

De tracer-methodiek als leerinstrument

Hoe zorgprofessionals leren over kwaliteit en veiligheid door gebruik van de tracer-methodiek en het effect van managementinterventies op leren.



Masterscriptie Martina van Dulst
4 Januari 2016

De tracer-methodiek als leerinstrument

Hoe zorgprofessionals leren over kwaliteit en veiligheid door gebruik van de tracer-methodiek en het effect van managementinterventies op leren.

Martina van Dulst
3532593
Masterscriptie Publiek Management
4 Januari 2016

Utrechtse School voor Bestuurs- en Organiseringswetenschap
Universitair Medisch Centrum Utrecht

Drs. M. (Martijn) Ridderbos, Universiteit Utrecht
Prof. Dr. M. (Mirko) Noordegraaf, Universiteit Utrecht
Dr. L. (Liesbeth) Van Rensen, Universitair Medisch Centrum Utrecht



Universitair Medisch Centrum
Utrecht



Universiteit Utrecht

Voorwoord

Het is dan eindelijk zover. De masterscriptie is klaar en ligt hier voor u. Het einde van een lange reis, waar hoogte- en ook zeker heel wat dieptepunten de revue hebben gepasseerd, is achter de rug. Het heeft heel wat doorzettingsvermogen gekost om zover te komen. Deze reis had nooit tot een succesvol einde geleid zonder de steun van een aantal personen.

Allereerst wil ik via dit voorwoord mijn scriptiebegeleider Martijn Ridderbos bedanken voor de bijeenkomsten en zijn feedback. Ook mijn tweede lezer Mirko Noordegraaf ben ik zeer dankbaar, door zijn nuttige feedback aan het einde van het proces waardoor mijn scriptie daadwerkelijk succesvol kon worden afgerond.

Daarnaast richt dit voorwoord zich ook tot het UMCU en in het bijzonder tot Liesbeth van Rensen, voor het mogelijk maken van mijn onderzoek binnen het UMCU, het scherper krijgen van mijn onderzoeksfocus en de toegang tot de respondenten. Eén van de hoogtepunten van deze reis was een kijkje in de keuken bij een zeer professionele en complexe organisatie als een academisch ziekenhuis. Zo heb ik met een aantal tracers meegelopen op diverse zorgafdelingen, waar ik niet alleen informatie opdeed over hoe het tracer-instrument werkt en ervaren wordt, ook heb ik zo een kleine indruk opgedaan wat er allemaal bij de zorg voor patiënten komt kijken. Tijdens de interviews en bij de tracers heb ik met een aantal zeer inspirerende medisch specialisten, verpleegkundigen en managers gesproken die mee wilden werken aan mijn scriptie ondanks hun drukke tijdsschema.

Verder wil ik ook vrienden en vriendinnen, tutorgroepje, huisgenootjes en ouders bedanken. In het bijzonder wil ik Maaïke, Emma, Marleen, Marloes en Rosalie bedanken voor hun immer luisterend oor, hun oppeppende woorden en de vele uren die wij gezamenlijk in de bibliotheek hebben doorgebracht. Ook mijn tutorgroepje wil ik bedanken, voor de feedback in met name de beginfase. Last but not least mijn ouders: bedankt voor alle steun.

Veel leesplezier,
Martina

Managementsamenvatting

Het wordt voor ziekenhuizen steeds belangrijker om kwalitatief goede en veilige zorg te bieden aan haar patiënten. Door de toenemende marktwerking wordt dit een belangrijk middel om zich te onderscheiden van andere ziekenhuizen. Een accreditatie van de Joint Commission International (JCI), is een manier om aan de buitenwereld aan te tonen dat er kwalitatieve en veilige zorg geleverd wordt en er continu verbeterd wordt. Hieruit voort komt de tracer-methodiek, een methode waarbij aan de hand van de ruim 1400 JCI-normen vanuit de patiënt het pad wordt doorlopen, om de actuele stand van kwaliteit en veiligheid te onderzoeken, met zorgprofessionals de dialoog aan te gaan en te constateren wat er verbeterd kan worden. Zowel de JCI-accreditatie, JCI-normen als de tracer-methodiek zijn kwaliteitsstrevingen die veel met kennis te maken hebben. Om deze kennis en handelingen onderdeel te laten worden van het dagelijkse werk van zorgprofessionals, is het belangrijk dat er leerprocessen in het leven geroepen worden. De veronderstelling is dat het doen van tracers leidt tot leren bij zorgprofessionals, wat uiteindelijk resulteert in een hogere kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.

Echter is leren een complex fenomeen, laat staan het leren van professionals in een professionele en kennisintensieve organisatie als een ziekenhuis, wat dan ook meerdere organisatie- en managerial vraagstukken met zich meebrengt. Het is niet alleen de vraag hoe zorgprofessionals leren van de tracer-methodiek en of dit ook daadwerkelijk leidt tot een verbetering van de kwaliteit en veiligheid, het is ook de vraag hoe managers en met welke interventies het leren van zorgprofessionals op gang brengen en blijven managen. Alsof deze vragen nog niet genoeg zijn, dienen managers ook rekening te houden met de medische autonomie waaraan zorgprofessionals gehecht zijn, de soms tegengestelde belangen van managers en zorgprofessionals en dat zorgprofessionals vaak initieel negatief staan tegenover vormen van kennismanagement en daardoor hun eigen strategie hanteren om hiermee om te gaan tijdens het werk.

Het kwalitatieve onderzoek is gedaan bij het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU), middels een case study op meerdere afdelingen van de Divisie Interne Geneeskunde en Dermatologie (DIGD).

Uit de resultaten blijkt allereerst dat er een divers beeld bestaat hoe er met de tracer-methodiek wordt omgegaan en dat tracers, de JCI-accreditatie en normen en kwaliteit en veiligheid onderwerpen zijn die door elkaar heen lopen. De toepassing van de tracer-methodiek leidt niet tot de sterke leereffecten als van tevoren werd verwacht. Er zijn wel single en double-loop leereffecten op te merken, echter bestaat hierbij de twijfel hoe geldend deze effecten zijn voor de hele DIGD en UMCU, of deze effecten ook komen na de tracers zonder steeds een interventie van leidinggevenden en of dit daadwerkelijk leidt tot een betere (duurzame) kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. De interindividuele leereffecten zijn enigszins zichtbaar, maar de vraag bestaat wat deze effecten concreet aantonen. Van de managementinterventies heeft de transformationele leiderschapsstijl het meeste effect op zowel de professionele reactie van zorgprofessionals als op het leren. Door de transformationele leiderschapsstijl worden zorgprofessionals bewogen tot een adaptation stijl en zet deze stijl aan tot meer single en double-loop leereffecten.

Uit het empirische onderzoek kwamen drie factoren naar voren die met name de leereffecten door de tracer-methodiek maar ook in zekere zin de managementinterventies overtreffen. Deze factoren zijn een verminderde aandacht en prioritering voor de tracer-methodiek en JCI (en daarmee

ook impliciet voor kwaliteit en veiligheid) sinds de accreditatie, weinig multidisciplinaire mogelijkheden om ervaringen te delen en een andere dynamiek sinds de JCI-accreditatie behaald is.

Aanbevelingen om de tracers meer bij te laten dragen aan de leereffecten van zorgprofessionals zijn enerzijds praktisch van aard door het tracer-instrument optimaler te gebruiken, door bijvoorbeeld vaker tracers te doen, en om de terugkoppeling en bespreking van de tracer-uitkomsten door leidinggevenden meer uniform terug te koppelen naar de zorgprofessionals toe. Bovendien valt aan te raden voor leidinggevenden om de transformationele leiderschapsstijl meer en krachtiger toe te passen in combinatie met het aandacht besteden aan kwaliteits- en veiligheidsonderwerpen door de transactionele leiderschapsstijl, gezien de (voorzichtig) positieve effecten op de professionele reactie adaptation en single en double-loop leereffecten. Deze transformationele leiderschapsstijl kan gekoppeld worden aan de drie bovengenoemde factoren om nog meer kracht bij te zetten: een meer continue vorm van aandacht en prioritering voor tracers, JCI-normen en kwaliteit en veiligheid, het creëren van meer multidisciplinaire mogelijkheden om kennis en ervaringen te delen tussen zorgprofessionals en een overkoepelend betekenisvol verhaal over kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid blijven uitdragen.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Managementsamenvatting	4
1. Inleiding	8
1.1 Aanleiding.....	8
1.2 Probleem- en vraagstelling	10
1.3 Deelvragen	11
1.4 Onderzoeksaanpak.....	12
1.5 Relevantie.....	13
1.6 Leeswijzer.....	13
2. De metamorfose van de zorgsector	15
2.1 Ontwikkelingen in de zorgsector	15
2.1.1 Demografische ontwikkelingen	15
2.1.2 Individualisering	15
2.1.3 Technologische ontwikkelingen.....	16
2.1.4 Macro-economische ontwikkelingen	16
2.2 Kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid	17
2.3 Kennismanagementinstrumenten	18
2.4 JCI en tracers.....	20
2.4.1 Tracer-methodiek.....	21
2.4.2 Een viertal tracers	22
2.4.3 Het uitvoeren van een tracer: JCI-normenkader.....	23
2.5 Conclusie.....	24
3. Hoe zorgprofessionals leren en hoe managers dit kunnen beïnvloeden..	25
3.1 Leren door zorgprofessionals	25
3.1.1 Zorgprofessionals in een professionele organisatie	25
3.1.2 Professionele reactie op kennismanagement door zorgprofessionals.....	27
3.1.3 Interindividueel leren door zorgprofessionals	30
3.1.4 Organisationeel leren door zorgprofessionals: single en double-loop ...	32
3.2 Managen van leerprocessen	34
3.2.1 Leiderschapsstijlen.....	34
3.3 Conclusie en onderzoeksmodel	36

4. Onderzoeksaanpak	38
4.1 Type onderzoek	38
4.2 Case Study	39
4.3 Onderzoeksmethoden	39
4.3.1 Interviews	40
4.3.2 Observaties	41
4.3.3 Documentenanalyse	42
4.4 Operationalisatie	44
4.5 Data-analyse	45
4.6 Betrouwbaarheid en validiteit	46
4.6.1 Betrouwbaarheid	46
4.6.2 Validiteit	47
5. Professionele reacties en leerprocessen van zorgprofessionals	48
5.1 Inzet tracer-methodiek binnen de DIGD en het UMCU	48
5.2 Professionele reactie zorgprofessionals op de tracer-methodiek	51
5.3 Leren van zorgprofessionals door inzet tracer-methodiek	54
5.3.1 Interindividueel leren	55
5.3.2 Organisationeel leren	59
5.4 Samenvattend	61
6. Managen van leren en professionele reacties op tracer-methodiek	64
6.1 Leiderschapstijlen	64
6.2 Contextfactoren	67
6.3 Samenvattend	69
7. Conclusie	71
7.1 Aanbevelingen	73
7.2.1 Praktische aanbevelingen	73
7.2.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	76
7.2 Discussie	76
8. Geraadpleegde bronnen	78
9. Bijlagen	83

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

‘De Nederlandse ziekenhuizen zijn veiliger geworden, de potentieel vermijdbare sterfte is de afgelopen jaren aanzienlijk gedaald. Maar de positieve cijfers zijn allerm minst aanleiding achterover te leunen’ (Orde van Medisch Specialisten, 2013).

De toenemende nadruk op kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid is één van de belangrijke en vele ontwikkelingen die de zorgsector de afgelopen jaren heeft doorgemaakt. Door de opkomst van marktwerking en het New Public Management (NPM), een ontwikkeling waarbij het accent wordt gelegd op het zo efficiënt en effectief mogelijk laten fungeren van (semi)overheidsinstellingen (Noordegraaf, 2008), hebben zich veel veranderingen gemanifesteerd voor ziekenhuizen die te maken hebben met presteren. Vanuit de NPM gedachtegang wordt allereerst verwacht dat ziekenhuizen aantoonbaar efficiënt, doelmatig en transparant zijn en kwalitatief goede en veilige zorg aanbieden (RVZ, 2011). Tevens wordt er geëist dat ziekenhuizen traditionele waarden als toegankelijkheid, solidariteit, betaalbaarheid en keuzevrijheid blijven garanderen (Maarse, 2011). Daarnaast is de positie van de patiënt veranderd: patiënten hebben tegenwoordig een sterkere eigen mening (Noordegraaf, 2008), omdat ze zich vooraf steeds beter via het internet laten informeren over onder andere de kwaliteit en veiligheid en dit ook mogelijk is geworden door de toenemende transparantie van ziekenhuizen. Hierdoor verwachten zij ook steeds meer van de zorg in ziekenhuizen (WRR, 2004) en is een weloverwogen keuze van patiënten om voortaan naar andere ziekenhuizen te gaan voorstelbaar (WRR, 2004). Dit alles leidt ertoe dat er betoogd kan worden dat er sprake is van meervoudige prestatiedruk voor ziekenhuizen (Noordegraaf, 2008). Hierdoor staan ziekenhuizen onder druk om de hierboven genoemde verwachtingen te voldoen.

Toenemend strategisch belang kwaliteit en patiëntveiligheid Nederlandse ziekenhuizen

Aan het einde van de jaren 90 is de kwaliteits- en veiligheidsbeweging wereldwijd gestart in ziekenhuizen na het verschijnen van het rapport *‘To Err is Human’* (Leistikov, 2010). Hierin is naar voren gekomen dat de geleverde zorg kwalitatief duidelijk minder goed en veilig is dan dat er algemeen werd aangenomen (Leistikov, 2010, p.34). Vervolgens is uit meerdere rapporten gebleken dat ongeveer tien procent van de patiënten die in ziekenhuizen wordt opgenomen onbedoelde schade (complicaties en medische missers) oploopt, waarvan de helft te vermijden is (Amalberti, Auroy, Berwick & Barach, 2005). Naar aanleiding hiervan is er de laatste jaren veel maatschappelijke aandacht - vanuit de politiek, zorgverzekeraars, patiënten en zorgverleners - voor het belang en een verbetering van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid in ziekenhuizen, zowel nationaal als internationaal (Wollersheim, Bakker, Bijnen, Gouma, Wagner & Van der Weijden, 2011). Vanuit deze stakeholders is een duidelijke vraag ontstaan naar kwalitatief goede en veilige zorg in ziekenhuizen terwijl tegelijkertijd de hierboven genoemde feiten voor een daling van het vertrouwen in de gezondheidszorg heeft gezorgd (Wollersheim et al., 2011). Hierdoor is het belangrijk dat ziekenhuizen ernaar streven kwalitatief goede en veilige zorg te bieden en dit ook continu blijven verbeteren. Dit is tevens van strategisch belang: door de eerder genoemde marktwerking wordt het van steeds groter belang dat ziekenhuizen zich onderscheiden van andere ziekenhuizen (Hislop, 2013) en dit kan door kwalitatief goede en veilige zorg te bieden (Wollersheim et al., 2011). Met andere woorden, presteren

op kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid levert een concurrentievoordeel op en is daarmee ook een inkomstenbron geworden die mede bepalend is in het succes en voortbestaan van ziekenhuizen.

Naast de daadwerkelijke prestatie op kwaliteit en veiligheid door ziekenhuizen is het daarbij ook van belang om dit zichtbaar te maken voor de buitenwereld. Eén manier om kwalitatief goede en veilige zorg aan de buitenwereld aan te tonen, is middels een accreditatie van de Joint Commission International (JCI). De JCI-accreditatie omhelst ruim 1400 kwaliteits- en patiëntveiligheidsnormen waarop zorginstellingen worden beoordeeld door JCI (JCI,2010). Door deze accreditatie zou het ziekenhuis aantoonbaar patiëntveilig zijn en kwalitatief goede zorg dienen te leveren (JCI, 2010).

Er kan echter niet bij de pakken worden stilgezeten: het is belangrijk om steeds stappen te maken om de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te blijven borgen en te blijven verbeteren zodat de JCI-accreditatie ook bij de her-audit behouden blijft (Al-Awa, De Wever, Melot & Devreux, 2011). Eén manier die door ziekenhuizen kan worden gebruikt om de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te borgen en continu te verbeteren, is de zogeheten *'tracer-methodiek'*, onderdeel van de JCI survey systematiek (zie ook paragraaf 2.6):

Een tracer *'volgt het pad en de ervaringen van een patiënt, om zo de prestaties van een zorginstelling te toetsen aan de internationale JCI standaarden volgens het principe: Tell me, show me, and take a good look'* (Van Haendel & De Vries, 2014, p.1).

Een belangrijk uitgangspunt bij het doen van tracers is dat zowel de uitvoering van de tracer zelf (als zorgprofessionals bevroegd worden door daarvoor opgeleide ziekenhuismedewerkers) alsook de terugkoppeling van de tracer-uitkomsten input oplevert waarvan zorgprofessionals kunnen leren (JCI, 2010). Door middel van een tracer kan duidelijk worden wat er goed en fout gaat in de zorg, zoals bijvoorbeeld het ontbreken van bepaalde kennis bij zorgprofessionals over het ziekenhuisbeleid en dat er hierdoor bepaalde handelingen of procedures niet correct uitgevoerd worden. Het is de bedoeling dat de uitkomsten van de tracers leidt tot leren door zorgprofessionals, oftewel een verandering in de kennis en handelingen van zorgprofessionals, en daarmee vervolgens bijdraagt aan verbetering van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.

Ziekenhuizen kunnen ervoor kiezen dus zelf tracers te organiseren naar de normen en richtlijnen van JCI in aanloop naar de accreditatie en erna ook kiezen deze zelf te blijven inzetten. Van Haendel & De Vries (2014) constateren dat de tracer-methodiek een zeer waardevol instrument is om de actuele kwaliteit en veiligheid lokaal vast te stellen op afdelingen en om de dialoog aan te gaan met zorgprofessionals. Ook stellen zij dat de tracers belangrijk zijn om tot een succesvolle accreditatie te komen, alhoewel een direct causaal verband (nog) niet onderzocht lijkt te zijn.

Versterking leervermogen zorgprofessional belangrijk om kwaliteit en veiligheid te verbeteren

Het is voor ziekenhuizen steeds belangrijker geworden om te streven steeds kwalitatief betere en veiligere zorg te bieden aan patiënten. Een middel waarmee dit (continu) kan worden verbeterd is de in de vorige subparagraaf geïntroduceerde JCI-accreditatie en tracer-methodiek. Bij het voornemen via JCI en het tracer-instrument de kwaliteit en veiligheid (continu) te verbeteren, valt op te merken dat deze kwaliteitsstrevingen veel met kennis te maken hebben. De tracer-methodiek en JCI kunnen gezien worden als vormen van kennismanagement. Kennismanagement heeft als doel de kennis van werknemers te ontwikkelen, te bevorderen en te verspreiden binnen de desbetreffende organisatie (Hislop, 2013). De tracers en ook de JCI-accreditatie die hier als overkoepelend onderdeel bij is, zijn op

te vatten als instrumenten gericht op het bevorderen van kennisvermeerdering en deling binnen ziekenhuizen doordat de kennis en gewenste handelingen over kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid vastgelegd zijn en toegankelijk zijn gemaakt voor alle zorgprofessionals, hierop gestuurd kan worden door managers en de kwaliteit en veiligheid verbeterd kan worden. Om deze kennis en handelingen onderdeel te laten worden van het dagelijkse werk van zorgprofessionals, dienen leerprocessen in het leven geroepen te worden. Leren is echter een complex fenomeen en is dus niet iets wat bewust vanzelf tot stand komt (Argyris&Schön, 1974) waardoor de veronderstelling ook niet zo kan zijn dat het doen van tracers automatisch tot leren van zorgprofessionals leidt en daarmee tot een verbetering van de kwaliteit en veiligheid.

Het leren van professionals in een hoog professionele en kennisintensieve organisatie als een ziekenhuis brengt meerdere organisatie- en managerial vraagstukken met zich mee (Waring & Currie, 2009). Het is niet alleen de vraag hoe zorgprofessionals leren van de tracer-methodiek en of dit ook daadwerkelijk leidt tot een verbetering van de kwaliteit en veiligheid, het is ook de vraag hoe managers en met welke interventies het leren van zorgprofessionals op gang brengen en blijven managen. Bij deze vragen dienen managers ook rekening te houden met de medische autonomie waaraan zorgprofessionals gehecht zijn, de soms tegengestelde belangen van managers en zorgprofessionals en dat zorgprofessionals vaak initieel negatief staan tegenover vormen van kennis-of kwaliteitsmanagement en instrumenten (Wilensky; 1964, Waring & Currie, 2009, Noordegraaf;2008). Deze '*response*' van zorgprofessionals (Waring & Currie, 2009), vrij vertaald naar professionele reactie, heeft mogelijk ook invloed op de bereidheid van professionals om nieuwe kennis en handelingen aan te leren. Een reële verwachting is dat als zorgprofessionals negatief staan tegenover kennismanagement of instrumenten daartoe behorend, zoals JCI en de tracers, dat zij de kennis en handelingen die dit met zich meebrengt niet aan willen leren. Als meerdere zorgprofessionals bijvoorbeeld niet op de hoogte zijn van de hygiëne procedures of de handelingen ervan niet (systematisch) toe willen passen, kan het grote gevolgen hebben zoals bijvoorbeeld een infectie-uitbraak (Leistikov, 2010). Dit onderstreept wederom het belang van het bieden van kwalitatief goede en veilige zorg. In deze kwaliteitsstrevingen is dus een belangrijke rol weggelegd voor het leren van zorgprofessionals met behulp van de tracer-methodiek en het is aan de managers om deze leerprocessen en de professionele reactie van de zorgprofessionals in goede banen te leiden.

1.2 Probleemstelling en onderzoeksvraag

Uit het voorgaande wordt duidelijk dat er niet automatisch vanuit kan worden gegaan dat de tracer-methodiek vanzelf tot leren bij zorgprofessionals leidt over nieuwe kennis en handelingen over kwaliteit en veiligheid en voor een gedragsverandering zorgt. Het leren van professionals in een professionele en kennisintensieve organisatie als een ziekenhuis brengt namelijk meerdere organisatie- en managerial vraagstukken met zich mee. Het eerste vraagstuk is of de tracer-methodiek een instrument is waarmee zorgprofessionals daadwerkelijk leren over kwaliteit van zorg en veiligheid, waarbij rekening wordt gehouden met de professionele reactie van zorgprofessionals tegenover JCI en de tracer-methodiek. Het tweede vraagstuk behelst de vraag hoe managers het leren van zorgprofessionals kunnen managen.

De doelstelling van dit onderzoek is dan ook het beschrijven hoe er door zorgprofessionals geleerd wordt door de tracer-methodiek over kwaliteit en veiligheid en hoe het management stuurt op het leren van zorgprofessionals aan de hand van deze tracers, om vervolgens enerzijds aanbevelingen te doen hoe het leren van zorgprofessionals door de tracers versterkt kan worden en anderzijds hoe een verbetering van deze sturing het lerend vermogen van zorgprofessionals kan

verbeteren zodat de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid continu verbeterd wordt binnen ziekenhuizen.

Naar aanleiding van het bovenstaande is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

Op welke wijze draagt de tracer-methodiek bij aan het versterken van het leren van zorgprofessionals op het gebied van kwaliteit en veiligheid en hoe kunnen managementinterventies het leren versterken?

1.3 Deelvragen

De hierboven geformuleerde onderzoeksvraag is te verdelen in de volgende deelvragen:

Theoretische deelvragen:

1. Hoe leren zorgprofessionals?
2. Hoe gaan zorgprofessionals om met de introductie van een kwaliteitsinstrument dat leren stimuleert?
3. Hoe kunnen managers leren via managementinstrumenten bevorderen?

Empirische deelvragen:

1. Hoe werkt de tracer-methodiek en hoe wordt daar door zorgprofessionals mee omgegaan?
2. Op welke wijze leren zorgprofessionals over kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid door toepassing van de tracer-methodiek?
3. Hoe kunnen managementinterventies het leren van zorgprofessionals versterken?

In het kort worden hier de deelvragen toegelicht. Er zijn drie theoretische deelvragen waarbij aan de hand van literatuur wordt achterhaald wat deze begrippen voorstellen en hoe zij in relatie tot elkaar staan. De eerste empirische deelvraag is een inleidende vraag. Er wordt hier bekeken aan de hand van de gehouden interviews, observaties en de documentenanalyse hoe de tracer-methodiek wordt ingezet en er wordt beschreven hoe zorgprofessionals daarop reageren: werken zij mee met de tracer-methodiek of werken zij tegen. Deze professionele reactie op kennismanagement heeft namelijk gevolgen voor het al dan niet leren door zorgprofessionals op kwaliteit en veiligheid. In de tweede empirische deelvraag wordt middels interindividueel en organisationeel leren onderzocht of en hoe zorgprofessionals leren door toepassing van de tracer-methodiek. Vervolgens wordt in de derde deelvraag beschreven of en met welke interventies managers het leren van zorgprofessionals kunnen bevorderen.

De kernconcepten zullen hier achtereenvolgens kort worden geïntroduceerd, waar de concepten in het theoretisch kader uitvoerig worden uiteengezet. Vervolgens wordt een beknopte introductie gegeven van de gebruikte theorieën.

Met “*management*” worden alle leidinggevenden bedoeld, die een formele positie in de organisatie hebben om leiding te geven aan (delen van) de organisatie en dit doen om ‘*dingen voor elkaar te krijgen waarbij verschillende mensen betrokken zijn*’ (Noordegraaf, 2008, p.374). ‘*Interventies*’ duiden in dit onderzoek op een ‘*tussenkomst of actie van het management om een persoon of een groep in een bepaalde verandering te bewegen*’ (Koeleman, 2002, p.22). In dit onderzoek gaat het specifiek om managementinterventies bij zorgprofessionals. De managementinterventies hebben betrekking op het proces *nà* een tracer. Een tracer wordt verricht

door de daarvoor opgeleide traceraars, waardoor leidinggevendenden nauwelijks invloed kunnen uitoefenen op het verloop van de tracer of de tracer-uitkomsten. Een leidinggevende kan daarom pas interventies beginnen nadat een tracer is uitgevoerd, aan de hand van de tracer-uitkomsten. Een omschrijving van het begrip ‘*zorgprofessional*’ is aan de hand van de theorie van Wilensky (1964) en Noordegraaf & De Bruijn (2010), waarbij specifieke kenmerken worden benoemd die professionals beschrijven. Enkele kenmerken van professionals zijn dat zij een langdurige specialistische studie afgerond hebben en veel waarde hechten aan hun autonomie. De professionals waar het in dit onderzoek om gaat zijn zorgprofessionals; medisch specialisten en verpleegkundigen.

Met “*leren*” wordt in dit onderzoek het volgende bedoeld: *Leren is het vermogen van personen om op interindividueel en organisationeel niveau het proces te doorlopen waarmee kennis en handelingen verrijkt worden die tot gedragsverandering van zorgprofessionals leidt* (samengestelde definitie op basis van Weick 1993; Schein 1999; Argyris 1996; Wierdsma & Swieringa, 2011). De personen betreffen zorgprofessionals in dit onderzoek. Het specifieke doel van leren in dit onderzoek is dat het resulteert in een verbetering van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.

Er bestaan vele verschillende theorieën over leren die gebruikt kunnen worden om te onderzoeken of en hoe zorgprofessionals leren door de inzet van de tracers. In dit onderzoek worden theorieën gebruikt om te onderzoeken hoe zorgprofessionals interindividueel en organisationeel leren. Inter-individueel leren kunnen zorgprofessionals doen door middel van socialisatie, externalisatie, combinatie of internalisatie (Nonaka & Takeuchi, 1999), organisationeel leren middels single of double-loop leren (Argyris & Schön, 1974). De keuze voor deze theorieën en de theorieën zelf worden besproken in het theoretisch kader. Deze vormen van leren moeten ertoe leiden dat zorgprofessionals (nieuwe) kennis en handelingen aanleren en zij deze nieuwe kennis en handelingen voortaan toepassen gedurende hun werk. De gedachte hierachter is dat dit resulteert in een verbeterde kwaliteit en veiligheid van de zorg voor patiënten.

Het leren van de professionals naar aanleiding van het tracer-instrument hangt ook samen met de professionele reactie die zorgprofessionals hebben op dit instrument. Waring & Currie (2009) hanteren drie reacties die zorgprofessionals kunnen hanteren: co-optation, adaptation en circumventing. De theorie die gebruikt wordt om te onderzoeken hoe managers proberen de leerprocessen en professionele reactie op kennismanagementinstrumenten te managen, is die van de drie leiderschapstijlen: transactioneel, transformationeel en laissez-faire (Hislop, 2009; Van Engen & Vinkenburg, 2005; Alharbi & Zien Yusoff, 2012).

1.4 Onderzoeksaanpak

In deze paragraaf wordt in een notendop beschreven wat de onderzoeksaanpak van dit onderzoek is. In hoofdstuk vier wordt de onderzoeksaanpak uitvoerig toegelicht en verantwoord.

Er is kwalitatief onderzoek gedaan en er zijn diverse onderzoeksmethoden gebruikt om te komen tot het beantwoorden van de hoofdvraag. De kernbegrippen leren, managementinterventies en kennismanagement zijn theoretisch geduid. Dit heeft geleid tot het meetbaar maken van de concepten.

Vervolgens is een case study uitgevoerd om tot het verzamelen van de empirische gegevens te komen. Er zijn meerdere cases onderzocht binnen het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU). Er is gekozen voor het UMCU omdat dit ziekenhuis allereerst sinds juli 2013 succesvol geaccrediteerd is door JCI (UMCI, 2014) en ten tweede uit verkennende gesprekken duidelijk werd dat het de tracer-methodiek inzet om het actuele niveau van kwaliteit en veiligheid te meten en deze (continu) wil blijven verbeteren. Ten derde is het UMCU bezig het tracer-instrument te evalueren en

te kijken hoe deze optimaal benut kan worden en zo ten goede komt aan de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Verschillende afdelingen van de Divisie Interne Geneeskunde en Dermatologie (DIGD) zijn onderzocht. De empirische bevindingen werden gevonden middels het doen van interviews, observaties en een documentenanalyse.

1.5 Relevantie

Dit onderzoek is zowel wetenschappelijk als maatschappelijk relevant. Dit onderzoek bevindt zich in een domein waarover veel wetenschappelijke literatuur is. Zo is er veel onderzoek verricht naar managers en interventies (onder andere Mintzberg, 1973 en 2009; Zaleznik, 2000; Noordegraaf, 2000). Ook is er veel onderzoek gedaan naar (organisatie) leren en kennismanagement (onder andere Argyris & Schön, 1974; Argyris & Schön, 1996; Waring & Currie, 2009) en naar professionals (bijvoorbeeld Wilensky, 1964; Freidson, 1970). Verder zijn er onderzoeken gedaan naar accreditaties binnen gezondheidszorgorganisaties en is daarbij de JCI-accreditatie meegenomen in de onderzoeken (zie bijvoorbeeld Al-Awa, De Wever, Melot & Devreux, 2011; Buetow & Wellingham, 2003; Jaafaripooyan, Agrizzi & Akbari-Haghihi, 2011). Echter is er tot dusverre geen wetenschappelijk onderzoek bekend dat specifiek gedaan is naar de tracer-methodiek. Ook is er geen onderzoek gedaan waarbij de hierboven genoemde begrippen in samenhang met elkaar zijn onderzocht. Dit onderzoek is wetenschappelijk relevant doordat middels dit onderzoek wordt bijgedragen aan kennisvermeerdering rondom de tracer-methodiek en hoe met behulp van dit instrument het leervermogen van zorgprofessionals over kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid verbeterd kan worden en hoe managementinterventies het leervermogen van zorgprofessionals kan versterken.

Dit onderzoek is ook maatschappelijk relevant voor het UMCU en voor andere ziekenhuizen die met de JCI-accreditatie werken of met andere methodes gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. In de inleiding is reeds naar voren gekomen dat er door diverse actoren verwacht, of zelfs geëist, wordt dat ziekenhuizen kwalitatief goede en veilige zorg aan hun patiënten bieden en continu streven de zorg te verbeteren. Bovendien wordt het door de marktwerking ook steeds belangrijker om aan de buitenwereld aan te tonen dat er goede zorg geboden wordt. Nu heeft het UMCU een gedegen basis met de JCI accreditatie waarmee zij kwalitatieve en veilige zorg kan bieden en dit tevens kan aantonen. Dit onderzoek is maatschappelijk relevant doordat de tracer-methodiek zorgprofessionals de mogelijkheid biedt om te leren op kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid en verondersteld wordt dat dit de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid (verder) versterkt en hiermee aan de eisen van verschillende actoren kan worden voldaan. Specifiek voor het UMCU betekent dat dit onderzoek naar de mate waarin de tracer-methodiek het leren van zorgprofessionals versterkt en hoe het management dit leervermogen kan verbeteren, mogelijk bijdraagt aan het realiseren van de doelstelling van het UMCU om in 2015 onderscheidend te zijn op het gebied van kwaliteit en veiligheid in Nederland (UMCU, 2015).

1.6 Leeswijzer

Na de positionering van dit onderzoek in de bovenstaande paragrafen, volgt in hoofdstuk twee een contextschets van de zorgsector. In hoofdstuk drie volgt de theoretische positionering van kernbegrippen in dit onderzoek: het leren van zorgprofessionals, kennismanagement managementinterventies en hoe deze concepten onderling met elkaar verbonden zijn. Tevens wordt in dit hoofdstuk het onderzoeksmodel geformuleerd, wat centraal staat in dit onderzoek. Vervolgens

wordt in hoofdstuk vier de onderzoeksaanpak geformuleerd, waarin de gemaakte keuzes worden verantwoord en de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek wordt aangetoond. Daarna volgen in hoofdstuk vijf en zes de resultaten van het empirische onderzoek dat is uitgevoerd. Een analyse van de resultaten volgt, waarna in de conclusie een antwoord op de hoofdvraag wordt gegeven. Ook worden er aanbevelingen gedaan en wordt het onderzoek in de discussie in een breder perspectief geplaatst dan alleen het UMCU.

