodiek is reflexiviteit. Maar wat is de daadwerkelijke bijdrage van de videomethodiek aan reflexiviteit gezien door de verschillende capitals?

Nagenoeg unaniem geven de geïnterviewden aan dat de methodiek niet bewerkstelligt dat personen of teams meer reflecteren, wanneer dit niet al in hun aard ligt: *'Nee dit zijn vaardigheden die jezelf al moeten hebben, dat doet de methodiek niet'*.⁴⁹ De zorgprofessionals geven dat het proces verbeterd kan zijn maar de methodiek moet veel intensiever toegepast en herhaald worden om reflectievaardigheden te ontwikkelen. Nogmaals dient de nuancering geplaast te worden dat de methodiek dit niet ten doel heeft, maar klaarblijkelijk is dit ook onontgonnen terrein binnen de methodiek. Bij voorkeur wordt gesproken over het zorgproces, daar vinden de professionals elkaar. Maar zodra het gaat om individuele zelfreflectie is dit een deur die op een kier blijft staan.

Daarnaast worden vaardigheden niet ontwikkeld door één keer te reflecteren wat de minimale impact van de ontwikkeling in reflexiviteit mede bepaald, gezien door de human capital-lens. De methodiek helpt zorgprofessionals wel te reflecteren door middel van de videobeelden zodat zij zich meer op observaties baseren, in plaats van enkel op interpretaties. Maar zoals al meermaals aangegeven is de context hiervoor verre van ideaal waarbij er volgens de zorgprofessionals geen sfeer heerst waar eenieder open staat voor feedback om te leren.

⁴⁹ (R.13) – Verpleegkundige

'Maar reflecteren, ik kan met mijzelf gaan reflecteren maar ja, als de rest niet meegaat. Want dat is hier echt een probleem. Je moet zoveel mensen meekrijgen dat je daar snel op afknapt. (..) Tsja, als je het woord reflecteren alleen al noemt, dan denkt iedereen echt: "pfff zullen we gewoon gaan werken"'.⁵⁰

Zodra het niet meer gaat over de verhouding van dokter-patiënt maar van dokter-dokter, dan wordt ervaren dat de deur dicht gaat om erover te praten. Sommigen respondenten menen dat als de methodiek intensiever ingezet zou worden dit bepaalde 'hobbeltjes' zou kunnen wegnemen. Meermaals wordt geopperd eens per maand een reflectiesessie te organiseren. Zo kan het belangrijke 'vervolg' plaatsvinden. Maar de zorgprofessionals denken dat het lastig is om mensen hierin mee te krijgen.

'De methodiek is wel een aanzet geweest tot, want je zit multidisciplinair naar de beelden te kijken, maar daarna moet dat wel verder uitgewerkt worden. Het is niet zo dat we dat nu heel goed doen, er valt altijd wel wat te leren; maar het heeft wel een opening gebracht'.⁵¹

De vorming van relaties gezien door de organisational capital-lens levert nog geen bijdrage aan reflexiviteit, en het is niet de natuurlijke habitat van zorgprofessionals om relaties verder te vormen door middel van reflectie. Ze willen het wel met vaste kaders omsluiten zoals bijvoorbeeld een reflectie-sessie eens per maand, maar dit is binnen veel teams niet het geval.

Indien de sociale interacties daadwerkelijk mogen verbeteren door reflectie zal dat duidelijker als doel van de methodiek moeten worden gedefinieerd. Maar gezien door de social capital-lens ligt het volgens de zorgprofessionals vooral eraan of degene die terugkijkt bereid is zijn eigen gedrag kritisch te bekijken, te beoordelen en te veranderen. De methodiek poogt wel om binnen een multidisciplinaire teams inzicht te verschaffen in het gedrag en dan met name in communicatie en samenwerking. Maar als vervolgens geen bereidheid toe is, dan loopt de werking van de methodiek deels mank aangaande reflexiviteit als team.

Kortom, in relatie met de verschillende capitals blijkt de doorwerking op reflexiviteit lastig. Er is specifieke aandacht voor groepsreflectie, maar één multi-sessie brengt geen grote verandering tot stand om reflexiviteit te bevorderen. De videoreflectieve methode vereist meer van de reflectievaardigheden van de zorgprofessionals en vereist meer behoefte om de onderlinge relaties en de manier hoe relaties gevormd worden te willen managen om de doorwerking op reflexiviteit te bewerkstelligen.

⁵⁰ (R.5) – Intensivist

⁵¹ (R.13) – Verpleegkundige

5. Conclusie en aanbevelingen

Dit hoofdstuk bevat de conclusie en de aanbevelingen met betrekking tot de vraag die centraal staat in dit onderzoek: **“Hoe kan de werking van de videoreflectieve methode verklaard worden en in hoeverre draagt zij bij aan reflexiviteit?”** Het antwoord op de hoofdvraag valt uiteen in meerdere deelvragen die naar aanleiding van de bevindingen als eerste beantwoord zullen worden. In het laatste deel zijn concrete aanbevelingen geformuleerd voor het UMCU. De discussie zal in het volgende hoofdstuk worden besproken.

5.1 Beantwoording deelvragen

De theoretische deelvragen zijn al in het theoretisch kader beantwoord. In deze paragraaf worden de empirische deelvragen behandeld om vervolgens de hoofdvraag te beantwoorden.

- **Wat is de invloed van de zorg- en organisatiecontext op de werking van de videomethodiek?**

De invloed van de zorg- en organisatiecontext blijkt van groot belang op de werking van de methodiek. Het ziekenhuis wordt gekenmerkt door veel verschillende ‘ongeschreven’ omgangsvormen tussen specialismen en hiërarchische verhoudingen. Deze verhoudingen werken belemmerend voor reflectie en vormen zodoende een obstakel voor de toepassing van de methodiek. Toegepast in de zorgwereld moet de videomethodiek rekening houden met een omgeving waarin van nature feedback niet nadrukkelijk gezocht wordt en er ongemak heerst ten aanzien van reflectie. De invloed hiervan is groot en het maakt dat zorgprofessionals die intentioneel belang hechten aan reflexiviteit geremd worden. Dit alles maakt interveniëren door middel van de videomethodiek lastig in de bestaande zorg- en organisatiecontext.

- **Hoe wordt de videoreflectieve methode binnen het UMCU ervaren en wat zijn hindering en favouring factors?**

De zorgprofessionals ervaren de methodiek over het algemeen als positief, omdat de beelden illustratief waren en tot aanpassingen in het zorgproces hebben geleid. Niet iedereen ervaart echter dezelfde werking van de videomethodiek, soms omdat een gevoel van urgentie om het zorgproces te veranderen ontbreekt, maar vaker omdat getwijfeld wordt of de inspanning om de methodiek toe te passen voldoende zal opleveren. De zorgprofessionals zijn kritisch op het uiteindelijk resultaat omdat de hoge kosten, inzet en de tijdsinvestering die de methodiek vraagt een negatief effect hebben op de mogelijk positieve ervaren werking van de videomethodiek. De zorgprofessionals moeten efficiënt werken en willen graag duidelijke doelen en voorwaarden om de toegevoegde waarde van de methodiek te kunnen inschatten. De dragers van de methodiek hebben dit naar hun beste weten ingebed in de verschillende stappen die de videomethodiek kent. Maar door het ontbreken van een helder gedeeld beeld en doel voelen de zorgprofessionals zich niet altijd betrokken. Een indifferent, onbeduidend gevoel bij de methode mondt snel uit in weerstand en heeft vervolgens invloed op de betrokkenheid en bereidheid van de zorgprofessionals. Dit proces is een belangrijke hindering factor.

Daarnaast moet geprobeerd worden de videobeelden op de dag zelf terug te kijken om de werking van de methodiek te vergroten en de voortgang erin te houden. Het verstrekken van informatie gedurende de videoprojecten is eveneens een randvoorwaarde. Een andere belemmerde factor voor

de werking van de methodiek is dat de videobeelden te weinig zijn teruggekoppeld. Door de terugkoppeling gestructureerder en professioneler te laten verlopen kan het potentieel dat de methodiek heeft verder benut worden. Daarnaast worden er volgens de zorgprofessionals onvoldoende handvatten geboden door de experts om 'goed' te reflecteren binnen het team. Een favouring factor is dat de videobeelden geen vertaling meer nodig hebben in de praktijk. De leeromgeving is de bestaande situatie, wat het direct toepasbaar maakt. Ook 'eigen aangedragen' verbeteringen zijn een favouring factor aangaande de werking en kunnen worden gezien als randvoorwaarde.

- **Wordt de werking door de ontwikkelde vaardigheden verklaard en draagt het bij aan reflectie?**

De werking van de videomethodiek in de vorm van persoonlijk ontwikkelde vaardigheden is gering. Het is niet het doel van de videomethodiek om vaardigheden te ontwikkelen en het vindt hiervoor ook geen goede voedingsbodem, omdat herhaling nodig is voor de ontwikkeling in vaardigheden. De werking kan wel verklaard worden door de tijdelijke ontwikkelde vaardigheden situatiebewustzijn en responsibility: De zorgprofessionals zijn zich bewuster van de situatie en de voor- en nabeelden van een videoproject hebben veel betekent om de zorgprofessionals verantwoordelijk te maken ofwel in te laten zien hoe het ook kan. De relatie tussen individuele vaardigheden en reflexiviteit vindt nog niet genoeg doorgang via de videomethodiek: Er zijn niet voldoende reflectievaardigheden binnen een multidisciplinair team aanwezig om een blijvend dialoog te beoefenen. De experts schatten ook in dat het ontwikkelen van reflectievaardigheden niet haalbaar is door het bekijken van de videobeelden of door één multisessie van één uur.

De propositie vooraf gesteld dat de werking van de methodiek verklaard wordt doordat vaardigheden situatiebewustzijn en responsibility worden ontwikkeld is bevestigd. Echter wordt er niet nadrukkelijker naar feedback gezocht om als individu een bijdrage te leveren aan reflexiviteit. Het feit dat er niet meer naar feedback gezocht wordt, betekent dat geen dialoog gevoerd wordt om basisaannames ter discussie te stellen en het ook geen doorwerking heeft op teamreflexiviteit. Daarnaast worden degenen die wel naar feedback zoeken negatief beïnvloed door het merendeel dat het niet doet.

- **Wordt de werking door de verbeterde sociale interacties verklaard en draagt het bij aan reflectie?**

De werking van de videomethodiek kan worden verklaard door verbeterde communicatie, die de onderlinge samenwerking heeft bevorderd. Daarbij is wel de nuance nodig dat er meerdere interventies ingezet worden op dit punt, waardoor het effect niet alleen aan de methodiek toe te schrijven is.

