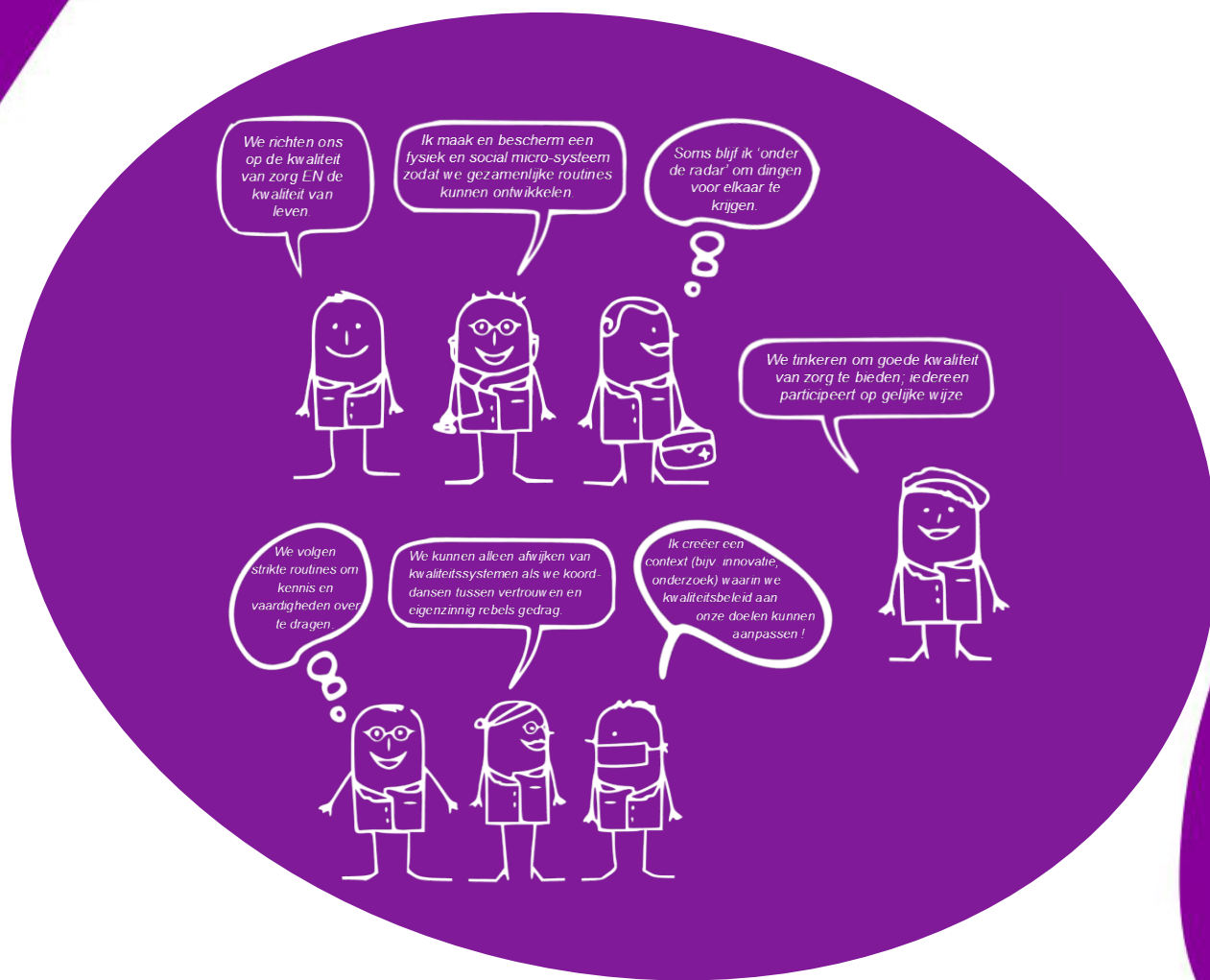


Op zoek naar goede leefsysteem Zorgrebellen en het doen van kwaliteit



Roland Bal, Anne Marie Weggelaar & Iris Wallenburg

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden onder auspiciën van de samenwerking van het Consortium Kwaliteit van Zorg van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en Zorginstituut Nederland.

Rotterdam, februari 2018

ISBN: 978-94-90420-61-1

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1 Inleiding	6
1.1 Systeem en Leefwereld	6
1.2 Goede leefsysteem	7
1.3 Rol van 'rebellen' in goede leefsysteem	8
1.4 Leeswijzer	9
2 Methode van onderzoek	10
2.1 Data verzameling en analyse	10
3 Wie zijn waarom goede leefsysteem	13
3.1 Kenmerken van een goed leefsysteem	13
3.2 Welke leefsysteem zijn gekozen in de drie ziekenhuizen	14
4 Het maken van goede leefsysteem	15
4.1 Kwaliteit van zorg <i>doen</i>	15
4.2 Microsystemen maken en beschermen	22
4.3 Maken van contexten voor goede zorg	25
4.4 Organisatie leren	31
5 Conclusie en discussie	36
5.1 Conclusies	36
5.2 Op zoek naar goede leefsysteem	39
Literatuur	41

Samenvatting

Regels hebben een slechte naam gekregen in de zorg. Op allerlei manieren en op allerlei plekken wordt aandacht besteed aan de nadelen van (een teveel aan) regels en de noodzaak tot een 'ontregeling' van de zorg. Zo wil het nieuwe kabinet 'schrapessies' organiseren en zijn bijvoorbeeld huisartsen al langer actief met de 'het roer moet om' beweging. In het kader van deze discussie krijgt de gedachte over 'systeem en leefwereld' van de Duitse socioloog Habermas weer aandacht. Deze in de jaren 80 ontwikkelde gedachte is dat het 'systeem' van regulering inmiddels de 'leefwereld' van professionals in de zorg (en daarbuiten) overwoekert en dat professionals daardoor niet meer toekomen aan cliëntgerichte zorg; hetgeen juist de bedoeling van zorg is.