2. De metamorfose van de zorgsector

In dit hoofdstuk wordt de context van de veranderende gezondheidszorg geschetst. Dit helpt de probleemstelling en onderzoeksvraag in de context van de vele veranderingen in de zorgsector te plaatsen. Het schetst de omgeving en de achtergrond van dit onderzoek die relevant is voor een volledig begrip ervan.

Allereerst worden in paragraaf 2.1 diverse ontwikkelingen besproken die gaande zijn in de gezondheidszorg. Daarna worden in paragraaf 2.2 de begrippen kwaliteit en veiligheid nader uiteengezet. In paragraaf 2.3 passeren een aantal kennismanagementtheorieën de revue die in ziekenhuizen kunnen worden ingezet. Vervolgens volgt een verdieping op de JCI-accreditatie, de tracer-methodiek en de onderlinge samenhang in paragraaf 2.4, waarna dit hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie in paragraaf 2.5.

2.1 Ontwikkelingen in de zorgsector

De gezondheidszorg heeft de afgelopen decennia een metamorfose doorgemaakt door de vele en grote veranderingen die er zijn doorgevoerd. Deze veranderingen hebben invloed op de hedendaagse zorgvraag en het aanbod ervan. De ontwikkelingen kunnen grofweg worden ingedeeld in demografische, technologische, macro-economische ontwikkelingen en individualisering. Deze ontwikkelingen worden in onderstaande subparagrafen kort uiteengezet.

2.1.1. Demografische ontwikkelingen

De samenstelling van de bevolking in Nederland is sterk aan het veranderen. Een grote groep Nederlanders vergrijs, oftewel wordt steeds ouder, terwijl er tegelijkertijd sprake is van een afname van het gemiddelde geboortecijfer (RVZ, 2011, p.23). In de periode 2011-2020 wordt verwacht dat er meer dan een half miljoen 65-plussers bijkomen en ondanks dat de levensverwachting van mensen steeds toeneemt, betekent dit niet dat deze toename in volle gezondheid is (RVZ 2011, p.23; Boot 2010, p.11). Als mensen steeds ouder worden, stijgt ook de kans op één of meerdere chronische ziekten (Boot, 2010). Als een persoon meerdere ziektes of aandoeningen heeft, ook wel multimorbiditeit genoemd (Schellevis, 2006), zijn er logischerwijs steeds meer zorgverleners bij het zorgproces betrokken. Dit leidt er mede toe dat het moeilijker wordt om de zorg goed te organiseren in plaats van dat iemand met bijvoorbeeld een 'normale' beenbreuk om zorg vraagt. De hierboven beschreven demografische ontwikkelingen resulteren erin dat de vraag naar zorg sterk groeit (Boot, 2010).

2.1.2. Individualisering

Een andere ontwikkeling die effect heeft op zowel de zorgvraag als het zorgaanbod, is de individualisering van de Nederlandse inwoners. Het zelfbeschikkingsrecht is voor burgers steeds belangrijker geworden sinds de welvaarttoename na de Tweede Wereldoorlog (Noordegraaf, Geuijen & Meijer, 2011) en dit brengt een aantal gevolgen met zich mee. Zo willen burgers hun eigen keuzes maken en zijn ze assertiever geworden, waardoor zij opkomen voor hun eigen rechten (Noordegraaf, 2008, p.57). Zorg wordt burgers niet langer gezien als een gunst die zij ontvangen, maar als iets waar zij recht op hebben (WRR, 2004). Ook zijn burgers veeleisend geworden en dit is bovendien ambivalent: *'ze zijn niet alleen veeleisend, ze willen ook vaak verschillende, moeilijk verenigbare zaken tegelijkertijd'* (Noordegraaf, 2008, p.57). Dit uit zich in de zorgsector bijvoorbeeld dat burgers verwachten snel geholpen te worden, dat de zorg een zeer hoge kwaliteit en veiligheid kent en zij

willen daar tegelijkertijd zo weinig als mogelijk voor betalen. Individualisering brengt ook met zich mee dat burgers verwachten dat zorg op maat geleverd wordt (Westerhout, 2000). Deze veranderingen in houding en gedrag bij burgers brengt met zich mee dat zorgorganisaties, en zorgprofessionals, er verstandig aan doen hier rekening mee te houden bij de zorgverlening.

2.1.3. Technologische ontwikkelingen

Er zijn de afgelopen jaren vele technologische ontwikkelingen in de gezondheidszorg geïntroduceerd. Deze ontwikkelingen kunnen ruwweg in twee categorieën worden opgedeeld: enerzijds innovaties op medisch (technisch) inhoudelijk gebied en anderzijds technologische ontwikkelingen (RVZ, 2011). Op medisch inhoudelijk gebied zijn er doorbraken gerealiseerd op het gebied van onder andere ‘genomics’ en ‘nanomedicine’ (RVZ, 2011). Genomics houdt kort gezegd het onderzoek in naar de erfelijkheid en de genen van onder andere mensen en dieren (Alles over DNA 2011, In: RVZ, 2011, p.14). Deze doorbraken leveren niet alleen nieuwe inzichten op, het biedt ook kans op het ontwikkelen van nieuwe behandelmethoden en geneesmiddelen (RVZ, 2011).

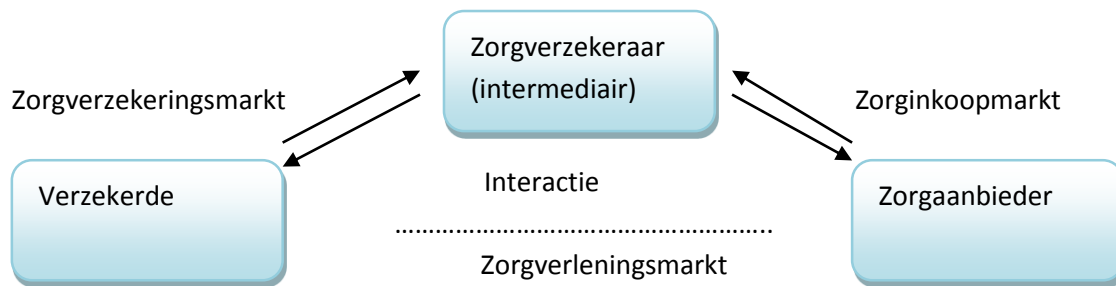
Ook zijn er vele technologische ontwikkelingen tot stand gekomen, waaronder ‘home diagnostics’, ‘health 2.0 en telemedicine’ (RVZ, 2011, p.3). Er wordt momenteel veel onderzoek gedaan naar het zelf thuis diagnosticeren door patiënten, zoals bijvoorbeeld het voortaan zelf kunnen meten van de bloedsuiker spiegel voor suikerpatiënten (RVZ, 2011, p.22). Er zijn mogelijkheden ontstaan voor health 2.0 en telemedicine waardoor zorg op afstand mogelijk is geworden en artsen patiënten kunnen monitoren, ook voor mensen die bijvoorbeeld zeer afgelegen wonen en moeilijk naar het ziekenhuis kunnen komen (RVZ, 2011, p.22). Deze ontwikkelingen zorgen ervoor dat de zorg verandert, toegankelijker wordt en dat zorgorganisaties mee moeten kunnen met deze nieuwe ontwikkelingen willen zij niet te ver achterop raken.

2.1.4 Macro-economische ontwikkelingen

Het New Public Management en marktwerking hebben voor grote veranderingen gezorgd binnen de gezondheidssector door de introductie van ondermeer het bedrijfsmatig werken en prestatiemeting (Hood 1991; Hunter 1996; WRR 2004; Van Ineveld et al. 2006; Stoopendaal 2008; Noordegraaf et al. 2008). De ontwikkelingen met betrekking tot marktwerking worden in deze paragraaf besproken.

Er wordt vaak teruggewezen naar het rapport van de commissie Dekker in 1987 als het startpunt van marktwerking in de zorg (Maarse, 2011). Zo kwam de commissie tot conclusie dat het zorgstelsel niet goed functioneerde, aangezien de kosten de pan uit stegen en de doelmatigheid gering was (Maarse, 2011, p.82). De aanzet werd gegeven tot het vervangen van het aanbodgestuurde systeem door een (meer) vraaggestuurd zorgstelsel, wat gerealiseerd zou kunnen worden door marktwerking in te voeren (Van de Ven & Schut 2008 In: Maarse, 2011).

Het kernpunt van marktwerking in de zorgsector is enerzijds het aanmoedigen en anderzijds het belonen van kostenbeheersing en doelmatigheid door de zorgaanbieders, patiënten en zorgverzekeraars (Boot, 2010, p.133). Concurrentie is een belangrijk middel om dit te kunnen bereiken en het is de bedoeling dat deze drie partijen daarvoor zorgen (Boot, 2010). Zorgverzekeraars concurreren allereerst met elkaar, op de zorgverzekeringsmarkt, om zoveel zorgverzekeringen te verkopen. En zorgverzekeraars onderhandelen met zorginstellingen om zo goed mogelijke en tegelijkertijd betaalbare zorg voor hun klanten te verkrijgen. En zorgaanbieders willen zoveel mogelijk zorg verlenen aan patiënten (RIVM; 2014, Boot; 2010). De relaties tussen de drie partijen wordt inzichtelijk gemaakt in onderstaande figuur.



Figuur 1 : Gereguleerde concurrentie met zorgverzekeraars als intermediair (RIVM, 2014, p.339).

Er is geen volledige marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg, maar sprake van gereguleerde marktwerking of concurrentie (Maarsse, 2011). Er worden door wet- en regelgeving begrenzings aangebracht zodat de publieke belangen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid beschermd kunnen worden (RIVM, 2014, p. 338).

Marktwerking betekent voor ziekenhuizen dat het belangrijk wordt om zich op een positieve manier te onderscheiden van andere ziekenhuizen (Hislop, 2009; Wollersheim et al., 2011). Kwaliteit en veiligheid worden steeds belangrijker en daardoor wordt het aantonen dat hieraan voldoen wordt ook steeds belangrijker (RVZ, 2011). Een JCI-accreditatie kan aantonen dat er kwalitatieve en veilige zorg geleverd wordt en er bovendien gestreefd wordt dit continu te blijven verbeteren en levert daardoor een competitief voordeel op ten opzichte van andere ziekenhuizen (Bremmers, 2012). Bovendien is het zo dat zorgverzekeraars steeds meer druk uitoefenen op ziekenhuizen; het krijgt steeds meer gevolgen voor ziekenhuizen als de (minimale) kwaliteits- en veiligheidseisen niet nagekomen worden (RVZ, 2011, p.32).

2.2 Kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid

Om een duidelijk zicht te krijgen wat kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid omhelst en wat daar verder in verbeterd kan worden door ziekenhuizen, wordt daar eerst een omschrijving van gegeven. Allereerst wordt een omschrijving van patiëntveiligheid gegeven, aangezien daar in 2005 een helder begrippenkader voor is ontwikkeld in samenwerking met allerlei zorgexperts en daar een duidelijke definitie van bestaat: *'het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk/psychisch) die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem'* (Wagner & Van der Wal, 2005. In: Wollersheim et al., 2011, p.104).

Het blijkt lastig te zijn om tot een precieze definiëring van kwaliteit van zorg te komen en er bestaan bovendien vele verschillende omschrijvingen van (Wollersheim et al., 2011; Leistikov, 2010). Kwaliteit van zorg is opgebouwd uit verschillende waarden en heeft een sterke samenhang met patiëntveiligheid: zonder veilige zorg kan er geen sprake zijn van kwalitatief goede zorg (Leistikov, 2010). In dit onderzoek wordt de definiëring van het Institute of Medicine gebruikt, die tevens wordt benut door het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. Kwaliteit van zorg is: *'the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge'* (Leistikov, 2010, p.115).

Kwaliteit van zorg herbergt bovendien zes waarden:

1. Zorg dient veilig te zijn;
2. Effectief
3. Efficiënt

4. Voor iedereen toegankelijk
5. Gericht op patiëntbehoeften
6. Op tijd geleverd te worden (Leistikov, 2010, pp.115-116).

Kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid zijn onderwerpen waar nog niet lang aandacht voor bestaat. Dit is pas sinds het einde van de jaren 90 op gang gekomen, door het verschijnen van het rapport *'To Err Is Human'* van het Amerikaanse Institute of Medicine, waaruit duidelijk is geworden dat de geleverde zorg kwalitatief aanzienlijk minder goed en veilig is dan dat er werd aangenomen (Leistikov, 2010, p.34). Uit meerdere onderzoeken (zoals het hierboven genoemde onderzoek en het in de inleiding aangehaalde rapport) blijkt dat ongeveer tien procent van de patiënten die in ziekenhuizen worden opgenomen onbedoelde schade (complicaties, incidenten en soms zelfs sterfte) kunnen oplopen, waarvan de helft vermijdbaar is (Amalberti, Auroy, Berwick & Barach, 2005). Daarnaast is onderzocht dat 40% van de patiënten niet de optimale zorg verkrijgt en er in ruim 20% van de gevallen overbodige diagnostiek en behandelingen wordt verstrekt (McGlynn, Asch, Adams, Keeseey, Hicks, DeCristofaro & Kerr, 2003). De precieze percentages en cijfers verschillen per onderzoek, echter wordt uit deze onderzoeken wel duidelijk dat dit om veel patiënten gaat en ziekenhuizen hier actie op dienen te ondernemen. Naar aanleiding hiervan is er de laatste jaren veel maatschappelijke aandacht (vanuit de politiek, zorgverzekeraars, patiënten en zorgverleners) voor het belang en een verbetering van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid in ziekenhuizen, zowel nationaal als internationaal. Vanuit patiënten is een duidelijke vraag ontstaan naar kwalitatief goede en veilige zorg in ziekenhuizen terwijl tegelijkertijd de hierboven genoemde feiten voor een daling van het vertrouwen in de gezondheidszorg heeft gezorgd (Wollersheim, Bakker, Bijnen, Gouma, Wagner & Van der Weijden, 2011).

Er worden sinds 2007 (na het uitkomen van het hierboven genoemde rapport van De Bruijn) vele acties ondernomen om de kwaliteit en patiëntveiligheid te verbeteren in Nederlandse ziekenhuizen. Kennismanagement kan worden ingezet om op continue basis de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te blijven verbeteren, zoals uit de volgende paragraaf zal blijken.

2.3 Kennismanagementinstrumenten

Er is vraag naar kwalitatief goede en veilige zorg in ziekenhuizen en er wordt de laatste jaren bovendien veel aandacht aan dit thema besteed door diverse stakeholders, zoals in de vorige paragraaf is gebleken. Kennismanagement en het instrumentarium dat daartoe behoort, kan bijdragen aan het consequent verbeteren van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid en ervoor zorgen dat de kwaliteit en veiligheid ook daadwerkelijk verbeterd wordt (Kedziarski & Vlemmix, 2001). De lijn die in dit onderzoek is ingezet is dat kennis leidt tot kwaliteitsverbetering.

Er wordt in de literatuur gesproken over zowel kwaliteits- als kennismanagement(modellen). Het onderscheid van deze begrippen is niet altijd even helder en in de praktijk worden deze termen regelmatig door elkaar gebruikt. In deze paragraaf worden de belangrijkste en meest voorkomende vormen van kennismanagement besproken die worden ingezet binnen Nederlandse ziekenhuizen om de kwaliteit en veiligheid te meten en naar aanleiding daarvan bij te sturen.

Het startpunt en de basis voor veel kwaliteitsverbeteringen wordt gevormd door de *'Plan-Do-Check-Act-kwaliteitscyclus'* (PDCA) en heeft dan ook zijn aandeel in meerdere vormen van kwaliteits- en kennismanagement (Wollersheim et al., 2011). De gedachte achter de PDCA-cyclus is dat controle op de geleverde kwaliteit te laat is en het daarom beter is om zich te richten op continue verbetering gedurende het hele (zorg)proces (Fitzsimmons, Bordoloi & Fitzsimmons, 2007). 'Plan' vormt de eerste schakel, waarbij het probleem wordt vastgesteld, de oorzaken worden achterhaald en er een

verbetering wordt voorgesteld. De tweede stap is 'do', en gaat over de uitvoering van de verbetering. 'Check' stelt het meten en het analyseren van de prestaties voor en 'act' staat voor het toepassen van een verfijnd verbeterplan of actie naar aanleiding van de uitgevoerde metingen (Wollersheim et al., 2011). Het is bij de PDCA-cyclus van groot belang dat er feedback gegeven wordt over de behaalde resultaten.

Het INK-managementmodel is geschikt om als organisatie aan zelfevaluatie te doen met als doel om de bedrijfsvoering van de organisatie aanzienlijk te verbeteren (Wollersheim et al., 2011). Aan de hand van het model worden de sterke en zwakke punten blootgelegd, waarop vervolgens verbeteracties op ondernomen kunnen worden. Er zijn geen specifieke normen die gelden, maar slechts aandachtsgebieden. Het model kan onderverdeeld worden in negen aandachtsgebieden: vijf aandachtsgebieden gericht op de organisatie, vier onderdelen voor resultaten en een feedbackloop om de vertaalslag van resultaten naar verbeteracties te kunnen maken (Wollersheim et al., 2011, p.93).

De PDCA-cyclus heeft doorgang gevonden naar bedrijfskundige processen, zoals LEAN management en Six Sigma (Wollersheim et al., 2011). LEAN-management, slanke productie in het Nederlands, is afkomstig van Toyota en richt zich op het tegengaan van verspilling en zet de klant centraal, en hierop wordt het hele proces ingesteld (Wollersheim et al., 2011).

Six Sigma is een consequente methode met als doelstelling om de variatie in prestaties zodanig te verminderen zodat er op maar drie van de miljoen producten afwijkingen zijn en de processen dus betrouwbaar zijn (Fitzsimmons et al., 2007). De PDCA-cyclus is ook te herkennen bij Six Sigma alhoewel continue verbetering daar vijf stappen telt: definiëren, meten, analyseren, verbeteren en controleren (Wollersheim et al., 2011).

Het is voor gezondheidzorginstellingen mogelijk een kwaliteitskeurmerk te verkrijgen middels accreditatie of certificatie door een onafhankelijke accrediterings- of certificeringsorganisatie *'om te bepalen of de instelling voldoet aan een reeks eisen (normen) die zijn ontworpen om de veiligheid en kwaliteit van zorg, onderwijs en onderzoek te verbeteren. Accreditatie toont de betrokkenheid van een organisatie bij de continue verbetering van kwaliteit en veiligheid'* (UMCU, 2013, p.2). De bekendste keurmerken in Nederland zijn die van het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ), Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) en van de International Organization of Standardization (ISO). Het grote merendeel van de Nederlandse ziekenhuizen beschikt over een van deze drie keurmerken (Sander, 2014).

De ISO 9000 normenserie staat voor een vorm van kennismanagement waar consequentheid bestaat in de kwaliteit van de geleverde prestaties, de output (Fitzsimmons et al., 2007). Het systeem is gebaseerd op vele procedures. Ook de accreditatie die het NIAZ verzorgt, zit boordevol met kwaliteitsnormen. Een belangrijk onderdeel hiervan is de Nederlands Technische Afspraak (NTA) 8009:2007; een VeiligheidsManagementSysteem (VMS) waarover ieder Nederlands ziekenhuis dient te beschikken sinds 31 december 2012 (Sander, 2014). Door middel van een geaccrediteerd, en dus goed werkend bevonden, VMS kunnen risico's beter beheerst worden, worden fouten vermeden en neemt de onbedoelde vermijdbare schade op een tiental inhoudelijke thema's af (NIVEL, 2013, p.18). Het VMS bestaat uit vier onderdelen: beleid, cultuur risico-inventarisatie en continu verbeteren (NIVEL, 2013, p.9). Voorbeelden van deze inhoudelijke thema's zijn het voorkomen van wondinfecties na een operatie en het voorkomen bij incidenten bij hoge risico medicatie (NIVEL, 2013).

Het HKZ-keurmerk is gebaseerd op de ISO 9000 normenserie en er bestaan daarnaast specifieke normen voor iedere branche. De normen zijn in te delen naar normen die gaan over de organisatorische kwaliteit en de kwaliteit van het zorgproces, waar wederom de PDCA-cyclus op wordt

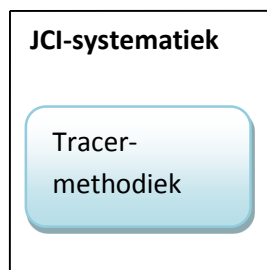
toegepast om de (zorg)processen continu te verbeteren (HKZ, 2014). Ook onderdeel van het HKZ-keurmerk, is het hierboven beschreven VMS gekoppeld aan de tien inhoudelijke thema's.

Als laatste is er ook het kennismanagement dat gebaseerd is op de normen van JCI. De tracer-methodiek is hierbinnen een instrument om de zorg te meten en te verbeteren en is het object binnen dit onderzoek. Beiden worden in de komende paragraaf uitgebreid beschreven.

2.4 JCI en tracers

Zoals in de vorige paragraaf naar voren is gekomen, zijn JCI en tracers te zien als een vorm van kennismanagement, als kennismanagement instrumenten. In dit onderzoek wordt het tracer-instrument onderzocht, maar de methodiek dient wel in het grotere kader gezien te worden van de JCI-accreditatie.

De JCI organisatie heeft 1400 normen ontwikkeld die met elkaar samenhangen om te meten hoe zorgorganisaties presteren op kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Als zorgorganisaties aan de strenge eisen van JCI voldoen, verkrijgen zij de JCI-accreditatie. Om te komen tot beoordeling onderneemt JCI een aantal stappen. Zo worden er meerdere gesprekken gevoerd met de desbetreffende zorgorganisatie, worden documenten bekeken en komt JCI een aantal keer langs om te meten via tracers hoe de zorgorganisatie op dat moment presteert op de JCI-normen (JCI, 2010). Het UMCU heeft de tracer-methodiek overgenomen van JCI als methode om zelf te meten en te ervaren bij afdelingen hoe de kwaliteit en veiligheid op dat moment scoort ten opzichte van de JCI-normen. Het doel hiervan is om de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid blijvend naar een steeds hoger niveau te brengen. De JCI-systematiek en de tracer-methodiek staan niet los van elkaar. De tracer-methodiek komt voort uit de JCI-systematiek met 1400 normen. De tracer-methodiek is een kwaliteitsstelsel, zoals in de vorige paragraaf naar voren is gekomen, maar in feite geldt dit ook voor de JCI-systematiek. De relatie is hieronder in de figuur weergegeven.



Figuur 2: Schematische weergave relatie JCI-systematiek en tracer-methodiek

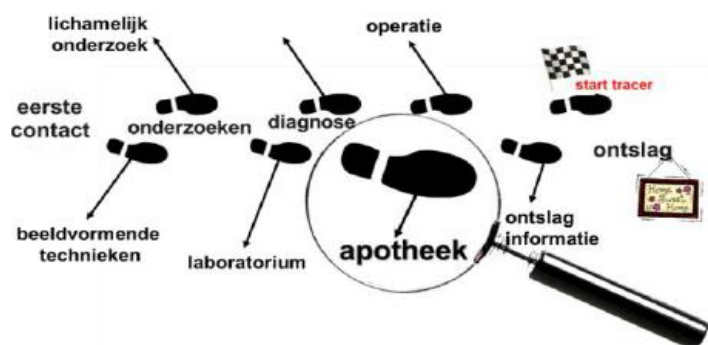
De (JCI-)accreditering heeft een aantal concrete voordelen. Zowel het proces tot het verkrijgen van een accreditatie als het behouden van de accreditatie stimuleert continue verbetering van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid in een zorginstelling en het garandeert deze tevens (Al-Awa, De Wever, Melot & Devreux, 2011). De prestaties van de zorginstelling worden namelijk getoetst ten opzichte van het objectieve normenkader met ruim 1400 normen en als een zorginstelling hieraan voldoet, kan er dus gesteld worden dat de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid gewaarborgd is (Al-Awa et al., 2011). Een accreditatie is niet voor eeuwig geldig. Er volgt om de paar jaar een her-audit waarbij de zorginstelling nog steeds aan alle normen dient te voldoen, wil het de accreditatie behouden. Dit zorgt er volgens Al-Awa et al. (2011) voor dat ziekenhuizen gedwongen worden om continue de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te blijven verbeteren en deze tussentijds te monitoren en erop bij te sturen.

2.4.1 Tracer-methodiek

De tracer-methodiek is een onderdeel van de JCI survey systematiek (Van Haendel & De Vries, 2014), en kan beschouwd worden als een vorm van kennismanagement, als een instrument, net als de hele JCI-accreditatie en de bijbehorende JCI-normen. Een tracer richt zich op het patiëntenproces en het systeem. Het richt zich dus niet op individueel handelen van zorgprofessionals (Van Haendel & De Vries, 2014). Tracers worden uitgevoerd door daarvoor opgeleide zorgprofessionals (medisch specialisten en verpleegkundigen), leidinggevend en stafmedewerkers. De tracer-methodiek is daarmee een methode van peer-review. De pool van traceraars bestaat inmiddels uit ongeveer 70 personen. Tracers worden uitgevoerd in duo's. Er wordt gestreefd naar een continue wisseling van de duo's, waarbij het streven is dat wel steeds één van de traceraars een zorgachtergrond heeft (Van Haendel & De Vries, 2014). Zo is het ook mogelijk dat de traceraars van elkaar kunnen leren en dat elkaars kennis ingezet wordt (Van Haendel & De Vries, 2014). Door het uitvoeren van een tracer kunnen er diverse zaken duidelijk worden (Van Haendel & De Vries, 2014, p.2):

- Het zorgpad van een patiënt, zorg en behandeling en de geleverde diensten tijdens het verblijf van de patiënt worden in kaart gebracht;
- Risico's worden kenbaar gemaakt en aan de hand daarvan worden er ook verbeteracties geformuleerd;
- Relaties tussen en binnen zorgdisciplines worden helder;
- En door het uitvoeren van een tracer wordt ook het licht geworpen op het niveau van de zorgkwaliteit van dat moment.

Het doen van een tracer houdt in dat de traceraars (on)aangekondigd naar een afdeling gaan en daar navragen welke patiënt bijna weer naar huis kan. Vervolgens worden er één à twee patiënten gekozen die zich aan het einde van het zorgproces bevinden, om dan aan de hand van de tracer de stapjes in het zorgproces van die specifieke patiënt terug te lopen naar het eerste contact dat de patiënt had met het ziekenhuis (bijvoorbeeld de binnenkomst op de Spoedeisende Hulp). Het gesprek wordt dan aangegaan met de betrokken zorgprofessionals, de patiënt en het patiëntendossier wordt er dan tevens ook bijgehaald. Hieronder is in figuur één een tracer schematisch weergegeven:



Figuur 3: Het uitvoeren van een tracer

Het UMCU hanteert een aantal doelstellingen voor de tracer-methodiek. Allereerst vormt het uitvoeren van de tracers een opstap om de dialoog aan te gaan over kwaliteit en patiëntveiligheid. Ten tweede is een doelstelling het communiceren en leren kennen van het brede beleid van het UMCU. Ten derde wordt er feedback gegeven over mogelijke verbeteracties (Van Haendel & De Vries, 2014).

2.4.2 Een viertal tracers

Er zijn vier soorten tracers die kunnen worden gedaan (Van Haendel & De Vries, 2014), te weten:

- Algemene tracers;
- Thematracers;
- Dossiertracers;
- Mini tracers.

Algemene tracers worden gedaan aan de hand van het normenkader van JCI. Algemene tracers kunnen in een geplande cyclus worden gedaan, waarbij in drie à vier maanden alle afdelingen worden bezocht. Deze vorm van tracers biedt door de generieke vorm veel kennis voor leidinggevend en zou tevens een goede basis kunnen vormen voor “de professionele dialoog in de follow-up” (Van Haendel & De Vries, 2014, p.2). Algemene tracers duren ongeveer vier uur per te bezoeken afdeling.

Thematracers “zijn gericht op een specifieke norm of thema en deze focus maak het mogelijk om meer toetsend te traceren” (Van Haendel & De Vries, 2014, p.3). Voorbeelden waarop thematracers zijn uitgevoerd, zijn handhygiëne, medicatie en identificatie van patiënten (Van Haendel & De Vries, 2014). Thematracers kunnen worden gecombineerd met nieuw beleid op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid (Van Haendel & De Vries, 2014). Thematracers zitten niet in een specifieke plancyclus, maar kunnen worden ingezet wanneer men dit wenselijk acht of als er dus nieuw beleid is geïntroduceerd.

Dossiertracers worden gedaan op basis van de JCI dossier checklists die gebruikt worden bij het beoordelen van patiëntendossiers (Van Haendel & De Vries, 2014). “Bij dossiertracers wordt nagegaan of het dossier op een correcte manier wordt gebruikte en of belangrijke zaken als informed consent, de time-out, hoofdbehandelaar etc. zijn vastgelegd” (Van Haendel & De Vries, 2014, p.3). Dossiertracers worden uitgevoerd door een zorgprofessional samen met een EZIS-deskundige ((Van Haendel & De Vries, 2014).

De laatste tracer die is uitgevoerd, is de mini tracer, op zelf geselecteerde relevante thema’s. Mini tracers kunnen op wens van een divisie zèlf worden ingezet, om “de kwaliteitscyclus op lokaal niveau levend te houden door de uitkomsten tijdens de overdracht of in werkoverleggen te bespreken” (Van Haendel & De Vries, 2014, p.3). Daarom dienen mini tracers los te worden gezien van de andere drie soorten tracers, die centraal worden gecoördineerd. Binnen de Divisie Interne Geneeskunde en Dermatologie (DIGD) worden bijvoorbeeld mini tracers gedaan en dit is inmiddels ook opgepakt door andere divisies.

2.4.3 Het uitvoeren van een tracer: JCI-normenkader

Het fundament voor zowel het verkrijgen van de JCI-accreditatie als het uitvoeren van tracers wordt gevormd door een (internationaal) normenkader (JCI, 2010). Dit normenkader telt zo’n 1400 normen en baseert zich op grondbeginselen voor kwaliteitsbeheer in de zorg en voor een continue kwaliteitsverbetering (JCI, 2010,p.2).

Er valt binnen het normenkader een tweedeling te maken qua soorten functies (JCI, 2010):

1. Functies met betrekking tot patiëntenzorg;
2. Functies met betrekking tot het zijn van een veilige, effectieve en goed aangestuurde zorgorganisatie. Dit worden ook wel de beheernormen genoemd (JCI, 2010, p.3).

Deze functies gelden voor de gehele organisatie alsook voor iedere afdeling binnen de zorgorganisatie. Binnen deze functies wordt vervolgens nog een onderscheid gemaakt tussen de volgende thema's (JCI,2010, p.35 & p.163):

Patiëntgerichte normen	Beheernormen
International Patiënt Safety Goals (IPSG)	Kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid
Toegang tot zorg en zorgcontinuïteit	Preventie en beheersing van infecties
Evaluatie van patiënten	Bestuur, leiding en directie
Rechten van patiënten en hun familie	Faciliteitenbeheer en veiligheid
Zorg voor patiënten	Communicatie- en informatiebeheer
Anesthesie en chirurgische zorg	
Beheer en gebruik van medicatie	
Voorlichting aan patiënten en hun familie	

Tabel 1: Tweedeling functies patiëntgerichte normen en beheernormen (JCI, 2010, p.35 & p.163)

In het handboek van de JCI staan alle 1400 normen beschreven, georganiseerd per functie en daarbinnen per thema. Per norm is aangegeven wat de norm inhoudt, wat het doel van de norm is en wat de meetbare elementen van de norm zijn (JCI, 2010). Het handboek is gedurende het accreditatieproces vertaald vanuit het Engels naar het Nederlands en middels een vertaalslag omgezet naar UMC beleid (Van Haendel & De Vries, 2014).

Traceraars kunnen de scores op de normen en hun op- en aanmerkingen gemakkelijk bijhouden in een speciaal daarvoor gemaakte (UMCU) applicatie op de tablet. De applicatie is ingedeeld op basis van het JCI normenkader (Van Haendel & De Vries, 2014). Tijdens het doen van een tracer heeft één van de twee traceraars een tablet bij zich, waarbij eventuele aantekeningen kunnen worden getypt. Na afloop van een tracer worden de bevindingen van de traceraars kort gedeeld met het unithoofd. De resultaten worden door één van de twee traceraars ingevoerd in de speciale applicatie en verschijnt daarna meteen in het managementdashboard, wat iedere medewerker kan bekijken via het intranet (Van Haendel & De Vries, 2014).

2.5 Conclusie

Door de grote veranderingen die er gaande zijn in de gezondheidszorg, gecombineerd met een toegenomen druk op ziekenhuizen van diverse actoren, wordt kwaliteit en veiligheid van zorg een steeds belangrijkere manier om zich positief te onderscheiden ten opzichte van andere ziekenhuizen en tegemoet te komen aan de eisen van stakeholders. De patiëntenzorg vormt immers het bestaansrecht van ziekenhuizen. De JCI-accreditatie is momenteel top of the bill en zeer gewild bij ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Door de ruim 1400 normen waaraan voldaan moet worden voor de accreditatie behaald kan worden in combinatie met de audits van JCI die daarbij gepaard gaan, vormt dit een goede manier om als ziekenhuis aan te tonen kwalitatief en veilige zorg te leveren aan de patiënten.

Dit onderzoek onderzoekt de tracer-methodiek, een instrument die het UMCU heeft overgenomen van JCI om zelf te onderzoeken hoe het met de kwaliteit en veiligheid van het ziekenhuis staat en de tracers bieden een handvat de zorg te (blijven) verbeteren. De tracer-methodiek is een vorm van kennismangement, een kennismangement instrument, en is onderdeel van de JCI-systematiek.

Nu in dit hoofdstuk de context beschreven is waarbinnen dit onderzoek zich afspeelt, worden in het komende hoofdstuk de begrippen van een theoretische fundering voorzien.