De samenwerking is echter niet verbeterd door toegenomen onderling vertrouwen of verbeterde onderlinge verhoudingen. De samenwerkingsvaardigheden voor professionals onderling waren bespreekbaar, maar de onderlinge verhouding binnen verschillende functiegroepen niet. Dit komt omdat methodiek wel een 'springplank' is om zaken naar elkaar uit te spreken, maar een te kleine opening om onderlinge verhoudingen op een fundamentele manier te bespreken. Het blijkt met name omdat het videoproject geen voortzetting of continuering heeft gekend dat de respondenten

niet uitgesproken positief zijn over in hoeverre het de sociale interacties blijvend verbetert. Daarnaast speelt de zorgcontext een belangrijke rol, die, zoals gezegd, de werking bemoeilijkt. De bereidheid om op sociale interacties te reflecteren is minimaal en extra lastig omdat de zorgprofessionals niet ervaren dat de methodiek is ingezet met het doel de intermenselijke verhoudingen in beeld te krijgen en bespreekbaar te maken. Dat doel mag duidelijker naar voren geschoven worden. De methodiek bespreekt de effectiviteit van het werken, maar het stelt niet de normen en waarden binnen het team ter discussie.

Het bewust bevorderen van verbindingen en sociale netwerken tussen teams resulteert binnen de huidige situatie nog niet tot een sterker social capital, waar de videomethodiek wel een bijdrage aan had kunnen leveren. De methodiek bevordert namelijk geen informatie-uitwisseling tussen teams. De verwachting dat de methodiek onderlinge relaties bespreekbaar maakt en leidt tot betere samenwerking is niet bevestigd. Verbindingen tussen individuen en teams zijn wel bevorderd door verbeterde communicatie, maar de verhoudingen onderling blijken te groot om aan te pakken met de methodiek. Dit belemmert de doorwerking om reflexiviteit te bewerkstelligen en de samenwerking de bevorderen door onderlinge verhoudingen te bespreken.

- **Wordt de werking door een verbeterd veiligheidsklimaat, aangepaste structuren en regels verklaard en draagt het bij aan reflectie?**

De methodiek heeft het UMCU verder geholpen om structuren te doorbreken en te spreken over de effectiviteit van de werkwijze. In sommige gevallen zijn nieuwe protocollen ontwikkeld die nu nog goed werken. Er is dan ook meer inzicht gekomen in het zorgproces waardoor nieuwe werkafspraken zijn geformuleerd.

De werking van de videomethodiek kan niet worden verklaard door een verbeterd veiligheidsklimaat. De methodiek bewerkstelligt wel een klimaat waar meer vragen gesteld worden, waardoor indirect de veiligheid wordt vergroot. Maar de zorgcontext laat in mindere mate toe dat eenieder zich toetsbaar opstelt en collega's positief worden aangesproken op hun handelen. De methodiek probeert hieraan een bijdrage te leveren, maar dit sorteert nog geen effect.

De verwachting dat de vorming van relaties ontstaat door andere regels, structuren en de bijdrage aan een veiligheidsklimaat is deels bevestigd. Het bestaande klimaat voor veiligheid levert nog geen bijdrage aan reflexiviteit en wordt nog niet door vaste kaders omsloten. Wel is er een bijdrage geleverd doordat processen zijn aangescherpt, wat kan leiden tot meer kwaliteit en veiligheid. Een nog veiligere werkomgeving, waarbij wij-zij verhoudingen minder een rol spelen, is nog een verbetering met betrekking tot het huidige veiligheidsklimaat. Verschillende vooroordelen geven blijk van de wij-zij verhoudingen die niet door de videomethodiek zijn aangekaart, maar niet doorbroken.

5.2 Beantwoording hoofdvraag

Nu de deelvragen zijn beantwoord kan er antwoord gegeven worden op de hoofdvraag: **“Hoe kan de werking van de videoreflectieve methode verklaard worden en in hoeverre draagt zij bij aan reflexiviteit?”**

De werking van de methodiek kan door verschillende lenzen verklaard worden: dat er tijdelijke vaardigheden zijn ontwikkeld (hc), procedures en structuren zijn aangescherpt (oc) en de videobeelden leveren een bijdrage door een procesverandering en bewustwording van disfunctionele patronen. Daarnaast verklaren de nieuwe inzichten in het zorgproces, de verbeterde onderlinge communicatie en het zelf kunnen aandragen van verbeteringen, de werking. De werking kan niet verklaard worden door het feit dat gedrag van de zorgprofessionals aangaande sociale interacties is veranderd.

De videomethodiek draagt bij doordat de experts reflectie bevorderen, maar niet voldoende om individuele vaardigheden, sociale interacties of een veiligheidsklimaat van een open en eerlijke houding voldoende bespreekbaar te maken. Daarnaast is er te weinig gesproken over risico's voor veiligheid om voldoende bijdrage te leveren aan kwaliteit en veiligheid. De videoreflectieve methode vereist nog een betere afstemming tussen vaardigheden, onderlinge relaties en een veiligheidsklimaat, opdat deze afstemming kan leiden tot reflexiviteit en om te komen tot het 'succes' van meer kwaliteit en veiligheid. De verhouding tussen de capitals wordt door de methodiek niet inzichtelijk of bespreekbaar, wat het ontbreken van de doorwerking op een reflectieve houding verklaart. Reflectie is via de methodiek wel deels bevorderd, wat zoveel inhoudt als dat bepaalde acties geëvalueerd zijn (effectiviteit van de werkmethoden) en er wordt nagegaan of er overeenstemming bestaat over de wijze waarop zaken worden aangepakt (manier van communiceren). Echter het regelmatig beoefenen van een dialoog om bepaalde basisaannames ter discussie te stellen is geen output van de videomethodiek. Reflexiviteit houdt ook in dat de manier waarop met elkaar om wordt gegaan ter discussie wordt gesteld, door bijvoorbeeld het ter discussie stellen van normen en waarden binnen het team. Dit laatste is niet of in hele minimale mate gebeurd.

Tot slot blijkt de zorg- en organisatiecontext van groot belang voor de werking van de methodiek. De zorgwereld is namelijk een context waar niet altijd voldoende gelijkheid heerst om een dialoog plaats te laten vinden op basis van gelijkheid. Datgene wat de methodiek vraagt, onder andere exposure en reflectie, staan ver af van de natuurlijke houding van een zorgprofessional. Er wordt bijvoorbeeld niet nadrukkelijk om feedback gevraagd noch wordt feedback snel geaccepteerd. Dit maakt interveniëren door middel van de videomethodiek lastig in de bestaande zorg- en organisatiecontext.

5.3 Aanbevelingen

Naar aanleiding van dit onderzoek zijn een aantal aanbevelingen te formuleren aan het UMCU, die kunnen leiden tot een betere toepassing van de videomethodiek. Binnen de verschillende fases van de videoprojecten worden de aanbevelingen verwoord en zo nodig onderbouwd met literatuur.

Voor de start van een videoproject

- Het is belangrijk een sterke focus te leggen op het urgentiebesef om een zorgproces te verbeteren: De videoreflectieve projecten gaan al wel van start met het goed informeren van het management en de zorgverleners over de methode. Maar binnen deze eerste stap moet een sterkere focus gelegd worden op het urgentiebesef omdat dit niet door alle zorgprofessionals is ervaren (met name binnen de casus stopmomenten). Het creëren van urgentiebesef draagt bij aan een meer succesvolle toepassing van de methode en implementatie van de veranderingen. Een beperkt urgentiebesef is namelijk een risico voor een succesvolle voorbereiding of implementatie van een verandering (Kotter, 1996).
- De urgentie van reflectie dient daarnaast ook meer aandacht te krijgen in de algemene zorgcontext. Het is belangrijk om reflectie een concreet thema te maken en wekelijks in het werkoverleg terug te laten komen. Uit de interviews blijkt deze behoefte te bestaan en reflectie is in het belang van het hele team en de patiënten. Het is aan te bevelen een interventie te doen gericht op het belang van reflectie tussen zorgprofessionals onderling. Het praten over onderlinge interacties wordt door sommigen als minder relevant gezien, maar daar is wel behoefte aan.
- Het doel en de voorwaarden waaronder de methodiek wordt toegepast moet meer geëxpliciteerd worden: Op basis van de resultaten kunnen enkele belemmerende factoren weggenomen worden, zoals het duidelijker formuleren van het doel en de voorwaarden waaronder de methodiek uitgevoerd wordt. Dit zou veel onzekerheid weg kunnen nemen. Het feit dat de videomethodiek veel exposure vraagt maakt dat deze kaders blijvend gesteld moeten worden. Anders dreigt het gevaar dat de focus op veroordeling of controle komt te liggen en de medische wereld is al een lastige context om de veiligheid te borgen. Ook is er behoefte aan om de vooraf opgestelde doelen achteraf herkenbaar terug te laten komen.
- Meer dedicated-time om methodiek goed uit te rollen: Het is aan te bevelen erover na te denken hoe de videomethodiek in te zetten in de organisatie. Nu is het soms ongeleid en niet altijd duidelijk of er voldoende mankracht of daadkracht aanwezig is om een videoproject uit te rollen. De experts bevelen dit ook voor zichzelf aan om de voortgang er in te kunnen houden.

Gedurende het videoproject

- Op korte termijn terug kijken van de videobeelden: Op de dag zelf wordt geprobeerd de beelden met de zorgprofessionals terug te kijken, maar in lang niet alle gevallen lukt dit. Het is aan te bevelen deze richtlijn strakker te hanteren. De tijd tussen het filmen en het terugkijken wordt namelijk als te lang ervaren om er nog wat van te kunnen leren. De reden voor het late terugkijken is vooral van praktische aard, omdat er niet altijd genoeg tijd is vanuit de begeleiders en de zorgprofessionals wat niet ten goede komt om de voortgang erin te houden. Het is daarom aan te bevelen de afspraken om terug te kijken, al vóór het filmen in te plannen om de voortgang erin te houden.

- Gestructureerder terugkoppelen: Het is aan te bevelen meer gestructureerde individuele terugkoppeling plaats te laten vinden (stap 3 van de methodiek), zodat meer mensen de videobeelden terugzien en ervan kunnen leren. Het gevoel overheerst dat degenen die willen reflecteren de beelden terugkijken, maar juist degenen die hiervan het belang niet inzien, ook niet de beelden terugkijken of hier tijd voor vrij maken. Dit roept een negatief gevoel op bij degenen die wel willen reflecteren: zij willen wel, maar zien het nut er niet van in omdat de andere helft niet meedoet. De afspraken om terug te kijken dienen op voorhand gemaakt te worden, om de voortgang erin te houden.
- Maak veiligheidsrisico's meer bespreekbaar: Er is te weinig gesproken over veiligheidsrisico's, wat wel aan te bevelen is voor bijdrage aan kwaliteit en veiligheid (De Bruijne & Bleeker, 2013). De potentie en urgentie om hier meer over te spreken is zeker ervaren, maar minder vormgegeven.
- Aandacht voor veranderbereidheid: Er moet betere aansluiting gevonden worden om de weerstand tegen te gaan die ontstaat door de videomethodiek en tegen de verandering zelf. De bestudering van de videobeelden vraagt van eenieder exposure en daar moet zeer veel aandacht voor zijn om de weerstand weg te nemen. Daarnaast hebben specialisten een eigen mening over wat het meest veilig is voor een patiënt. Een methode die probeert zorgprocessen anders in te richten, tornt in de ogen van de zorgprofessionals als snel aan de patiëntveiligheid. Kotter (1996) is één van de meest geciteerde auteurs als het gaat over veranderprocessen en benadrukt via een stappenplan hoe belangrijk het is aandacht te hebben voor veranderbereidheid en de weerstand.