3. Hoe zorgprofessionals leren en hoe managers leren kunnen beïnvloeden

In het vorige hoofdstuk is de context van dit onderzoek geschetst waarbij de nadruk op en het belang van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid voor ziekenhuizen naar voren is gekomen. Ook is gebleken dat kennismanagement bij de realisering van kwaliteit en veiligheid van grote waarde kan zijn, wat terug zal komen in dit theoretisch kader. In dit hoofdstuk worden de concepten van dit onderzoek uiteengezet en wordt aan de hand van deze concepten een theorie ontwikkeld die zal resulteren in een theoretisch model, welke centraal staat in dit onderzoek.

Er wordt gestart met een paragraaf over het leren van zorgprofessionals, dat meerdere subparagrafen herbergt. Zo wordt in paragraaf 3.1.1 gestart met het definiëren van de begrippen zorgprofessional en professionele organisatie. In dit onderzoek zijn er twee elementen belangrijk bij kennismanagement, namelijk de professionele reactie hierop door zorgprofessionals en het leren van zorgprofessionals hierdoor, welke vervolgens in meerdere subparagrafen worden toegelicht. Zo wordt in paragraaf 3.1.2 besproken hoe zorgprofessionals reageren op het geïntroduceerde kennismanagement (zoals de tracer-methodiek), aan de hand van drie strategieën die zorgprofessionals hierbij normaliter hanteren. In paragraaf 3.1.3 en 3.1.4 wordt uiteengezet hoe zorgprofessionals leren op het gebied van kwaliteit en veiligheid, waarbij paragraaf 3.1.3 het interindividueel leren door zorgprofessionals behandelt en in paragraaf 3.1.4 het organisationeel leren aan bod komt aan de hand van single en double-loop leren. Tevens wordt in deze paragraaf de definitie van het begrip leren toegelicht, aan de hand van verschillende definities.

Daarna wordt in paragraaf 3.2 de rol van het management uiteengezet door vast te stellen welke managementinterventies zij kunnen inzetten om het leervermogen van zorgprofessionals te beïnvloeden alsook de strategieën van zorgprofessionals hoe om te gaan met kennismanagement en het instrumentarium dat daartoe behoort. De theorie over leiderschapstijlen wordt in dit hoofdstuk gepresenteerd als managementinterventies. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie, waarin de theoretische deelvragen samenkomen en het onderzoeksmodel geïntroduceerd wordt.

3.1 Leren door zorgprofessionals

In deze paragraaf wordt beschreven hoe zorgprofessionals leren, in dit onderzoek specifiek gericht op kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Deze paragraaf is opgedeeld in een aantal deelparagrafen, te starten met paragraaf 3.1.1 waarin uiteengezet wordt wat het begrip zorgprofessional omvat en wat hen en hun werk karakteriseert en wat een professionele organisatie omvat.

3.1.1 Zorgprofessionals in een professionele organisatie

Zorgprofessionals spelen een cruciale rol als het gaat om het veiliger en beter maken van de zorg, doordat zij degenen zijn die de verantwoordelijkheid dragen voor de primaire zorg. In deze rol zijn zij dan ook de aangewezen personen die baat hebben bij de inzet van het tracer-instrument: door de uitkomsten en de veronderstelde feedback die daarop volgt, verkrijgen zij inzicht in aspecten die wel en niet goed gaan in de zorg en hierdoor kan de zorg beter en veiliger worden gemaakt. Het begrip professional zal in deze paragraaf worden verduidelijkt, om meer inzicht te krijgen in de specifieke kenmerken die een professional en zijn werk typeren alsook om een organisatie waarbinnen het merendeel een professional is beter te begrijpen, zoals in (academische) ziekenhuizen het geval is.

Wilensky (1964) is één van de eerste onderzoekers die een duidelijke definitie van het begrip professional introduceert in zijn artikel *'Professionalization of Everyone?'*. Als klassieke voorbeelden van professionals draagt Wilensky (1964) daarbij onder andere medisch specialisten en advocaten aan. Er zijn vijf elementen die een professional kenmerken aldus Wilensky (1964).

Allereerst dient een professional fulltime in zijn discipline werkzaam te zijn (Wilensky, 1964). Ten tweede heeft een professional een langdurige studie doorlopen. Medisch specialisten volgen eerst een zesjarige algemene geneeskunde studie en zijn daarna nog jaren bezig zijn om zichzelf te specialiseren, alvorens zij zichzelf medisch specialist mogen noemen.

Ten derde beschikken professionals over een eigen beroepsvereniging. Hierbinnen kunnen professionals met andere professionals bijvoorbeeld spreken over (de essentie van) hun professionele taken en worden de bekwaamere artsen onderscheiden van hen die minder bekwaam zijn (Wilensky, 1964, p.144). Ten vierde zijn er wettelijke eisen verbonden aan de professie, die middels politieke besprekingen zijn goed gekeurd. Deze wettelijke eisen zijn er ter protectie van hun werkdiscipline en voor de ondersteunende ethiecodes (Wilensky, 1964). Als laatste bestaat er een formele ethische code. Dit dient bijvoorbeeld om klanten te beschermen en om ongekwalificeerde of zeer slecht presterende professionals aan te pakken (Wilensky, 1964).

Er wordt van professionals verwacht dat zij beschikken over zowel het technische service ideaal als het service ideaal (Wilensky, 1964). Het technische service ideaal stelt dat de taak van de professional technisch is en gebaseerd is op systematische kennis en dat deze alleen verkregen kan worden op basis van een lange voorgeschreven studie. Dit levert autonome expertise op (Wilensky, 1964, p.138). Het service ideaal zegt dat de professional over een set van de volgende professionele normen dient te beschikken. Zo moet een professional onbaatzuchtig, onpersoonlijk, objectief en onpartijdig zijn (Wilensky, 1964, p.138). Ook kenmerkt een professional zich door een hoge mate van autonomie, waaraan de professional grote waarde hecht (Wilensky, 1964). Professionals karakteriseren zich bovendien met hun eigen taal en de gebruiken die zij hanteren en beschikken daarnaast over een grote mate van beroepstrots (Noordegraaf, 2008, p.185).

Naast het klassieke werk van Wilensky (1964) over professionals zijn er ook andere, meer modernere zienswijzen te onderscheiden over professionals. Een voorbeeld hiervan is het werk van Noordegraaf & De Bruijn (2010) die de term professionaliteit-nieuwe stijl introduceren. In het kort komt het erop neer dat een beroepsbeoefenaar volgens de professionaliteit-nieuwe stijl een werknemer omschrijft die de problematiek voor ogen houdt, kritisch is en zich verbindt met (andere) professionals en cliënten (Noordegraaf & De Bruijn, 2010, p.16). Dit is een ruimere definitie dan die van Wilensky (1974) en past beter bij de huidige tijd doordat deze definiëring van professionals namelijk ook oog heeft voor de vele complexe problemen waarmee dienstverleners tegenwoordig tegelijkertijd mee te maken kunnen hebben tijdens hun werk (Noordegraaf & De Bruijn, 2010). De karakteristieken van professionaliteit-nieuwe stijl (zie hierboven) zijn ook van toepassing op verpleegkundigen, waardoor zij in dit onderzoek ook als zorgprofessional zullen worden aangemerkt.

Een academisch ziekenhuis kan omschreven worden als een kennisintensieve organisatie, zoals eerder in de inleiding ook al naar voren is gekomen. Ook worden ziekenhuizen gezien als professionele organisatie (Noordegraaf, 2008) en dit zijn tevens complexe organisaties (Perrow 1992, in: Noordegraaf, 2008). Mintzberg (1997) gaat zelfs zo ver dat hij ziekenhuizen als de meest complexe organisatie omschrijft die er mogelijk is: *'Running even the most complicated corporation must almost*

be child's play compared to managing a hospital' (p.23). Complexe organisaties kenmerken zich als organisatie door een 'omvangrijk en gedifferentieerd takenpakket' die een maatschappelijke functie bekleden en een 'uitgewerkt en geformaliseerd stelsel van arbeidsdeling en coördinatie' omvatten (Perrow 1992, in: Noordegraaf, 2008, p.171).

Hierdoor kunnen academische ziekenhuizen dus beschouwd worden als professionele organisaties.

3.1.2 Professionele reactie op kennismanagement door zorgprofessionals

Er zijn in dit onderzoek twee elementen van belang bij kennismanagement, zoals eerder in dit hoofdstuk ook al naar voren is gekomen. In deze paragraaf wordt de eerste factor uiteengezet: de professionele reactie van zorgprofessionals op kennismanagement ter bevordering van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. In paragraaf 3.1.3 wordt de tweede factor toegelicht, namelijk hoe zorgprofessionals leren over kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.

De tracer-methodiek kan omschreven worden als een vorm van kennismanagement, als een instrument, doordat het allereerst aan de hand van de 1400 JCI-normen een schatting geeft van het actuele niveau van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid binnen afdelingen van het UMCU. Ten tweede is het de bedoeling dat de inzet van de tracer-methodiek leidt tot een verbetering van de kwaliteit en veiligheid en hier ook op gestuurd kan worden door leidinggevenden. Concreet kan dit bijvoorbeeld bewerkstelligd worden doordat traceraars tijdens de tracer aan zorgprofessionals nogmaals uitleggen wat de regels over basishygiëne zijn of dat er naar aanleiding van de tracer-uitkomsten verbeteringen worden georganiseerd op de afdeling. Dit zou beide leiden tot een verbetering van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.

Er zijn diverse wetenschappelijke artikelen en boeken geschreven over kennismanagement en het instrumentarium dat tot kennismanagement behoort en er is een significante toename te ontdekken in wetenschappelijke artikelen die hierover geschreven zijn tussen 2000 en 2010, aldus Hislop (2013). Dit geeft aan dat kennismanagement een vakgebied is dat in volle bloei staat en waar ook veel academische aandacht voor bestaat. Voorbeelden van auteurs die academisch gezien veel bijgedragen hebben aan de vorming van het fenomeen kennismanagement, en daardoor ook invloedrijk zijn binnen dit vakgebied, zijn Nonaka & Takeuchi, Davenport & Prusak, Snowden, Brown & Duguid (Hislop 2013; Easterby-Smith & Lyles, 2011).

Het begrip kennismanagement roept veel discussie op over hoe het precies beschreven zou dienen te worden. Hislop (2013) neemt in zijn boek *"Knowledge Management in Organizations"* een aantal omschrijvingen van kennismanagement samen en formuleert de volgende, brede, beschrijving van het begrip kennismanagement. Kennismanagement is *"an umbrella term which refers to any deliberate efforts to manage the knowledge of an organization's workforce, which can be achieved via a wide range of methods including directly, through the use of particular types of ICT, or more indirectly through the management of social processes, the structuring of organizations in particular ways or via the use of particular culture and people management practises"* (Hislop, 2013, p.59).

Kennismanagementtheorieën of instrumenten zijn er in vele vormen en maten (zoals bijvoorbeeld het framework van Alvesson & Kärreman (2001) over vier kennismanagement aanpakken), echter staat in dit onderzoek de theorie van Waring & Currie (2009) centraal. Er is specifiek gekozen voor de theorie van Waring & Currie (2009) omdat dit artikel zich, in tegenstelling tot sommige andere artikelen en boeken, allereerst richt op ziekenhuizen en zorgprofessionals, wat ook in dit onderzoek zo is. Ten tweede gaat het artikel over patiëntveiligheidssystemen, waarbij de

gelijkenis getrokken kan worden met de tracer-methodiek, een instrument dat ook gericht is op het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Waring & Currie (2009) beschrijven drie strategieën die zorgprofessionals gebruiken om met geïntroduceerde patiëntveiligheidssystemen om te gaan alsook de toegenomen managementinvloed die hierbij gepaard gaat. Deze drie strategieën zijn : *co-optation* (overnemen), *adaptation* (aanpassen) en *circumventing* (omzeilen) en worden in de alinea hieronder één voor één toegelicht.

Deze strategieën hebben enerzijds betrekking op hoe zorgprofessionals omgaan met managementverandering door de toepassing van een kennismanagement instrument; zien zij de toegevoegde waarde van het instrument en werken zij mee aan de hand van het instrument of zien en doen zij dit niet? Anderzijds verkrijgen leidinggevenden door het gebruiken van kennismanagement meer inzicht in de complexe medische kennis en praktijken, en meer inzicht in hoe zorgprofessionals staan tegenover deze toegenomen kennis.

De achtergrond van deze strategieën is gebaseerd op verwachtingen die zorgprofessionals hanteren over medische autonomie en de invloed en waardering van leidinggevenden in de ogen van zorgprofessionals (Waring & Currie, 2009). Kennismanagement en het instrumentarium dat tot kennismanagement behoort, worden vaak gezien als top-down maatregelen, technische oplossingen die worden opgelegd. Een kennismanagement instrument maakt het enerzijds mogelijk voor managers om meer inzicht te krijgen in het complexe en diep gespecialiseerde werk van professionals en anderzijds zet het management het systeem in om kennis te bewegen in de richting van organisatieprioriteiten (Currie & Kerrin 2004. In: Waring & Currie, 2009).

Hierop voortbordurend kan gezegd worden dat (de implementatie van) kennismanagement, zoals het tracer-instrument, invloed kan hebben op het leren van zorgprofessionals doordat de individuele professionele reactie van zorgprofessionals veel zegt over de bereidheid tot leren door zorgprofessionals. Concreet betekent dit dat als zorgprofessionals het nut en belang van het instrument niet inzien, een negatieve professionele reactie, er gezegd kan worden dat er geen bereidheid bestaat om te leren naar aanleiding van het kennismanagement instrument en er niet geleerd wordt op dat specifieke vlak. Hieronder worden de drie professionele reacties, ook wel strategieën genoemd, één voor één gepresenteerd.

Co-optation

“*Co-optation*” is de eerste professionele reactie en betekent letterlijk overnemen. Deze reactie omschrijft dat medisch specialisten niet rechtstreeks deelnemen aan de monitor- en leersystemen van de kwaliteitsafdeling, maar dat zij op hun eigen manier de managementprocedures voor patiëntveiligheid overnemen en inpassen binnen hun lokale professionele praktijken (Waring & Currie, 2009, p.767). Medisch specialisten waren al bekend met een aantal methoden om patiëntveiligheid te borgen en staan open voor nieuwe en aanvullende zaken, maar zij willen wel dat dit geleid wordt door medisch specialisten zelf en niet door managers. Dit betekent specifiek dat nieuwe procedures en processen om te leren van patiëntveiligheid onder departementale en medische jurisdictie blijft (Waring & Currie, 2009).

Adaptation

Een tweede reactie is “*adaptation*” van patiëntveiligheid. Dit houdt in dat het systeem wordt geïntroduceerd, maar dat er wederom gepoogd wordt de zeggenschap van het management zo klein mogelijk te houden en om te streven naar lokaal leren (binnen bijvoorbeeld afdelingen). Managementtechnieken zoals bijvoorbeeld het melden van incidenten wordt niet herkend door

medisch specialisten en worden bestempeld als niet-medisch doordat het niet de realiteit van het werk weerspiegelt. Kennismanagement wordt wel overgenomen, zodat medici hun bereidheid aantonen voor meer kracht in vormen van leren, maar als ze zelf de procedures kunnen aanpassen naar een eigen variatie ervan (zodat het beter aansluit bij de medische praktijk) dan heeft dat openlijk de voorkeur van medisch specialisten (Waring & Currie, 2009, pp.769-770).

Circumventing

De laatste reactie is “*circumventing*”, waarbij het merendeel van de medisch specialisten niet gelooft in kennismanagement en de kennismanagement instrumenten die worden gebruikt en er daarom ook niet volgens willen werken (Waring & Currie, 2009, pp.770-771). Medisch specialisten zeggen te beschikken over een beter ontwikkeld en superieur leersysteem dat wordt gecoördineerd via een nationaal platform (Waring & Currie, 2009). Een voorbeeld hiervan in Nederland is het bijhouden van prestatie-indicatoren door de chirurgen, een systeem dat door hen zelf is bedacht en opgezet.

Type	Plaats van verandering	Vorm	Context	Implicatie
Reactie 1: Co-optation (overnemen)		Kennismanagement wordt overgenomen, maar lokale controle van zorgprofessionals blijft	Veel ervaring met management-technieken	Zorgprofessionals behouden controle over kennis, maar er zijn wel managers activiteiten
Reactie 2: Adaptation (aanpassen)	Interactie en mediatie	Het aanpassen en toepassen van kennismanagement, maar lokale controle van zorgprofessionals blijft	Zorgprofessionals hebben weinig ervaring in management-technieken	Zorgprofessionals behouden controle over kennis, maar nemen deel aan managementpraktijken
Reactie 3: Circumvent (omzeilen)		Kennismanagement wordt afgewezen vanwege superioriteit bestaande systemen zorgprofessionals	Zorgprofessionals participeren in nationale professionele systemen	Zorgprofessionals behouden controle over kennis middels geavanceerde vormen van kennismanagement

Tabel 2: Bewerking van schema professionele reacties zorgprofessionals op kennismanagement instrumenten (Waring & Currie, 2009, p.774)

Er zijn ook kanttekeningen te plaatsen bij kennismanagement en dan met name bij toepassing ervan in de gezondheidszorg. Easterby-Smith & Lyles (2005) en Lam (2000) (in Waring & Currie, 2009) voeren aan dat kennismanagement moeizaam werkt in een setting waar weinig standaardisatie plaatsvindt, waar kennis niet expliciet is en tacit knowledge niet eenvoudig gedeeld kan worden door professionals. En juist in de gezondheidszorg, waar deze kenmerken zich voordoen, worden kennismanagement instrumenten veelvuldig ingezet. Waring & Currie (2009) vullen deze kritieken verder aan met de complexiteit van het medische werk, het onvoorspelbare karakter van de zorg, de tacit knowledge van de zorgprofessionals en de sterke professionele groeperingen die er zijn.

Bovendien valt te verwachten dat zorgprofessionals kennismanagement instrumenten als een uitlokking beschouwen op de medische autonomie, doordat leidinggevendenden een grotere autoriteit verkrijgen door toegenomen inzicht in de klinische kennis (Freidson, 1970).

Met andere woorden, deze kanttekeningen impliceren dat kennismanagement zoals de tracer-methodiek mogelijk niet optimaal werkt binnen ziekenhuizen vanwege bijvoorbeeld de complexiteit van het medische werk. Daarom is het interessant om in dit onderzoek te bestuderen hoe de tracers als kennismanagement instrument feitelijk werkt in een complexe organisatie als een academisch

ziekenhuis, hoe zorgprofessionals reageren op deze specifieke vorm van kennismangement en hoe zij hierdoor leren ten behoeve van de kwaliteit en veiligheid. In de volgende twee subparagrafen staat leren centraal. Gestart wordt te kijken hoe zorgprofessionals interindividueel kunnen leren door middel van kennismangement instrumenten, wat in dit onderzoek JCI en de tracer-methodiek voorstelt.

3.1.3 Interindividueel leren door zorgprofessionals

In de vorige paragraaf is de professionele reactie van zorgprofessionals op het geïntroduceerde kennismangement besproken. In deze paragraaf en in paragraaf 3.1.4 wordt de tweede factor besproken die van belang is bij kennismangement: hoe kijken zorgprofessionals überhaupt aan tegen leren en hoe ze dat vervolgens doen. In deze paragraaf wordt interindividueel leren onder de loep genomen.

Om een goed beeld te krijgen hoe zorgprofessionals leren in een professionele organisatie, dient eerst een tussenstap gemaakt te worden door het begrip kennis nader toe te lichten en te beschrijven hoe kennis tot stand komt. Kennis is *'een persoonlijk vermogen dat gezien wordt als het product van de informatie, de ervaring, de vaardigheid en de attitude waarover iemand op een bepaald moment beschikt'* (Weggeman, 1997, p.33). Concreet gaat het in dit onderzoek om kennis over kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.

Kennis ontstaat volgens Nonaka & Takeuchi (1999, p.73) als er een sociale interactie plaatsvindt van persoonsgebonden en expliciete kennis tussen individuen. Dit levert vier manieren op waardoor men kan leren. Deze interactie tussen individuen maakt dat het niet enkel individueel leren betreft, maar ook het leren van en door andere individuen. Daarom wordt in dit onderzoek over de theorie van Nonaka & Takeuchi (1999) gesproken als interindividueel leren. Dit wordt verder in deze paragraaf besproken en een overzicht hiervan is te vinden in tabel 1. Persoonsgebonden kennis, ook wel *'tacit knowledge'* genoemd (Weggeman, 1997) is persoonsgebonden en bestaat onder andere uit intuïtie en subjectieve inzichten en is daardoor moeilijk vast te leggen en over te brengen naar anderen toe (Nonaka & Takeuchi, 1999, p.71). Tegenover persoonsgebonden kennis staat expliciete kennis, ook wel *'codified knowledge'* genoemd (Weggeman, 1997). Hierbij kan kennis eenvoudig overgedragen worden, omdat de kennis uitgedrukt kan worden met taal en het gedeeld kan worden via bijvoorbeeld wetenschappelijke artikelen (Nonaka & Takeuchi, 1999).

De brug tussen kennis en de vervolgstap leren wordt door Weick (1991, in: Weggeman, 1997, p.41) gelegd. Hij stipt aan dat kennisontwikkeling leidt tot leren en hij omschrijft individueel leren als *"het doorlopen van een proces waarmee kennis – impliciete of expliciete- verrijkt wordt"* (Weick, 1991, pp.116-124). Deze omschrijving wordt verder aangevuld door Wierdsma & Swieringa (2002, p.60): leren is het veranderen van gedrag.

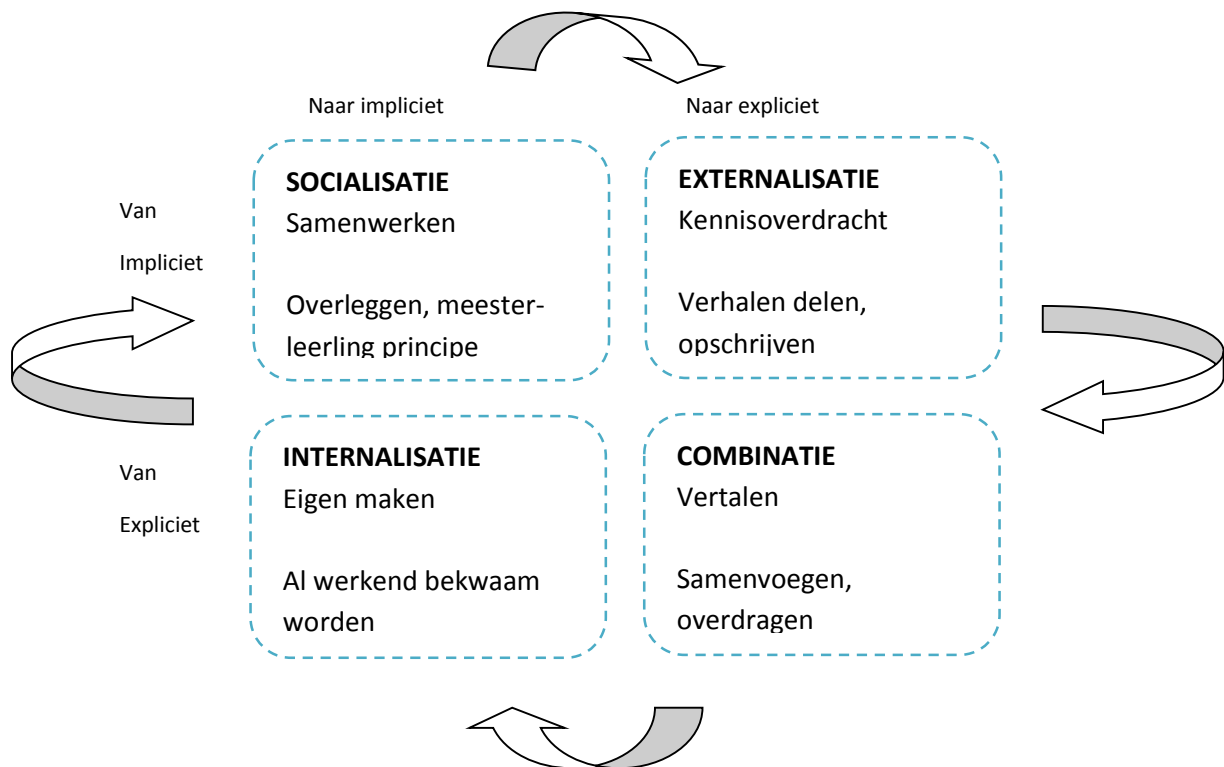
Nonaka's & Takeuchi's (1999) model van leren, onderscheidt vier manieren waarop inter-individueel leren tot stand komt. Dit model wordt in dit onderzoek gehanteerd om interindividueel leren van zorgprofessionals te meten.

Het eerste leerproces betreft socialisatie. Dit omvat een proces waarin ervaringen gedeeld worden, waardoor persoonsgebonden kennis zich vormt. Voorbeelden van socialisatie zijn bijvoorbeeld met elkaar samen te werken of te overleggen in werkoverleggen, of door als nieuwkomer de handelingen van een ervaren medewerker af te kijken en te imiteren (Nonaka & Takeuchi, 1999). Externalisatie vormt de tweede vorm van leren en gaat over het proces waarbij persoonsgebonden kennis wordt omgezet in expliciete begrippen. Hier ligt een specifieke rol voor meer ervaren collega's

om de voor hen bekende impliciete kennis te expliciteren naar andere (nieuwe) collega's toe (Sprenger, 2007). Om dit te bespoedigen, wordt vaak gebruik gemaakt van verhalen, metaforen en analogieën, omdat dit zorgt voor een beter begrip van de materie (Sprenger, 2007). Tevens kan de kennis worden opgeschreven in bijvoorbeeld het beschrijven van protocollen of gebruik te maken van best practices (Nonaka & Takeuchi, 1999).

Combinatie is het proces waar expliciete kennis van meerdere bronnen samengaan en vervolgens leidt tot een nieuwe ordening van deze kennis (Nonaka & Takeuchi, 1999). Voorbeelden zijn het vergelijken van de eigen stand van zaken met die van een best practise van een onderzoek of bedrijf en het opstellen van richtlijnen en standaarden (Sprenger, 2007).

Internalisatie is de laatste vorm van leren. Het omvat het proces waarin expliciete kennis zich eigen gemaakt wordt en daardoor onderdeel wordt van het persoonlijk vermogen van mensen (Nonaka & Takeuchi, 1999; Sprenger, 2007). Het heeft veel te maken met al doende leren. Van belang is dat naast het eigen maken van deze kennis, deze ook daadwerkelijk gebruikt wordt (Sprenger, 2007). Een voorbeeld van internalisatie is het doen van een training of cursus en het geleerde vervolgens zelf realiseren in het werk (Sprenger, 2007).



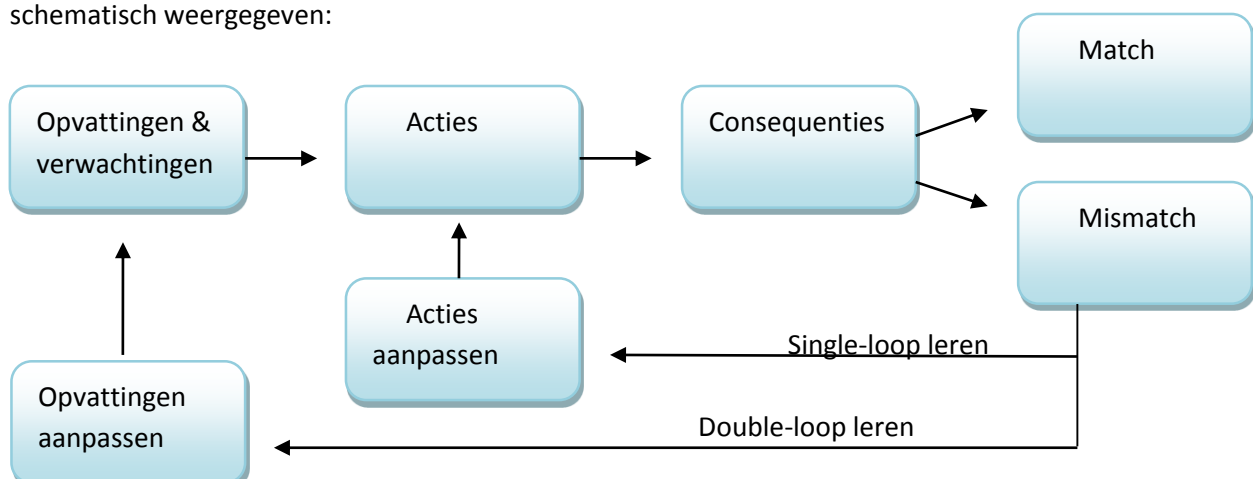
Figuur 4: Bewerking van de vier leerprocessen (Nonaka & Takeuchi; 1997, p.75 & 85; Sprenger, 2007, p.60).

In deze paragraaf is duidelijk geworden wat kennis is, hoe deze ontstaat en hoe zorgprofessionals interindividueel kunnen leren aan de hand van de vier leerprocessen van Nonaka & Takeuchi (1997). In dit onderzoek gaat het specifiek om zorgprofessionals die leren over kennis en handelingen met betrekking tot kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid en het geleerde ook toepassen tijdens het werk. Naast individueel en interindividueel leren bestaat er ook organisationeel leren, dat in de hierop volgende paragraaf wordt uiteengezet.

3.1.4 Organisationeel leren door zorgprofessionals: Single-loop en double-loop leren

Organisationeel leren kan volgens Schein (1999) gezien worden als het leren van individuen en groepen in de organisatie. De organisatie an sich kan niet leren, maar individuen en groepen wel waardoor de kennis die binnen de organisatie aanwezig is stijgt. Organisationeel leren, of organisatieleren, wordt als hetzelfde gezien als collectief leren (Wierdsma & Swieringa, 2002). Collectief leren wordt omschreven als *'een aanduiding voor een situatie waarin meerdere tot hetzelfde collectief behorende personen, in eenzelfde periode individueel of in interactie bezig zijn binnen eenzelfde domein hun kennis te verrijken'* (Weggeman, 1997, p.51). Er zijn verschillende niveaus binnen collectief leren, waaronder op het niveau van teams, afdelingen, divisies of ook organisaties (Weggeman, 1997).

Een noodzakelijke voorwaarde voor organisatieleren is dat er eerst individueel geleerd wordt door werknemers, maar hiermee alleen wordt nog geen organisationeel leren gerealiseerd (Argyris & Schön, 1978). Argyris (1996) stelt dat (organisatie)leren zich voordoet onder twee factoren. Allereerst wordt er geleerd als een organisatie de doelstellingen gerealiseerd heeft. Anderzijds wordt er geleerd als er een tekort aan consensus bestaat tussen het organisatiestreven en de feitelijk behaalde resultaten én deze tekortkoming opgelost wordt (Argyris, 1996). Er worden twee soorten organisatieleren onderscheiden, te weten single-loop leren en double-loop leren (Argyris & Schön, 1978). *'Single-loop leren'* houdt in dat *'er bijstellingen en perfectioneringen in gedrag plaatsvinden na constatering van een fout, maar dit binnen dezelfde gedachtegang gebeurt'* (Argyris, 1996; Kloosterboer, 2011, p.108). De onderliggende waarden van het (individuele, interindividueel en organisationele) systeem worden dan niet bediscussieerd (Argyris, 1996). Tegenover single-loop leren staat *'double-loop leren'* dat een *'verandering in patronen in denken en doen, als gevolg van een mismatch in de bestaande handelingstheorie'* omvat (Argyris, 1996; Kloosterboer, 2011, p.108). Zowel single als double-loop leren kan zich ook voordoen bij individueel leren, waardoor (inter)individueel en organisationeel leren deels met elkaar kunnen overlappen. Double-loop leren wendt zich hiermee tot het vernieuwen van een bepaalde situatie (Weggeman, 1997). Morgan (1992) stelt dat er bij double-loop leren ruimte is om een situatie opnieuw te bekijken en door middel van reflectie relevante bestaande organisatienormen te bediscussiëren. In onderstaande figuur is single-loop en double-loop leren schematisch weergegeven:



Figuur 5: Single en double-loop leren Argyris & Schön (Sprenger, 2000, p.30).

Figuur vijf geeft weer dat er pas sprake is van (single of double-loop) leren als de consequenties van bepaalde acties duidelijk worden, dan komen de loops in actie (Argyris, 1996). Belangrijk is dat (organisatie)leren zich pas voordoet als de gevonden oplossing ook daadwerkelijk wordt toegepast door een werknemer (Argyris, 1996). Immers, *'organisaties bestaan om te handelen en hun*

doelstellingen te verwezenlijken' (Argyris, 1996, p.21) en daarom dienen werknemers het daarvoor gewenste gedrag toe te passen in de werkpraktijk. Concreet in dit onderzoek betekent dat er naar aanleiding van de tracer-uitkomsten opgemaakt kan worden wat er volgens de JCI-normen goed is gegaan (match) en wat er niet goed gaat (mismatch). Beiden kunnen dan aanzetten tot leerprocessen bij zorgprofessionals, waarbij de oplossing of verbetering dan vervolgens ook daadwerkelijk gebruikt wordt in de werkpraktijk.

Argyris & Schön (1974) stellen dat single-loop en double-loop leren binnen iedere organisatie ingezet dienen te worden. Single-loop leren is bruikbaar voor routinematige en steeds voorkomende situaties, terwijl double-loop leren verdienstelijk is voor complexe en onvoorspelbare situaties en ervoor zorgt dat er überhaupt een toekomst bestaat voor de organisatie (Argyris, 1996). Echter, er vindt in veel organisaties slechts single-loop leren plaats (Argyris & Schön, 1974). Dit komt omdat de door werknemers gehanteerde rationaliseringsprocessen het voor werknemers onmogelijk maken om relevante informatie uit te wisselen binnen de organisatie en hierdoor double-loop leren belemmerd wordt (Edmondson & Moingeon, 1999). Argyris & Schön (1996) erkennen dit ook en hebben twee modellen opgesteld waarin karakteristieken van *'theories-in-use'* staan die ofwel double-loop leren bevorderen ofwel tegenhouden. Een *theory-in-use* (één vorm van een actietheorie, de ander is de beleden actietheorie) *'bestaat uit het samenhangen tussen situaties, doelen, middelen en handelingen, die gedeeld worden door de leden van het in beschouwing genomen collectief'* (Weggeman, 1997, p.51). Het eerste door Argyris & Schön (1974) opgestelde model, *'Model I'*, herbergt factoren die double-loop leren belemmeren. De factoren in *'Model II'* bevorderen double-loop leren juist (Argyris & Schön, 1996). Personen zijn zich hier niet van bewust.