Afronding van het videoproject

- Aandacht voor het vervolg van een videoproject door advies op maat: Het leereffect naar aanleiding van de videomethodiek moet een duidelijker vervolg krijgen. Door de videobeelden wordt iedereen 'even' wakker, maar daarna 'sukkelt' het weer in. Mede omdat er geen vervolg is gegeven aan de videomethodiek is het leereffect verzwakt volgens de zorgprofessionals. De verhouding tot andere methodieken lijkt van belang, om zodoende meer advies op maat te kunnen geven over het vervolg. Er zijn tijdens de interviews verschillende andere trainingen en methodieken genoemd⁵². Zodoende kan het leereffect vergroot worden als naar aanleiding van het videoproject advies op maat geleverd wordt over het vervolg.

⁵² Genoemde interventies:

* werkoverleg rechtstreeks communiceren: is er iets aan de hand dan communiceer je met elkaar niet over elkaar en gooi je de dingen niet over de schutting

* spiegelbijeenkomsten: waarbij afdelingen patiënten uitnodigen om hun verhaal te doen over hun ervaringen, hoe het team op hun over is gekomen om zo feedback te ontvangen

* coachingspool: ingezet om onderlinge roddelen en negatieve sfeer aan te pakken

6. Discussie

In dit hoofdstuk wordt de discussie gevoerd over de resultaten van het onderzoek. In paragraaf 6.1 wordt ingegaan op de resultaten in het licht van de literatuurstudie zoals beschreven in hoofdstuk twee. In paragraaf 6.2 wordt een methodologische reflectie gegeven met betrekking tot de uitvoering van het onderzoek. In de laatste plaats wordt gereflecteerd op de betekenis van dit onderzoek voor verder onderzoek (paragraaf 6.3).

6.1 Reflectie op de theorie en de onderzoeksresultaten

Gegeven de human capital theorie van Wright et al. (2001) en de onderzoeksresultaten zijn bepaalde interpretaties en mogelijke verklaringen van de onderzoeksresultaten te geven. Door de resultaten te spiegelen aan het theoretisch kader, kunnen de resultaten van dit onderzoek verklaard worden, maar kan ook de discussie aangegaan worden over het feit dat de vooraf opgestelde verwachtingen maar ten dele zijn uitgekomen. De doelstelling van dit onderzoek was, door de verschillende capitals als lenzen te gebruiken, een mogelijke verklaring te geven waarom de videomethodiek bijdraagt aan het reflectieve vermogen van de zorgprofessionals. Het uiteindelijke doel van de methodiek is om te komen tot verbeterde resultaten op het gebied van kwaliteit en veiligheid.

Als eerste zal ingegaan worden op de vraag waarom het lastig was om een verband te vinden tussen de videomethodiek en de output teamreflexiviteit. Achtereenvolgens worden de niet uitgekomen verwachtingen tussen de videomethodiek en de invloed op ontwikkelde vaardigheden, sociale interactie en de vorming van relaties besproken. Tot slot komt de rol van de zorgcontext ter sprake.

Meermaals is geconcludeerd dat de uitwerking op de output reflexiviteit minimaal is gebleken. De fit tussen de interventie (de videomethodiek) en de gewenste uitkomst (reflexiviteit) is echter wel degelijk van belang. Een verklaring hiervoor kan gevonden worden door het hoofddoel van de videomethodiek en de definitie van reflexiviteit nogmaals te analyseren. Het hoofddoel van de videomethodiek is niet te reflecteren op het eigen handelen van eenieder persoonlijk, maar het zorgproces in teamverband te verbeteren door reflectie op de getoonde videobeelden. Dus het 'aan het denken zetten' gebeurt niet door te reflecteren op eigen handelen, maar door te reflecteren op het proces. Dit is volgens de experts de eerste stap naar zelfreflectie. In de praktijk blijven zelfreflectie en reflectie op het zorgproces echter gescheiden. Reflexiviteit vereist dat teamleden kritieke reflectie en dialoog beoefenen, basisaannames ter discussie stellen en eenieders individuele motivatie beoordelen (Kayes et al., 2005; West 1996). Door het onderzoek is er wel meer inzicht gekomen in de houding en het gedrag van de zorgprofessionals, maar het beoefenen van de dialoog kan niet door één multidisciplinaire terugkoppelingssessie worden bewerkstelligd. De methodiek heeft dan ook nog niet geleid tot de gewenste organisatieprestatie van reflectief vermogen.

Er blijken echter meerdere elementen samen te hangen met het feit dat de videomethodiek niet heeft geleid tot de genoemde gewenste output. Argyris (1991) veronderstelt dat reflectie geblokkeerd kan raken en vooral intelligente mensen minder in staat zijn tot reflectie. Professionals met veel kennis zijn volgens hem meer gewend aan succes en worden zelden geconfronteerd met persoonlijk falen. Indien hier toch sprake van is vinden zorgprofessionals het bijzonder belangrijk om *in control* te blijven en zullen defensief reageren als er iets fout gaat. Volgens Argyris (1991) maakt dit dat professionals de neiging hebben tot defensieve routines en de schuld buiten henzelf

leggen. De focus wordt weggehouden van hun eigen gedrag en hun defensieve houding blokkeert het leerproces. Deze defensieve routines zijn een mogelijke verklaring voor de observatie dat het lastig is om reflectie te bewerkstelligen binnen het UMCU. Nog een element is dat binnen een reflexief team sprake is van een hoge mate van evalueren, feedback zoeken en vertrouwen (Schippers et al. 2005). Echter uit onderhavig onderzoek blijkt dat er door de methodiek niet in hogere mate geëvalueerd wordt, noch meer naar feedback gezocht wordt of meer vertrouwen is ontwikkeld. Indien er sprake zou zijn van teamreflexiviteit spreken collega's elkaar aan op hun gedrag (Schippers, Homan & Knippenberg, 2013). Hetzelfde geldt voor de acceptatie van het aangesproken worden op het eigen gedrag. Beide effecten zijn niet geconstateerd als uitwerking van de videomethodiek.

Bovengenoemde verklaringen waarom reflexiviteit minimaal is gebleken als output van de methodiek opperen de vraag of de methodiek de juiste interventie is om reflexiviteit te bevorderen. Deze vraag moet vanuit de onderzoekresultaten en de genoemde verklaringen negatief worden beantwoord. In de praktijk blijkt de aansluiting met een duidelijke en heldere koers van belang, maar reflectie kent geen duidelijk doel waardoor er sprake is van een mismatch tussen de interventie en het doel ervan.

Achtereenvolgens wordt een analyse gegeven van de niet uitgekomen verwachtingen binnen de verschillende lezen van de human capital theorie.

Iedema et al. (2013) stelt dat individuele vaardigheden, zoals situatiebewustzijn door de videomethodiek, worden ontwikkeld. Hoewel deze verwachting is bevestigd is er slechts een minimale rol weggelegd voor feedback. Deze verwachting is op de theorie gebaseerd vanuit de gedachte dat zorgprofessionals bewust opzoek gaan naar accurate en relevante informatie om op te reflecteren (Schippers et al. 2005). Om te verklaren waarom videoreflexie niet bijdraagt aan de vaardigheid van feedback geven is nagegaan hoe binnen het UMCU tegen feedback geven of ontvangen werd aangekeken en dit bleek allerm minst positief: er wordt niet nadrukkelijk om feedback gevraagd noch wordt feedback snel geaccepteerd. Psycholoog Dweck (2006) geeft een verklaring waarom in mindere mate naar feedback gezocht wordt: iedereen heeft een eigen 'mindset' wat veel invloed heeft op de manier waarop met feedback wordt omgegaan. De psycholoog onderscheidt twee mindsets: de *fixed mindset* en de *growth mindset*. De reactie op feedback van collega's met een fixed mindset is defensief, waarbij eigen zwaktes en fouten niet onder ogen gezien noch erkend worden. Hier tegenover staat een growth mindset waarbij men juist onderzoekend en geïnteresseerd is en gretig om te leren, waardoor men ontvankelijk is voor feedback (Dweck, 2006). Corrigerende feedback is door de zorgprofessionals binnen het UMCU meermaals aangehaald als bedreigend. De zorgprofessionals met een fixed mindset zullen om die reden ook minder snel zelf feedback vragen aan anderen. Mensen met een growth mindset gaan meer ontspannen en constructief om met feedback (Dweck, 2006). Zij zullen de feedback eerder ter harte nemen en gebruiken om zich te ontwikkelen. Indien de zorgprofessionals een growth mindset hebben zullen zij zelf naar feedback op zoek gaan, omdat ze dit zien als waardevolle input. Een fixed mindset kan de samenwerking belemmeren, terwijl een growth mindset juist uitnodigt tot samenwerking, tot uitwisselen van feedback en tips om de groei van anderen te ondersteunen (Dweck, 2006). Dit dialoog van informatie-uitwisseling blijkt door middel van de videomethodiek niet te zijn gevoerd, wat dus grotendeels verklaard kan worden door een fixed mindset van de zorgprofessionals. Dit is slechts één van de mogelijke verklaringen. Ten Cate (2013) stelt dat het

geven of ontvangen van feedback al met al lastig is omdat het niet aan de psychologische basisbehoeften voldoet. Ten Cate heeft onderzoek gedaan in de zorgcontext en het feedback-proces door de lens van Self-Determination Theory (SDT) bekeken. Zijn conclusie is dat feedback ontvangen moeilijk is omdat het geen gevoelens van competentie, verbondenheid of autonomie oproept (de basisbehoeften). Indien de manier van feedback geven gelegd wordt op de toepassing van de videoreflectieve-methode kan gezien worden dat bijvoorbeeld de autonomie bewaard blijft. De methode is er namelijk op gericht om door de videobeelden mensen zelf tot inzicht te laten komen. Ook wordt de verbondenheid gestimuleerd door met het hele team conclusies te trekken en het proces te verbeteren. Ten Cate (2013) noemt videobeelden dan ook als positieve interventie waarbij mogelijk wel aan de basisbehoeften kan worden voldaan. Dit zouden redenen kunnen zijn om des te meer een positief effect te verwachten bij geven en ontvangen van feedback binnen de videomethode. Het blijkt echter dat feedback geven beter kan verlopen en aan enkele basisbehoeften voldoet, maar niet evident leidt tot het opzoek gaan naar meer feedback. Dan blijkt de mogelijk positieve ervaring van het ontvangen van feedback niet op te wegen tegen de behoefte van de zorgprofessionals. Dit kan mogelijk terug herleiden naar de verklaring van de genoemde 'mindset' van de zorgprofessionals.

De social-capital lens richt zich op de sociale processen. Omdat groeps-reflectie centraal staat lag het in de lijn der verwachting dat de videomethodiek de sociale processen positief zou beïnvloeden. Dit is volgens Swift en West (1998) ook aannemelijk omdat elk teamlid de mogelijkheid geeft een dieper inzicht te krijgen in het functioneren van het team, wat leidt tot een verdere acceptatie van teamleden. Volgens de genoemde onderzoekers kan het gedrag van een teamlid door middel van dialoog worden 'geneutraliseerd' of 'toegejuicht', om evenwichtigheid in het team te brengen. Een tekortkoming in de theorie is echter dat de context binnen een team niet wordt meegenomen, bijvoorbeeld het feit dat het bijzonder moeilijk is om iemand van een ander specialisme of hoger in de hiërarchie aan te spreken. Daarnaast gaan Swift en West (1998) ervan uit dat de 'groepstaak' sociale processen beïnvloedt. Uit het onderzoek blijkt echter niet dat het verbeteren van de onderlinge relaties als een groepstaak wordt gezien. De groepstaak is om bijvoorbeeld de overdracht of de time-out zo goed mogelijk te laten verlopen. De zorgprofessionals richten zich meer op de inhoudelijke groepstaak en niet op het niveau daaronder. Dit hangt mogelijk samen met de motivatie van de zorgprofessionals. Binnen de social capital-lens ligt daarentegen geen focus op de motivatie van eenieder om zich in te zetten om de onderlinge verhoudingen te verbeteren. Motivationale krachten bepalen echter in sterke mate het gedrag van mensen en het succes van hun handelen (Metselaar & Cozijnsen, 2005). Dit geeft een verklaring waarom de sociale processen minder zijn beïnvloed dan van te voren werd verwacht.

Binnen de organisational capital-lens was de verwachting dat videomethodiek een bijdrage zou leveren aan een verbeterd veiligheidsklimaat. Naar aanleiding van het onderzoek is vastgesteld dat de bijdrage van de videomethodiek aan een veiligheidsklimaat nog geen effect sorteert. Een mogelijke verklaring hiervoor kan gevonden worden door de antecedenten van een veiligheidsklimaat onder de loep te nemen. De videomethodiek zet bijvoorbeeld niet in op leiderschap, terwijl leiderschap de meest bestudeerde en belangrijkste antecedent van klimaat is (Schneider et al., 2013). Indien leiders een duidelijke strategische visie communiceren zal het veiligheidsklimaat binnen de afdeling sterker zijn, concluderen Schneider en haar collega-

onderzoekers (Schneider et al., 2013). De boodschap die een leider zendt blijkt essentieel om een vergroot klimaat voor veiligheid te realiseren. De methodiek focust zich echter niet op de genoemde antecedent, hetgeen een verklaring kan geven voor een mindere werking van de videomethodiek op een verbeterd veiligheidsklimaat.

Tot slot bleek de context in hoge mate de werking van de methodiek te beïnvloeden. Op voorhand is geprobeerd de werking te verklaren door middel van de verschillende lenzen, maar omdat binnen de human capital theorie van Wright et al. (2001) geen duidelijke rol is weggelegd voor de context, bleek de werking niet enkel verklaard te kunnen worden binnen deze theorie. Het is echter van groot belang om goed naar de specifieke context of omgeving te kijken om te komen tot een goede aansluiting met de organisatie (Boselie, 2011). De interne en externe omgeving moet dan ook van invloed zijn op de besluitvorming en inrichting van een interventie als de videomethodiek. Het structurele gebrek aan aandacht voor de context waarin organisaties zich bevinden constateert Boselie (2011) ook in zijn oratie. In veel populaire theorieën, zoals de resource based view (RBV), is een structureel gebrek aan aandacht voor de institutionele context waarin organisaties zich bevinden (Pauwe & Boselie, 2003 en 2007; Boselie & Pauwe, 2009 in Boselie, 2011). In dit onderzoek is naar voren gekomen dat het gebrek aan aandacht of het ontbreken van een duidelijk rol voor de context een tekortkoming is van de huidige human capital theorie van Wright et al. (2001).

6.2 Reflectie op de uitvoering van het onderzoek en de onderzoeksresultaten

De onderzoeksstrategie bestaat uit de gekozen theoretische uitgangspunten, het geconstrueerde conceptuele model en de manier waarop de data is verzameld en verwerkt. In deze discussie wordt nagegaan in welke mate deze keuzes passend zijn geweest.

Het gekozen theoretische uitgangspunt was om via de human capital theorie van Wright et al. (2001) naar de videomethodiek te kijken en door de verschillende lenzen de werking te verklaren. Alhoewel de focus heel duidelijk was, is lang gezocht naar de concepten vallend onder de verschillende capitals. Het model is inzichtelijk en goed te gebruiken als aanzet om organisatiesucces te bereiken. Er kleven echter ook een aantal nadelen aan de benadering. Het model is erg statisch van karakter en doet niet genoeg recht aan de complexiteit en de specifieke context. Daarom valt achteraf te betwijfelen hoe 'gelukkig' de keuze voor dit model is geweest. Statisch geeft een soort eindpunt aan, terwijl het gedrag van individuen in een organisatie geen statisch patroon is. Gedrag is een reeks van soms samenhangende en soms on samenhangende activiteiten met veel dynamiek. Door de context meer in de theorie te betrekken zou de human capital theorie al toegankelijker gemaakt kunnen worden voor onderzoeken naar organisatiesucces.

Daarnaast is organisatiesucces gedefinieerd door meer kwaliteit en veiligheid wat de methodiek kan bereiken door hogere reflexiviteit. Echter had reflexiviteit binnen de black-box geplaatst moeten worden omdat het een continu, dynamisch proces is: reflectie is fundamenteel voor de ontwikkeling van de capitals, daarom zou reflexiviteit in relatie moeten staan tot de capitals. Reflexiviteit is dan een katalysator en moet leiden tot betere capitals; hoe groter de reflexiviteit hoe sterker de capitals zich kunnen ontwikkelen. Dit leidt niet alleen tot de conclusies dat het model van Wright et al. (2001) te statisch is voor dit onderzoek, maar ook het geconstrueerde conceptuele model.

Een volgend discussiepunt is de gekozen output: reflexiviteit. De methodiek wil reflexiviteit van de teams bevorderen om, zoals gezegd, een dialoog te bevorderen en reflectie handen en voeten te geven. Volgens het review artikel van Widmer et al. (2009) zijn antecedenten onder andere vertrouwen en veiligheid, gedeelde visie, vaardigheden en feedback zoeken. Deze antecedenten zijn binnen de onderzochte teams in lage mate aanwezig. De methodiek is wel een soort springplank geweest om 'dingen' naar elkaar uit te spreken maar het blijkt te lastig te zijn om reflexiviteit als output te nemen als werking van de methodiek. Het conceptuele model moet aangepast worden omdat de werking van de methodiek niet verklaard wordt of niet in bijzondere mate leidt tot meer reflexiviteit. Organisational capital, de manier hoe de videomethodiek relaties vormt, kan mogelijk wel een hele grote rol spelen, maar dan moet de methodiek intensiever toegepast worden. Er dienen dan ook vaker interventies gecreëerd te worden om reflexiviteit te bevorderen. Dit kan niet door een eenmalig videoproject.

Tot slot zijn er enkele tekortkomingen te benoemen in het onderzoekdesign. Dit gaat met name over de timing van de verschillende interviews. Binnen de casus ochtendoverdracht en overdracht van OK naar IC heeft men meermaals aangehaald dat het lastig was om te verwoorden wat de methodiek daadwerkelijk heeft opgeleverd voor een individu of voor een team. Dit kwam omdat de videoprojecten twee tot drie jaar geleden hebben plaatsgevonden en om die reden waren bij de respondenten de 'heldere momenten' of 'scherpe kantjes' met betrekking tot wat de methodiek daadwerkelijk heeft opgeleverd weggezaakt. De onderzoeker heeft helaas wel minder zorgprofessionals gesproken binnen de afdeling algemene chirurgie (casus stopmomenten) om dit 'probleem' op te vangen. Het videoproject 'stopmomenten' vond korter geleden plaats dan de andere twee casuïstieken en dus had dit videoproject meer 'heldere momenten' en 'scherpe kantjes' aan kunnen geven. Helaas was het omwille van de planning niet haalbaar het benodigde aantal gesprekken te voeren; de videobeelden waren nog niet met al te veel zorgprofessionals teruggekeken.

Een andere tekortkoming betreft het feit dat specialisten bijzonder drukbezette professionals zijn. Een enkele keer zijn de interviews eerder afgebroken omdat iemand 'opgepiept' werd. Dit is een mogelijke tekortkoming, maar het lag helaas buiten de invloedssfeer van de onderzoeker.

Tot slot de selectie van de respondenten. Er is een selectie gemaakt van de personen op basis van beschikbaarheid en deelname aan een videoproject. Hierdoor bestaat echter de kans op een selectiebias. Alhoewel de respondenten bewust zijn gekozen kunnen bepaalde zorgprofessionals met een specifieke mening niet zijn meegenomen in het onderzoek. Omdat bijvoorbeeld twee respondenten geweigerd hebben mee te doen aan het kwalitatieve interview, kan het zijn dat de resultaten van het onderzoek positief zijn vertekend. Dit is echter geminimaliseerd door 'uitgesproken positieve' respondenten over de methodiek te vragen naar 'uitgesproken negatieve' collega's en deze vervolgens te interviewen. Zodoende is beoogd een goede afspiegeling te vormen van de verschillende multidisciplinaire teams en hun ervaringen met de methodiek.

6.3 Vervolgonderzoek

Het onderzoek heeft een aantal nieuwe inzichten opgeleverd, maar het roept eveneens ook nieuwe vragen op. Om deze vragen uit te laten monden in vernieuwende inzichten worden enkele aanbevelingen voor vervolgonderzoek gedaan.

Een eerste suggestie voor vervolgonderzoek is het kiezen van een andere output om de werking van de methodiek beter te verklaren. Omdat binnen de beperkingen van dit onderzoek de vraag is gesteld hoe passend de output reflexiviteit is geweest, kan vervolgonderzoek zich wellicht beter richten op de output situatiebewustzijn. De methodiek heeft namelijk naast reflectie ook risicobewustzijn (veiligheidsdenken) en situatiebewustzijn als doel. Het bewustzijn van de situatie en risicobewustzijn blijken essentieel voor meer veiligheid, wat een passende output kan zijn voor meer kwaliteit en veiligheid. Daarnaast wordt door de huidige onderzoeker verwacht dat het risico-en/of situatiebewustzijn van de zorgprofessionals minder bemoeilijkt wordt door de bestaande zorgcontext dan dat voor reflexiviteit het geval is. Daardoor zou deze output mogelijk tot betere onderzoeksresultaten leiden om de werking van de methodiek te verklaren.