Core Values Model I <i>(belemmerend voor double-loop leren)</i>	Core Values Model II <i>(bevorderend voor double-loop leren)</i>
Bereik het doel zoals het vooraf gedefinieerd is	Interne betrokkenheid
Benadruk rationaliteit	Valide informatieve
Onderdruk negatieve gevoelens	Vrije & geïnformeerde keuze
Win en verlies niet	

Er is een belangrijke rol weggelegd voor teams om kennis te verspreiden binnen organisaties volgens Watkins & Marsick (1993): *'Teams, groups and networks are the medium for moving new knowledge throughout the learning organization. The organization can take advantage of the teams' combined thinking to build new systematic capacity. In this view, teams are a crucial bridge between individuals and organizational learning'*.

Tabel 3: Bepalende waarden Model I en Model II (Argyris, 1996, p.255 & p.257).

In ziekenhuizen wordt er veel in teams samengewerkt (waaronder bijvoorbeeld verpleegkundigen binnen eenzelfde afdeling) en dit kan betekenen dat het team een belangrijke rol vervult in het leren van zorgprofessionals op het gebied van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Kennis en handelingen kunnen volgens Watkins & Marsick (1993) slechts overgedragen worden door interactieve samenwerking en uitwisseling tussen zorgprofessionals onderling. Dit sluit aan bij deze vier leerprocessen van Nonaka & Takeuchi (1999) over interindividueel leren. Als deze kennis en handelingen vervolgens ook door zorgprofessionals wordt gehanteerd tijdens het werk, is er sprake van leren.

Na het bestuderen van de theorie over interindividueel en organisationeel leren door zorgprofessionals op kwaliteit en veiligheid, kan de definitie van leren gepresenteerd worden. Leren

wordt in dit onderzoek gezien als een combinatie van definities van Weick (1993), Schein (1999) , Argyris (1996) en Wierdsma & Swieringa (2002):

Leren is het vermogen van personen om op interindividueel en organisationeel niveau het proces te doorlopen waarmee kennis en handelingen verrijkt worden die tot gedragsverandering leiden.

Het gaat in dit onderzoek specifiek om het aanleren van kennis en handelingen met betrekking tot de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid door zorgprofessionals. De hoofdgedachte achter leren in dit onderzoek is dat leren leidt tot een verbetering van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.

Nu de definitie van het leervermogen van zorgprofessionals duidelijk is, wordt in de volgende paragraaf verkend in hoeverre managementinterventies naar aanleiding van de tracer-methodiek dit leervermogen van zorgprofessionals op kwaliteit en veiligheidsgebied kunnen versterken.

3.2 Managen van leerprocessen

In deze paragraaf wordt onderzocht hoe managementinterventies het leervermogen en de professionele reactie van zorgprofessionals kan beïnvloeden, oftewel kan managen. Er zijn ook vele andere beïnvloedende factoren te bedenken met betrekking tot leren, zoals bijvoorbeeld individuele factoren (onder andere gedragsmatige en motivationele factoren en attitudes), sociale factoren (zoals de collega professionals) en organisationele factoren (bijvoorbeeld de beschikbaarheid van materialen) (Wollersheim et al., 2011, pp.143-145). Echter wordt in dit onderzoek gekozen om te kiezen voor managementinterventies als beïnvloedende factor en zo de focus scherp te houden.

Er is veel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar managers, managen en leiderschapsstijlen. Voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld de toonaangevende werken van Mintzberg (bijvoorbeeld 1973, 1998 en 2009). Er bestaan vele verschillende theorieën en perspectieven binnen dit onderzoeksgebied (Hislop, 2009). In dit onderzoek wordt met de term management of manager alle personen bedoeld, leidinggevenden, die een formele positie in de organisatie hebben om leiding te geven aan (delen van) de organisatie en dit doen om *'dingen voor elkaar te krijgen waarbij verschillende mensen betrokken zijn'* (Noordegraaf, 2008, p.374). *'Interventies'* duiden in dit onderzoek op een *'tussenkomst of actie van het management om een persoon of een groep in een bepaalde veranderrichting te bewegen'* (Koeleman, 2002, p.22).

Leidinggevenden vervullen een belangrijke rol in het slagen van veranderprocessen of veranderingen (Rowland & Higgs, 2005, p.126). Dit betekent dat managementinterventies ook bepalend kunnen werken op het bevorderen of juist belemmeren van de leerprocessen en de professionele reactie van zorgprofessionals: er wordt gepoogd een blijvende gedragsverandering te realiseren naar aanleiding van tracer-uitkomsten en JCI-normen. Argyris (1996) stelt dat leidinggevenden de voorwaarden kunnen beïnvloeden die een grote invloed hebben op hoe werknemers leren (Argyris, 1996). Wierdsma & Swieringa (2002) geven aan dat leidinggevenden het gedrag van (zorg)professionals kan beïnvloeden door feedback te verzorgen op de bekwaamheid of onbekwaamheid van hun kennis en handelingen. Sterker nog, zonder feedback vanuit het management stopt leren volgens Wierdsma & Swieringa (2002, p.60).

In deze paragraaf staan de managementinterventies centraal die leidinggevenden in kunnen zetten om het gedrag van zorgprofessionals (en dus leren van zorgprofessionals) in een bepaalde richting te beïnvloeden. Dit wordt gedaan aan de hand van theorie over leiderschapsstijlen. Hiervoor is gekozen omdat er allereerst weinig onderzoek bekend is over de precieze relatie van managers en leiderschap

op kennismanagement(instrumenten) (Hislop, 2009; Alharbi & Zien Yusoff, 2012) en er over leiderschapsstijlen wel literatuur beschikbaar is. Ten tweede bieden de leiderschapsstijlen een ruime blik qua acties waarmee de al dan niet stimulerende invloed van managers onderzocht kan worden op zowel de professionele reactie van zorgprofessionals op kennismanagement instrumenten als het leren van de zorgprofessionals.

Er kunnen drie leiderschapsstijlen onderscheiden worden: transformatieel, transactioneel en laissez-faire (Hislop, 2009; Van Engen & Vinkenburger, 2005; Alharbi & Zien Yusoff, 2012).

Ondanks dat er geen specifieke resultaten bekend zijn over welke leiderschapsstijl het meeste effect teweeg brengt op leren, laat staan op welke specifieke vorm van leren, kunnen er volgens Hislop (2009) wel twee belangrijke algemene punten erkend worden die de relatie tussen kennismanagement(instrumenten), leiderschapsstijlen en leren bevestigt. Het eerste punt is dat het effectief gebruiken van leiderschapsstijlen een belangrijke rol speelt in het bevorderen van leren. Het tweede punt is dat door als manager effectief de leiderschapsstijlen te benutten bij kennismanagement, dit leidt tot hogere prestaties onder de werknemers.

Hieronder worden de leiderschapsstijlen één voor één uiteengezet per tussenkopje.

Transformationele leiderschapsstijl

Bij de transformatieel leiderschapsstijl beschikt een manager over een sterke visie die bovendien ook overgebracht kan worden op de werknemers, in dit geval de zorgprofessionals. De manager motiveert en inspireert de medewerkers met de visie en de waarden. Hierdoor worden werknemers gedreven om het beste van zichzelf te realiseren in het voordeel van de organisatie (Van Engen & Vinkenburger, 2005). Alharbi & Zien Yusoff (2012) stellen dat het hanteren van een transformatieel leiderschapsstijl een significant positief effect heeft op het succesvol hanteren van kennismanagement(instrumenten). Hierdoor valt te verwachten dat dit positieve verband ook geldt voor de effecten van de transformatieel leiderschapsstijl op het leren van zorgprofessionals.

Transactionele leiderschapsstijl

De transactionele leiderschapsstijl besteedt aandacht aan het monitoren van de prestaties van medewerkers. Daarbij wordt gebruik gemaakt van het contingent belonen van medewerkers; voor wat hoort wat (Van Engen & Vinkenburger, 2005, p.106). Als een medewerker hard werkt, wordt hij daarvoor door zijn leidinggevende passend beloond. Als de doelstellingen echter niet gehaald lijken te worden of er fouten gemaakt worden door medewerkers, worden medewerkers daarop aangesproken en wordt er eventueel verder ingegrepen door de leidinggevende (Van Engen & Vinkenburger, 2005).

Laissez-faire leiderschapsstijl

De laatste leiderschapsstijl is het laissez-faire leiderschap. Deze leiderschapsstijl staat haaks op de andere twee leiderschapsstijlen en houdt in feite in dat enige actie van de manager ontbreekt (Van Engen & Vinkenburger, 2005).

3.3 Conclusie en onderzoeksmodel

Op basis van de theorie zoals deze in dit hoofdstuk is gepresenteerd, kan dit schematisch worden weergegeven in onderstaand onderzoeksmodel. De JCI-accreditatie en de tracer-methodiek die daaruit voortkomt, en is overgenomen door het UMCU, vormen de start van dit onderzoek. Dit is ook te zien in het onderstaande onderzoeksmodel. Beiden zijn vormen van kennismanagement, zijn kennismanagement instrumenten, met de intentie om enerzijds de kwaliteit en veiligheid lokaal te meten op afdelingen binnen een zorgorganisatie en anderzijds dit continu te blijven verbeteren. Om deze kennis en handelingen onderdeel te laten worden van het dagelijkse werk van zorgprofessionals en daadwerkelijk te komen tot het verbeteren van kwaliteit en veiligheid, dienen leerprocessen in het leven geroepen te worden. Leren is echter een complex fenomeen en is dus niet iets wat bewust vanzelf tot stand komt (Argyris&Schön, 1974) waardoor de veronderstelling ook niet zo kan zijn dat het doen van tracers automatisch tot leren van zorgprofessionals leidt en daarmee tot een verbetering van de kwaliteit en veiligheid. Managers spelen een belangrijke rol in het creëren en managen van deze leerprocessen.

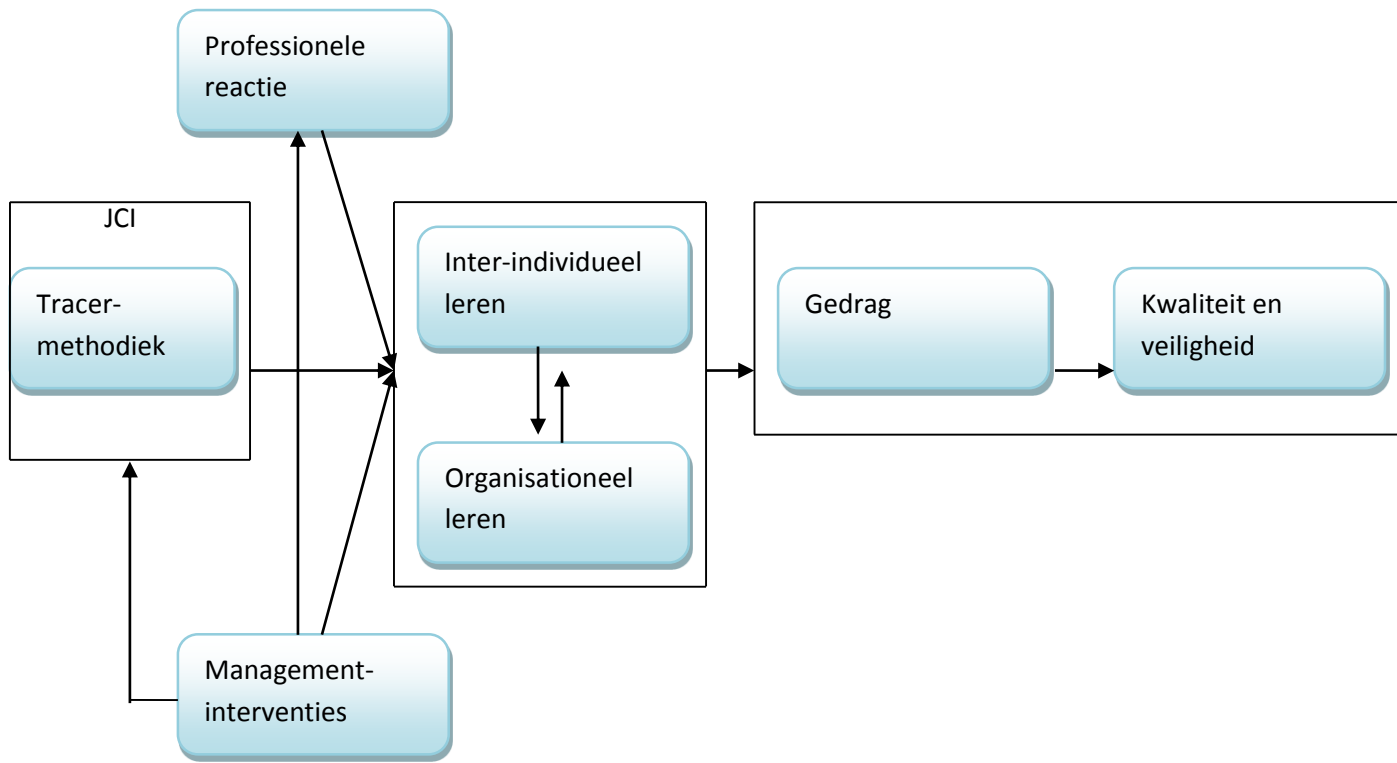
Het leren van professionals in een hoog professionele en kennisintensieve organisatie als een ziekenhuis brengt meerdere organisatie- en managerial vraagstukken met zich mee (Waring & Currie, 2009).

In het onderstaande model staan de managementinterventies en de professionele reactie van zorgprofessionals tegenover elkaar. Dit heeft te maken met de tegengestelde belangen die zij kunnen hebben en de mate van autonomie die zorgprofessionals willen behouden in hun werk, waardoor managers op afstand worden gehouden (Noordegraaf, 2008). Managers kunnen deze professionele reactie proberen te beïnvloeden. Er zijn drie professionele reacties, of strategieën, die zorgprofessionals kunnen hanteren bij kennis- en of kwaliteitsmanagement en instrumenten: co-optation, adaptation en circumventing (Waring & Currie, 2009). Deze professionele reacties hebben op hun beurt weer invloed op het leren van zorgprofessionals, althans daar wordt vanuit gegaan. De verwachting is dat hoe positiever zorgprofessionals zijn (co-optation en adaptation) over het nut en het belang van in dit geval de tracer-methodiek en JCI-normen, hoe groter de kans is dat zij nieuwe kennis en handelingen zich aan willen leren op het gebied van kwaliteit en veiligheid en deze ook toepassen tijdens hun werk.

Leidinggevendens brengen met managementinterventies het leren op gang en managen deze. In dit onderzoek worden de managementinterventies voorgesteld door de drie leiderschapsstijlen: transformationeel, transactioneel en laissez-faire leiderschap (Van Engen & Vinkenburg, 2005). De verwachting is dat transformationeel leiderschap het beste aansluit op de professionaliteit van de zorgprofessionals, door te inspireren en motiveren via doelen en waarden, en zodoende het beste instrument is om het leren van zorgprofessionals op gang te krijgen. Specifiek is de verwachting dat transformationeel leiderschap tot double-loop leren kan leiden van zorgprofessionals, waarvan wordt uitgegaan dat double-loop leren tot meer duurzame kwaliteit en veiligheid resultaten leidt binnen de organisatie (Argyris & Schön, 1974).

Het leren van zorgprofessionals wordt in dit onderzoek onderverdeeld tussen interindividueel en organisationeel leren, wat soms deels met elkaar overeenkomt en waar bovendien een wisselwerking tussen kan bestaan. Dit laatste wordt meer duidelijk in de empirische resultaten. Interindividueel leren kan tot stand komen middels socialisatie, externalisatie, combinatie of internalisatie (Nonaka & Takeuchi, 1999), organisationeel leren middels single of double-loop leren (Argyris & Schön, 1974). De assumptie is dat leren van zorgprofessionals ervoor zorgt dat (nieuwe) kennis en handelingen (over kwaliteit en veiligheid) worden aangeleerd en ook worden toegepast

tijdens het werk en dit de facto resulteert in een verbeterde kwaliteit en veiligheid van de zorg voor patiënten. Dit kan bovendien ook aangetoond kan worden aan patiënten en de buitenwereld. Als gevolg hiervan vormt een goed niveau van kwaliteit en veiligheid een manier om zich positief te onderscheiden van andere ziekenhuizen en daarmee concurrentievoordeel te behalen.



Figuur 6: Onderzoeksmodel

4. Onderzoeksaanpak

In het voorgaande hoofdstuk zijn de theoretische concepten van dit onderzoek besproken en is er theorie opgesteld die heeft geresulteerd in een theoretisch model. In dit hoofdstuk staat de methodologische verantwoording van het onderzoek centraal. De opzet en het uitvoering van het onderzoek zullen worden verantwoord. Allereerst zal in paragraaf 4.1 gestart worden met het toelichten van het type onderzoek wat gehanteerd wordt. Vervolgens wordt in paragraaf 4.2 beschreven waarom er in dit onderzoek voor is gekozen om een case study in te zetten. In paragraaf 4.3 worden de drie onderzoeksmethoden toegelicht die in dit onderzoek zijn gebruikt. Hierna worden de concepten van dit onderzoek meetbaar gemaakt aan de hand van indicatoren in paragraaf 4.4. Daarna wordt in paragraaf 4.5 beschreven hoe de verzamelde empirische data geanalyseerd worden, om resultaten te kunnen presenteren. Het hoofdstuk wordt afgesloten met paragraaf 4.6, waarin de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek worden aangeduid.

4.1 Type onderzoek

In dit onderzoek is gekozen voor het doen van kwalitatief onderzoek. Bij kwalitatief onderzoek ligt de nadruk niet op getalsmatige gegevens, maar juist op het beschrijven en begrijpen van een complex fenomeen (Boeije & Wiesmann, 2006, p.206). Een zeer belangrijk punt van kwalitatief onderzoek is dat personen *'betekenis geven aan hun sociale omgeving en dat ze op basis van die betekenisgeving handelen'* (Boeije, 2005, p.31) en dit past bij de doelstelling van dit onderzoek. Op deze manier wordt namelijk inzichtelijk hoe zorgprofessionals leren aan de hand van tracers en JCI-normen, wat voor iedere zorgprofessional op een andere manier vormgegeven kan zijn. Bij de interviews wordt er tevens doorgevraagd en hierdoor kunnen redenen worden aangedragen waarom zorgprofessionals zo leren en welke managementinterventies het best passend zijn om het leren te bevorderen. De belevenis van zorgprofessionals wordt op deze manier doorgrondt, wat er toe leidt dat er gerichte uitspraken gedaan kunnen worden welke managementinterventies het meeste effect hebben het leren van zorgprofessionals te bevorderen. Dit zorgt er op zijn beurt weer voor dat er sprake is van een continue verbetering van de kwaliteit en veiligheid in de zorg. De interviews worden verder aangevuld met documentenanalyse en observaties, bij de observaties heeft de onderzoeker zelf ervaren heeft wat de tracer-methodiek is en hoe deze toegepast is. Dit heeft ook tot een beter begrip ervan geleid.

Naast het type onderzoek, is het ook van belang het gehanteerde wetenschappelijke perspectief te verantwoorden. Het schema van Deetz (1996) wordt hier vaak voor benut, dat vier wetenschapsfilosofische perspectieven beschrijft: positivistisch, interpretatief, kritisch en postmodern perspectief. Dit onderzoek toont overeenkomsten met zowel het positivistische als interpretatief perspectief.

Er is sprake van positivisme omdat de begrippen gebaseerd zijn op theorie en uitgebreid behandeld zijn in het theoretische kader en niet tot stand zijn gekomen in tweespraak met de respondenten. De theorie is vervolgens toegepast op de casus en vormde handvaten voor de interviews en de observaties, wat verder in dit hoofdstuk beschreven wordt.

Ook zijn er interpretatieve invloeden te herkennen, omdat de onderzoeker poogt de wereld van de zorgprofessionals te begrijpen door ook in te zetten op hoe zij bijvoorbeeld aankijken tegen kennismanagementinstrumenten in de vorm van de tracer-methodiek. Ook wordt er vanuit gegaan

dat er niet één waarheid bestaat. Zo kunnen zorgprofessionals verschillen in hoe zij leren over kwaliteit en veiligheid en welke interventies zij het meest nuttig achten om het leren te bevorderen.

4.2 Case Study

In dit onderzoek is gekozen voor het doen van een *'case study'*, in aansluiting bij de kwalitatieve insteek die wordt gehanteerd. Een case study omvat *'een onderzoeksstrategie waarbij één of enkele gevallen (cases) van het onderzoeksonderwerp in hun natuurlijke situatie worden onderzocht'* (Van Thiel, 2010, p.99). Een onderzoeker maakt onderdeel uit van het onderzoeksveld. Hierdoor is het mogelijk om te bestuderen hoe sociale processen zich afspelen en deze te verklaren (Baarda & De Goede, 1992, p.98). In een case study is het mogelijk om tot een holistische aanpak van de casus te komen, door de inzet van meerdere onderzoeksmethoden (zie paragraaf 4.3) waardoor rijke informatie over de casus verzameld wordt (Van Thiel, 2010).

Dit onderzoek richt zich op de tracer-methodiek binnen het UMCU. De tracer-methodiek is een onderwerp dat vanaf 2011 geïntroduceerd is om te meten hoe het met de kwaliteit en veiligheid van de zorg staat en deze poogt te verbeteren. In dit onderzoek wordt bekeken of zorgprofessionals leren aan de hand van de tracer-methodiek over kwaliteit en veiligheid en of managers met interventies dit leervermogen kunnen versterken. Dit wordt onderzocht binnen de Divisie Interne Geneeskunde en Dermatologie (DIGD). De case is op meerdere afdelingen van de DIGD onderzocht, doordat bij de interviews met respondenten (zowel zorgprofessionals als managers) van meerdere afdelingen is gesproken en de observaties op diverse afdelingen zijn gedaan.

De keuze voor deze divisie is gemaakt in samenspraak met de stagebegeleidster van het UMCU en is mede gebaseerd op vier verkennende gesprekken. De DIGD staat binnen het UMCU bekend als een divisie die kwaliteit en veiligheid hoog in het vaandel heeft staan en een voortrekkersrol heeft gehad in de aanloop naar de JCI-accreditering, mede naar aanleiding van de inspanningen van de medisch manager van de divisie en tevens ambassadeur kwaliteit en veiligheid binnen het UMCU, professor Schneider. Tevens zijn er zowel zorgprofessionals, leidinggevend als kwaliteitsmedewerkers van de DIGD actief in de tracerpool en worden er binnen de DIGD ook mini-tracers uitgevoerd als aanvulling op de UMCU brede tracers. Dit geeft aan dat men binnen de DIGD actief is met de tracer-methodiek. Hierdoor kan er binnen de DIGD bestudeerd worden of zorgprofessionals leren over kwaliteit en veiligheid door de inzet van de tracer-methodiek en of leidinggevend met interventies het leren kunnen beïnvloeden. Dit wordt gedaan aan de hand van meerdere onderzoeksmethoden, zoals in de volgende paragraaf zal worden beschreven.

4.3 Onderzoeksmethoden

Bij een case study worden er meerdere onderzoeksmethoden tegelijkertijd ingezet om zo tot rijke informatie te komen over de case (Van Thiel, 2010). Er zijn in dit onderzoek drie onderzoeksmethoden ingezet, ook wel *'triangulatie'* genoemd (Boeije, 2005). Er hebben interviews plaatsgevonden, er zijn observaties bij tracers gedaan en er is een documentenanalyse uitgevoerd. Deze onderzoeksmethoden worden (in paragraaf 4.3.1, 4.3.2, en 4.3.3) achtereenvolgens besproken. Voordat gestart werd met het verzamelen de empirische gegevens zijn er vier verkennende gesprekken gevoerd, zie bijlage I. Enerzijds is hiervoor gekozen om een beeld over de tracer-methodiek te ontwikkelen en anderzijds om de precieze onderzoeksfocus van dit onderzoek te bepalen en te bespreken.

Kenmerkend voor de meeste dataverzamelmethode is dat de uitvoering niet geheel van tevoren in het onderzoeksplan is vast te leggen (Boeije, 2005). Dit komt omdat veel afhangt van wat er zich

tijdens het onderzoek in het veld afspeelt. In dit onderzoek wordt er ook wel een ‘open procedure’ (Boeije, 2005) gehanteerd; er worden zowel voor het onderzoek (middels literatuuronderzoek en verkennende gesprekken) als tijdens het onderzoek beslissingen genomen.

4.3.1 Interviews

Er is gekozen voor semigestructureerde interviews met de respondenten (Fontana & Frey, 1994), aangezien dit past in de interpretatieve en positivistische onderzoeksfocus die dit onderzoek pretendeert. Tijdens het interview is er gebruik gemaakt van een topiclijst, zie hiervoor bijlage I. Op deze topiclijst staan alle interviewvragen, die aan de hand van het theoretisch kader zijn opgesteld en tevens hebben hiervoor de vier verkennende gesprekken als basis gediend.

Er hebben in totaal dertien interviews plaatsgevonden. Er is gesproken met drie medisch specialisten, vier verpleegkundigen en zes managers uit meerdere managementlagen binnen de DIGD. Hieronder een schematisch overzicht van de respondenten:

	Respondent
1.	Clusterhoofd Zorg Dermatologie & Allergologie / Reumatologie & Klinische Immunologie
2.	Medisch Manager DIGD & hoofd opleiding Interne Geneeskunde
3.	Verpleegkundige 1
4.	Medisch specialist 1
5.	Unithoofd 1
6.	Verpleegkundige 2
7.	Expert
8.	Unithoofd 2
9.	Unithoofd 3
10.	Verpleegkundige 3
11.	Medisch specialist 2
12.	Verpleegkundige 4
13.	Medisch specialist 3

Tabel 4: Interviews

Het selecteren van de respondenten is afgestemd met de stagebegeleidster van het UMCU en de scriptiebegeleider. Van tevoren is besproken om ongeveer de helft van de interviews met zorgprofessionals te doen (medisch specialisten en verpleegkundigen) en de andere helft met de leidinggevenden binnen de DIGD. Op deze manier is er van beide groepen een beeld ontstaan, ondersteund met observaties, om zo over beiden uitspraken te kunnen doen met betrekking tot het leren door inzet van de tracer-methodiek.

De interviews zijn verzameld aan de hand van het sneeuwbal effect (Van Thiel, 2010). De onderzoeker was voor het benaderen van respondenten afhankelijk van de stagebegeleidster van het UMCU en van het management van de DIGD. Nadat een interview met een leidinggevende had plaatsgevonden, kon om meer respondenten worden gevraagd door de onderzoeker en werden deze respondenten dan ook benaderd. Er is hierbij steeds op basis van het verkregen DIGD organogram (zie bijlage II) gepoogd alle respondenten zo goed mogelijk te spreiden over de verschillende clusters en afdelingen, zodat een zo goed mogelijk beeld van de DIGD kon ontstaan.

Er is gesproken met drie medisch specialisten uit twee verschillende clusters, alle drie hebben zij een andere specialisatie en werken zij op andere afdelingen (zie bijlage I). De medisch specialisten hebben aangegeven anoniem te willen blijven, vandaar dat de functie niet bekend wordt gemaakt omdat anders volgens hen te achterhalen valt wie er is geïnterviewd en van wie welke uitspraak komt.

Er is gesproken met vier verpleegkundigen, van drie verschillende afdelingen. In totaal zijn er zes managers geïnterviewd. Er is gesproken met de medisch manager van de DIGD, die tevens de opleider is van Interne Geneeskunde, en met een clusterhoofd Zorg. Ook hebben er interviews plaatsgevonden met drie unithoofden, verspreid over drie clusters en dus ook drie verschillende afdelingen. Verder is er ook gesproken met een expert op het gebied van kwaliteit en veiligheid binnen het UMCU, tevens manager zorg van de divisie Hart & Longen en ambassadeur van kwaliteit en veiligheid binnen het UMCU.

Alle respondenten hebben één of meerdere tracers meegemaakt op hun afdeling. De drie gesproken medisch specialisten hebben zelf een of meerdere (mini)tracers gedaan. Eén van de gesproken vier verpleegkundigen voert mini-tracers uit. Vijf van de zes gesproken leidinggevenden zijn actief in het doen van (mini)tracers.

In het resultatenhoofdstuk worden er codes gehanteerd om de respondenten aan te duiden. De medisch manager, het gesproken clusterhoofd zorg en de expert worden bij hun functie genoemd, aangezien het voor dit onderzoek relevant is de verschillende managementrangen te benoemen en dat wordt op deze manier gedaan. De anonimiteit van deze drie personen is daarom niet (volledig) gewaarborgd, aangezien er bijvoorbeeld maar één medisch manager van een divisie is. Om dit op te vangen is het transcript ter goedkeuring aan hen voorgelegd en is aangeboden indien gewenst de scriptie binnenskamers te houden. De unithoofden worden in het resultatenhoofdstuk aangeduid met de U (1-3), de medisch specialisten met MS (1-3) en de verpleegkundigen met de V (1-4).

4.3.2 Observaties

Een tweede methode die in dit onderzoek gebruikt is, zijn de observaties die toegepast zijn. De observaties geven enerzijds een beeld hoe de tracer-methodek precies werkt en hoe traceraars hun rol invullen voor, tijdens en na de tracers. Anderzijds boden de observaties de onderzoeker de kans om waar te nemen hoe zorgprofessionals, en leidinggevenden indien aanwezig, reageren op het tracerinstrument en of zij zich aan de JCI-normen lijken te houden tijdens hun werk.

Er hebben in totaal zes observaties plaatsgevonden, zoals in onderstaande tabel is te zien, waarvan ook één observatie tijdens het managementoverleg waarbinnen gediscussieerd werd over de toekomst van de tracer-methodek. Gedurende de observaties zijn er 'field notes' door de onderzoeker gemaakt, die na iedere observatie nader zijn uitgewerkt tot observatietranscripten.

	Soort tracer	Afdeling	Divisie
1.	Managementteam	Overleg Supportteam JCI	-
2.	Algemene tracer	Afdeling Cardio-Thoracale Chirurgie. B4 Oost.	Divisie Hart & Longen
3.	Algemene tracer	Verpleegafdeling Hematologie. B2 Oost.	Divisie Heelkunde
4.	Thema tracer hygiëne	Verpleegafdeling MDL/Nefrologie en afdeling Medium Care	Divisie DIGD
5.	Thema tracer hygiëne	Verpleegafdeling Hematologie	Divisie Heelkundige Specialismen

6.	Algemene tracer	Intensive Care Centrum	Vitale Functies
----	-----------------	------------------------	-----------------

Tabel 5: Overzicht observaties

De keuze voor het aantal tracers waarbij geobserveerd is, de keuze voor het soort tracer en de locatie van de tracers is afgestemd op de beschikbaarheid van de ingeplande tracers tijdens het onderzoek. Er is gekozen om tijdens de algemene en de thema tracers te observeren, omdat deze op het moment van onderzoek werden uitgevoerd. Er waren geen dossiertracers ingepland en de mini-tracers werden pas op een later moment uitgevoerd en zijn daarom niet meegenomen tijdens de observaties. Verder is gepoogd om zo veel als mogelijk de tracers te observeren die binnen de DIGD werden gedaan en om verschillende tracers mee te lopen; zowel medisch specialisten, verpleegkundigen, leidinggevenden, beleidsmedewerkers en adviseurs.

De observaties waren participierend van aard, doordat bekend werd gemaakt dat de onderzoeker deelnam aan de tracers en er interactie was met de geobserveerden (Van Thiel, 2010). Een groot voordeel van participerende observaties wordt door Van Thiel (2010, p.83) als volgt verwoord: *‘Door deel te nemen aan de dagelijkse activiteiten kan de onderzoeker niet alleen gedragingen waarnemen, maar kan hij er ook direct en ter plekke meer over te weten komen, bijvoorbeeld door te vragen aan een persoon waarom hij bepaald gedrag vertoont’*.

Een observatie kan volgens Van Thiel (2010) (semi-)gestructureerd of ongestructureerd zijn opgezet. In dit onderzoek was enige structuur aanwezig doordat van tevoren bepaald was op welke zaken gelet zou worden aan de hand van enkele topics (zie bijlage III). Deze topics konden voor een gedeelte geobserveerd worden en andere topics werden bevestigd, indien daar tijd voor was. De topics zijn deels overeenkomstig met de interviewvragen en zijn deels opgesteld om te achterhalen hoe de tracer-methodiek werkt. Hierbinnen is er op de rol van de tracers gelet; hoe bereiden bijvoorbeeld de verschillende tracers zich (samen) voor, hoe voeren zij een tracer uit en hoe rapporteren zij hun bevindingen terug in de applicatie en naar de leidinggevenden? Ook is er gelet op de reactie en handelingen van de zorgprofessionals: waren de zorgprofessionals bijvoorbeeld überhaupt bereid om mee te werken aan een tracer en werken zij volgens de JCI-normen? Verder zijn ook de leidinggevenden geobserveerd indien zij aanwezig waren.

4.3.3 Documentenanalyse

Een derde onderzoeksmethode die is ingezet om data te verzamelen, is een documentenanalyse. Middels een inhoudsanalyse (Van Thiel, 2010) zijn relevante documenten bestudeerd om te weten te komen hoe de tracer-methodiek wordt ingezet binnen het UMCU. Dit is zoveel mogelijk gedaan aan de hand van de operationalisatie.