Ten tweede kende dit onderzoek geen focus om de bereidheid om te willen leren, in samenspraak met de bestaande motivatie van de zorgprofessionals te verklaren. De videobeelden zouden echter het vermogen om te leren moeten faciliteren (Van Rensen, De Vries & Kalkman in Iedema et al., 2013) Een vervolgonderzoek zou meer inzicht moeten geven in deze motivatieprocessen en de mogelijke invloed op de werking van de methodiek. De motivatie bepaalt namelijk in sterke mate of de zorgprofessionals zich ergens voor inzetten en de wil om te veranderen of mee te doen aan een videoproject. Dit sluit aan bij de gedachte om de theorie te gebruiken bij de videorelectieve methode die gebruikt wordt om inzicht te geven in hoe het beste geleerd wordt en reflexiviteit verder te verankeren binnen het UMCU. Onderzoek naar de videomethodiek vanuit het AMO-model zou een verrijking kunnen zijn. Dit model gaat ervan uit dat de prestaties van medewerkers het resultaat zijn van een combinatie van de capaciteiten van medewerkers (Ability), hun bereidheid om zich in te zetten (Motivation) en de gelegenheid die ze krijgen om te presteren (Opportunity) (Boxall & Purcell, 2011).

Tot slot is het gebrek aan aandacht of het ontbreken van een duidelijk rol voor de context binnen dit onderzoek een tekortkoming van de huidige human capital theorie van Wright et al. (2001) gebleken. Organisaties spelen dan wel een belangrijke rol voor het ontwikkelen van capitals, maar over de organisatorische investeringen in capitals en de manier waarop organisatie kennis kunnen vertalen naar concrete instrumenten blijkt nog weinig over bekend te zijn (Abendroth, Van der Lippe & Maas, 2013). Dit onderzoek heeft gepoogd de context meer te betrekken, maar vervolgonderzoek binnen de capital-theorie is van belang om meer aanvullingen te doen voor de huidige human-capital theorie. Ideeën hiervoor kunnen in het verlengde liggen van het reeds geformuleerde statische model om mogelijk tot een meer dynamisch model te komen. Daarnaast is het noodzakelijk om meer verbinding te maken tussen de verschillende capitals. Dit gebeurt naar alle waarschijnlijkheid door leiderschap (Boselie, 2010).

Literatuurlijst

Abendroth, A, Van der Lippe T. & Maas, I. (2013). Human capital and the gender gap in authority in European countries. *European Sociological Review*, 29, 261-273.

Argyris, C. (1991). Teaching smart people how to learn. *Harvard business review*, 69(3).

Becker, G. (1964). *Human Capital*, New York: Columbia University Press

Becker, G.S. (2008). 'Human capital'. *The Concise Encyclopedia of Economics*. Library of Economics and Liberty

Boeije, H. (2008). *Analyseren in Kwalitatief Onderzoek*, Den Haag: Boom Onderwijs

Boselie, P. (2010). *Strategic Human Resource Management, a Balanced Approach*, London: McGraw-Hill

Boselie, P. (2011). Human resource governance: Voorbij 'Managerialism'. *Rede uitgesproken bij de openbare aanvaarding van het ambt van hoogleraar Strategisch Human Resource Management, USBO aan de Universiteit Utrecht op 21 januari 2011*.

Boselie, P., Dietz, G., & Boon, C. (2005). Commonalities and contradictions in HRM and performance research. *Human Resource Management Journal*, 15(3), 67-94.

Bouwer, J. (2009). *Kwaliteit van zorg*. Uitgeverij Van Gorcum.

Bowen D. E., & Ostroff C. (2004). Understanding HRM-Firm Performance Linkages: The role of the "strength" of the HRM system. *Academy of Management Review*, 29 (2), 203-221.

Boxall, P., & Purcell, J. (2011) *Strategy and Human Resource Management*. New York: Palgrave Macmillan

De Bruijne, M.C., Bleeker, F. (2013) *Medisch Teamwork; CRM in de gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghem.

Carroll, K., Iedema, R., & Kerridge, R. (2008). Reshaping ICU ward round practices using video-reflexive ethnography. *Qualitative Health Research*, 18(3), 380-390.

Dweck, C. (2006). *Mindset, the new psychology of success*. Random House LLC.

Flin, R., Burns C., Yule S. & Robertson E. (2006). Measuring safety climate in health care. *Quality Safety Health Care*, 15, 109-115.

Flin, R. H., O'Connor, P., & Crichton, M. (2008). *Safety at the sharp end : a guide to non-technical skills*. Aldershot, England; Burlington, VT: Ashgate.

Flin, R., Winter, J., Sarac, C., Raduma, M., (2009). In World Health Organisation. Human factors in patient safety. Review of topics and tools. geraadpleegd via: http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf?ua=1

Halligan, M., & Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ quality & safety*, 20(4), 338-343.

Helmreich, R. L., & Davies, J. M. (1996). 3 Human factors in the operating room: interpersonal determinants of safety, efficiency and morale. *Baillière's Clinical Anaesthesiology*, 10(2), 277-295.

Iedema, R., Mesman, J. & Carroll, K. (2013) *Visualising Health Care Practice Improvement: Innovation from within*. Radcliffe Publishers: London.

Iedema, R. (2011). Creating safety by strengthening clinicians' capacity for reflexivity. *BMJ quality & safety*, 20(Suppl 1), i83-i86.

Iedema, R., Merrick, E. T., Kerridge, R., Herkes, R., Lee, B., Anscombe, M., Rajbhandari, D., Lucey, M. & White, L. (2009). Handover—Enabling Learning in Communication for Safety (HELiCS): a report on achievements at two hospital sites. *Med J Aust*, 190 (11 Suppl), S133-S136.

Iedema, R., Long, D., Forsyth, R., & Lee, B. B. (2006). Visibilising clinical work: Video ethnography in the contemporary hospital. *Health Sociology Review*, 15(2), 156-168.

Jong, T. de (2010). *Linking social capital to knowledge productivity*. Houten: Springer.

Kayes, A.B.; Kayes, D.c.; Kolb, D.A. (2005). Experiential learning in teams. *Simulation and Gaming*, 36, 330-354.

KNMG Manifest. (2007). *Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Medische Professionaliteit*. Utrecht: april 2007.

Kotter, J. P. (1996). *Leading change*. Harvard Business Press, Boston.

Lepak, D. P., & Snell, S. A. (2002). Examining the human resource architecture: The relationships among human capital, employment, and human resource configurations. *Journal of Management*, 28(4), 517-543.

Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13(suppl 1), i85-i90.

Mackenzie, C. F., Xiao, Y., Hu, F. M., Seagull, F. J., & Fitzgerald, M. (2007). Video as a tool for improving tracheal intubation tasks for emergency medical and trauma care. *Annals of emergency medicine*, 50(4), 436-442.

Metselaar, E. E. & Cozijnsen, A. J. (2005). Van weerstand naar veranderingsbereidheid. Over willen, moeten en kunnen veranderen. Heemstede: Holland Business Publications.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). (2012). *Kwaliteitsindicatoren 2013: Basiswaal Ziekenhuizen*. Utrecht: VWS.

Morrens, B. (2008). Sociaal kapitaal en gezondheid: een overzicht van de recente onderzoeksliteratuur. *Tijdschrift voor sociologie*, 29(2-3), 138-157.

Nahapiet, J., & Ghoshal, S. (1998). Social capital, intellectual capital, and the organizational advantage. *Academy of management review*, 23(2), 242-266.

Nahrgang J., Morgeson F. & Hofmann D. (2007). 22nd Annual Conference of the Society for Industrial and Organizational Psychology. Predicting Safety Performance: A Meta-analysis of Safety and Organization Construct. New York.

NHS. (2011). National Patient Safety Agency, NHS Modernisation Agency. Safe handover: safe patients. Guidance on clinical handover for clinicians and managers. British Medical Association.

Nyberg, A. J., Moliterno, T. P., Hale, D., & Lepak, D. P. (2014). Resource-Based Perspectives on Unit-Level Human Capital A Review and Integration. *Journal of Management*, 40(1), 316-346.

Ployhart, R. E., & Moliterno, T. P. 2011. Emergence of the human capital resource: A multilevel model. *Academy of Management Review*, 36: 127-150.

Ployhart, R. E., Nyberg, A. J., Reilly, G., & Maltarich, M. A. (2014). Human Capital Is Dead; Long Live Human Capital Resources! *Journal of Management*, 40: 371-398.

Purcell, J., Kinnie N., Hutchinson S., Rayton B. & Swart J. (2003). Understanding the people and performance link: Unlocking the black box. (8e druk). Exeter, UK: Short Run Press.

Putnam, R. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon and Schuster.

Reader, T. W., Flin, R., Mearns, K., & Cuthbertson, B. H. (2011). Team situation awareness and the anticipation of patient progress during ICU rounds. *BMJ quality & safety*, 20(12), 1035-1042.

San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M. D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of interprofessional care*, 19(S1), 132-147.

Savoldelli, G. L., Naik, V. N., Park, J., Joo, H. S., Chow, R., & Hamstra, S. J. (2006). Value of debriefing during simulated crisis management: oral versus video-assisted oral feedback. *Anesthesiology*, 105(2), 279-285.

Schippers, M., Den Hartog, D. N., & Koopman, P. L. (2005). Reflexiviteit van teams: ontwikkeling van een instrument. *Gedrag en Organisatie*, 2, 83-102.

Schippers, M. C., Homan, A. C., & Knippenberg, D. (2013). To reflect or not to reflect: Prior team performance as a boundary condition of the effects of reflexivity on learning and final team performance. *Journal of Organizational Behavior*, 34(1), 6-23.

Schneider, M. M. E. (2013). Dat beloof ik!'. *Oratie, Universiteit Utrecht op 21 maart 2013*.

Schneider, B., Ehrhart, M. G., & Macey, W. H. (2013). Organizational climate and culture. *Annual review of psychology*, 64, 361-388.

Schön, D.A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York, NY: Basic Books.

Stiles, P., & Kulvisaechana, S. (2003). *Human capital and performance: A literature review*. DTI.

Subramaniam, M., & Youndt, M. A. (2005). The Influence of Intellectual Capital on the Types of Innovative Capabilities. *The Academy of Management Journal*, 48(3), 450-463.

Ten Cate, O. T. J. (2013). Why receiving feedback collides with self determination. *Advances in Health Sciences Education*, 18(4), 845-849.

Toracco, R. (2002). Cognitive demands of new technologies and the implications for learning theory. *Human Resource Development Review*, 1, 439-467.

Van Thiel, S. (2009). *Bestuurskundig onderzoek, een methodologische inleiding*. Coutinho: Bussum.

Van der Tuijn, Y. Van der (2011). *Leren van Videoreflectie: Feit of Fictie?* Masterscriptie Erasmus Universiteit.

Van der Velde, M., Jansen & P., Dijkers, J. (2013). *Toegepast onderzoek: opzetten, uitvoeren en rapporteren*, Hilversum: Concept uitgeefgroep.

Veld, M., Paauwe, J., Boselie, P. (2010), HRM and strategic climates in hospitals, does the message come across at the ward level?, *Human Resource Management Journal*, 20, 339-356.

Veld, M. F. A. (2012). *HRM, Strategic Climate and Employee Outcomes in Hospitals: HRM Care for Cure?*. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg-Health policy and management (iBMG).

Verkerk, M. A., De Bree, M. J., & Mourits, M. J. E. (2007). Reflective professionalism: interpreting CanMEDS' "professionalism". *Journal of medical ethics*, 33(11), 663-666.

West, M.A. (1996). Reflexivity and work group effectiveness: A conceptual integration. In: West, M.A. (Ed.). *Handbook of work group psychology*, 555-279. Chichester, UK: Wiley.

Widmer, P. S., Schippers, M. C., & West, M. A. (2009). Recent developments in reflexivity research: A review. *Psychology of Everyday Activity*, 2(2), 2-11.

Wollersheim, H. (2010). THEMA: Professioneel gedrag: de rol van reflectie en verantwoording afleggen. *Kwaliteit in beeld*, 20(4), 4.

Wright, P. M., Coff, R., & Moliterno, T. P. (2014). Strategic Human Capital Crossing the Great Divide. *Journal of Management*, 40: 353 –370.

Wright, P. M., Dunford, B. B., & Snell, S. A. (2001). Human resources and the resource based view of the firm. *Journal of management*, 27(6), 701-721.

Wright, P.M. & McMahan, G.C. (2011) Exploring human capital: putting human back into strategic human resource management. *Human Resource Management Journal*, 21, (2), 93–104.

Yule, S., Flin, R., Paterson-Brown, S., & Maran, N. (2006). Non-technical skills for surgeons in the operating room: a review of the literature. *Surgery*, 139(2), 140-149.

Yule, S., Rowley, D., Flin, R., Maran, N., Youngson, G., Duncan, J. et al. (2009). Experience matters: comparing novice and expert ratings of non-technical skills using the NOTSS system. *ANZ journal of surgery*, 79, 154-160.

Bijlage

Bijlage I: Topiclijst

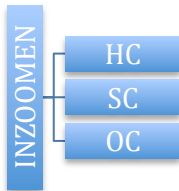
1. INLEIDEND:

- Voorstellen
 - o Mijn positie
 - o Waarom en doel interview
- Praktisch:
 - o Tijdsindicatie: half uur tot een uur
 - o Met de resultaten van dit onderzoek en uw bijdrage hieraan kan mogelijk een bijdrage geleverd worden aan kwaliteit & veiligheid; dus dank voor uw tijd alvast!
 - o Vertrouwelijkheid van het interview
 - o Toestemming interview op te nemen?
 - o Vragen?

2. ALGEMEEN:

- Kunt u beknopt iets vertellen over uw huidige functie?
- Aan welk videoproject heeft u deelgenomen?
 - o Videobeelden terug gekeken en die van anderen?
 - o Deelgenomen aan multidisciplinaire reflectie bijeenkomst?
- Wat is uw mening over het videoproject?
- Wat is verbeterd/veranderd door de methodiek? (Voorbeelden hc/sc/oc)?

3. INZOOMEN:



Ik kijk met een theoretische bril naar de ontwikkeling van eventuele vaardigheden, ontwikkeling in onderlinge relaties en de ontwikkeling van een veiligheidsklimaat omdat niet alleen individuele vaardigheden leiden tot een bijdrage, maar ook de sociale interacties en de manier hoe relaties gevormd worden. (zie bijlage inzoomen)

4. SAMENHANG:

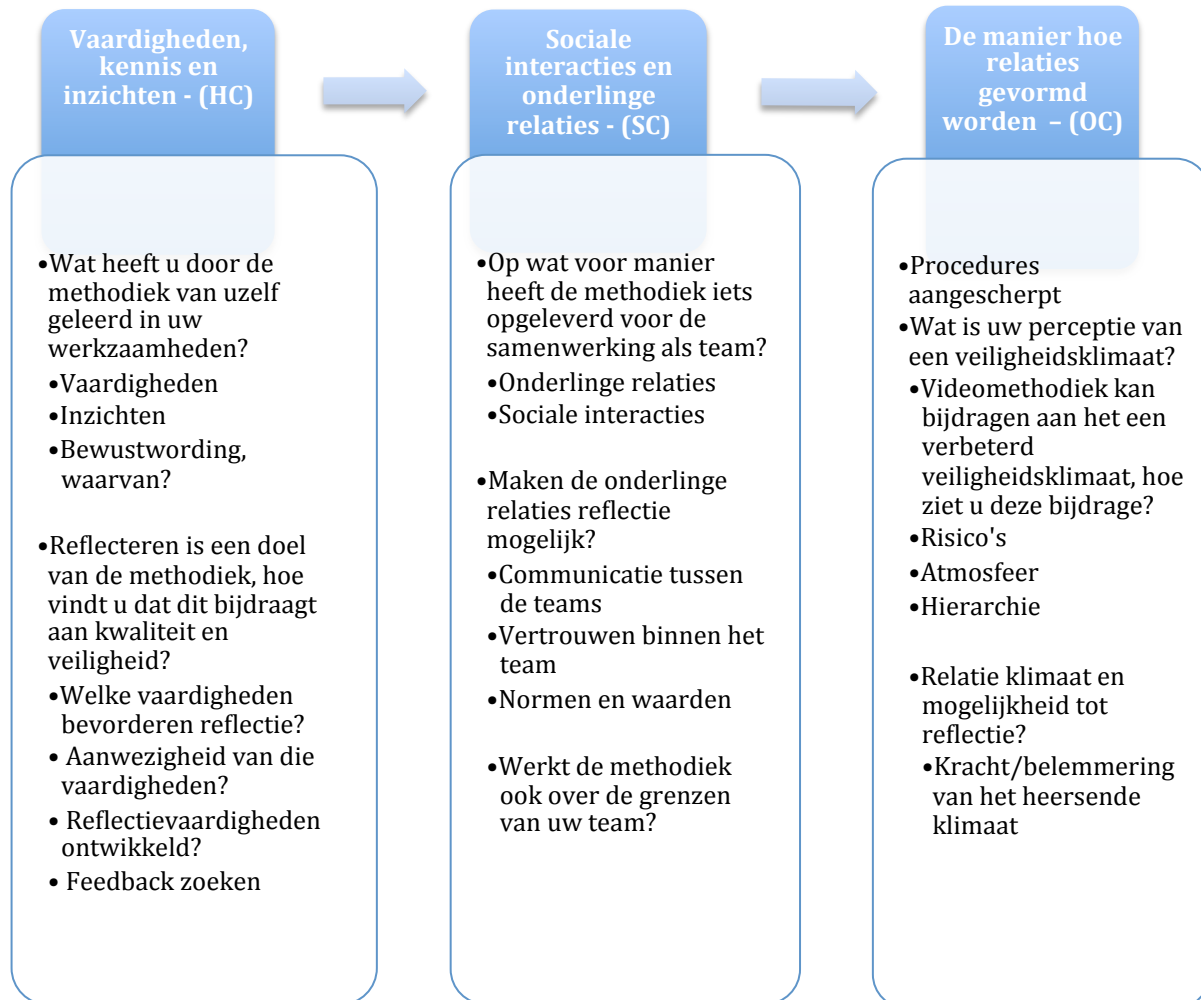
- A4 begrippen
 - Wilt u aangeven wat u als drie belangrijkste elementen ziet en welke drie als de minst belangrijk?
- Videoreflectie heeft het meest bijgedragen door +/+/+
- Videoreflectie heeft het minst bijgedragen aan -/-/-

Nieuwe opgedane vaardigheden	HC
Een onderlinge open sfeer	OC
Het spreken over risico's	OC
Het onderlinge vertrouwen	SC
Verandering in houding	HC
De onderlinge communicatie	SC
Een open en eerlijk klimaat	OC
Zelf aandragen verbeteringen (autonomie) /eigen participatie	Voorwaarde
Nieuwe inzichten in de zorgprocessen	OC

5. TOT SLOT:

- Verbeteringen bij het werken met de Videomethodiekmethodiek?
 - o (Voorbeelden, veroorzaker, oplossingen- hc/sc/oc)
- Hoe verhoudt deze methodiek zich tot andere instrumenten die ingezet worden ter bevordering/verbetering van de kwaliteit en veiligheid?
- Zijn er andere zaken of factoren die van belang zijn en niet ter sprake gekomen?
- Bedanken & vertellen wat met onderzoek gebeurt en of ze onderzoek in willen zien?

bijlage INZOOMEN



Bijlage II: Mail respondenten

Dag

Via Bas de Vries/Bart Hartman/Liesbeth van Rensen heb ik uw mail-adres ontvangen om contact op te nemen voor een mogelijk interview over het video-project dat bij jullie op de afdeling heeft plaats gevonden. Een kleine introductie, mijn naam is Rosanne Boeve, 23 jaar en ik zit momenteel in de eindfase van mijn master Strategic Human Resource Management. Vanuit mijn achtergrond doe ik onderzoek naar de videomethodiek en kijk ik met een bepaalde lens naar de videomethodiek om te verklaren waarom dit bijdraagt aan de reflectie van de zorgprofessionals en daardoor mogelijk een bijdrage levert aan het verbeteren van de veiligheid en kwaliteit. Uit de praktijk blijkt dat de methodiek bijdraagt aan (waar ik graag meer over hoor), maar dat nog minder inzicht is in de onderliggende processen, wat het doet en mogelijk los maakt bij de mensen.

Bart/Liesbeth/Bas heeft mij uw naam gegeven om contact op te nemen om u mogelijk te interviewen over deze ervaring. Zou u hier aan mee willen werken/ tijd voor willen vrij maken? Het gaat om een diepte interview dat gemiddeld een half uur tot maximaal een uur duurt. Het geeft niet dat het alweer even geleden is dat u als team gefilmd bent om een aantal zorgprocessen te verbeteren. Ook als u kritisch bent over de methodiek is dit juist een aanvulling. Met de resultaten van dit onderzoek kan mogelijk een bijdrage geleverd worden aan kwaliteit en veiligheid door meer inzicht te krijgen in de werking van de videomethodiek. Erg leuk als u hier een bijdrage aan wilt leveren.

Misschien handig als ik gelijk mijn beschikbaarheid aangeef in deze mail?

Deze is vrij flexibel i.v.m. het onderzoek:

(..)

(..)

Heel erg leuk om u mogelijk te kunnen spreken over de toepassing van de Videomethodiekmethodiek en de uitwerking binnen uw afdeling.

Ik hoor graag van u, alvast hartelijk dank!