Aan de stagebegeleidster van het UMCU en tijdens de verkennende gesprekken is gevraagd welke documenten beschikbaar zijn om te bestuderen over de tracer-methodiek en de JCI-accreditatie. Ook zijn met goedkeuring van de stagebegeleidster documenten vanaf het intranet verkregen. Het merendeel van de documenten gaat over kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid, de JCI-normen en hoe te komen tot de JCI-accreditatie. Binnen deze documenten is er ook regelmatig aandacht voor de tracer-methodiek. Ook zijn er enkele documenten die specifiek over het tracer-instrument gaan. Alle documenten zijn grondig doorgenomen om nuttige informatie over alle kernconcepten van dit onderzoek eruit te halen en informatie om een goed beeld te kunnen krijgen hoe de tracers werken binnen het UMCU. De volgende documenten zijn bestudeerd:

	Naam document	Soort document	Periode
1.	Overdrachtsdocument verander- en communicatieplan	Beleidsdocument	2013
2.	Strategieplan kwaliteit en veiligheid	Beleidsdocument	2011
3.	Vooruitblikken en terugkijken op tracer	Beleidsdocument	2014
	Informatie basishygiëne tracers (voor traceraars)	Powerpoint	2014
	Uitleg thematracers (voor traceraars)	E-mail	2014
4.	JCI, het beleid op hoofdlijnen: International Patient Safety Goal 4 en ASC normen (anesthesie en chirurgische zorg)	Powerpoint	-
5.	JCI ,het beleid op hoofdlijnen: MCI normen – communicatie en beheer	Powerpoint	-
6.	JCI, het beleid op hoofdlijnen: FMS normen (facilitaire normen)	Powerpoint	-
7.	JCI, het beleid op hoofdlijnen: SQE (kwalificatie en educatie van medewerkers)	Powerpoint	-
8.	JCI, het nieuwe beleid op hoofdlijnen: MPE normen (medisch onderwijs, toezicht daarop en verantwoordelijkheid daarvan)	Powerpoint	-
9.	JCI, het beleid op hoofdlijnen: PFR en PFE normen (patiëntenrechten en patiëntenvoorlichting)	Powerpoint	-
10.	JCI, het beleid op hoofdlijnen: QPS (kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid)	Powerpoint	-
11.	JCI, het beleid op hoofdlijnen PCI: (Infectiepreventie)	Powerpoint	-
12.	JCI, beleid op hoofdlijnen: MMU – Beheer en gebruik van medicatie	Powerpoint	-
13.	Quality & Safety WMO Research. Relation with JCI	Powerpoint	-
14.	Op weg naar een JCI-accreditatie: Zorg en dossiervoering. Presentatie voor leidinggevenden	Powerpoint	19 maart 2013
15.	Kwaliteit & patiëntveiligheid Collegezaalbijeenkomst voor leidinggevenden	Powerpoint	5 juni 2013
16.	JCI Hospital Standards (Vertaald)	Beleidsdocument	2010
17.	JCI adviesrapport	Adviesrapport	02-2011
18.	Debriefing JCI Audit	Adviesrapport	2-10-2012
19.	JCI rapport Proefaudit	Rapport	10-2012
20.	Verslag Briefing JCI	Notulen	9 juli 2013
21.	Officieel JCI rapport?!		
22.	Instructies voor kwaliteit en patiëntveiligheid	Beleid	April 2013
23.	Nieuwsbrieven JCI (16 in totaal)	Nieuwsbrief	2012 – 03/2014
24.	UMC krant (4 in totaal)	Tijdschrift	
25.			
26.	Intranetberichten	Intranet	2012 – 03/2014

Tabel 6: Overzicht documenten

4.4 Operationalisatie

Operationalisatie is een belangrijke stap in een onderzoek en vormt de brug tussen de theorie en het empirische onderzoek (Van Thiel, 2009). Operationaliseren betekent dat een theoretisch concept vertaald wordt naar een meetbare variabele (Boeije, 2009, p.142).

Drie begrippen zijn van belang binnen dit onderzoek: het leervermogen van zorgprofessionals, kennismanagement in de vorm van de tracer-methodiek en de JCI-normen en managementinterventies. Deze begrippen zijn eerder al in het theoretisch kader gedefinieerd en beschreven. In deze paragraaf worden de indicatoren, oftewel kenmerken, gepresenteerd die aangeven waaraan de concepten te herkennen zijn in de empirie van dit onderzoek. De operationalisatie wordt hieronder per concept schematisch weergegeven.

Professionele reactie op kennismanagement door zorgprofessionals

Volgens Waring & Currie (2009) zijn er drie strategieën, professionele reacties, die kenmerken hoe zorgprofessionals enerzijds omgaan met kennismanagementinstrumenten en anderzijds reageren op de toegenomen invloed die leidinggevendenden hierdoor verkrijgen. Deze drie strategieën zijn co-adaptation, adaptation en circumventing en zijn in de tabel hieronder voorzien van indicatoren die deze strategieën meten.

Bij de indicatoren ligt er meer nadruk op de JCI-regels dan op de tracer-methodiek. De tracer-methodiek komt enerzijds voort uit het JCI-systeem en daardoor zijn de JCI-normen onlosmakelijk verbonden met de tracer-methodiek. Anderzijds vertelt het (willen) werken volgens de JCI-normen veel over de professionele reactie van zorgprofessionals en is dit ook te meten: niet werken volgens de JCI-normen kan bijvoorbeeld duiden op een kritische houding tegenover kennismanagementinstrumenten. Bovendien worden bij de onderzochte tracers lang niet alle zorgprofessionals geraadpleegd en blijft een grote groep onzichtbaar voor de onderzoeker, waardoor het lastiger te meten is hoe zij omgaan met de tracer-methodiek.

Professionele reactie op kennismanagement door zorgprofessionals	
Co-optation (overnemen)	- Zorgprofessionals erkennen het nut en meerwaarde van kennismanagement en werken met en volgens tracer-methodiek en JCI-normen
Adaptation (aanpassing)	- JCI-regels worden toegepast na aanpassing procedures en regels zodat deze aansluiten bij medische praktijk en behoeftes zorgprofessionals - Kennismanagement en leren worden geleid door zorgprofessionals zelf op afdeling, niet door management of concernstaf kwaliteit en veiligheid
Circumventing (omzeilen)	- Zorgprofessionals zien nut en meerwaarde van kennismanagement niet in en werken niet volgens tracer-methodiek en JCI-normen - Superioriteit landelijk leersysteem beroepsgroep

Leren door zorgprofessionals

Om te kunnen meten of en hoe zorgprofessionals leren door toepassing van de tracers, wordt de theorie van Nonaka & Takeuchi (1999) en Argyris & Schön (1978) toegepast. Nonaka & Takeuchi (1999) maken inzichtelijk dat er interindividueel geleerd kan worden door socialisatie, externalisatie, combinatie en internalisatie. Organisationeel leren kan gerealiseerd worden door single en double-loop leren te activeren.

Leren door zorgprofessionals		
Interindividueel leren	Socialisatie	<ul style="list-style-type: none"> Leren door het gedrag van de meerdere te imiteren Dialogen voeren (bijvoorbeeld tijdens een samenwerking of in een werkoverleg)
	Externalisatie	<ul style="list-style-type: none"> Verhalen, metaforen en analogieën delen
	Combinatie	<ul style="list-style-type: none"> Formuleren nieuwe richtlijnen of standaarden Best practises toepassen
Organisationeel leren	Internalisatie	<ul style="list-style-type: none"> Leren door te doen Het volgen van een training of cursus
	Single-loop	<ul style="list-style-type: none"> Terugkoppeling tracer-uitkomsten door leidinggevende aan zorgprofessionals Fout ontdekken en herstellen, zonder de achterliggende oorzaak te onderzoeken
	Double-loop	<ul style="list-style-type: none"> Terugkoppeling tracer-uitkomsten door leidinggevende aan zorgprofessionals Fout ontdekken en actief op zoek de achterliggende oorzaak om deze te verbeteren

Managementinterventies

De managementinterventies worden gevormd door de drie leiderschapsstijlen van Van Engen & Vinkenburg (2005) die managers kunnen gebruiken. De leiderschapsstijlen splitsen uit naar de transformationele, transactionele en laissez-faire stijl. Bij deze operationalisatie zijn elementen gebruikt uit de 'Multifactor Leadership Questionnaire' (Mindgarden, 2002), een gevalideerd instrument dat leiderschapsstijlen meet.

Managementinterventies		
Leiderschapsstijlen	Transformationeel	<ul style="list-style-type: none"> Visie en doelen uitdragen Bij het oplossen van fouten openstaan voor ideeën van zorgprofessionals
	Transactioneel	<ul style="list-style-type: none"> Zorgprofessionals belonen bij goed tracer-resultaat <ul style="list-style-type: none"> Materieel Immaterieel Zorgprofessionals aanspreken op resultaten
	Laissez-faire	<ul style="list-style-type: none"> Geen managementaansturing

In de twee resultatenhoofdstukken die volgen op dit hoofdstuk, worden de bevindingen uit de empirie beschreven. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de operationalisatie zoals deze hierboven is opgesteld.

4.5 Data-analyse

Na het verzamelen van het empirische materiaal worden deze gegevens geanalyseerd. Analyseren houdt in dat de verzamelde informatie op een consequente wijze leidt tot resultaten en conclusies om zo de opgestelde hoofdvraag te kunnen beantwoorden (Boeije, 2009).

De empirische gegevens zijn verzameld middels drie onderzoeksmethoden (zie ook paragraaf 4.3): interviews, observaties en een documentenanalyse. De interviews zijn opgenomen middels een voice

recorder en zijn vervolgens uitgewerkt tot transcripten, waarbij de woorden van de respondenten zo accuraat mogelijk zijn overgenomen. Gedurende de observaties zijn er field notes gemaakt, die na iedere observatie meteen zijn uitgewerkt tot een observatiedocument. Voor de documentenanalyse zijn alle documenten van het intranet verzameld en documenten die leden van het supportteam JCI hebben aangeleverd.

Na het verzamelen en het opslaan van de empirische gegevens, start de eerste inhoudelijke ordening van de gegevens om te bekijken wat relevant is voor het onderzoek en wat niet (Van Thiel, 2010). Deze stap, waarbij de hoeveelheid aan data al wordt verminderd, kan worden gezien als de eerste fase van het analyseren. Deze stap wordt ook wel de incubatiefase genoemd (Van Thiel, 2010).

Vervolgens start het interpreteren en analyseren van de gegevens. Dit gebeurt aan de hand van coderen. Het coderen is een iteratief proces waarbij de onderzoeker de verzamelde gegevens interpreteert en codes toebedeelt aan de gevonden categorieën, zodat de categorieën met elkaar vergeleken kunnen worden (Van Thiel, 2010). Dit onderzoek is deductief van aard, wat betekent dat de operationalisatie (zie paragraaf 4.4) grotendeels als uitgangspunt dient bij het coderen van de empirische data (Boeije, 2009; Van Thiel, 2010).

Tot slot is er ook 'axiaal' gecodeerd: de onderzoeker zoekt naar patronen in de gehanteerde codes (Van Thiel, 2010) om vervolgens antwoorden te kunnen geven op de gestelde onderzoeksvraag.

4.6 Betrouwbaarheid en Validiteit

Betrouwbaarheid en validiteit zijn twee belangrijke graadmeters voor onderzoek doen (Van Thiel, 2010) en in deze paragraaf wordt beschreven welke stappen genomen zijn zodat dit onderzoek betrouwbaar en valide is.

4.6.1 Betrouwbaarheid

Een betrouwbaar onderzoek bestaat volgens Van Thiel (2010) uit twee onderdelen: nauwkeurigheid en consistentie.

De nauwkeurigheid van een onderzoek gaat met name over de inzet van meetinstrumenten en of deze zo systematisch als mogelijk de desbetreffende variabele meet (Van Thiel, 2010). In dit onderzoek is dit gerealiseerd door de operationalisatie, de interviewopzet en de caseselectie door te spreken met de scriptiebegeleider, stagebegeleidster en medestudenten. De operationalisatie en de vragenlijst bouwen tevens voort op wetenschappelijke literatuur. Verder zijn er vier verkennende gesprekken gevoerd om een goed beeld te kunnen vormen van de tracer-methodiek. Deze gegevens zorgden ervoor dat de interviewvragen scherper geformuleerd werden en hielpen tevens bij het voorbereiden van de observaties.

Consistentie houdt in dat als het onderzoek onder dezelfde omstandigheden herhaald wordt, dit tot dezelfde bevindingen leidt (Van Thiel, 2010, p.57). Er zijn daarom in dit onderzoek meerdere afdelingen onderzocht binnen één divisie. Hier zijn meerdere zorgprofessionals en leidinggevendens gesproken en ook zijn er zes tracers geobserveerd. Bovendien zijn gedurende dit onderzoek alle genomen stappen steeds verantwoord.

4.6.2 Validiteit

De validiteit van een onderzoek kan door twee factoren gerealiseerd worden: de interne en externe validiteit. De interne validiteit betreft de vraag of de onderzoeker gemeten heeft wat hij van plan was te meten, wat gerealiseerd kan worden als de operationalisatie een goede representatie vormt van de literatuur en de van tevoren bedachte causaliteit zich voordoet (Van Thiel, 2010). De externe validiteit beschrijft of de bevindingen te generaliseren zijn (Van Thiel, 2010).

De operationalisatie is besproken met zowel de scriptiebegeleider als medestudenten om ervoor te zorgen dat de operationalisatie de theorie eenduidig meet. De causaliteit van een kwalitatief onderzoek is vaak moeilijk aan te tonen (Van Thiel, 2010, p.167). Dit is geprobeerd op te vangen middels triangulatie van onderzoeksmethoden. Er zijn dertien interviews gehouden met zowel zorgprofessionals als met leidinggevenden, zes observaties zijn uitgevoerd en er is een uitgebreide documentenstudie gedaan. Middels deze verschillende invalshoeken is de data verzameld en gepoogd het elkaar te laten ondersteunen in de zoektocht naar het beantwoorden van de hoofdvraag.

De generaliseerbaarheid van de resultaten lijkt op de eerste oogopslag gering door het kleine aantal respondenten, maar zijn dan ook gericht als specifieke bevindingen voor het UMCU en voor andere ziekenhuizen die werken via de JCI-accreditatie of andere accreditaties. Parallellen kunnen er wellicht wel getrokken worden naar andere sectoren, zoals bijvoorbeeld in de onderwijssector waar ook met keurmerken gewerkt wordt.

In dit hoofdstuk is aan bod gekomen hoe dit onderzoek methodisch in elkaar steekt en hoe dit precies is vormgegeven en uitgevoerd. In het volgende hoofdstuk worden de bevindingen van dit onderzoek gepresenteerd.

5. Professionele reacties en leerprocessen van zorgprofessionals

In hoofdstuk vijf en zes worden de bevindingen die uit het empirische onderzoek naar voren zijn gekomen, uiteengezet. De bronnen die worden aangehaald komen ofwel uit de interviews die met zorgprofessionals en managers zijn gehouden, de observaties van uitgevoerde tracers of uit de documentenanalyse. De diverse dataverzamelmethodeën zullen van elkaar worden gescheiden en er wordt aangegeven om welke soort data het gaat. Het theoretische model zoals die in hoofdstuk drie gepresenteerd is, vormt het fundament van deze twee resultatenhoofdstukken.

In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd die gaan over de professionele reactie en het leren van zorgprofessionals: de strategieën van zorgprofessionals op het tracer-instrument en hoe zorgprofessionals leren over kwaliteit en veiligheid door de toepassing van de tracer-methodiek.

Allereerst wordt er in dit hoofdstuk gestart met een inleidende paragraaf waarin beschreven wordt hoe de tracer-methodiek wordt ingezet binnen de DIGD en het UMCU. Vervolgens wordt in paragraaf 5.2 de professionele (re)actie van zorgprofessionals op de tracer-methodiek besproken. Zien zorgprofessionals het nut en de meerwaarde van de tracers en de JCI-normen of zien zij dit niet? Daarna staat in paragraaf 5.3 de leerprocessen van zorgprofessionals omtrent kwaliteit en veiligheid centraal. Duidelijk wordt hoe zorgprofessionals leren van de tracer-methodiek aan de hand van de theoretische concepten interindividueel en organisationeel leren. Aan het einde van het hoofdstuk volgt een samenvatting van de behandelde paragrafen.

5.1 Inzet tracer-methodiek binnen het UMCU en de DIGD

In deze inleidende paragraaf wordt verkend hoe de tracer-methodiek wordt ingezet binnen de DIGD en staat daarmee los van het theoretische model. Er wordt gebruik gemaakt van informatie uit de bestudeerde documenten, observaties en de interviews. De paragraaf is opgedeeld in meerdere tussenkopjes om gestructureerd de kern van de tracer-methodiek uiteen te zetten. In het contexthoofdstuk is al het nodige geschetst over de tracer-methodiek, gepoogd wordt om deze overlap zo gering mogelijk te houden.

De tracer-methodiek, de JCI-accreditatie met bijbehorende JCI-normen en kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid zijn geen losstaande onderwerpen, maar zijn nauw met elkaar verbonden en staan in een duidelijke verhouding tot elkaar, zoals eerder al in het contexthoofdstuk naar voren is gekomen. Dit is ook duidelijk geworden uit het empirische onderzoek, waar uit zowel de interviews, observaties als documenten naar voren komt dat het doel is de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid blijvend te verbeteren, zodat de zorg voor patiënten (nog) beter wordt. Een hulpmiddel daartoe is de JCI-accreditatie en binnen de accreditatie vormt de tracer-methodiek een handvat om de kwaliteit en veiligheid blijvend te verbeteren binnen het UMCU. Binnen dit doel onderscheidt het UMCU een aantal doelstellingen betreffende de tracer-methodiek. Zo kunnen aan de hand van de tracers professionele dialogen gevoerd worden over kwaliteit en veiligheid, wordt middels tracers het UMCU-beleid gecommuniceerd en er wordt feedback verzorgd over wat er goed en (nog) niet goed gaat in de zorg (Van Haendel & De Vries, 2014).

Opzet van tracer-methodiek

In het UMCU is ervoor gekozen om iedere tracer uit te laten voeren door twee daarvoor door het UMCU zelf opgeleide traceraars, waarvan één van de twee bij voorkeur een zorgachtergrond heeft. De tracer vindt op een andere afdeling plaats dan waar de traceraars werkzaam zijn. De traceraars gaan vanuit een opdracht tracen. Bij deze opdracht vormen steeds één of meerdere thema's vanuit de JCI-normen (bijvoorbeeld de International Patiënt Safety Goals) de leidraad van een tracer (Van Haendel & De Vries, 2014). Deze opdracht wordt bepaald door ofwel JCI supportteam leden ofwel een expert, bijvoorbeeld op het gebied van hygiëne, als het gaat om thematracers. Bij de mini-tracers stelt een beleidsmedewerker dit vast in samenspraak met medisch specialisten en de divisieleiding.

Per jaar worden er gemiddeld twee tracers uitgevoerd op iedere afdeling, die worden ingepland door het JCI supportteam (Van Haendel & De Vries, 2014). Voordat er weer een serie tracers van start gaan, worden alle ingedeelde traceraars op de hoogte gesteld via de mail over de nieuwe tracerronde, wat daarbij belangrijk is om op te letten en te bevragen en op welke thema's en normen getraceerd gaat worden. Per thema en per norm staat meestal één of meerdere voorbeeldvragen benoemd die de traceraars kunnen vragen om die specifieke norm of thema te toetsen. Na afloop van de tracer voeren de traceraars hun bevindingen in in de speciale applicatie op de tablet en die wordt na de tracer meteen openbaar voor iedere werknemer, middels het managementdashboard op intranet (Van Haendel & De Vries, 2014).

Aan de hand van de tracers wordt het zorgpad van patiënten, zorg, behandeling en de geleverde diensten duidelijk. Tevens komen risico's naar voren in de tracers en worden relaties en problemen tussen verschillende zorgdisciplines zichtbaar. Verder helpt de tracer bij het achterhalen van de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid op een desbetreffende afdeling op dat moment (Van Haendel & De Vries, 2014).

Invulling tracer door traceraars: voorbereiding, uitvoering en rapportering

Traceraars beschikken, ondanks de opdracht die ze meekrijgen, over veel ruimte hoe ze een tracer precies uitvoeren en daardoor bestaat er veel diversiteit in de invulling van tracers en mogelijk ook in de bruikbaarheid van de uitkomsten die een tracer oplevert (Clusterhoofd Zorg, U1-2, MS2, V4, O1-5, documenten). Zo stelt het clusterhoofd zorg:

'Het is héél belangrijk wie een tracer doet en hoe ze het doen. En waar ze naar kijken. En hoe ze terug rapporteren' (Clusterhoofd Zorg).

Deze bevinding wordt duidelijk ondersteund gedurende alle observaties: zowel voor de voorbereiding van tracers, het doen van een tracer als de rapportage van de resultaten in de applicatie op de tablet verschilt per traceraar hoe de invulling precies is. Er volgt een schets van twee observaties, waarbij dit duidelijk wordt. Zo bereidden de traceraars van observatie twee (een algemene tracer) zich gezamenlijk voor op de tracer door te bespreken wat er van hen verwacht werd en hoe ze dit het beste aan konden gaan pakken. De één had de tracer-uitkomsten van de afdeling van de afgelopen keren uitgeprint en bestudeerd, de ander had de pagina's met de thema's en bijbehorende JCI-normen en voorgestelde vragen bij zich, die samen werden door besproken. Beide documenten werden meegenomen naar de afdeling, waardoor teruggerepen kon worden op de JCI-normen en de vragen om te controleren of zo alles werd bevestigd en bekeken werd. Gedurende de tracer werden

tussentijds al aantekeningen gemaakt en werden uitkomsten al in de applicatie ingevoerd, zodat dit niet vergeten werd en genoteerd zou worden bij de uitkomsten. Er werd met vier zorgprofessionals gesproken of vragen aan gesteld. Bij het invoeren van de scores in de applicatie werden ook veel toelichtingen opgenomen, om de bevindingen van de traceraars nader uit te leggen.

Deze observatie staat in contrast met de eerste observatie, ook een algemene tracer, waarbij van tevoren niets werd doorgesproken. Eén van de twee traceraars was een zeer ervaren traceraar, en had de opdracht voor deze tracerronde ook opgesteld, en was goed op de hoogte van alle normen en had naar eigen zeggen geen houvast nodig door documenten mee te nemen. De opdracht werd enigszins losgelaten, doordat de traceraars meer naar andere zaken keken die zij belangrijk vonden op basis van eerder gedane tracers. Er werden in totaal zes zorgprofessionals gesproken. Ook werden er onderdelen van het beleid verduidelijkt of verwezen naar de protocollensite op het intranet, als een zorgprofessional een antwoord niet wist of niet kon aantonen hoe een specifiek item (bijvoorbeeld informed consent) in het elektronisch patiëntendossier hoorde opgenomen te worden.

Er werden door beide traceraars nauwelijks aantekeningen gemaakt tijdens de tracer of tussentijds bevindingen in de applicatie ingevoegd. Dit resulteerde erin dat bij het invoeren van de resultaten er bijna nog het één en ander werd vergeten. Bijna was hier mogelijk waardevolle informatie vergeten. Er werden nauwelijks toelichtingen opgenomen bij de beoordelingen van de traceraars.

Uit bovenstaande beschrijvingen van twee observaties (dit geldt voor alle zes de gedane observaties) en uit de interviews blijkt dat doordat er veel ruimte bestaat in het doen van een tracer, de tracer door iedere traceraar anders wordt uitgevoerd. Dit kan dan ook gevolgen hebben voor hoe nuttig of bruikbaar de ingevoerde scores (met of zonder toelichting) zijn voor zorgprofessionals om van te leren, na terugkoppeling en de vertaalslag door het management. Ook tijdens de tracer kan er geleerd worden doordat traceraars met zorgprofessionals de dialoog aan gaan over (een specifiek onderdeel) van kwaliteit en veiligheid, maar het is per traceraar ook verschillend met hoeveel zorgprofessionals gesproken wordt, hoe diepgaand de dialoog wordt gevoerd en hoe groot of klein dat bewustzijnseffect over kwaliteit en veiligheid wordt op de afdeling.

Inzet tracers voor en na de JCI-accreditatie

Opmerkelijk is dat er een duidelijk verschil op te merken is in de tracer-voering vòòr de accreditatie en het doen van tracers nà de accreditatie. Uit documenten en interviews blijkt dat vanaf een jaar voor de accreditatie gemiddeld één keer per maand een tracer op (vrijwel) iedere afdeling is uitgevoerd (Medisch Manager, Clusterhoofd Zorg, Expert, U1-2). Deze hoge tracer frequentie wordt ook als voornaamste reden genoemd, in combinatie met de terugkoppeling door het management, waarom het UMCU in één keer succesvol tot de JCI-accreditatie kwam (Medisch Manager, Clusterhoofd Zorg, Expert, U1-2, MS2-3, V1, V3-4). Hierbij bestaat bij verpleegkundigen (V1-4) het beeld dat voordat de accreditatie binnen was na iedere tracer de uitkomsten werden teruggekoppeld door het unithoofd en werden doorgesproken met de verpleegkundigen: wat gaat er goed, wat gaat er nog niet goed en hoe moeten we dat oppakken? Nadat de accreditatie behaald was, is het beeld van de verpleegkundigen dat dit nauwelijks meer gebeurt.

Een verklaring voor de afname van het aantal tracers en de ietwat mindere aandacht voor kwaliteit en veiligheid kan zijn dat er voor de zorgafdelingen andere belangen en zaken spelen die alle aandacht vereisen van de zorgprofessionals en de leidinggevenden (Expert, Medisch Manager, U3, MS3, V2). Een voorbeeld hiervan is het *'ontvlechten'* van de Oncologie uit het UMCU naar het nieuw te ontstane Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis in Utrecht.

In paragraaf 6.2 wordt nog dieper ingegaan op het verschil in inzet van tracers voor en na de accreditatie, de beleving hiervan door zorgprofessionals en de gevolgen die het met zich meebrengt.

5.2 Professionele reactie zorgprofessionals op de tracer-methodiek

In de inleidende vorige paragraaf is bekeken hoe de tracer-methodiek en daarbij horende JCI-normen werken in het UMCU en binnen de DIGD. Er zijn twee factoren die van belang zijn bij kennismanagement, dat gericht is op het bevorderen van leren rondom kwaliteit en veiligheid en een verbetering van deze twee. In deze paragraaf worden de empirische bevindingen rondom de eerste factor beschreven, namelijk hoe zorgprofessionals reageren op kennismanagementinstrumenten en de toenemende managementinvloed die hiermee gepaard gaan. Voor dit onderzoek houdt kennismanagement de tracer-methodiek in en de JCI-normen die daarbij leidinggevend zijn. De bevindingen worden beschreven aan de hand van drie strategieën (Waring & Currie, 2009) die zorgprofessionals hanteren om om te gaan met een geïntroduceerde patiëntveiligheidssysteem en de managementinvloed die erbij gepaard gaat: co-optation, adaptation en circumventing.

Alvorens hieronder per strategie de specifieke bevindingen worden gepresenteerd, eerst een overkoepelende constatering. Er is namelijk sprake van een divers beeld hoe zorgprofessionals reageren op de geïmplementeerde tracer-methodiek en de JCI-regels. Dit wordt mede duidelijk uit het volgende citaat van de clusterhoofd zorg:

“Het verschilt per zorgprofessional hoe ze tegen de tracer-methodiek en JCI aankijken. Er zijn mensen die het belangrijk vinden, die begrijpen waar het over gaat en proberen mee te werken. En er zijn ook mensen die het alleen doen voor de accreditatie. Of die heel kritisch zijn op JCI en de discussie voeren over de details. Tussen deze uitersten zit een heel scala aan mensen” (Clusterhoofd Zorg).

Dit diverse beeld laat zien dat er niet één strategie overduidelijk uit lijkt te springen die zorgprofessionals hanteren om te werken met kennismanagement instrumenten, maar dat de drie strategieën alle drie gedeeltelijk lijken te worden gehanteerd door zorgprofessionals. Toch zal een onderscheid gemaakt worden in het verschil in zwaarte van de drie strategieën. De bevindingen van de drie strategieën worden hieronder achtereenvolgens uiteengezet.

Co-optation

De eerste strategie die door zorgprofessionals gebruikt kan worden om met kennismanagement instrumenten om te gaan, is die van co-optation. Er is één indicator die deze strategie meet in dit onderzoek, namelijk dat zorgprofessionals het nut en de meerwaarde van het kennismanagement inzien en ermee werken. Co-optation is deels terug te vinden bij zorgprofessionals binnen de DIGD.

Er bestaat een grote groep van zorgprofessionals, alhoewel niet direct kwantificeerbaar in dit onderzoek, die de meerwaarde en het nut van de tracer-methodiek en JCI erkennen voor de zorg (Medisch Manager, Manager Zorg, Clusterhoofd Zorg, U1-3, MS2-3, V1-4) zoals ook blijkt uit het volgende citaat:

“De mensen die bedacht hebben om JCI binnen te halen, hebben daar de kern te pakken. Het gaat én over de essentie én het is praktisch uitvoerbaar. Die heel veel positieve gevolgen heeft voor de zorg” (MS3).

Dit citaat geeft aan dat de JCI-normen en de daarbij horende tracer-methodiek ervaren worden als nuttig voor de zorg en dus een toegevoegde waarde heeft voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Ondanks dat zorgprofessionals de meerwaarde en het nut van de tracer-methodiek en JCI voor de zorg erkennen, leidt dit niet automatisch tot zorgprofessionals die klakkeloos alle JCI-normen overnemen en volgens deze normen werken (Clusterhoofd Zorg, MS1-3, V3-4, Observatie 2-4).

“JCI heeft veel goed gedaan voor de zorg, qua bewustwording, maar het heeft zichzelf tegengewerkt door soms hele stòmme regeltjes niet bespreekbaar te maken en dit werkt niet voor veel zorgprofessionals. Deze regeltjes worden dus niet allemaal toegepast.” (V4).

Uit het citaat blijkt dat zorgprofessionals dus wel het nut en meerwaarde van de tracer-methodiek en de JCI-normen zien voor de zorg, maar dat deze zwart-wit gezegd niet allen zomaar worden overgenomen in het werk van zorgprofessionals. Dit kan geïnterpreteerd worden als dat de strategie co-optation niet rechtstreeks toegepast wordt door zorgprofessionals en dat het lijkt dat zorgprofessionals meer neigen gebruik te maken van de reactie adaptation, welke in het tussenkopje hieronder behandeld wordt.

Adaptation

De tweede professionele reactie die door zorgprofessionals wordt gehanteerd bij kennismanagement instrumenten is die van adaptation. In dit onderzoek horen daar twee kenmerken bij. Het eerste kenmerk is dat zorgprofessionals de JCI-normen hanteren in hun werk, na aanpassing van deze normen (in afstemming met zorgprofessionals) zodat de normen aansluiten bij de medische praktijk en de behoeftes van zorgprofessionals. Het tweede kenmerk is dat het verbeteren van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid (oftewel leren) wordt georganiseerd door zorgprofessionals zelf op de afdeling en niet gestuurd wordt door het management en de concernstaf kwaliteit en veiligheid.

De professionele reactie adaptation is terug te zien binnen de DIGD. Allereerst wordt wel duidelijk dat zorgprofessionals ervaren dat de JCI-normen niet altijd aansluiten bij of bijdragen aan de medische en verpleegkundige praktijk en behoeftes (MS1-3, V1-4). Zo zijn er meerdere normen die niet (direct) bijdragen aan een betere en veiligere zorg en dit stuit op weerstand onder de zorgprofessionals, doordat deze niet als nuttig gezien worden maar wel uitgevoerd en geregistreerd dienen te worden, wat bovendien extra werk oplevert. Ook ervaren de zorgprofessionals (MS1-2, V1-4) dat de JCI-normen statisch zijn en voor het gehele ziekenhuis gelden, terwijl bepaalde normen voor afdelingen niet of nauwelijks van toepassing zijn. Dit terwijl leidinggevenden (Medisch Manager, Expert, Clusterhoofd Zorg, U1) aangeven dat normen, in overleg met JCI, wel aangepast kunnen worden zodat deze beter bij het ziekenhuis passen. Hierdoor lijkt er een verschil in beleving te bestaan tussen zorgprofessionals en leidinggevenden. Het is echter niet mogelijk specifieke normen alleen voor de kliniek te laten gelden en niet voor de polikliniek vanwege regelgeving van JCI die omschrijft dat het voor het gehele ziekenhuis geldt (Expert, U1-2, MS2).

Een voorbeeld van beide redenen waarom de normen niet altijd aansluiten bij de medische en verpleegkundige werkzaamheden en behoeftes is terug te vinden in het volgende citaat van medisch specialist drie. Hieruit blijkt dat een specifieke norm (over patiëntenidentificatie) voor het gehele ziekenhuis geldt, terwijl deze op de polikliniek niet zo effectief is als in de kliniek en er twijfels onder zorgprofessionals bestaan over het nut ervan en de bijdrage aan betere en veiligere zorg:

‘Een absurd voorbeeld is patiëntenidentificatie, daar kunnen mensen zich enorm druk over maken. Want als ik die blinde mevrouw X die je elke keer ophaalt en aan de arm meeneemt naar de kamer, ik haar al vijf jaar begeleid [op de polikliniek] en ik herken haar uit duizenden, waarom krijg ik dan een onvoldoende [bij een tracer] als ik niet naar haar naam en geboortedatum vraag? Dat is onzin. [...] Die regel is ervoor bedoeld dat je bijvoorbeeld niet de verkeerde operatie bij de verkeerde patiënt uitvoert of bij het toedienen van High Risk Medicatie’ (MS2).

Dit gezegd hebbende, wordt het duidelijk dat het merendeel van de zorgprofessionals binnen de DIGD (een groot gedeelte van) de JCI-normen toepast of toe wil passen, mits deze normen bijdragen aan een hogere kwaliteit en veiligheid van de zorg, want voor de patiënt zijn zorgprofessionals tot veel bereid (MS1-3, V1-4). Dit betekent dat het gunstig is om de JCI-normen aan te passen die als niet bijdragend worden bestempeld aan een betere en veiligere zorg en daarmee niet aansluit bij de professionele praktijk, in overleg met de zorgprofessionals en JCI. Hiermee ligt in de lijn der verwachting dat nog meer zorgprofessionals gaan werken aan de hand van meer (en zinnigere) normen en dit de kwaliteit en veiligheid weer ten goede komt. Hiervan zijn ook al voorbeelden te vinden. Zo hoeven bijvoorbeeld zorgprofessionals niet langer ’s nachts patiënten te vragen hoeveel pijn zij hebben en dit te registreren. Het is echter niet mogelijk om de normen die alleen voor de kliniek nut hebben alleen daarvoor te bestempelen en niet ook voor de polikliniek.