Met vriendelijke groet,

Rosanne Boeve



Stagiair Research Intern onder begeleiding van Dr. E.L.J. van Rensen | Divisiebureau Interne Geneeskunde & Dermatologie | Kamer G01.5.36 | Huispostnummer D01.343 | Postbus 85500 | 3508 GA | Utrecht | www.umcutrecht.nl/beeldenaanbed | T: [+31 \(6\) 13874395](tel:+31613874395)

Bijlage III: Publieke dimensie UMCU

Utrechtse School voor
Bestuurs- en Organisationswetenschap



De publieke dimensie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht

Onderzoeksproject: videoreflectie

Student : E.R. Boeve
Roepnaam : Rosanne
Studentnummer : 4136241
Cursus : Leerkring SHRM
Onderwijsinstelling : Universiteit Utrecht
Master : Strategic Human Resource Management
In te leveren bij : P. Leisink
Uiterlijke inleverdatum : 10 maart 2014
Aantal woorden : 2.831 woorden

Inleiding

De publieke dimensie of het maatschappelijk belang van een organisatiestrategie en haar human resource-strategie spelen een essentiële rol binnen de masteropleiding Strategic Human Resource Management (SHRM) en het vraagstuk is opnieuw aan de orde gekomen binnen de leerkring van de masteropleiding. De onderstaande paper gaat in op de publieke dimensie van mijn onderzoeksorganisatie, het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU), en mijn afstudeerproject. Uit de theorie en de praktijk blijkt dat het verschil tussen publieke en private organisaties niet gemakkelijk te duiden is (Rainey, 2003; Noordegraaf & Teeuw, 2003). Maar iedere organisatie heeft een publieke dimensie en in deze paper zal ontrafeld worden wat de publieke dimensie is van het UMCU en daarnaast zal ingegaan worden op wat de publieke dimensie is van het onderzoek naar videoreflectieve-methodiek. Videoreflectie wordt toegepast om zorgprocessen op de operatiekamer te optimaliseren. De videobeelden vormen daarbij een uitgangspunt voor reflectie en verbetering van kwaliteit en veiligheid in het ziekenhuis. Tot slot wordt ingegaan op de dynamische omgeving van het ziekenhuis en in hoeverre sociale legitimiteit een doelstelling is van het HR-beleid van het UMC Utrecht.

De publieke dimensie van het UMCU

Het UMCU is één van de grootste publieke zorginstellingen van Nederland, zo staat duidelijk op hun website vermeld. Het ziekenhuis ziet zichzelf dan ook als publieke organisatie, maar uit wetenschappelijk onderzoek, zoals inleidend aangegeven, is het onderscheid tussen publiek en privaat niet zo makkelijk te veronderstellen. Het onderscheid dat private organisaties niet tot de overheid behoren in tegenstelling tot publieke organisaties is makkelijk te veronderstellen, maar verschillende ontwikkelingen zijn van invloed geweest waardoor de grenzen tussen publiek en privaat gedeeltelijk zijn vervaagd. Onder andere een nieuwe vorm van management duidt erop dat de grenzen tussen publiek en privaat aan beweging onderhevig zijn. Van publieke organisaties wordt verwacht dat zij steeds effectiever en efficiënter gaan werken. New Public Management (NPM) is de wetenschappelijke stroming die achter het denken over de bedrijfsmatige overheid schuil gaat. NPM is daarmee door overheden en semioverheden sinds de jaren '80 een veel gebruikte term om de modernisering van de publieke sector te duiden (Noordegraaf & Teeuw, 2003). Sinds januari 2006 zijn er ook verschillende wetten in de Eerste en Tweede Kamer aangenomen om de stijl van het management in de zorgwereld in de richting van meer bedrijfsmatig en resultaatgericht te laten ontwikkelen (Ministerie van Financiën, 2012). Deze beweging wordt verder aangewakkerd door de marktwerking en de concurrentie tussen ziekenhuizen.

Ondanks deze ontwikkelingen en het onderscheid dat lastig te maken is, doet Rainey (2003) een poging door formele kenmerken publieke en private organisatie te onderscheiden. De drie kenmerken die hij benoemt zijn eigendom, zeggenschap en geldstromen. Het UMCU is deels eigendom van de Universiteit Utrecht en eigendom van het Universitair Medisch Centrum, ook wel het academisch ziekenhuis. In universitair medische centra vindt een intensieve samenwerking plaats tussen de geneeskundefaculteit van de lokale universiteit en het daaraan verbonden academisch ziekenhuis. De universiteit is verantwoordelijk voor het onderwijs en onderzoek (de faculteit geneeskunde) en het academisch ziekenhuis is verantwoordelijk voor zorg, het bieden van een werkplaats voor de taken van de faculteit geneeskunde en overige taken waarvoor zij financiering krijgt (Ministerie van Financiën, 2012). Zeggenschap is belegd bij het management van het UMCU en de politiek. De Raad van Bestuur, de minister van Onderwijs Cultuur en Wetenschap

(OCW) en de minister Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zijn namelijk gezamenlijk verantwoordelijk voor de randvoorwaarden waarbinnen UMC's hun publieke functies vervullen (Ministerie van Financiën, 2012). De minister van OCW is verantwoordelijk voor de bekostiging en het beleid van het wetenschappelijk onderwijs en onderzoek. Zij is (stelsel)verantwoordelijk voor het zorgbudget, de innovatie en ontwikkeling van zorg, de bekostiging van de topreferente zorg en de opleiding van medisch specialisten. Samen met zorgverzekeraars, aanbieders van zorg en patiëntenorganisaties geeft het ministerie van VWS invulling aan deze verantwoordelijkheid. De geldstromen zijn onder andere afkomstig van ministeries en zorgverzekeraars. Het ministerie van OCW geeft geld voor de geneeskunde opleiding en onderzoek; het ministerie van VWS voor onderzoek, opleiding van medisch specialisten en patiëntenzorg en de zorgverzekeraars geven geld voor de patiëntenzorg. Daarnaast wordt onderzoek betaald door subsidies voor specifieke projecten. Te denken valt aan collectebusfondsen van stichtingen, het bedrijfsleven en of financiering door particulieren (Ministerie van Financiën, 2012). Op basis van de formele kenmerken geformuleerd door Rainey (2003) kan worden geconcludeerd dat het UMCU overwegend publiek te noemen is. Rainey (2003) benoemt daarbij ook drie onderscheidende bestaansredenen van publieke organisaties: economisch, collectief en politiek. Het UMCU heeft namelijk een economische bestaansreden omdat zij voorzien in (collectieve) goederen en diensten die niet via marktwerking geleverd kunnen worden. De overheid blijft dan ook de voorwaarden scheppen voor de gezondheidszorg. De tweede bestaansreden van het UMCU is het vervullen van een functie waartoe de individuele burger niet in staat is. De gezondheidszorg kan namelijk niet uitgevoerd worden door de individuele burger. Ten derde bestaan er politieke redenen zoals de waarborging van sociale rechtvaardigheid die een publieke organisatie bestaansrecht kunnen verschaffen. Zo is de zorg toegankelijk voor iedere burger om de sociale rechtvaardigheid te kunnen waarborgen.

Kijkend naar de bovengenoemde formele kenmerken en onderscheidende bestaansredenen is te concluderen dat het UMCU een semioverheidsinstelling is. De wettelijke taken dienen een uitgesproken publiek belang en krijgen daarnaast een flinke publieke financiering. Het UMCU is dan ook op twee manieren een semioverheidsinstelling: als onderwijsinstelling en als ziekenhuis.

Formele kenmerken zeggen echter niet alles over de publieke dimensie van een organisatie zo stellen Noordegraaf & Teeuw (2003). Het is ook belangrijk onderscheid te maken tussen waar de organisatie voor staat en de identiteit van een organisatie. Publieke organisaties hebben volgens Noordegraaf & Teeuw (2003) een hoger doel dan bij private organisatie het geval is. Voor het bepalen of een organisatie een publieke of private identiteit heeft, zijn vier dimensies van belang: doelgerichtheid, oorzakelijkheid, tijd en orde (Noordegraaf & Teeuw, 2003). Kijkend naar de dimensie doelgerichtheid kan gesteld worden dat het UMCU gericht is op het leveren van drie publieke functies, te weten een topreferente patiëntenzorg, het verrichten van medisch wetenschappelijk onderzoek en het aanbieden van medisch onderwijs en opleidingen. Mede door de bovengenoemde functies en omdat het UMCU in haar missie beschrijft een bijdrage te willen leveren aan de samenleving, kan gesteld worden dat het UMCU een organisatie met een hoger doel is (Directieverslag UMC Utrecht, 2012).

De tweede dimensie is oorzakelijkheid, wat de mate aangeeft waarin relaties tussen oorzaak en gevolg, doelen en middelen eenduidig is (Noordegraaf & Teeuw, 2003). Bij een private opvatting wordt alleen gekeken naar de directe effecten en bij de publieke opvatting gaat het verder dan enkel

het directe effect van handelen. Het UMCU kijkt naar alle waarschijnlijkheid niet enkel naar de directe effecten, maar gaat juist ook voor de mogelijkheid om op de lange termijn oplossingen te verkrijgen (ziekenzorg) die niet in eerste instantie direct effect opleveren. Het UMCU is namelijk een complexe organisatie met onderlinge afhankelijkheden en samenwerkingen om een optimale patiëntenzorg en opleidingsfaciliteiten te bieden. Het UMCU streeft niet alleen naar de output (de directe effecten) maar ook naar de outcome (het maatschappelijke effect), zoals de verschillende samenwerkingsrelaties die zij aan gaan en het onderzoek dat wordt verricht (Directieverslag UMC Utrecht, 2012)

De derde dimensie is tijd, waarbij een dynamische opvatting van tijd duidt op een publieke identiteit, omdat het verleden en de toekomst een rol spelen in overwegingen die gemaakt worden (Noordegraaf & Teeuw, 2003). Hier tegenover staat een statische opvatting van tijd waar de focus ligt op het behalen van maximale efficiëntie in het heden (private identiteit). Het UMCU wil gezamenlijk met de overheid, zorgverzekeraars en patiënten discussiëren over de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg, juist ook met het oog op de toekomst (Ministerie van Financiën, 2012). Toekomstige generaties hebben ook recht op een betaalbare zorg (Directieverslag UMC Utrecht, 2012) wat duidt op een dynamische opvatting van tijd.

De laatste dimensie is de manier waarop onderlinge relaties worden aangeduid wat iets zegt over de orde die heerst binnen organisaties. Binnen de publieke opvatting worden relaties aangeduid in termen van wederzijds afhankelijkheden, terwijl ondergeschikte relaties kenmerkend zijn voor een private opvatting (Noordegraaf & Teeuw, 2003). Het UMCU laat op dit laatste kenmerk zowel publieke als private eigenschappen zien, omdat zij een professional is die werkt binnen een professionele organisatie maar wel met een duidelijk hiërarchische lijn (Directieverslag UMC Utrecht, 2012). Het UMCU kent namelijk zowel heldere bevelsrelaties (arts, verpleegkundigen) als wederzijdse afhankelijkheden (multidisciplinaire samenwerkingsrelaties, zoals de zorgverzekeraars en de actieve rol van de ondernemingsraad).

Uit bovengenoemde private en publieke factoren valt wederom te concluderen dat UMCU een semipublieke organisatie is kijkend naar haar identiteit. Zowel private als publieke factoren zijn bij het UMCU te herkennen, maar voornamelijk blijkt uit bovenstaande gegevens dat het UMCU gekenmerkt wordt door een publieke identiteit.