Het tweede kenmerk dat de professionele reactie adaptation meet, is dat het verbeteren van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid (oftewel leren) naar aanleiding van gedane tracers wordt georganiseerd en bestuurd door zorgprofessionals zelf op de afdeling en niet gestuurd wordt door het management en de concernstaf kwaliteit en veiligheid. Dit kenmerk is deels te herkennen binnen de DIGD. Enerzijds wordt uit documenten duidelijk dat er geen afgesproken regels bestaan over wat leidinggevenden dienen te doen na een tracer en hoe de terugkoppeling hoort te gaan richting de zorgprofessionals. Tevens is er geen centrale terugkoppeling van afdelingen naar de concernstaf kwaliteit en veiligheid of is er sprake van centrale regie op wat er na tracers gebeurt op afdelingen. Dit lijkt erop te duiden dat zorgprofessionals niet centraal gestuurd worden op het verbeteren van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid, doordat hier niet over gesproken wordt. Wel plant de concernstaf kwaliteit en veiligheid acties in waarbij aan de hand van één of meerdere JCI-norm(en) gepoogd wordt de kwaliteit en veiligheid te verbeteren binnen het UMCU, als geconstateerd wordt dat de zorg op dat punt (nog) niet goed genoeg is. Dit kan dus onder andere met behulp van de tracers. Zo is in februari 2014 een thema tracer ronde van start gegaan over basis hygiëne, omdat gesignaleerd was dat hier (weer) meer aandacht voor nodig was.

Circumventing

Een derde strategie die door zorgprofessionals gehanteerd kan worden bij kennismanagement instrumenten is dat van circumventing. Het eerste kenmerk dat de strategie circumventing meet, is dat zorgprofessionals het nut en de meerwaarde van de tracer-methodiek en de JCI-normen voor de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid niet herkennen en daarom niet willen werken met en volgens de JCI-regels. Het tweede kenmerk van circumventing is dat zorgprofessionals het landelijk leersysteem van landelijke beroepsgroepen als superieur beschouwen en daarvan gebruikmaken, in plaats van het kennismanagement wat in een desbetreffend ziekenhuis wordt gebruikt. Het gaat hier voornamelijk om het medisch specialisme doordat er vele medische specialismen zijn (bijvoorbeeld

interne geneeskunde en gynaecologie) en die vertegenwoordigd zijn in de daarvoor bestaande landelijke beroepsgroepen.

Circumventing wordt deels gehanteerd door zorgprofessionals binnen de DIGD. Er zijn zorgprofessionals te identificeren, ook binnen de DIGD, die het nut en de meerwaarde van de tracer-methodiek en de JCI-accreditatie niet herkennen en zich daarbij tegelijkertijd ook proberen te onthouden van het werken volgens de JCI-normen. Dit blijkt onder andere ook uit het volgende citaat van medisch specialist II:

“De tracer-methodiek en JCI bereiken niet iedereen. Er blijft een segment aan dokters die zegt: ik deed het altijd al zo en dat bevalt me goed en dat blijf ik dus nog steeds zo doen” (MS2).

De gesproken zorgprofessionals bij de interviews en observaties stellen dat dit niet voor hen geldt, maar dat zij wel voorbeelden kunnen geven van met name medisch specialisten en ook verpleegkundigen die zich bewust niet houden of willen houden aan de JCI-normen of meewerken bij de tracer-methodiek. Kanttekening bij deze constatering is dat er bij de gesproken zorgprofessionals wel sprake kan zijn van sociaal wenselijke antwoorden.

Redenen waarom het toch mogelijk is om niet volgens de JCI-regels te (willen) werken is dat zorgprofessionals werken hoe ze het zelf altijd doen (MS1-3), zoals hierboven ook uit het citaat van medisch specialist II blijkt, en er teveel vrijheidsgraden zijn om de regels en daarmee het kennismanagement te ontwijken. Dit komt vooral doordat de tracer-methodiek en de JCI gericht is op het collectief van dokters en verpleegkundigen op een afdeling, waardoor individuele zorgprofessionals die niet volgens de regels (willen) werken de dans ontspringen (Medisch manager, manager zorg, MS2-3, V1,4).

Wat betreft de tweede indicator, blijkt uit zowel de interviews, de vragen tijdens observaties als de documentenanalyse dat er geen zorgprofessionals of beroepsgroepen zijn binnen de DIGD die niet deelnemen aan de tracer-methodiek en de JCI-normen vanwege het bestaan van een landelijk systeem dat zij als superieur beschouwen aan de tracers en JCI-systematiek (MS1-3, V1-4), wat dus niet overeenkomt met de strategie circumventing. Dit kan verklaard worden doordat landelijke systemen van medische specialisten niet zo breed en alomvattend zijn als de JCI-systematiek en de tracer-methodiek met 1400 normen die alle kwaliteits- en veiligheidsaspecten van het ziekenhuis beslaan (Expert, MS2-3, V4). Landelijke systemen richten zich vaak op één aspect, zoals bijvoorbeeld het verzamelen van het aantal en soort complicaties met de gedachte hiervan te leren zodat complicaties in de toekomst minder voorkomen (Internisten, 2015).

5.3 Leren van zorgprofessionals door inzet tracer-methodiek

In deze paragraaf worden de bevindingen van de tweede component van kennismanagement besproken, namelijk of en hoe zorgprofessionals leren over kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid aan de hand van de tracer-methodiek.

Tijdens de interviews zijn vragen gesteld of en hoe zorgprofessionals leren aan de hand van de tracers en de JCI-normen. Tevens zijn ook achterliggende verklaringen voor de wijze van leren gezocht. De interviews worden daarnaast ondersteund met documenten en observaties van de tracer-methodiek, waarbij (voor zover mogelijk) inzichtelijk wordt hoe zorgprofessionals werken volgens de

JCI-normen. De bevindingen worden opgedeeld in twee subparagrafen, namelijk paragraaf 5.3.1 over interindividueel leren en in paragraaf 5.3.2 over organisationeel leren.

5.3.1 Interindividueel leren

In deze paragraaf worden de bevindingen omtrent interindividueel leren van zorgprofessionals aangestipt. Dit gebeurt aan de hand van Nonaka's & Takeuchi's (1999) model, waarbij een persoon interindividueel kan leren door ofwel socialisatie, externalisatie, combinatie of internalisatie. Deze manieren worden hieronder in een voor ieder apart tussenkopje besproken, te beginnen met socialisatie.

Duidelijk wordt in ieder geval dat er veel leerprocessen van zorgprofessionals zijn volgens de manieren die Nonaka & Takeuchi (1999) beschrijven, alhoewel blijkt dat dit niet per se komt door de tracers die gedaan worden maar door andere zaken zoals bijvoorbeeld ervaren zorgprofessionals die iets uitleggen. Ook kan er sprake zijn van een combinatie van de vormen van interindividueel leren. Echter ontbreekt de overtuigende vorm wat zorgprofessionals precies leren en of het leren door deze vier vormen tot duurzame verbeteringen in de zorg leidt.

Socialisatie

De eerste vorm van interindividueel leren betreft socialisatie, waarbij zorgprofessionals leren middels het delen van kennis en handelingen. Dit kan middels dialogen in overleggen of door samen te werken met ofwel een ervaren medisch specialist of een verpleegkundige en diens handelingswijze vervolgens te imiteren.

Socialisatie is een vorm van leren die door veel zorgprofessionals herkend wordt en waar ook veelvuldig gebruik van wordt gemaakt bij het aanleren van nieuwe kennis en nieuwe handelingen (Medisch Manager, Clusterhoofd Zorg, U2, MS2-3, V3-4). Zo wordt allereerst de rol en invloed van de meer ervaren zorgprofessionals genoemd, door zowel medisch specialisten als verpleegkundigen, als momenten waarop kennis wordt overgedragen en gedrag kan worden geïmiteerd. En er dus kan worden geleerd. Deze ervaren zorgprofessionals nemen het voortouw in het verspreiden en overdragen van (vakinhoudelijke) kennis over de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Dit zorgt ervoor dat individuele zorgprofessionals deze kennis en handelingen meekrijgen met de bedoeling dat zij dit vervolgens ook toepassen tijdens hun werk (en dus geleerd hebben). Unithoofd II noemt het belang van de ervaren zorgprofessionals en de rol die zij spelen in het leerproces van andere zorgprofessionals:

"[...] Ervaren mensen die veel leren en veel kennis kunnen uitdragen, dat zijn fijne collega's en die genieten status, zo wordt gedacht. Je hebt gewoon voortrekkers nodig. Die het voordoen, die het vertellen. Die het nog een keer voordoen, die mensen meenemen. Die het belang van iets nieuws goed kunnen uitdragen"(U2).

Ook wordt er kennis gedeeld tussen zorgprofessionals in dialogen met elkaar, en in overleggen. Hierdoor ontstaat de mogelijkheid dat zorgprofessionals interindividueel kunnen leren over kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Opvallend is dat het tijdens deze dialogen vaak niet over tracers of tracer-uitkomsten gaat, soms op de dag van de tracer wel, maar het vooral kwaliteit en veiligheid betreft. Dit komt omdat kwaliteit en veiligheid onderdeel is van het werk van de zorgprofessionals en zij daar de hele dag mee bezig zijn (U2). Onderstaand volgt een citaat van verpleegkundige IV die een voorbeeld geeft waar verpleegkundigen het onderling met elkaar over hebben als het over kwaliteit en veiligheid gaat:

“Er wordt wel over kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid gesproken. Het is onderdeel van je werk. Het elkaar wijzen op of het bespreken van procedures of patiëntsituaties. Of als je hoogcomplex patiënten hebt dat je dat met elkaar bespreekt. Sommige mensen die zijn gewoon heel complex ziek, hebben meerdere ziektes of zijn soms ook psychisch ziek. Dan ga je kijken hoe wij als team deze persoon kwaliteit van zorg leveren” (V4)

Er zijn verschillende soorten ingeroosterde overleggen waar zorgprofessionals interindividueel kunnen leren over kwaliteit en veiligheid. Zo bestaan de gebaande overleggen voor verpleegkundigen in ieder geval uit het wekelijkse werkoverleg, het Meldingen Incidenten Patiënten (MIP) overleg en de grote visite. Tijdens het werkoverleg worden nieuwe zaken toegelicht, zoals bijvoorbeeld een nieuw protocol. Niet alle unithoofden hebben kwaliteit en veiligheid als een vast agendapunt, maar unithoofd I geeft aan dat dat bij haar in ieder geval wel het geval is. Bij het MIP overleg zijn slechts twee medisch specialisten en twee verpleegkundigen (U2) aanwezig, en daar worden de gebeurtenissen besproken met patiënten die niet goed zijn verlopen en wordt ook achterhaald hoe dit zo heeft kunnen gebeuren. Deze uitkomsten worden teruggelinkt naar de leidinggevende en kan besproken worden tijdens een werkoverleg, maar het is geen vast agendapunt. Dit zorgt ervoor dat de daarbij aanwezige zorgprofessionals interindividueel kunnen leren wat er niet goed is gegaan in de zorg, waardoor de kans kleiner is dat zij zo'n fout nogmaals begaan.

Bij medisch specialisten staan er ook meerdere overleggen ingeroosterd waarbij zorgprofessionals interindividueel kunnen leren. Zo is er in ieder geval het wekelijkse stafoverleg, is er het teamoverleg en de dagelijkse evaluatie aan het einde van de dag. Opvallend is dat er tegenstrijdige berichten bestaan over het al dan niet bespreken van tracer-uitkomsten; volgens MS2 worden de uitkomsten daar besproken, terwijl volgens MS1 hier geen sprake van is. In het teamoverleg is kwaliteit en veiligheid een vast agendapunt, waar kennis wordt gedeeld tussen de zorgprofessionals en leidinggevende.

Externalisatie

Een groot deel van de zorgprofessionals herkent zich in het aanleren via verhalen (MS2-3, V2-4). Metaforen en analogieën werden niet benoemd door de zorgprofessionals of aan bod gekomen in de documenten en tijdens observaties. Volgens Nonaka & Takeuchi (1999) is het moeilijk om impliciete kennis over te dragen naar anderen en zijn verhalen, metaforen en analogieën een hulpmiddel om dit toch over te kunnen brengen.

Tracers lijken een goede uitvalbasis te zijn om de boodschap over kwaliteit en veiligheid uit te dragen aan zorgprofessionals gekoppeld aan concrete JCI-normen waar op dat moment op getraceerd wordt en waar zorgprofessionals mee horen te werken (Medisch Manager, Expert, U2, MS3-4, V4). Dit wordt ondersteund door het volgende citaat van de expert:

“De boodschap die je uit moet dragen als je een tracer doet is voor wie doen we dit allemaal? Voor de patiënt. Als wij een tracer doen, vind ik dat wij heel aannemelijk kunnen maken dat wij gedrag van een zorgprofessional vragen wat recht doet aan de kwaliteit van zorg en veiligheid die wij patiënten willen bieden. Er komt een moment dat als je bijvoorbeeld niet met wasgoed omgaat zoals we hebben afgesproken, dat je toch een infectie-uitbraak krijgt op je afdeling in welke vorm dan ook” (Expert).

Uit het citaat van de expert komt naar voren dat traceraars het verhaal, een boodschap, over kunnen brengen aan de zorgprofessionals die zij tijdens een tracer spreken over JCI-normen en wat het al dan niet toepassen van deze norm doet voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Zorgprofessionals geven aan dat als de meerwaarde van een bepaalde JCI-norm duidelijk is voor zorgprofessionals, en dat kan dus onder andere gedaan worden middels een tracer, dat een groot gedeelte van de zorgprofessionals dan bereid is het toe te passen in hun werk (MS1-3, V1-4).

Combinatie

De derde manier van interindividueel leren betreft combinatie, waarbij kennis uit bronnen wordt gecombineerd en kan leiden tot nieuwe ordening van de kennis (Nonaka & Takeuchi, 1999). Voorbeelden van combinatie zijn het formuleren van nieuwe richtlijnen of standaarden en het vergelijken van de eigen situatie met bijvoorbeeld een best practise van een andere organisatie of literatuur.

Zorgprofessionals en leidinggevendenden geven aan dat er vele bronnen bestaan waar kennis over kwaliteit en veiligheid verkregen kan worden, waaronder de wetenschappelijke vakliteratuur van zorgprofessionals, alle UMCU-protocollen (afgeleid van JCI-regelgeving) op intranet, via trainingen, bij- en nascholingen en de ervaringen van zorgprofessionals zelf (Medisch Manager, Clusterhoofd Zorg, MS, 2-3, V1-4).

Het is de bedoeling dat alle kennis die zorgprofessionals tot hun beschikking krijgen, ingezet kunnen worden bij de behandeling van patiënten. Uit de interviews en observaties blijkt dat het niet zozeer gaat om het opstellen van nieuwe richtlijnen of standaarden, maar dat het UMCU en dus ook de DIGD één plaats hanteert waar alle kennis over patiënten gebundeld en geëxpliciteerd wordt en daardoor toegankelijk is voor zorgprofessionals; namelijk het Elektronisch Patiënten Dossier.

De vakkennis en kennis over kwaliteit en veiligheid resulteert in een diagnose en een behandelplan van en voor patiënten. Een goed werkend EPD is een belangrijk onderdeel van de JCI-normen en hier wordt tijdens tracers dan ook aandacht aan besteed.

Dit wordt ondersteund met onderstaande citaat van het clusterhoofd Zorg, waaruit blijkt dat EZIS een plaats is waar verschillende soorten kennis samengevoegd worden en geëxpliciteerd zodat dit toegankelijk is voor zorgprofessionals ter behandeling van de patiënten:

“ Er zit veel in de hoofden van met name medisch specialisten. Niet iedereen weet wat daar in zit, daarom probeer je dat te expliciteren in EZIS (Elektronisch Ziekenhuisinformatiesysteem). En dan het liefst ook een beetje SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden), zodat iedereen het kan volgen en iedere zorgprofessional kan kijken hoe hij bij kan dragen aan het halen van bijvoorbeeld de behandeldoelen van een patiënt” (Clusterhoofd Zorg).

Een tweede eigenschap van combinatie is dat de huidige stand van zaken vergeleken wordt met best practises van organisaties die goed presteren of met wetenschappelijke literatuur. Er wordt binnen het UMCU en de afdelingen van de DIGD gebruik gemaakt van best practises. Het lijkt niet zozeer te gaan om best practises van andere organisaties, maar om best practises van andere afdelingen binnen het UMCU. De tracers stellen traceraars namelijk in staat best practises bij andere afdelingen te ontdekken (Expert, Clusterhoofd Zorg, MS3, V1). Deze best practises kunnen de traceraars vervolgens benoemen

in het managementdashboard en kunnen overgenomen worden door zorgprofessionals. Dit wordt geïllustreerd door medisch specialist III in onderstaand citaat:

“Dat helpt ook als je dat bij andere afdelingen ziet. Als de ene afdeling het met bijvoorbeeld het invullen van informed consent daar net wat makkelijker mee heeft dan de andere afdeling, dan neem je de tips natuurlijk mee (MS3).

Deze best practises worden niet bij iedere tracer opgemerkt of zo weergegeven in het managementdashboard. Ook blijft de vraag bestaan als een best practise opgemerkt wordt dit ook leidt tot veranderingen bij zorgprofessionals van andere afdeling(en). Wel vormt het voor zorgprofessionals die tracers doen inspiratie om het ook op deze manier te gaan doen in hun werk (MS2-3, V1), alhoewel er geen duidelijk antwoord gegeven kan worden of zij dit ook daadwerkelijk (blijven) doen.

Internalisatie

De laatste vorm waardoor interindividueel geleerd kan worden, is internalisatie. Internalisatie doelt op leren door te doen, waarbij de kennis eigen gemaakt wordt (Nonaka & Takeuchi, 1999). Een voorbeeld van internalisatie is het volgen van een training of cursus en deze kennis vervolgens toepassen in de praktijk.

In de voorgaande subparagrafen is gebleken dat er verschillende manieren zijn waarop zorgprofessionals interindividueel zich kennis aanleren. Het lijkt erop dat naast het leren van kennis en handelingen er ook een aantal zaken in de zorg te leren zijn zonder interactie met andere zorgprofessionals, door het gewoon te doen of toe te passen (Clusterhoofd Zorg, MS2, U1-2, V4). Unithoofd I zegt hier het volgende over:

‘Sommige dingen is leren, maar het is ook heel veel gewoon dōen. Je mag bijvoorbeeld geen eten en medicijnen in eenzelfde koelkast bewaren. Dat leer je, want heel vaak denken we te weten wat goed is en het dan zo maar te doen, je leert om volgens protocol te werken en dan soms zonder na te denken dingen te doen’ (U1).

Een andere eigenschap van internalisatie is het volgen van een training of cursus waarbij de expliciete (wetenschappelijke) kennis die daar besproken wordt vervolgens toegepast wordt in de praktijk. Er blijken meerdere trainingen of cursussen gegeven te worden binnen het UMCU of buiten het UMCU waar enkele zorgprofessionals naartoe gaan van afdelingen van de DIGD om hier kennis op te doen en deze opgedane kennis vervolgens toe te passen in het werk (Expert, U4, MS2, V1, 3-4). Deze kennis wordt dan weer gedeeld en besproken in bijvoorbeeld de werkoverleggen bij verpleegkundigen en de stafoverleggen bij medisch specialisten, wat weer op socialisatie duidt. Deze trainingen en cursussen gaan regelmatig over vakkennis en dus niet enkel over kwaliteit en veiligheid, maar kwaliteit en veiligheid is hier wel een onderdeel van (MS3, V4). Hieronder volgt een beschrijving van een cursus die verpleegkundige III gevolgd heeft en wat er vervolgens met de opgedane kennis wordt gedaan:

“[...] Hier worden wel regelmatig scholing en cursussen aangeboden waar een selectie uit het team naartoe mag. Ik ben bijvoorbeeld met zeven man uit het team naar zeven avonden scholing over oncologie geweest. Die gaat dan in op wat voor therapie krijgen mensen nou, wat zijn de bijwerkingen en waar kun je als verpleegkundige op letten? Oncologiepatiënten in de

maatschappij, hoe staan mensen in het leven, waar kun je steun bij bieden? Bij een bepaalde operatie, wat is dan de zorg na zo'n operatie of naar zo'n operatie toe? Deze kennis nemen we weer terug naar de afdeling en zorgt ervoor dat je daar in je werk op gaat letten”(V4).

Naar voren komt dat er specifieke kennis is opgedaan over hoe om te gaan met oncologiepatiënten en beter steun te kunnen bieden en dat de intentie is om deze kennis toe te passen tijdens het werk. Echter is niet duidelijk of dit ook daadwerkelijk op de lange termijn nog steeds gebeurt en of deze nieuwe kennis ook door andere verpleegkundigen voortaan zo wordt toegepast.

5.3.2 Organisationeel leren

In de vorige paragraaf zijn de bevindingen rondom interindividueel leren beschreven, nu volgt in deze paragraaf de resultaten van organisationeel leren binnen de onderzochte afdelingen van de DIGD. Organisationeel leren bestaat in dit onderzoek uit single-loop leren en double-loop leren (Argyris & Schön, 1973). De resultaten over single en double-loop leren worden in aparte tussenkopjes gepresenteerd, te starten met single-loop leren.

Single-loop leren

De eerste vorm van organisationeel leren is single-loop leren. Single-loop leren houdt in dat er bijstellingen en perfectioneringen in het gedrag (in dit onderzoek van zorgprofessionals) plaatsvinden na constatering van een fout, maar dit binnen dezelfde gedachtegang gebeurt (Argyris 1996; Kloosterboer 2011,p.108). De twee eigenschappen die single-loop leren meten, hangen met elkaar samen en worden daarom hier samen behandeld. De eigenschappen zijn het ontdekken van de fout en het herstellen ervan zonder de oorzaak te achterhalen en de tweede eigenschap is dat de leidinggevenden de resultaten van een tracer terugkoppelen naar de zorgprofessionals toe.

Er blijkt veelvoudig dat als er binnen de DIGD een fout ontdekt wordt dat deze hersteld wordt zonder de achterliggende oorzaak te onderzoeken. De constatering van een fout, iets wat (nog) niet goed gaat in de zorg volgens de JCI-normen en andere standaarden, kan opgemerkt worden door het doen van een tracer (Medisch Manager, Expert, Clusterhoofd Zorg, U1-3, MS1-3, V1-4). Er zijn vele voorbeelden aan te dragen waaruit blijkt dat er single-loop geleerd wordt door zorgprofessionals. Uit het onderstaande citaat van unithoofd één blijkt een beschrijving van een 'fout', namelijk het laten slingeren van de sleutels van een verpleegkundige, wat door het doen van een tracer opgemerkt werd en ook genoteerd werd in het managementdashboard. Vervolgens hebben de verpleegkundige hun sleutels niet meer op het medicijnkastje laten liggen, waaruit blijkt dat er single-loop leren plaats heeft gevonden:

“ [...] En we hebben een karretje met medicijnen waarmee we de kamers bevoorraden en de verpleegkundige had haar sleutels op het karretje laten liggen en een traceraar ziet dat en je wordt toch een soort van op de bon geslingerd. Iedereen is zich daarna wel heel bewust dat ze de sleutels niet voor het grijpen moeten laten liggen. Ook al lijkt het praktisch, het mag gewoon niet” (U1).

Voordat er single of double-loop geleerd kan worden, is wel feedback nodig van de leidinggevende naar aanleiding van een tracer. In het hierboven besproken voorbeeld heeft de leidinggevende de resultaten van de tracer teruggekoppeld naar haar team toe (U1), maar deze feedback lijkt niet op iedere afdeling vanzelfsprekend. De leidinggevenden stellen dat leidinggevenden altijd de resultaten terugkoppelen naar de afdeling toe (Medisch Manager, Expert, Clusterhoofd Zorg, U1-3), maar slechts

een gedeelte van de zorgprofessionals bevestigt dat dit (soms) gebeurt nadat de JCI-accreditering binnen was (MS3, V1).

Er zijn twee kritische kanttekeningen te plaatsen bij het single-loop leren, mede vanuit de theorie. Het eerste punt is dat er niet veel tracers plaatsvinden per jaar (zie ook paragraaf 5.1), waardoor er minder kansen zijn om een fout aan te kaak te stellen en deze te herstellen. Een tweede punt is dat door het ontbreken van het zoeken naar de achterliggende oorzaak, de vraag ontstaat of het herstellen van de fout wel langdurig leidt tot een verbetering van de kwaliteit en veiligheid.

Double-loop leren

De tweede vorm van organisationeel leren is double-loop leren en beschrijft een *‘verandering van patronen in denken en doen, als gevolg van de mismatch in de bestaande handelingstheorie’* (Kloosterboer, 2011, p.108). Double-loop leren kan gemeten worden door een fout te ontdekken en actief op zoek te gaan naar de achterliggende oorzaak. De leidinggevende geeft feedback door de resultaten van een tracer terug te koppelen, waar de fout naar voren komt.

Zaken die (nog) niet goed gaan kunnen opgemerkt worden tijdens het doen van een tracer en via de terugkoppeling van leidinggevendenden in bijvoorbeeld een overleg de zorgprofessionals bereiken. Double-loop leren gaat een stap verder dan single-loop leren door de kijken naar de achterliggende oorzaak van een fout. Dit kan door de waarom vraag te stellen en het antwoord hierop te achterhalen (Wierdsma & Swieringa, 2011). Er wordt double-loop geleerd door zorgprofessionals binnen de DIGD, maar leidinggevendenden en zichzelf geven aan dat dit niet automatisch gebeurt (Clusterhoofd Zorg, U1-2, MS2, V1). Als er een rood duimpje uit de tracer resultaten blijkt, wordt wel gekeken naar hoe dit opgelost kan worden maar wordt niet altijd de stap gezet om dieper erop in te gaan en te kijken waarom er een rood duimpje gescoord werd en wat hier achter zit (Clusterhoofd Zorg). Hieronder volgt een voorbeeld van double-loop leren, een voorbeeld dat vaker voorkomt. Er is een fout geconstateerd, namelijk niet alle verpleegkundigen van de desbetreffende afdeling voeren de patientenidentificatie steeds op een juiste manier uit. In het werkoverleg heeft het desbetreffende unithoofd dat vervolgens aangekaart en is samen met de verpleegkundigen gekeken waarom dat niet continu op de goede manier gebeurt en is dat nu opgepakt door de verpleegkundigen:

“Er wordt ook gekeken wat houdt het team tegen om iets niet te doen, als wordt gezien dat er niet iedere keer het polsbandje van patiënten wordt gecheckt. Waarom lukt dat niet? Wat zorgt daarvoor? Er wordt wel in gesprek gegaan met het team om te kijken hoe we dat wél kunnen behalen en wat houdt mensen op dat moment tegen om telkens op het polsbandje te kijken?”
(V3).

Alhoewel hier double-loop leereffecten op te merken zijn, blijft het wel de vraag hoe dragend deze verbeteringen zijn naar de rest van de zorgprofessionals op de afdelingen en hoe duurzaam deze verbeteringen zijn.

Double-loop leren komt ook naar voren in de verbeterprojecten, waartoe na de tracer-resultaten besloten kan worden (Clusterhoofd Zorg, U2). Hier kan ook toe besloten worden als zorgprofessionals en leidinggevendenden zelf merken dat er iets op de afdeling niet goed loopt en dat oppakken om grondig uit te zoeken. Deze verbeterprojecten gaan over een groter thema en er wordt onderzocht waarom het niet loopt zoals gewenst. Deze verbeterprojecten leiden ertoe dat de gewenste verbetering wel gerealiseerd wordt en er dus double-loop geleerd wordt. Het Clusterhoofd

Zorg geeft een voorbeeld van (een op het moment van interviewen) huidig lopend verbeterproject over behandeldoelen:

“Bij de komende heraccreditatie hebben we ons tot doel gesteld dat er voor iedere patiënt behandeldoelen worden geformuleerd. Dat zijn we niet gewend. We hebben nu een project: inventariseer eens of de behandeldoelen nu überhaupt worden ingevuld, gebruikt worden of waarom het niet wordt gebruikt. Daar zijn er nu bijvoorbeeld een paar verpleegkundigen mee bezig en zij organiseren dan ook interviews met dokters en verpleegkundigen om het project zo breed mogelijk te benaderen. Dan maken ze een verslag en koppelen ze het terug. Het resultaat moet zijn dat halverwege 2015 iedereen zijn behandeldoelen inzet” (Clusterhoofd Zorg).

Uit het bovenstaande citaat kan afgeleid worden dat dit verbeterproject grondig wordt aangepakt en dat de waarom vraag daarbij niet geschuwd wordt. Dit kan dus leiden tot double-loop leren en in dit geval ervoor zorgen dat zorgprofessionals de behandeldoelen invullen en er ook gebruik van maken bij de zorg voor patiënten. Per jaar worden een paar verbeterprojecten opgepakt binnen afdelingen van de DIGD en in het verleden heeft het project over bijvoorbeeld het invullen van de informed consent erin geresulteerd dat een groot gedeelte van de zorgprofessionals dit nu invoeren volgens de normen die daar voor staan (MS3, V4) en er daarmee double-loop geleerd is. Of deze verandering(en) duurzaam zijn en of het om alle zorgprofessionals gaat die de veranderingen toepassen in hun werk, is echter lastig zwart op wit vast te stellen.

5.4 Samenvattend

Duidelijk is geworden dat er een gevarieerd beeld bestaat omtrent de professionele reactie van zorgprofessionals van de DIGD op de tracers, JCI-accreditatie en JCI-normen. Dit resulteert erin dat er niet één strategie overtuigend uit lijkt te springen die alle zorgprofessionals hanteren, maar dat meerdere strategieën gedeeltelijk worden ingezet.

De eerste strategie is co-optation (overnemen) en wordt gedeeltelijk toegepast. Zorgprofessionals erkennen het nut en meerwaarde van de tracers, de JCI-accreditatie en de normen en willen tevens volgens deze normen werken. De normen worden echter niet klakkeloos overgenomen en toegepast door zorgprofessionals.

De tweede strategie, adaptation (aanpassen), lijkt er van de drie strategieën het meeste uit te springen bij de zorgprofessionals. Het merendeel van de zorgprofessionals wil werken volgens de JCI-normen, als deze normen passend zijn bij de medische en verpleegkundige werkelijkheid én een toepassing van deze normen daadwerkelijk leidt tot een betere kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Circumventing (omzeilen) vormt de laatste strategie en is in wat mindere mate ook te herkennen binnen de DIGD, alhoewel zorgprofessionals benadrukken dat het niet om henzelf gaat. Er zijn zorgprofessionals die het nut en de meerwaarde van de JCI-normen niet herkennen en de JCI-normen ook willen omzeilen, doordat zij bijvoorbeeld willen blijven werken hoe zij het altijd al doen. Er is echter geen superieur systeem van bijvoorbeeld landelijke beroepsgroepen die zorgprofessionals liever volgen dan de reeds bestaande JCI-accreditatie, tracers en JCI-normen.

De professionele reactie, of strategieën, lijken veel te zeggen over de bereidheid tot leren van zorgprofessionals. Hoe positiever zij zijn over het nut en de meerwaarde van de tracers, JCI-normen en kwaliteit en veiligheid en de toepasbaarheid ervan binnen de medische werkpraktijk, hoe groter de kans wordt dat zij nieuwe kennis en handelingen betreffende kwaliteit en veiligheid willen aanleren en toepassen tijdens hun werk.

Er zijn leereffecten door toepassing van de tracer-methodiek, maar deze zijn niet zo sterk als vooraf werd ingeschat en daardoor leiden de tracers, JCI-accreditatie en JCI-normen daarmee ook niet tot het versterken van leren van zorgprofessionals. De vier vormen van interindividueel leren van Nonaka & Takeuchi (1999) zijn grotendeels aanwezig en laten zien hoe de zorgprofessionals leren, maar blijft achterwege in het aantonen wat precies geleerd wordt en welke impact dit heeft voor de rest van de zorgprofessionals op de afdeling en binnen de DIGD. Het geeft wel aanwijzingen aan managers over hoe zorgprofessionals graag leren en hoe voortaan deze leerprocessen beter vorm te kunnen geven.

Door socialisatie leren zorgprofessionals binnen de DIGD van de ervaren zorgprofessionals, die bovendien ook het voortouw hebben in het verspreiden en overdragen van (vakinhoudelijke) kennis over kwaliteit en veiligheid, maar dit komt niet nadrukkelijk tot stand door toepassing van de tracer-methodiek, het wordt altijd al zo gedaan. Hiernaast wordt er ook interindividueel geleerd door dialogen te voeren en in overleggen.

Bij externalisatie wordt er interindividueel geleerd via verhalen, en niet of nauwelijks via metaforen en analogieën, doordat via tracers de boodschap over kwaliteit en veiligheid en de combinatie met JCI-normen verspreid wordt naar zorgprofessionals toe. Voor zorgprofessionals is het van belang dat het nut en de meerwaarde van JCI-normen voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg helder is, dan zijn zij eerder bereid dit te veranderen in hun werk en dus te leren.

Combinatie vindt plaats vooral in de vorm van het bundelen van diverse soorten kennis uit verschillende bronnen in het elektronisch patiëntendossier zodat de beschikbare kennis voor iedere zorgprofessional toegankelijk is die de desbetreffende patiënt(en) behandelen. Ook worden best practises van andere afdelingen overgenomen.