Noordegraaf en Teeuw (2003) beschrijven tot slot vier organisatorische posities om het denken over publieke en private organisaties en over publiek management te versterken, namelijk: de bestuurlijke positie, de bedrijfsmatige positie, de maatschappelijk positie en de bedrijfspositie. Het UMCU is na een analyse voornamelijk te positioneren in de bestuurlijke positie (publieke organisatie en identiteit), maar er is wel sprake van een meer bedrijfsmatige aansturing en daarmee een verschuiving naar een bedrijfspositie (publieke organisatie, maar deels private identiteit). Kwantiteit en kwaliteit van de zorgprocessen staat namelijk steeds meer centraal en de uitkomst van dit beleid wordt beoordeeld door de maatschappij. Prestaties, in bijvoorbeeld hoge kwaliteit en veiligheid, zijn essentieel.

De publieke dimensie van het onderzoeksproject

In de gezondheidszorg is er een groeiende bezorgdheid aangaande medische fouten, oplopende kosten van zorg en patiëntveiligheid. Ook het UMCU moet inspelen op de toegenomen vraag vanuit de maatschappij voor het bieden van veilige en kwalitatief hoogstaande zorg. Het UMCU poogt goed

in te springen op deze veranderingen en wil blijven vernieuwen en verbeteren om zo te bouwen aan goede zorg. Het ziekenhuis wil zich daarbij in positieve zin onderscheiden op het gebied van kwaliteits- en veiligheidsmanagement in zorg, onderwijs en onderzoek (Directieverslag UMC Utrecht, 2012). Om deze reden heeft het UMCU zich laten testen door internationale standaarden (accreditatie) op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Het internationale keurmerk JCI is beoordeeld door de Joint Commission International die wereldwijd zorginstellingen toetst. Het JCI-keurmerk geldt als vertrekpunt en vormt als het ware een paraplu van tal van reeds lopende kwaliteitsinitiatieven. De videoreflectie-methodiek is een kwaliteitsinitiatief dat valt onder deze paraplu. Het doel van videoreflectie is namelijk om complexe werksituaties in het ziekenhuis te verbeteren en zo bij te dragen aan kwaliteit en veiligheid. Het oordeel over de publieke dimensie van mijn vraagstuk is dan ook positief. De videoreflectieve-methodiek kan namelijk een bijdrage leveren aan publieke doelen en waarden voor kwaliteit en veiligheid. De methodiek draagt bij aan het verbeteren van zorgprocessen, reduceren van fouten en zo kan het een bijdrage leveren aan een kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg. Een kleine maar groeiende hoeveelheid literatuur suggereert dat reflexiviteit (mate waarin teams reflecteren op hun werkwijze en dit vervolgens aanpassen) een belangrijk proces is voor prestatieverbeteringen van teams. De studies koppelen reflexiviteit rechtstreeks aan verbeterde teamprestaties (Widmer, Schippers, & West, 2009). Verbeterde teamprestaties kunnen in de organisatiecontext van het UMCU en toegespitst in dit onderzoek leiden tot meer kwaliteit en veiligheid op de operatiekamers. Het beleid dat gevoerd wordt om de methodiek verder uit te rollen is dan ook naar mijn inzien zeer positief te beoordelen aangaande de publieke dimensie.

De context en de sociale legitimiteit van het onderzoeksproject en het HR-beleid

Paauwe (2004) geeft aan dat bij het vormen van beleid invloed uitgeoefend wordt vanuit de markt (competitive mechanisms) en vanuit de maatschappij (institutional mechanisms). In hoeverre een organisatie rekening houdt met zijn omgeving, dan wel de maatschappij, zegt vervolgens iets over de rol die sociale legitimiteit speelt bij het vormgeven van het beleid (Paauwe, 2004: 91). Het UMCU handelt dan ook in aansluiting op de theorie niet alleen vanuit verwachtingen van de maatschappij, maar handelt ook door regelgeving van de overheid en andere ziekenhuizen. Andere wetten, regels en sociale partners zijn namelijk van invloed op organisatiepraktijken (Paauwe, 2004). Binnen het UMCU is hier ook sprake van omdat sociale partners (zoals de overheid) en wet- en regelgeving druk uitoefenen. Dit omschrijft een strategische spanning omdat het UMCU in haar doelen rekening moet houden met de markt waarin zij concurreert, maar ook rekening dient te houden met wat de omgeving van haar vraagt, bijvoorbeeld om een goed werkgever te zijn. Enerzijds moet dus uit worden gegaan van doelen als efficiëntie, effectiviteit, flexibiliteit, kwaliteit, innovativiteit en snelheid en anderzijds staan waarden als legitimiteit, fairness en participatie centraal (Paauwe, 2004). Dit vraagt om een nadere analyse aan de hand van het onderzoeksproject en het HR-beleid. Want als een organisatie rekening houdt met haar omgeving heeft dit ook een uitwerking op het gevormde HR-beleid.

Met de huidige staat van de gezondheidszorg in het achterhoofd (onder andere bezorgdheid voor medische fouten) is het volgens meerdere instanties essentieel in het HR-beleid te sturen op het functioneren van de zorgprofessionals (Schneider, 2013). Onder andere de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) geeft aan dat het functioneren van zorgprofessionals een verantwoordelijkheid is van henzelf, hun collega's en van het bestuur van een zorginstelling (VWS,

2012). Het wordt vanuit de maatschappij verwacht dat een instelling of zorgprofessional het vermogen heeft om te leren (institutional mechanisms). En om te investeren in de kwaliteit en veiligheid van de zorg betekent dit investeren in de ontwikkeling van zorgprofessionals. Gedreven medewerkers inspireren elkaar namelijk tot samenwerken en innoveren waarbij kennis overdragen en blijven leren wezenlijke onderdelen zijn van het dagelijks werk van alle UMCU-medewerkers (HR-strategie nota 'samen verschil maken' 3.0, 2011-2015). Hieraan werken is voor de organisatie een belangrijke opgave om zo voldoende vermogen te ontwikkelen om te blijven leren. Feedback geven en feedback ontvangen wordt daarbij een belangrijke pijler voor het beleid de komende vier jaar (HR-strategie nota 'samen verschil maken' 3.0, 2011-2015). Het UMCU kiest ervoor hieraan door middel van videoreflexiviteit invulling te geven, als middel om de prestaties van het personeel in complexe situaties te verbeteren en zodoende bij te dragen aan kwaliteit en veiligheid. Feedback op het handelen van de zorgprofessionals wordt namelijk ook in onderzoek omschreven als cruciaal om de kwaliteit en veiligheid in de dagelijkse activiteiten te verbeteren (Schneider, 2013). Het beleid rondom videoreflexiviteit duidt op sociaal legitiem beleid om kwaliteit en veiligheid te waarborgen. De videoreflexieve methode poogt namelijk vanuit de JCI-norm bij te dragen aan een strategie ter verbetering van de effectiviteit van de communicatie tussen zorgverleners en aan de norm dat alle medewerkers doorlopende opleidingen en andere cursussen en training krijgen om vaardigheden en kennis op peil te houden of uit te breiden. De keuze voor een JCI-accreditatie om kwaliteit en veiligheid te waarborgen kan voortkomen uit concurrentieoverwegingen (competitive mechanisms), maar ook vanuit een drang om vooruitstrevend te zijn in kwaliteitsverbeteringen zodat andere ziekenhuizen hier een voorbeeld aan kunnen nemen. Door de toegenomen marktwerking is het namelijk belangrijk om een goede concurrentiepositie te behouden en efficiënt te werk te gaan.

Tot slot, kwaliteit van zorg is meermaals aangehaald als een publiek belang, maar ook het omgaan met het personeel moet genoemd worden als een publiek belang, wanneer organisaties proberen sociaal legitiem te opereren. Het UMCU heeft namelijk meer dan 11.000 medewerkers, voor wie zij graag een aantrekkelijke werkgever wil zijn. Door zuinig om te gaan met hun medewerkers en studenten en hen goed te begeleiden gedurende hun loopbaan worden medewerkers gestimuleerd om na te denken over hoe zij hun werk nóg beter kunnen doen (Directieverslag UMC Utrecht, 2012). Het UMC Utrecht heeft, naar eigen zeggen, een grote aantrekkingskracht op toptalent uit binnen- en buitenland waarbij gedreven medewerkers elkaar inspireren tot samenwerken en innoveren (Directieverslag UMC Utrecht, 2012). Het UMCU typeert de relatie met zijn medewerkers dan ook als een wisselwerking tussen doelen vanuit de markt (een uitdagende en stimulerende werkomgeving zorgt er voor dat medewerkers graag bij het UMCU willen werken en het centrum innovatief maakt) en vanuit de omgeving (talentontwikkeling vergroot de vijver van potentiële medewerkers voor complexere functies en draagt bij aan kwaliteit en veiligheid te verhogen wat een vraag is vanuit de maatschappij).

Conclusie

Het UMCU kent duidelijk enkele publieke functies, zoals patiëntenzorg, het verrichten van medisch wetenschappelijk onderzoek en het aanbieden van medisch onderwijs en opleidingen. Het UMCU lijkt formeel gezien dan ook een publieke organisatie met een publieke identiteit, maar er is wel sprake van een meer private, bedrijfsmatige aansturing door de marktwerking in de zorg. Sectoren groeien steeds meer naar elkaar toe en vallen in het grijze gebied tussen publiek en privaat en zo

ook het UMCU als semipublieke organisatie. Het UMCU bevindt zich daarnaast in een complex krachtenveld waarbij diverse competitieve en institutionele mechanismen van invloed zijn op de keuzes die gemaakt worden. In de analyse is vaak teruggekomen dat goede zorg een publiek belang is waar het UMCU verantwoordelijkheid voor willen dragen. De organisatie is heel bewust van haar omgeving en wil ook bewust investeren in de kwaliteit en veiligheid en daarmee in haar personeel. Onderzoek en inzicht in de methoden die hier aan bij kunnen dragen (in dit geval videoreflectie) spreekt van een maatschappelijk belang en daarmee een publieke waarde.

Literatuurlijst

Ministerie van Financiën. (2012). *IBO Universitair Medische Centra*. Geraadpleegd via: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/05/23/rapport-interdepartementaal-beleidsonderzoek-universitair-medische-centra.html>

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). (2012). *Kwaliteitsindicatoren 2013: Basset Ziekenhuizen*. Utrecht: VWS

Noordegraaf, M. & Teeuw, M.M. (2003). Publieke identiteit. Eigentijds organiseren in de publieke sector. *Bestuurskunde*, 2003 (1) pp. 2-13

Paauwe, J. (2004), *HRM and Performance achieving long term viability*. New York: Oxford University Press.

Raad van Bestuur UMCU (2012). Directieverslag 2012. Geraadpleegd via: <http://www.UMCUtrecht.nl/NR/rdonlyres/03F5F0AC-3AF5-4555-AEC7-94318CE0AC7B/40853/Directieverslag2012RvBdefinitiefinljaarrekening2.pdf>

Rainey, H. (2003) 'What makes public organizations distinctive', pp. 55-78 uit *Understanding and managing public organizations*. San Francisco: Jossey-Bass.

Schneider, M. M. E. (2013). Dat beloof ik!. *Oratie, Universiteit Utrecht*

Widmer, P. S., Schippers, M. C., & West, M. A. (2009). Recent developments in reflexivity research: A review. *Psychology of Everyday Activity*, 2(2), 2-11