Als laatste is er internalisatie, waarbij zorgprofessionals al doende leren. Zo zijn er trainingen en cursussen beschikbaar voor (een gedeelte) van de zorgprofessionals van afdelingen waar (vakinhoudelijke) kennis behandeld wordt, waarvan de bedoeling is dat dit vervolgens ook toegepast wordt door deze zorgprofessionals en zij dit ook delen met de andere zorgprofessionals in bijvoorbeeld een werk- of stafoverleg. De mate waarin dit ook gebeurt en effect heeft, is echter niet duidelijk.

De twee vormen van organisationeel leren, single en double-loop leren (Argyris & Schön, 1974) zijn wat nadrukkelijker geconstateerd bij zorgprofessionals naar aanleiding van de tracer-methodiek en de JCI-normen. Echter kon in dit onderzoek geen nadrukkelijk antwoord worden gegeven op de vraag hoe duurzaam dit leren is.

Single-loop leren blijkt binnen de DIGD veelvoudig toegepast, als er een rood duimpje uit de tracer-resultaten komt. Zorgprofessionals willen de fout herstellen (bijvoorbeeld het laten slingeren van sleutels) en dit gebeurt zonder de achterliggende oorzaak op te sporen (oplossing: sleutels niet meer laten slingeren op medicijnkastje). Ondanks het single-loop leren, is er wel steeds aandacht en daarmee ook activatie van managers nodig omdat het effect er anders weer van afzwakt.

De tweede vorm van organisationeel leren is double-loop leren. Double-loop leren gaat een stap verder door actief de achterliggende oorzaak van een fout te achterhalen. Dit kan door de waarom vraag te stellen. Double-loop leren wordt toegepast door zorgprofessionals binnen de DIGD, maar leidinggevenden en zijzelf geven aan dat het niet automatisch gebeurt om dieper op een fout in te gaan. Dit gebeurt bijvoorbeeld pas bij een groter belangrijk thema wat (nog) niet goed gaat, zoals bijvoorbeeld het identificeren van patiënten, waarbij een verbeterplan wordt opgesteld. Deze verbeterplannen hebben als doel een verandering en verbetering te realiseren, en dus double-loop te

leren. Dit is bij een aantal plannen ook gelukt. Echter blijft de vraag hoe duurzaam deze veranderingen en verbeteringen zijn.

6. Het managen van leren en de professionele reacties op de tracer-methodiek

In hoofdstuk vijf zijn de bevindingen omtrent enerzijds de professionele reactie van zorgprofessionals op kennismanagement instrumenten beschreven, namelijk welke strategieën zorgprofessionals toepassen bij het tracer-instrument en de JCI-normen, en anderzijds hoe zorgprofessionals leren over kwaliteit en veiligheid door de toepassing van de tracer-methodiek en JCI-normen. In dit hoofdstuk staan de managementinterventies centraal. Hoe kunnen managementinterventies het leren van zorgprofessionals versterken en de professionele reactie verbeteren?

Paragraaf 6.1 behandelt de resultaten over drie leiderschapsstijlen die managers kunnen inzetten om het leren van zorgprofessionals naar aanleiding van de tracers te managen (Van Engen & Vinkenburg, 2005). Paragraaf 6.2 bespreekt de bevindingen over grotere contextfactoren die binnen de DIGD en het UMCU spelen en de invloed van managementinterventies en leereffecten lijken te overstijgen. Deze bevindingen staan los van het onderzoeksmodel, omdat deze tijdens het empirische onderzoek pas aan het licht zijn gekomen.

6.1 Leiderschapsstijlen

In deze paragraaf worden de resultaten met betrekking tot de leiderschapsstijlen van Van Engen & Vinkenburg (2005) beschreven. Er zijn drie leiderschapsstijlen: transformationeel, transactioneel leiderschap en laissez-faire leiderschap. De resultaten worden weergegeven in aparte tussenkopjes. Per tussenkopje wordt beschreven of de leiderschapsstijl gebruikt werd om leerprocessen en de professionele reactie te managen. Enkel de desbetreffende vorm van leren die in de empirie werd waargenomen, wordt hier benoemd.

Transformationele leiderschapsstijl

De transformationele leiderschapsstijl blijkt in de praktijk een belangrijke manier om zorgprofessionals te bereiken over JCI en de tracers als kwaliteitsinstrumenten. Dit wordt door zowel de managers als zorgprofessionals erkend. Zo zegt de Clustermanager zorg:

“Ik vind het dan belangrijk dat je ervoor zorgt dat je steeds aan de zorgprofessionals uitlegt dat we iets van de tracers leren. We doen het voor de patiënt. Het gaat er niet om om met het vingertje te wijzen naar de zorgprofessionals, maar om reflectie te krijgen op ons handelen door de JCI-normen” (Clustermanager zorg).

Zoals bovenstaand citaat illustreert, is het van belang om de visie en de doelen omtrent JCI en de tracer-methodiek uit te (blijven) dragen naar de zorgprofessionals toe en wat dit concreet betekent voor de zorg: door bijvoorbeeld de JCI-normen over patiëntenidentificatie correct toe te passen, levert dit veiligere zorg op. Door steeds de visie, doelen en de ‘*waar doen we het allemaal voor*’ (MS I) te blijven communiceren via taal, resulteert erin dat het merendeel van de zorgprofessionals het nut en de meerwaarde van de JCI-normen en de tracer-methodiek inziet en hier ook mee willen werken om zo de kwaliteit en veiligheid te verbeteren. Dit duidt erop dat managers door het toepassen van de transformationele leiderschapsstijl zorgprofessionals kan bewegen naar de professionele reactie

adaptation. En deze positieve houding lijkt veel te zeggen over de bereidheid tot leren van de professionals. Leidinggevendenden geven aan dat als een zorgprofessional negatief staat tegenover de tracers en de JCI-normen, oftewel de reactie circumventing, deze zorgprofessional niet via transformationeel leiderschap (of ander leiderschapsstijl) beïnvloed kan worden tot een positievere reactie of tot leren omdat er vrij weinig lijkt te helpen.

In het theoretisch kader werd de verwachting opgesteld dat transformationeel leiderschap ertoe leidt dat zorgprofessionals double-loop leren, wat in het vervolg leidt tot een verbetering van de kwaliteit en veiligheid. Deze verwachting lijkt te kloppen, al zijn deze effecten ook weer niet heel overtuigend van aard. Zorgprofessionals, en dan met name de medisch specialisten, ervaren deze manier van managen als positief en het sluit aan op hun professionaliteit doordat het hen via taal op doelen en waarden wil inspireren en motiveren. Deze doelen en waarden zijn in dit geval het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid, iets wat zij als professionals hoog in het vaandel hebben staan in hun werk bij het helpen van patiënten. En de middelen hiertoe zijn via de tracers en JCI-normen. Door als leidinggevende aandacht te blijven vragen voor de doelen en waarden, leidt ertoe dat als er door een tracer geconstateerd wordt dat iets niet gaat zoals het zou moeten of het niet duidelijk is hoe dat dit moet, bijvoorbeeld met de behandelplannen, dat zorgprofessionals aangeven dat zij het nodig vinden om over te gaan tot een verbeterplan (Medisch Manager, Expert, Clusterhoofd Zorg, U1-2, V1,3-4). Bij een verbeterplan wordt er via onderzoek actief gezocht naar de achterliggende oorzaak van het probleem of de fout en worden oplossingen aangedragen om dit te verbeteren. De waarom vraag wordt hierbij gebruikt. Dit duidt erop dat er double-loop leereffecten zijn. Er zijn op vrijwel iedere afdeling binnen de DIGD een paar verbeterplannen per jaar, zoals het plan om de behandeldoelen van patiënten (een JCI-norm) te verbeteren zodat iedere zorgprofessional deze doelen formuleert en uniform registreert in het EPD (Clustermanager Zorg). Het precieze effect op kwaliteit en veiligheid, de mate waarin dit geldt voor iedere zorgprofessional en zeker ook de vraag of deze nieuwe kennis en handelingen ook zo uitgevoerd blijven worden door zorgprofessionals, daar kan geen precies antwoord op gegeven worden. Vandaar dat er geconstateerd wordt dat er wel double-loop leereffecten lijken op te treden door transformationeel leiderschap, maar dat deze effecten ook niet overdreven dienen te worden.

Transactionele leiderschapsstijl

De zorgprofessionals herkennen dat de transactionele leiderschapsstijl wordt toegepast door managers binnen de DIGD, deze stijl werd met name voor de accreditatie vaak en op consequente wijze ingezet. Deze stijl wordt door managers gebruikt om de resultaten en voortgang van de tracer-methodiek en JCI –normen bij te houden en te bespreken, aldus zorgprofessionals (MS1, V1,4) en managers (Medisch Manager, Expert, Clusterhoofd Zorg, U1, U3).

Zorgprofessionals worden aangesproken op rode of oranje duimpjes van de uitgevoerde tracers, oftewel dingen die niet goed zijn gegaan, wat overeenkomt met de transactionele leiderschapsstijl. Zorgprofessionals ervaren dit over het algemeen als prettig doordat zij dan weten wat er goed en nog niet goed gaat, alhoewel medisch specialist vier vindt dat het een wat negatieve en zenuwachtige sfeer oproept. Dit aanspreken vindt vrijwel altijd plaats gedurende een werk- of teamoverleg en nooit individueel, omdat tracers zich niet op individuen specifiek richt. Het effect van het door managers aanspreken op de resultaten en naleven van de JCI-normen is dat er aandacht geschonken wordt aan een specifiek kwaliteits- of veiligheidsonderwerp, en daarmee ook de impliciete onderliggende boodschap over kwaliteit en veiligheid uitgedragen wordt, waardoor aangegeven wordt dat dit onderwerp ertoe doet en verbeterd dient te worden. Dit heeft ook positieve gevolgen voor de

professionele reactie omtrent de JCI-normen en tracers, doordat voor zorgprofessionals het belang van een specifiek onderwerp, en impliciet de kwaliteit en veiligheidsboodschap, duidelijk wordt gemaakt wat belangrijk is voor de strategieën co-optation en adaptation, alhoewel de aanpassing van normen zodat ze beter aansluiten op de werkpraktijk van zorgprofessionals in dit specifieke geval nog niet aan de orde is.

Ook geven de zorgprofessionals aan dat zij bij een goed tracer-resultaat immaterieel beloond worden in de vorm van complimentjes (MS2, V1,2). Dit wordt ervaren als prettig, maar het is te klein om veranderingen in de professionele reactie te komen of tot leereffecten.

Door als manager de transactionele leiderschapsstijl toe te passen bij professionals aan de hand van de tracer-methodiek en JCI-normen, heeft enige single-loop leereffecten tot gevolg. Door het concreet te hebben over een specifiek onderwerp wat niet goed gaat, bijvoorbeeld het registreren van de pijnscore, wordt deze fout hersteld waardoor het registreren van de pijnscore door zorgprofessionals beter wordt toegepast. Dit wordt geïllustreerd door verpleegkundige drie in onderstaand citaat:

“Mijn leidinggevende heeft als aandachtsgebied pijn. Daar let ze op bij tracers, en ook bij de overdrachten. Dan hoort ze dat iemand pijnstilling heeft gekregen en dan vraagt ze meteen: heb je aan die patiënt ook de pijnscore erna nog gevraagd? Dat zie je bij het registreren van die pijnscore wel, dat dat steeds beter gaat doordat er ook continu aandacht voor is door de leidinggevende”(V3).

Echter wordt er door zorgprofessionals aangegeven (MS1, V1,3-4) dat als de leidinggevende dit niet bespreekt, de aandacht om dit goed te doen wat verslapt wat vervolgens de vraag doet rijzen wat de impact er in feite van is. Dit kan erop duiden dat er wel single-loop leereffecten optreden, maar dat de impact hiervan niet overdreven dient te worden en dat leidinggevendenden bovendien steeds deze stijl moeten toe blijven passen om de single-loop te blijven activeren op onderwerpen.

Laissez-faire leiderschapsstijl

Ook de laissez-faire stijl wordt gebruikt door managers binnen de DIGD, oftewel de boel de boel laten. Zorgprofessionals stellen dat zij, ondanks dat de transformationele en transactionele stijl door hen bevestigd wordt met name voor de accreditatie, sinds de accreditatie niet langer consequent te horen krijgen hoe het staat met de tracer-resultaten en JCI-normen of dat dit en de verbeterpunten besproken worden en het daardoor ook minder prioritering lijkt te krijgen vanuit het management. Dit staat in contrast met de gesproken leidinggevendenden die zich hier niet in herkennen en aangeven juist altijd de tracer-uitslagen terug te koppelen aan de zorgprofessionals, ofwel via werkoverleg ofwel via de mail. Dit is een opmerkelijk verschil van beleving tussen zorgprofessionals en leidinggevendenden.

Een gevolg van het, in de ogen van zorgprofessionals, niet consequent terugkoppelen van tracer-uitslagen of het aandragen van het belang van kwaliteit en veiligheid en de JCI-normen leidt in ieder geval niet tot een positieve verandering in de professionele reactie ten opzichte van de JCI-normen en de tracer-methodiek. Duidelijk wordt dat bij de zorgprofessionals die al een negatieve professionele reactie hebben ten opzichte van de tracers en JCI-normen, oftewel circumventing, in combinatie met het niets doen van de laissez-faire stijl zij niet ineens het nut of het belang van de JCI-normen en tracers inzien en er dus niet mee en volgens willen werken. Doordat zij ook niet op hun gedrag worden aangesproken door leidinggevendenden bij de laissez-faire stijl, kunnen zij zich bovendien blijven onttrekken. Dit komt omdat er nog teveel ‘vrijheidsgraden’ zijn (MS2). Volgens de

respondenten zijn hier wel enkele voorbeelden van zorgprofessionals binnen de DIGD en dan met name enkele medisch specialisten (MS1, V1-2). Dit wordt ook geïllustreerd door de volgende uitspraak van medisch specialist twee:

“Het is voor individuele dokters die er helemaal geen zin in hebben nog steeds mogelijk om oogkleppen op te zetten en het allemaal te negeren. Het gaat er allemaal wel uit van een positieve instelling dat je zelf graag anders en betere zorg wil. Op een gegeven moment zijn degenen die niet anders en beter willen degenen die de risico's veroorzaken. Daar zou je nog iets op moeten verzinnen, dat je niet om JCI en de tracer-uitkomsten heen kan als individuele dokter. Er zijn nog teveel vrijheidsgraden” (MS2).

De laissez-faire leiderschapstijl is in de empirie niet terug te leiden naar het bevorderen van welke vorm van leren dan ook. Doordat er geen interventie is, komt er in ieder geval geen interactie op gang tussen manager en zorgprofessional(s) waardoor interindividueel leren niet gestart wordt. Ook vindt er geen terugkoppeling plaats van de manager, waardoor de fout niet ontdekt en hersteld of verbeterd wordt, waardoor organisationeel leren ook niet bevorderd wordt door de leidinggevende.

6.2 Contextfactoren

In het vorige hoofdstuk is beschreven hoe zorgprofessionals leren naar aanleiding van het tracer-instrument, waarbij voornamelijk bleek dat de verwachting van dit onderzoek omtrent de leereffecten door dit instrument wat overschat lijkt te zijn. In de vorige paragraaf kwamen de managementinterventies aan bod die door leidinggevendenden worden ingezet om het leren en de professionele reactie van zorgprofessionals positief te beïnvloeden. Daarbij werd duidelijk dat er interventies zijn die het leren en de professionele reactie wel wat bevorderen, maar dat het effect hiervan niet overdreven dient te worden. In deze paragraaf worden de grotere omstandigheden besproken die tijdens het empirisch onderzoek naar voren kwamen en lijken te spelen binnen de afdelingen van de DIGD en het leren van zorgprofessionals meer lijken te beïnvloeden dan elk van de managementinterventies. Deze omstandigheden staan los van het theoretische onderzoeksmodel, daar de omstandigheden tijdens het empirische onderzoek zijn opgemerkt.

Zoals reeds is aangegeven, lijken er diverse omstandigheden te zijn die het effect van managementinterventies op het leren of leren an sich door de tracer-methodiek lijken te overstijgen. Dit blijkt zowel uit de interviews (Medisch Manager, Clusterhoofd Zorg, MS2-3, V3-4) als uit de gesprekken tijdens de observaties (1-5). Een drietal omstandigheden springt eruit.

Allereerst lijkt de aandacht en de prioritering voor de tracer-methodiek en JCI, en daarmee ook (impliciet) voor kwaliteit en veiligheid, te zijn afgenomen sinds de JCI-accreditatie behaald is. Dit uit zich allereerst specifiek in een lagere frequentie van de tracers (MS2-3, V3-4). Uit documenten en interviews blijkt dat vanaf een jaar voor de accreditatie gemiddeld één keer per maand een tracer op (vrijwel) iedere afdeling is uitgevoerd (Medisch Manager, Clusterhoofd Zorg, Expert, U1-2). Deze hoge tracer frequentie wordt ook als voorname reden genoemd, in combinatie met de aandacht voor JCI en de terugkoppeling door het management, waarom het UMCU in één keer succesvol tot de JCI-accreditatie kwam (Medisch Manager, Clusterhoofd Zorg, Expert, U1-2, MS2-3, V1, V3-4). Hieruit blijkt dat de tracers een belangrijk instrument vormen om de actuele prestaties op het gebied van kwaliteit en veiligheid te meten, maar ook dat zorgprofessionals leren doordat zij verbeteringen in hun gedrag tonen (bijvoorbeeld het correct invullen van de informed consent in het EPD) tijdens het werk. De tracerfrequentie voor de accreditatie vormt een schril contrast met de realiteit na de accreditatie. Er

blijkt namelijk dat er slechts één à twee UMC brede of thematracers per jaar worden uitgevoerd, eventueel aangevuld met mini-tracers waarvan de frequentie ligt tussen de één en drie keer op een jaar. De mini-tracers zijn optioneel en vinden niet in elke divisie plaats, maar wel binnen de DIGD. Ook blijkt de verminderde aandacht en prioritering voor de tracer-methodiek en JCI uit de rol van leidinggevendenden die na de accreditatie veel minder de tracer-resultaten uitgebreid doorspreken met hun zorgprofessionals. Dit is in paragraaf 6.1 al besproken.

Het gevolg van het verminderde aantal tracers leidt onder zorgprofessionals tot de impressie dat kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid minder belangrijk gevonden wordt dan voor de accreditatie het geval was en zij geven tevens aan dat zij hierdoor ook minder goed weten hoe het daadwerkelijke dagelijkse niveau van kwaliteit en veiligheid in de zorg voor patiënten is (MS2, V1, V3-4). Dit gevoel wordt verwoord door verpleegkundige één in het volgende citaat:

'Toen JCI hier écht kwam, was er meer aandacht voor. Nadat JCI geweest is, heb ik minder inzicht in hoe we er precies in staan en heb ik het idee dat kwaliteit en veiligheid iets stiller ligt. Dat vind ik persoonlijk jammer. Je ziet dat bepaalde dingen een beetje afzwakken. Ik denk juist dat het goed is om het niveau vast te houden en niet dat we telkens opwerken naar de JCI en daarna weer inzakken' (V1).

Ten tweede lijken er weinig multidisciplinaire mogelijkheden te bestaan voor het delen en bespreken van kennis, handelingen en ervaringen omtrent de tracer-methodiek en JCI, zeker na het behalen van de accreditatie. Voor de accreditatie bestonden er wel speciale ad hoc werkgroepen die alle facetten omtrent de JCI-normen en tracer-uitkomsten onder de loep namen, alhoewel dit wel een klein clubje mensen betrof. De leidinggevendenden verklaren dat het ontbreken hiervan een logisch gevolg is door de ontzettend drukke agenda's van zowel medisch specialisten en verpleegkundigen. Een medisch specialist tijdens observatie vijf geeft aan het ontbreken van multidisciplinair overleg jammer te vinden, omdat je door als medisch specialisten en verpleegkundigen bij elkaar te zitten het hele zorgperspectief omvat en dit tot nieuwe inzichten kan leiden.

Wel zijn er enkele andere vormen van multidisciplinaire bijeenkomsten, maar deze zijn specifiek gericht en kleinschalig, waardoor slechts een kleine groep zorgprofessionals kennis en ervaringen multidisciplinair kan delen met elkaar aangaande kwaliteit en veiligheid. Op iedere afdeling is een wekelijkse grote visite, waarbij de patiënten die op dat moment zijn opgenomen door besproken worden door medisch specialisten met verpleegkundigen. Echter is niet iedere zorgprofessional hierbij betrokken. Unithoofd III stelt dat de grote visite voor de accreditatie werd aangegrepen op veel afdelingen om tracer-uitkomsten en JCI-normen te bespreken en te kijken wat er goed en niet goed gaat. Ook zijn er op iedere afdeling in het UMCU overleggen over 'Meldingen Incidenten Patiëntenzorg' (MIP's), meestal om de twee weken al verschildt dat per afdeling. De zorgprofessionals die dit aangaan, vormen een select clubje van meestal twee medisch specialisten, twee verpleegkundigen en eventueel het unithoofd en richt zich dus alleen op recente incidenten en niet per se op het grotere beleid.

Ten derde bevindt het UMCU zich nu in de fase van het continueren van de accreditatie en zelf proberen de kwaliteit en veiligheid continu te verbeteren, wat een andere dynamiek met zich meebrengt dan het opwerken naar de accreditatie. Er wordt nu niet meer concreet naar een groot overtreffend doel voor het gehele UMCU gewerkt met een omvattend programmaverhaal eromheen (Clusterhoofd Zorg, MS2, V3-4). Voor de accreditatie was er veel aandacht en werd er prioriteit gegeven aan de accreditatie, JCI-normen, tracers en het continue. Deze aandacht bestond uit veel

intranetberichten, nieuwsbrieven maar ook managementaandacht in de vorm van vaste agendapunten tijdens werk- of teamoverleggen over JCI-normen en tracer-uitslagen: wat gaat er goed, wat gaat er nog niet goed en wat kunnen we hier aan veranderen.

Het gevolg van deze nieuwe fase is dat de motivatie van zorgprofessionals voor kwaliteit en veiligheid wat af lijkt te nemen door deze verminderde aandacht en prioritering (MS1-2, V2-3) en dat er zorgprofessionals zijn die denken dat het door de accreditatie klaar is met het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid (V3-4). Verpleegkundige vier zegt het volgende over deze nieuwe fase:

“Nu JCI voor ons gevoel weg is, zwakt het wat af. Er wordt weer nonchalanter gewerkt doordat de druk van de ketel is, fieuw we kunnen weer gewoon doen. Daardoor merk je dat niet voor iedereen duidelijk is waarom JCI kwam. Zelfde als schoolexamen Scheikunde, dag erna gaat de ‘deleteknop’ aan” (V4).

Het citaat maakt duidelijk dat het ontbreken van het programma en de druk ervoor zorgt dat er niet op dezelfde manier wordt gewerkt en wordt geprobeerd te verbeteren dan voor de accreditatie het geval was. Een verklaring hiervoor ligt wellicht wel in het menselijke gedrag dat nadat een concreet doel behaald is, de JCI-accreditatie in dit geval, het lastig is op deze toer continu te blijven verbeteren en zeker als er bijvoorbeeld andere werk gerelateerde zaken zijn die dan de aandacht van werknemers weer opeisen.

6.3 Samenvattend

In dit hoofdstuk zijn allereerst de resultaten gepresenteerd over het op gang brengen en managen van leerprocessen en van de professionele reactie ten opzichte van de JCI-normen en de tracer-methodiek. Dit is gedaan aan de hand van de drie leiderschapsstijlen: transformatieel, transactioneel en laissez-faire leiderschap.

De transformatieel leiderschapsstijl blijkt via het inspireren en motiveren van medewerkers via de doelen en waarden aan te sluiten bij de professionaliteit van met name de zorgprofessionals. Deze stijl zet zorgprofessionals aan tot het hanteren van adaptation als professionele reactie. Deze positieve houdingen ten opzichte van de JCI-normen en tracers zorgen ervoor dat er ook eerder leerprocessen op gang komen. Ook leidt deze stijl tot double-loop leren bij zorgprofessionals, doordat zij gemotiveerd zijn via verbeterplannen onderzoek doen naar de oorzaken van hetgeen niet goed is gegaan en er vervolgens een plan wordt opgesteld hoe dit te verbeteren.

De transactioneel leiderschapsstijl lijkt zorgprofessionals ook te bewegen richting adaptation, doordat managers professionals aanspreken op tracer-resultaten en het naleven van JCI-normen, waardoor impliciet duidelijk wordt dat dit onderwerp ertoe doet net als de overige kwaliteit en veiligheid onderwerpen. Door als manager de transactioneel leiderschapsstijl toe te passen, worden single-loop leereffecten gecreëerd. Echter dient er door leidinggevenden steeds aandacht gevraagd te worden voor dit onderwerp, waardoor in feite steeds deze stijl toegepast wordt om single-loop leereffecten te laten ontstaan.

De laissez-faire leiderschapsstijl is de vreemde eend in de bijt, doordat er geen actie ondernomen wordt door de manager en de boel de boel gelaten wordt. Deze stijl vindt geen aansluiting bij zorgprofessionals en versterkt de negatieve strategie circumventing ten opzichte van de tracers-uitkomsten en JCI-normen en het naleven ervan alleen maar. Er zijn ook geen leereffecten te melden die door deze leerstijl zijn ontstaan.

Het tweede gedeelte van dit hoofdstuk richtte zich op drie context factoren die in het empirische onderzoek aan het licht kwamen en belangrijk bleken te zijn, maar geen onderdeel vormen van het onderzoeksmodel. Deze factoren lijken het effect van managementinterventies op het leren of leren an sich door de tracer-methodiek te overstijgen.

Allereerst lijkt de aandacht en de prioritering voor de tracer-methodiek en JCI, en daarmee ook (impliciet) voor kwaliteit en veiligheid, te zijn afgenomen sinds de JCI-accreditatie behaald is. Het gevolg van het verminderde aantal tracers leidt onder zorgprofessionals tot de impressie dat kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid minder belangrijk gevonden wordt dan voor de accreditatie het geval was en zij geven tevens aan dat zij hierdoor ook minder goed weten hoe het daadwerkelijke dagelijkse niveau van kwaliteit en veiligheid in de zorg voor patiënten is.

Ten tweede lijken er weinig multidisciplinaire mogelijkheden te bestaan voor het delen en bespreken van kennis en ervaringen omtrent de tracer-methodiek en JCI, zeker na het behalen van de accreditatie, waardoor het lastiger wordt om organisationeel te leren.

Ten derde bevindt het UMCU zich nu in de fase van het continueren van de accreditatie en zelf proberen de kwaliteit en veiligheid continu te verbeteren, wat een andere dynamiek met zich meebrengt dan het opwerken naar de accreditatie. Dit zorgt er echter wel voor dat bij zorgprofessionals de motivatie voor kwaliteit en veiligheid wat afneemt.

7. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt een antwoord gegeven op de hoofdvraag die in de inleiding is geformuleerd:

Op welke wijze draagt de tracer-methodiek bij aan het versterken van het leren van zorgprofessionals op het gebied van kwaliteit en veiligheid en hoe kunnen managementinterventies het leren versterken?

In dit onderzoek stond de theorie over leren via Nonaka & Takeuchi (1999) en Argyris & Schön (1974) centraal, aangevuld met theorie over de drie professionele reacties (Waring & Currie, 2009) die zorgprofessionals kunnen hanteren ten opzicht van kennismanagement instrumenten en de theorie over managementinterventies (Van Engen & Vinkenburg, 2004).

Professionele reacties op tracer-methodiek en JCI-normen zijn gemixt

Om deze conclusie te beginnen wordt gestart met de constatering dat er sprake is van een divers beeld omtrent de professionele reactie van zorgprofessionals op de tracer-methodiek, JCI-normen en kwaliteit en veiligheid en deze termen in de praktijk bovendien door elkaar heen lijken te worden gebruikt. Dit diverse beeld resulteert erin dat er niet één strategie overtuigend uit lijkt te springen die alle zorgprofessionals hanteren om om te gaan met kennismanagement instrumenten, maar dat de drie strategieën (Waring & Currie, 2009) alle drie gedeeltelijk lijken te worden gehanteerd door zorgprofessionals.

De strategie adaptation (aanpassen) is het meest aanwezig van de drie strategieën. Het merendeel van de zorgprofessionals binnen de DIGD past een groot gedeelte van de JCI-normen al toe of toe wil die toepassen, mits deze normen bijdragen aan een hogere kwaliteit en veiligheid van de zorg, want voor de patiënt zijn zorgprofessionals tot veel bereid en aangepast worden aan de medische praktijk van de zorgprofessionals. Echter zijn er enkele normen waar veel zorgprofessionals over struikelen, zoals bijvoorbeeld de het toepassen van de patiëntenidentificatie op de polikliniek, waar weerstand tegen bestaat en die daardoor niet consequent en volledig wordt toegepast. De strategie circumventing (omzeilen) is in wat mindere mate ook te herkennen binnen de DIGD alhoewel de gesproken zorgprofessionals in de interviews en bij observaties benadrukken dat het niet om henzelf gaat. Er lijken op vrijwel iedere afdeling toch nog zorgprofessionals te zijn die het nut en de meerwaarde van de tracer-methodiek en de JCI-accreditatie niet herkennen en zich daarbij tegelijkertijd ook proberen te onthouden van het werken volgens de JCI-normen.

De strategie co-optation (overnemen) lijkt het minst te worden toegepast, doordat zorgprofessionals niet automatisch alle JCI-normen toepassen in hun werk.

De professionele reactie, of strategieën, lijken veel te zeggen over de bereidheid tot leren van zorgprofessionals. Hoe positiever zij zijn over het nut en het belang van de tracers, JCI-accreditatie, JCI-normen (en de toepasbaarheid ervan in de medische praktijk) en kwaliteit en veiligheid (in dit onderzoek de strategie adaptation), hoe groter de kans wordt dat zij nieuwe kennis en handelingen betreffende kwaliteit en veiligheid willen aanleren en toepassen tijdens hun werk.

Leereffecten zorgprofessionals door inzet tracer-methodiek niet zo sterk

Er zijn leereffecten door toepassing van de tracer-methodiek en de JCI-normen, maar deze zijn niet zo sterk als vooraf werd ingeschat. Daardoor leidt de inzet van de tracers ook niet tot het versterken van leren van zorgprofessionals. De vier vormen van interindividueel leren van Nonaka & Takeuchi (1999) zijn grotendeels aanwezig en laten zien *hoe* de zorgprofessionals leren, maar blijft achterwege in het

aantonen van *wat* er concreet geleerd is zeker naar aanleiding van de tracers, en waartoe dit interindividueel leren leidt op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Het geeft wel aanwijzingen aan managers hoe zorgprofessionals graag leren, waardoor daar in de toekomst beter op ingesprongen kan worden door managers. Zo zijn verhalen met daarin de boodschap over kwaliteit en veiligheid in combinatie met JCI-normen (externalisatie) en het leren van ervaren zorgprofessionals (socialisatie) manieren om snel nieuwe kennis en handelingen aan te leren.

De twee vormen van organisationeel leren, single en double-loop leren (Argyris & Schön, 1974) zijn wat nadrukkelijker geconstateerd bij zorgprofessionals naar aanleiding van de tracer-methodiek en de JCI-normen. Echter kon in dit onderzoek geen nadrukkelijk antwoord worden gegeven op de vraag hoe duurzaam dit leren is.

Single-loop leren blijkt binnen de DIGD veelvoudig voor te komen naar aanleiding van de tracers, als er een oranje of rood duimpje uit de resultaten komt. Zorgprofessionals willen de fout herstellen (bijvoorbeeld het laten slingeren van sleutels) en dit gebeurt zonder de achterliggende oorzaak op te sporen (oplossing: sleutels niet meer laten slingeren op het medicijnkastje). Ondanks het single-loop leren, is er wel steeds aandacht en daarmee ook activatie van managers nodig omdat het effect er anders weer van afzwakt. Daarmee leidt het gebruik van de tracers niet tot een blijvende vorm van single-loop leren.

De tweede vorm van organisationeel leren is double-loop leren. Double-loop leren gaat een stap verder dan single-loop leren door actief op zoek te gaan naar de achterliggende oorzaak en dit kan door de waarom vraag daarbij te stellen. Double-loop leren wordt toegepast door zorgprofessionals binnen de DIGD, maar dit gebeurt niet standaard na een gedane tracer en een oranje of rood duimpje. Double-loop leren komt pas op gang bij een groter belangrijk thema wat nog niet goed gaat, en hoeft dus niet zozeer alleen uit de tracer-uitkomsten te blijken. Dan wordt er een grondig onderzoek gedaan en verbeterplan opgesteld om dieper op te oorzaken in te gaan, zoals bijvoorbeeld bij het correct invoeren en toepassen van de behandeldoelen; een belangrijk aandachtspunt bij de heraccreditatie in 2016. Deze verbeterplannen hebben als doel een verandering en verbetering te realiseren, en dus double-loop te leren. Dit is bij een aantal plannen ook gelukt. Echter blijft de vraag hoe duurzaam deze veranderingen en verbeteringen zijn.

Transformationele leiderschapsstijl heeft het meeste effect

Er zijn drie leiderschapsstijlen (Van Engen & Vinkenburg, 2005) onderzocht en het effect van deze stijlen op het creëren van leerprocessen en het managen ervan en op de professionele reacties van zorgprofessionals. De transformationele leiderschapsstijl draagt het meeste bij aan het creëren van leerprocessen en het managen ervan, maar ook de transactionele leiderschapsstijl lijkt effect te hebben, al is het in wat mindere mate. De laissez-faire leiderschapsstijl heeft geen effect.

De transformationele leiderschapsstijl blijkt via het inspireren en motiveren van medewerkers via de doelen en waarden aan te sluiten bij de professionaliteit van de zorgprofessionals. Deze stijl zet zorgprofessionals aan tot het hanteren van de professionele reactie adaptation. Deze positieve houdingen ten opzichte van de JCI-normen en tracers zorgen ervoor dat er ook eerder leerprocessen op gang komen. Ook leidt deze stijl tot double-loop leren bij zorgprofessionals, doordat zij gemotiveerd zijn via verbeterplannen onderzoek doen naar de oorzaken van hetgeen niet goed is gegaan en er vervolgens een plan wordt opgesteld hoe dit te verbeteren.

De transactionele leiderschapsstijl lijkt zorgprofessionals te bewegen richting adaptation, doordat managers professionals aanspreken op tracer-resultaten en het naleven van JCI-normen,

waardoor impliciet duidelijk wordt dat dit onderwerp ertoe doet net als de overige kwaliteit en veiligheid onderwerpen. Door als manager de transactionele leiderschapsstijl toe te passen, worden single-loop leereffecten gecreëerd. Echter dient er door leidinggevendens steeds aandacht gevraagd te worden voor dit onderwerp, waardoor in feite steeds deze stijl toegepast wordt om single-loop leereffecten te laten ontstaan.

De laissez-faire leiderschapsstijl vindt geen aansluiting bij zorgprofessionals en verstevigt de negatieve strategie circumventing ten opzichte van de tracers-uitkomsten en JCI-normen en het naleven ervan alleen maar. Er zijn ook geen leereffecten te melden die door deze leerstijl zijn ontstaan.

Contextfactoren overklassen leereffecten en managementinterventies

Er zijn drie contextfactoren aan het licht gekomen die belangrijk lijken te zijn, maar geen onderdeel zijn van het vooraf opgestelde onderzoeksmodel. Deze factoren lijken de leereffecten van de tracer-methodiek en ook in enige mate het effect van managementinterventies op het leren door de tracer-methodiek te overstijgen. Deze factoren blijken een aanvulling te zijn op het gehanteerde onderzoeksmodel in dit onderzoek.

Allereerst lijkt de aandacht en de prioritering voor de tracer-methodiek en JCI, en daarmee ook (impliciet) voor kwaliteit en veiligheid, te zijn afgenomen sinds de JCI-accreditatie behaald is. Het gevolg van het verminderde aantal tracers leidt onder zorgprofessionals tot de impressie dat kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid minder belangrijk gevonden wordt dan voor de accreditatie het geval was en zij geven tevens aan dat zij hierdoor ook minder goed weten hoe het daadwerkelijke dagelijkse niveau van kwaliteit en veiligheid in de zorg voor patiënten is.

Ten tweede lijken er weinig multidisciplinaire mogelijkheden te bestaan voor het delen en bespreken van kennis en ervaringen omtrent de tracer-methodiek en JCI, zeker na het behalen van de accreditatie, waardoor het lastiger wordt om organisationeel te leren.

Ten derde bevindt het UMCU zich nu in de fase van het continueren van de accreditatie en zelf proberen de kwaliteit en veiligheid continu te verbeteren, wat een andere dynamiek met zich meebrengt dan het opwerken naar de accreditatie. Dit zorgt er echter wel voor dat bij zorgprofessionals de motivatie voor kwaliteit en veiligheid wat afneemt.

7.1 Aanbevelingen

Nu de conclusies bekend zijn, kunnen er ook enkele praktische aanbevelingen gedaan worden. Er worden concrete aanbevelingen gegeven voor de onderzochte afdelingen binnen de DIGD en voor het UMCU. Deze aanbevelingen kunnen ook geldig zijn voor andere ziekenhuizen met of in het proces tot JCI-accreditering.

7.1.1 Praktische aanbevelingen

In deze paragraaf worden meerdere praktische aanbevelingen gegeven. Deze praktische aanbevelingen splitsen zich op in drie onderdelen. Allereerst aanbevelingen die gericht zijn om de effectiviteit van tracer-methodiek te vergroten voor het leren door zorgprofessionals met als doel het verbeteren van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Ten tweede zijn er aanbevelingen voor de leidinggevendens hoe zij de sturing na de tracers kunnen aanscherpen. Ten derde zijn er aanbevelingen vanuit de theoretische verkenning hoe leidinggevendens door de transformationele en transactionele leiderschapsstijl meer en krachtiger toe te passen, in combinatie met de drie gevonden contextfactoren, effectiever bij kunnen dragen aan het leren van zorgprofessionals.

Aanbevelingen om de tracer-methodiek optimaal in te zetten om zo leren te stimuleren

Een eerste aanbeveling voor het gericht toepassen van tracers om zo het leren van zorgprofessionals te stimuleren, is het vaker uitvoeren van tracers. Uit de resultaten blijkt dat tracers een goede manier zijn om zaken op te merken die (nog) niet goed gaan in de zorg en dit via met name single en double-loop leereffecten te herstellen of verbeteren. Een volgende tracer kan dan onder andere ook de ontwikkeling laten zien. Na de accreditatie vinden er op de afdelingen van de DIGD slechts één à twee UMC brede tracers per jaar plaats en nog één à twee mini-tracers per jaar voor de divisies die dat uitvoeren. Hierdoor kunnen minder fouten eruit worden gehaald en bestaat er minder mogelijkheid tot leren over kwaliteit en veiligheid, alhoewel soms ook op eigen initiatief zaken worden opgepakt door de afdeling. Een realistisch voorstel is om het aantal tracers op te voeren naar drie à vier UMC brede tracers per jaar en twee à drie mini-tracers per jaar.

De tweede aanbeveling hangt nauw samen met de eerste aanbeveling. Als er meer tracers gedaan uitgevoerd willen worden, is daar een grotere bezetting voor nodig van meer medisch specialisten en verpleegkundigen in de UMCU brede tracerpool en voor de mini-tracers. Hier is al aandacht voor door de divisieleiding, dus dit is niet een nieuwe aanbeveling maar desalniettemin een belangrijk punt om te noemen en te veranderen. Op deze manier wordt het voor met name medisch specialisten minder belastend om mee te doen, doordat als er meer medisch specialisten zijn zij daardoor minder vaak hoeven te tracen.

Een derde aanbeveling richt zich op de invulling van de tracers door traceraars, door meer zorgprofessionals te bevragen en de dialoog aan te gaan tijdens het doen van een tracer. Nu verschilt het aantal gesproken zorgprofessionals sterk per uitgevoerde tracer. Door meer zorgprofessionals te spreken tijdens een tracer, worden meer zorgprofessionals betrokken bij de tracers en wordt de boodschap van kwaliteit en veiligheid verder verspreid. Deze boodschap uitdragen is belangrijk gebleken tijdens dit onderzoek.

Een vierde aanbeveling komt voort vanuit de strategie adaptation die zorgprofessionals hanteren bij de tracer-methodiek. Deze zorgprofessionals staan positief tegenover de tracer-methodiek en JCI-normen, maar herkennen zich niet in procedures en JCI-normen die niet aansluiten bij de medische praktijk en behoeftes van de zorgprofessionals. Veelgehoorde voorbeelden waar veel irritatie en onbegrip over bestaat, zijn de identificatie van patiënten op de polikliniek en het bewaren van kaliumchloride op de verpleegafdeling. De aanbeveling luidt om als zorgprofessionals te onderzoeken waarom deze normen en procedures niet werken voor hen en ze, in overleg met leidinggevenden en JCI, verder nuanceren naar de Nederlandse situatie en naar afdelingen (waarbij rekening gehouden wordt met dat sommige regels niet van toepassing zijn op de poliklinieken bijvoorbeeld).

Aanbevelingen voor terugkoppeling na tracer door leidinggevenden

Ook zijn er aanbevelingen denkbaar die leidinggevenden kunnen toepassen na uitvoering van een tracer, die het leerproces van zorgprofessionals stimuleren. Deze aanbevelingen richten zich met name op de terugkoppeling door de leidinggevenden na een tracer. Er lijkt een grote variëteit te bestaan aan wat er na een tracer gebeurt op de onderzochte afdelingen binnen één divisie. Leidinggevenden stellen dat zij altijd de tracer-uitkomsten terugkoppelen naar de afdeling toe, maar niet alle zorgprofessionals zien dit gebeuren zeker niet nu JCI-accreditatie behaald is.

Een aanbeveling is om meer uniformiteit te creëren in de terugkoppeling van leidinggevenden naar de zorgprofessionals toe, zodat voor iedere zorgprofessional duidelijk is dat dit gebeurt én om het signaal af te geven dat de tracer-methodiek en daarmee ook kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid nog steeds belangrijke aspecten zijn, ook na de JCI-accreditatie.

Deze uniformiteit kan gecreëerd worden door in de feedback van leidinggevenden naar zorgprofessionals toe een tweetal vaste stappen te ondernemen.

Stap één is het kort verwoorden van de belangrijkste resultaten via een nieuwsbrief (als de desbetreffende afdeling deze heeft) of via de mail, met daarin de link naar het managementdashboard waarin de uitgebreide resultaten staan die zij kunnen bekijken wanneer het hen schikt. Stap twee is het op de agenda zetten van de uitkomsten voor een werk- of teamoverleg en deze daar ook bespreken. Hierbij kan bij het bespreken van de eventuele oranje of rode duimpjes het principe van double-loop leren worden meegenomen, door de waarom vraag te stellen en de achterliggende oorzaak te achterhalen. Als er signalen de leidinggevende bereiken over weerstand over bepaalde JCI-normen of het niet naleven ervan, kan de boodschap over kwaliteit en veiligheid wederom aangehaald worden: waar doen we het voor? We doen het voor het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor de patiënt en deze specifieke norm draagt er zo aan bij dat de kwaliteit en veiligheid verbetert.

Aanbevelingen om de transformationele en transactionele leiderschapsstijl gezamenlijk te gebruiken, gekoppeld met de contextfactoren

Uit de conclusie is naar voren gekomen dat de leereffecten door inzet van de tracer-methodiek niet zo sterk zijn als vooraf gedacht. Door vooral de transformationele leiderschapsstijl en in mindere mate de transactionele leiderschapsstijl in te zetten kunnen zorgprofessionals worden bewogen tot de professionele reactie adaptation, een positieve professionele reactie ten opzichte van tracer, JCI-normen en kwaliteit en veiligheid. Ook ontstaan er voorzichtige single en double-loop leereffecten. Echter worden deze twee leiderschapsstijlen nog niet consequent ingezet door alle leidinggevenden, waar deze aanbeveling wel toe aanspoort. Door deze twee leiderschapsstijlen systematisch te gebruiken en bovendien zoveel mogelijk te combineren met de drie contextfactoren, wordt de kans vergroot dat de tracers grotere en duurzamere leereffecten tot gevolg heeft. Dit leidt op zijn beurt weer tot een verbeterde kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.

Allereerst sluit het systematisch inzetten van de transformationele leiderschapsstijl, via het uitdragen van de visie en doelen omtrent tracers, JCI-normen en kwaliteit en veiligheid en wat dit concreet oplevert voor de zorg, aan bij de factor om continue aandacht en prioritering te geven aan de tracer, JCI-normen en kwaliteit en veiligheid én bij de factor het bieden van een overkoepelend inspirerend verhaal over kwaliteit en veiligheid.

Ten tweede sluit de transactionele leiderschapsstijl ook aan bij het geven van aandacht en prioritering, door zorgprofessionals aan te spreken op zaken die (nog) niet goed zijn gegaan, waardoor impliciet de boodschap over de belangrijkheid van kwaliteit en veiligheid wordt uitgedragen.

Ten derde combineert het creëren van meer multidisciplinaire bijeenkomsten niet specifiek met één van de twee leiderschapsstijlen, maar is dit wel belangrijk om over na te denken en te realiseren. Gezien de al drukke agenda's van zowel de verpleegkundigen als medisch specialisten is dit lastig (blijvend) te organiseren en vraagt dit om maatwerk en afstemming tussen de zorgprofessionals en wellicht managers. Een mogelijkheid is het mee te nemen bij de wekelijkse grote visite, waarbij tijd wordt ingebouwd om de kennis en ervaringen te delen omtrent de JCI-normen en kwaliteit en veiligheid. Nadeel is wel dat hier niet iedere zorgprofessional bij aanwezig is, maar de gedeelde kennis en ervaringen kunnen op deze beurt weer verder gedeeld worden naar de andere zorgprofessionals.

7.1.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Voortbordurend op de discussie zijn er ook enkele suggesties voor vervolgonderzoek op te tekenen.

Een eerste suggestie voor vervolgonderzoek is het doen van een groter en omvattender onderzoek naar leren van zorgprofessionals door de tracer-methodiek en hoe dit resulteert in een continue verbetering van de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Er zijn in dit onderzoek wel antwoorden gepresenteerd hoe zorgprofessionals kunnen leren door de tracer-methodiek en daarbij was de veronderstelling dat dit leidt tot een meer kwalitatieve en veilige zorg. Echter was het lastig om zwart op wit aan te tonen hoe er precies geleerd werd door de tracer-methodiek, vooral bij interindividueel leren. Dit kan opgevangen worden met het doen van langdurige observaties tijdens en na tracers op diverse afdelingen, waarbij duidelijk kan worden of de zorgprofessionals ook werken volgens de normen. Ook kan er bij bijvoorbeeld een promotie meerdere invalshoeken en dus theorieën van leren gekozen worden die wellicht wel precies kunnen aantonen hoe de zorgprofessionals leren en wat dit oplevert.

Een tweede suggestie voor vervolgonderzoek is het doen van kwantitatief onderzoek, naast het kwalitatief onderzoek. Het was niet mogelijk het aantal zorgprofessionals precies te kwantificeren die bijvoorbeeld niets zien in met name de JCI-accreditatie. Met kwantitatief onderzoek kan het bereik groter worden en bijvoorbeeld ook duidelijk worden welke strategieën zorgprofessionals binnen welke divisies toepassen bij de tracer-methodiek en de JCI normen en kunnen zorgprofessionals bijvoorbeeld ook anoniem aangeven wat zij van de leidinggevenden verwachten.

Een derde is een voorstel tot een vergelijkend onderzoek bij andere ziekenhuizen die over de JCI-accreditatie beschikken. Hoe zijn hun resultaten en waar lopen zij tegenaan? Lukt het hen de zorgprofessionals gemotiveerd te houden en de kwaliteit van zorg en veiligheid continu te blijven verbeteren? Of merken zij ook dat als het JCI-circus weg is, het bij hen ook wat afzwakt?

7.2 Discussie

Na het beantwoorden van de hoofdvraag in de conclusie volgt er in deze paragraaf de discussie. Er kunnen kanttekeningen geplaatst worden bij dit onderzoek, waaronder het tijdsbestek waarin het (empirische) onderzoek is uitgevoerd.

Een eerste punt is dat dit onderzoek verkennend van aard was, om in kaart te brengen op welke wijze zorgprofessionals leren van de tracer-methodiek en of en hoe managementinterventies dit leren kunnen bespoedigen. Voordat het empirische onderzoek startte, is gekozen voor de literatuur van Nonaka & Takeuchi (1997) over (interindividueel) leren en Argyris & Schön (1973) over organisationeel leren. Tijdens het schrijven van het onderzoek bleken een aantal zaken omtrent leren wat lastig. Zo was het bij deze manieren van interindividueel leren lastig om te zeggen hoe zorgprofessionals precies leren door de tracer-methodiek en de JCI-normen, omdat de theorie zich focust op specifieke punten die niet aanhaken bij de realiteit. Ook was het lastig om leren daadwerkelijk aan te tonen en om hoeveel zorgprofessionals het specifiek gaat en de vraag of leren ook leidt tot een duurzame verbetering van de kwaliteit en veiligheid is lastig te beantwoorden in dit onderzoek.

Een tweede punt betreft de managementinterventies van leidinggevenden. De bedoeling was om één divisie te onderzoeken, waarbij zoveel mogelijk zorgprofessionals van zoveel mogelijk afdelingen te interviewen. Deze intentie was er ook bij leidinggevenden: van de medisch manager tot aan de diverse unithoofden om zo een goed beeld te krijgen welke interventies zij toepassen en of er verschil in de interventies zit bij leidinggevenden die anders in de hiërarchie zitten. Daarbij waren wel verschillen te bemerken tussen bijvoorbeeld de medisch manager en een unithoofd, maar of dit significante verschillen zijn vanwege hun hiërarchische positie en manier van leidinggeven kan niet zo zwart op wit gesteld worden.

Een derde punt gaat over het ontbreken van interview(s) met de medische equivalent van het unit hoofd (voor verpleegkundigen), te weten het medisch afdelingshoofd. Er zijn diverse pogingen ondernomen om een interviewafspraken te maken, maar dit bleek niet te realiseren. De medisch specialisten en de spraken wel over de acties en handelingswijze van deze medische leidinggevend, maar het verhaal is dus niet van hun kant opgetekend.

8. Geraadpleegde bronnen

Al-Awa, B. & Wever, de, A., Melot, C. & Devreux, I. (2011). An Overview of Patient safety and Accreditation: A literature Review Study. *Research Journal of Medical Sciences*, 5 (4), pp.200-223

Alvesson, M. & Kärreman, D. (2001). Odd Couple: Making Sens of the Curious Concept of Knowledge Management, *Journal of Management Studies*, 38(7): 995-1018

Amalberti, R., Auroy, Y., Berwick, D. & Barach, P. (2005). Five system barriers to achieve ultrasafe health care. *Arch Intern Med*, 142, pp.756-764

Argyris, C. & Schön, D. (1974). *Theory in practice*. San Fransisco: Jossey-Bass

Argyris, C. & Schön, D. (1996). *Organizational learning II*. Reading: Addison-Wesley

Argyris, C. (1996). Waarom mensen en organisaties moeite hebben met double-loop leren. Hoofdstuk 1 uit: *Leren in en door organisaties*. Schiedam: Scriptum Books

Baarda, D.B en Goede, de P.M (1992). *Methoden en technieken*. Leiden: Stenfert Kroese.

Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en Doen*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers

Boeije, H. & Wiessman, S. (2007). Constante vergelijking: een systematische benadering voor de kwalitatieve analyse van complexe gegevens. In A. E. Bronner, et al. (eds) *Ontwikkelingen in het marktonderzoek: Jaarboek*.

Boot, J. (2010). *Organisatie van de gezondheidszorg*. Assen: Koninklijke van Gorcum BV

Bremmers, S. (2012). Veiligheid rondom patiënt. *Zorgvisie*. (Alleen voor intern/eigen gebruik).

Bruijn, de, H. & Noordegraaf, M. (2010). Professionals versus managers? De onvermijdelijkheid van nieuwe professionele praktijken. *Bestuurskunde*, 2010 (3), pp.6-20

Bruijne, de. M., Zegers, M., Hoonhout, L. & Wagner, C. (2007). *Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen: dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004*. Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, Amsterdam.

Buetow, S. & Wellingham, J. (2003). Accreditation of general practices: challenges and lessons. *Quality and Safety in Health Care*, 12, pp.129-135

Deetz, S. (1996). Describing Differences in Approaches to Organization Science: Rethinking Burrell and Morgan and Their Legacy. *Organization Science*, 7 (2), 191-207.

- Easterby-Smith, M., Crossan, M. & Nicolini, D. (2000). Organizational Learning: Debates Past, Present and Future. *Journal of Management Studies*, 37 (6), pp.783-796
- Easterby-Smith, M. & Lyles, M. (2011). *Handbook of Organizational Learning and Knowledge Management, 2nd Edition*. Hoboken: Wiley
- Edmondson, A. & Moingeon, B. (1999). Learning trust and organizational change. In *"Organizational Learning and the Learning Organisation"*, Editors Easterby-Smith, M, Burgoyne, J & Araujo, L, Sage, London, pp.157-175
- Engen, M. van & Vinkenburg, C. (2005). Transformationeel leiderschap en carrière maken: sekseverschillen in consequenties van effectief leiderschap. *Gedrag en Organisatie*, 18 (2) , pp.103-121
- Fitzsimmons, J., Bordoloi, S. & Fitzsimmons, M. (2007). *Service Management: Operations, Strategy, Information Technology*. McGraw-Hill
- Haendel, van, I. & De Vries, B. (2014). *Tracers in het UMC Utrecht: 'terugblikken en vooruitkijken'*. (Intern document).
- Hart, H. 't., Hox, J. & Boeije, H. (2009). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom Lemma
- Have, ten, H., Meulen, ter, R., & Leeuwen, van, E. (2009). *Medische Ethiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Heijst, A. van. (2005). *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Uitgeverij Klement
- Hislop, D. (2009). *Knowledge Management in Organizations*. New York: Oxford University Press
- Hood, C. (1991). A Public Management for All Seasons? *Public Administration*, no 1, pp.3 - 19
- Hunter, D. (1996). Changing roles of the health care personnel in health and health care management. *Social Science Medicine* , Vol. 43, No. 5, pp. 799-808
- Internisten (2015). *Complicatieregistratie*. Geraadpleegd op 15-01-2015, verkregen via <http://www.internisten.nl/home/kwaliteit/complicatieregistratie>
- Jaafaripooyan, E., Agrizzi, D. & Akbari-Haghighi, F. (2011). Healthcare accreditation systems: further perspectives on performance measures. *International Journal for Quality in Health Care*, 23 (6), pp.645-656
- Joint Commission International (2010). *Accreditatienormen JCI voor ziekenhuizen, 4^e editie*. Intern Document
- Joint Commission International (2011). *Vertrouwelijk adviesrapport voor het UMC Utrecht*. Intern Document

Kedzierski, J. & Vlemmix, M. (2001). *Kwaliteit & beheer. Instrumenten voor de manager in de zorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Kloosterboer (2011). *Expeditie naar waarde. Strategie ontdekken met professionals. Theorie en methode voor strategisch leren en vernieuwen in kennisintensieve organisaties*. Den Haag: Sdu

Koeleman, H. (2002). *Interne communicatie bij verandering*. Amsterdam: Adfo Groep

Lammers I. (2003) *In conflict, een geschiedenis van kennismanagement*. Vrije Universiteit Amsterdam.

Leistikov, I. (2010). *Patiëntveiligheid, de rol van de bestuurder*. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg

Maarse, H. (2011). *Markthervorming in de zorg. Een analyse vanuit het perspectief van de keuzevrijheid, solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid*. Datawyse bv | Universitaire Pers Maastricht

McGlynn, E., Asch, S., Adams, J., Keeseey, J., Hicks, J., DeCristofaro, A. & Kerr, E. (2003). The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med*, 348, pp.2635-2645

Mintzberg, H. (2010). *Managing*. San Fransisco: Berret-Koehler Publishers

Mintzberg, H. & Glouberman, S. (1997). *Managing the care of health and the cure of disease. Part II: Integration*. INSEAD Working Paper Series. Verkregen via: https://flora.insead.edu/fichiersti_wp/inseadwp1998/98-50.pdf, geraadpleegd op 08-10-2014

Morgan, K. (1992). Innovating by networking: new models of corporate land and regional development. In: *Cities and Regions in the New Europe*. London: Belhaven Press

NIVEL (2013). *Implementatie VMS Veiligheidsprogramma. Evaluatieonderzoek in Nederlandse ziekenhuizen*. Utrecht

Nonaka, I. & Takeuchi, H. (1999). *De kenniscreërende onderneming. Hoe Japanse bedrijven innovatieprocessen in gang zetten*. Scriptum Management

Noordegraaf, M., Geuijen, K. & Meijer, A. (2011). *Handboek Publiek Management*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers

Noordegraaf, M. (2008). *Management in het publieke domein. Issues, instituties en instrumenten*. Bussum: Uitgeverij Coutinho

Noordegraaf, M. & Schenkel, W. (2011). Professional Capital Contested: A Bourdieusian Analysis of Conflicts between Professionals and Managers. *Comparative Sociology*, 10, pp. 97–125

Orde van Medisch Specialisten (2013). *Patiëntveiligheid in Ziekenhuizen fors verbeterd*. Verkregen via: <http://www.orde.nl/pijlers/kwaliteit/nieuws/patientveiligheid-in-ziekenhuizen-fors-verbeterd.html>, geraadpleegd op 17-08-2014

Perrow, C. (1992). *Complex Organizations*. New York: McGraw-Hill

Raad voor Volksgezondheid & Zorg. (2011). *Ziekenhuislandschap 20/20. Niemandland of Droomland? Achtergrondstudie*. Den Haag: Broese en Peereboom

Raad voor Volksgezondheid & Zorg (2011). *Medisch-technologische ontwikkelingen zorg 20/20. Achtergrondstudie*. Den Haag: Broese en Peerenboom

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2014). *Zorgbalans 2014. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg*. Bilthoven

Rijksoverheid (2015). *Kwaliteitswet zorginstellingen*. Verkregen via: http://wetten.overheid.nl/BWBR0007850/geldigheidsdatum_19-02-2014, geraadpleegd op 19-02-2014

Rijksoverheid (2013). *Minister Schippers investeert verder in patiëntveiligheid*. Verkregen via: <http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2013/06/11/minister-schippers-investeert-verder-in-patientveiligheid.html> , geraadpleegd op 12-02-2014

Rowland, D. & Higgs, M. (2008). *Sustaining change: Leadership that works*. Jossey-Bass.

Sander, M. (2014). *Kennismanagement, garantie tot de voordeur?* Achtergrondstudie in opdracht van de Raad voor Volksgezondheid & Zorg.

Schellevis, F. (2006). *Je gaat het pas zien als je het door hebt: multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk* (Oratie)

Sprenger, C. (2000). *Leerpraktijken: een studie naar de wijze waarop leren vorm kan krijgen in op leren gerichte organisaties*. Rotterdam: Erasmus Universiteit (Dissertatie)

Stoopendaal, A. (2008). *Zorg met afstand*. Assen: Van Gorcum (Dissertatie)

Universitair Medisch Centrum (2014). *Q&A JCI-accreditatie*. Verkregen via: <http://www.umcutrecht.nl/NR/rdonlyres/08EC9511-F10A-4920-AA6A-D2F37A3D73FB/39926/QAsJCI.pdf>

Universitair Medisch Centrum (2014). *Jaarverslag 2011*. Verkregen via: <http://www.umcutrecht.nl/subsite/jaarverslag-2011/Typisch-UMC-Utrecht/Kwaliteit-en-Veiligheid/>

Universitair Medisch Centrum (2015). *Kwaliteit en patiëntveiligheid*. Verkregen via: <http://www.umcutrecht.nl/nl/Over-ons/Wat-we-doen>, geraadpleegd op 30-01-2015

Van de Ven W, & Schut, F. (2008). Universal Mandatory Health Insurance in the Netherlands. *Health Affairs*, 3, pp.371-381

Waring, J. & Currie, G. (2009). Managing Expert Knowledge: Organizational Challenges and Managerial Futures for the UK Medical Profession. *Organization Studies*, 30 (7), pp.755-778

Watkins, K. & Marsick, V. (1993). *Sculpting the Learning Organisation: Lessons in the Art and Science of Systematic Change*. San Fransisco: CA Jossey-Bass

Weggeman, M. (1997). *Kennismanagement. Inrichting en besturing van kennisintensieve organisaties*. Scriptum Management: Schiedam

Weick K (1991). The nontraditional quality of organisational learning. *Organization Science*, 2, nr.1, pp. 116-124

Westerhout, E. (2000). Kwaliteit en doelmatigheid in de zorg. In: *Trends, dilemma's en beleid - essays over ontwikkelingen op langere termijn*. Den Haag: SDU uitgevers

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*. University Press: Amsterdam

Wilensky, W.(1964). Professionalization of Everyone? *American Journal of Sociology*, 70 (2), pp. 137-158

Wollersheim, H., Bakker, P., Bijnen, A., Gouma, D., Wagner, C. & Van der Weijden, T. (2011). *Kwaliteit en Veiligheid in Patiëntenzorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

9. Bijlagen

Bijlage 1: Interviewvragen

Op welke wijzen kunnen managementinterventies het leervermogen van de tracer-methodiek versterken en welke factoren zijn daarop van invloed?

Duur interview, opzet interview, voor gevoel lijken sommige vragen wellicht op elkaar, opnemen interview, anonimiteit/voorleggen transcript bij managers, uw zienswijze/ervaringen

Inleiding, achtergrond

- Wat is uw functie?
- Heeft u weleens een tracer meegemaakt? Hoe ging dat in zijn werking?

JCI-accreditatie, kwaliteit & patiëntveiligheid

- Wat betekent kwaliteit en patiëntveiligheid voor het UMC Utrecht? En voor u persoonlijk?
- Wat vindt u van de inzet van de tracer-methodiek, nu de JCI-accreditatie binnen is?
- DIGD besteedt veel aandacht aan patiëntveiligheid en tracer-methodiek; herkent u dat beeld en waar ligt dat volgens u aan?

Leren door zorgprofessionals (Nonaka & Takeuchi; Argyris & Schön)

- Hoe leren zorgprofessionals (op het gebied van kwaliteit & patiëntveiligheid) specifiek binnen DIGD, en binnen UMCU? Wat denkt u dat daarop van invloed is?
- Hoe ziet u het lerend vermogen op kwaliteit en veiligheid in deze organisatie?
- Hoe draagt de tracer-methodiek daaraan bij, wordt het leren versterkt? Welke momenten wel/niet?
- Op welke manier wordt binnen DIGD en het UMCU individueel leren omgezet naar collectief leren?
- Wordt er over patiëntveiligheid en (uitkomsten van) tracers gereflecteerd binnen de beroepsgroep? En op de afdeling? (normen en mogelijke veranderingen kritisch tegen het licht of regels opgesteld om te verbeteren en wordt dit meteen doorgevoerd?)
- Worden zorgprofessionals betrokken bij veranderingen n.a.v. tracer-uitkomsten? Concrete verbeteracties opgesteld?

Professionele reacties door zorgprofessionals (Waring & Currie; Co-optation, adaptation en circumventing)

- Hoe kijken zorgprofessionals aan tegen de tracer-methodiek en JCI en hoe gaan ze hier mee om? En met de tracer-uitkomsten?

Rol management (Mintzberg, Van Engen & Vinkenburg)

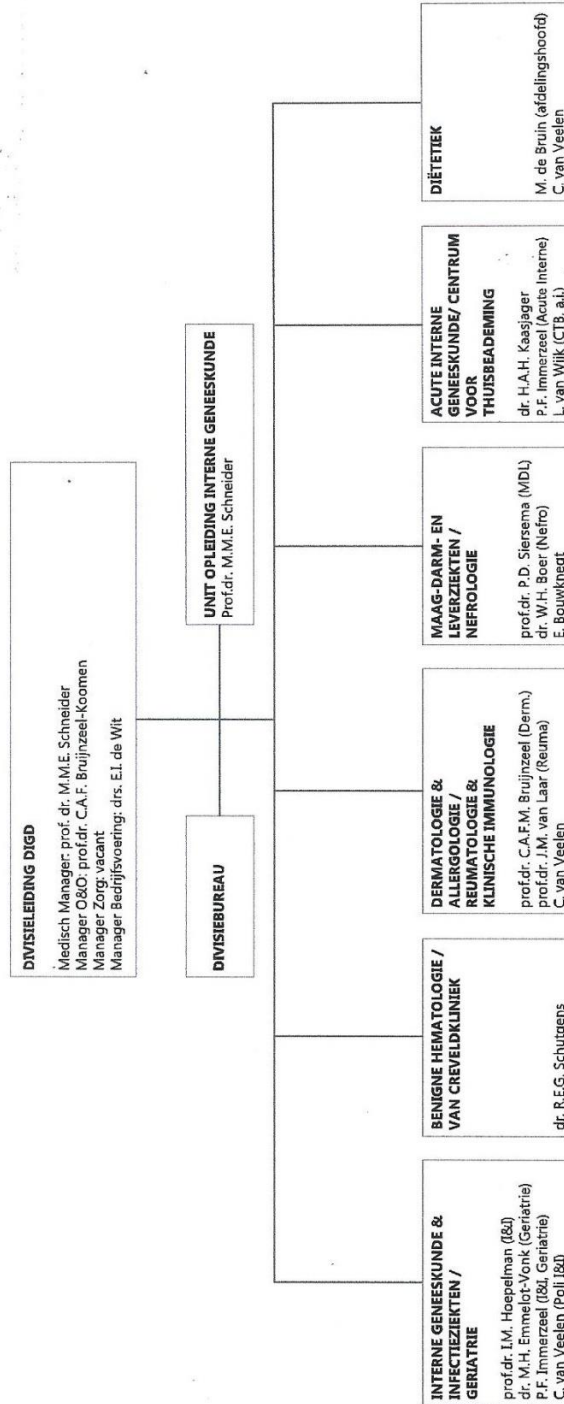
- Wat gebeurt er na een tracer? Hoe is de terugkoppeling vanuit het management?
- Wat wordt er door het management geïnitieerd rondom patiëntveiligheid, naar aanleiding van een uitgevoerde tracer? (Komt in vergaderingen terug/mail/nieuwsbrief/persoonlijk aanspreken op werkwijze zorgprofessionals?)
- Wordt u beloond of aangesproken op de resultaten na de tracer-methodiek?

- Wordt leren op het gebied van patiëntveiligheid binnen het UMCU gestimuleerd door het management? Zo ja, op welke manier?
- Wat kan er naar uw inzicht verbeterd worden om een continue leeromgeving te creëren op het gebied van patiëntveiligheid?

Wilt u verder nog iets kwijt of heeft u nog vragen?

Organogram DIGD

1.1 februari 2014



Bijlage III : Observatieschema

Allereerst is geobserveerd hoe de traceraars zich voorbereiden. Ten tweede is er geobserveerd hoe de traceraars een tracer uitvoeren: bevragen en observeren zij volgens de instructielijst met normen, met hoeveel zorgprofessionals gaan zij de dialoog aan en hoe diep voeren zij de dialoog, worden er tussentijds bevindingen opgeschreven en wanneer en hoe worden de bevindingen in de applicatie gescoord. Ten derde werd de reactie van zorgprofessionals geobserveerd bij binnenkomst van de traceraars op de afdeling en tijdens dialogen die met zorgprofessionals gevoerd werd (in het bijzijn van andere zorgprofessionals die bijvoorbeeld achter de pc zaten).

Per observatie zijn er aan gemiddeld vier zorgprofessionals (medisch specialisten en verpleegkundigen) een aantal vragen gesteld. De opgestelde vragen konden niet altijd allemaal gevraagd worden aangezien de zorgprofessionals weer aan het werk moesten. Eén keer is er met een unithoofd gesproken. Tijdens de andere observaties was er geen unithoofd op de afdeling aanwezig.