In dit rapport beschrijven wij de resultaten van een onderzoek naar de vraag hoe klinische groepen, met een goede reputatie ten aanzien van kwaliteit van zorg, in de praktijk werken aan kwaliteit(verbetering) en innovatie en hoe zij tussen 'systeem' en 'leefwereld' heen bewegen. We waren benieuwd waarom zij ogenschijnlijk minder last hebben van de van buitenaf opgelegde regels. Daartoe hebben we drie klinische groepen 'van binnenuit' onderzocht.

De selectie van de onderzochte groepen is in twee stappen verlopen. In eerste instantie selecteerden we op basis van onder andere ranglijsten en imago in de sector drie goed presterende ziekenhuizen (algemeen, topklinisch en academisch ziekenhuis). Binnen deze ziekenhuizen interviewden we actoren in de centrale kwaliteitsorganisatie. Op basis van deze interviews identificeerden we de te onderzoeken groepen. Elk van deze groepen observeerden we 10 dagdelen en we hielden interviews vanuit het paradigma van waarderend onderzoeken, om te achterhalen hoe 'goede zorg' in de praktijk gestalte krijgt en hoe dit zich verhoudt tot de bredere organisatie van het ziekenhuis.

Uit onze observaties bleek dat de onderzochte groepen een aantal mechanismen hanteren waarbij ze regelmatig afwijken van bestaande regels en voorschriften. Om die reden spreken we in dit onderzoek van 'rebellen' op het gebied van kwaliteit. Met rebellen doelen we op individuen of groepen die in staat zijn om voor zichzelf een context te creëren waarin ze goede zorg kunnen verlenen, zonder dat ze zich buiten de organisatie plaatsen. Ofwel, het zijn groepen die er in slagen om de grenzen van de organisatie op te rekken maar er wel onderdeel van uit blijven maken; door Helen Bevan ook wel omschreven als 'rocking the boat, while staying in it'.

Een van de mechanismen waarop rebellen werken aan kwaliteitsverbetering en –bewaking, is klinisch redeneren. Voortdurend is een gesprek/discussie gaande over de behoeften van (individuele) patiënten, kwaliteit van leven en de beste manier om de zorg daaromheen te organiseren. Waar klinisch redeneren in de literatuur vaak wordt beschreven als een individueel proces, is het bij de door ons onderzochte groepen juist een collectieve activiteit. Klinisch redeneren doen zij met een gelijkwaardige inbreng van verschillende professies én in samenspraak met de patiënt. Door klinisch redeneren werken zij zowel aan het expliciteren van professionele waarden als het opleiden van medewerkers. Bovendien heeft klinisch redeneren niet alleen betrekken op individuele patiënten maar ook op groepen en op zorgprocessen.

Een tweede mechanisme is dat de groepen contexten creëren waarin de door hen gewenste zorg aan zowel individuele patiënten als de gehele afdeling geleverd kan worden. Voor het creëren van deze contexten leggen de groepen regelmatig zelf relaties met actoren buiten het ziekenhuis, bijvoorbeeld met andere zorgverleners in de keten, met onderzoekers van universitaire centra of met leveranciers. Eigenheid van deze context is voor de groepen rebellen belangrijk. Dit uit zich in afwijkende uitstraling van het gebouw, eigen uniformen en

werkwijzen. Het hebben van een eigen context helpt groepen rebellen om zorg voor elkaar en gedeelde waarden te organiseren.

Het derde mechanisme is het opzetten van generatieve verantwoordingsrelaties, zowel in de interne ziekenhuis-context als de gecreëerde externe context. We constateren dat de onderzochte rebellen niet zozeer last hebben van het onderscheid tussen systeem en leefwereld, maar juist actief vormgeven aan hun eigen 'goede leefsysteem'. Daarvoor zetten zij het gebruik van bepaalde kwaliteitsmethoden naar hun hand en zorgen voor de inzet van deze methoden op een manier die waarde toevoegt aan hun eigen projecten of doelen.

Rebellen zijn dus niet zomaar 'eigenwijze professionals' die weigeren zich aan de door de organisatie of externen opgelegde regels te houden en zich daarbij op hun professionele autonomie beroepen. Het zijn ook geen groepen die hun rug keren naar de organisatie maar er juist deel van blijven uitmaken, zij het dat ze de grenzen van de organisatie wel oprekken. Anderzijds zijn het ook geen groepen die zich bij de regels neerleggen en cynisch worden omdat regels hen dwingen dingen te doen die ze niet zinvol vinden of die tegen hun professionele identiteit ingaan. Rebellen zoeken een balans door zowel ruimte te creëren als deze ruimte op een verantwoorde manier in te vullen.

Om deze manier van werken mogelijk te maken negeren rebelse groepen regelmatig de (kwaliteits)regels van de organisatie. De groepen zijn goed in het vinden van *work arounds* om kwaliteit van zorg te kunnen bieden en andere creatieve, innovatieve oplossingen ten behoeve van hun patiënten. Wanneer het organisatiebelang groot is, volgen de rebellen wel de externe regels; bijvoorbeeld bij het behalen van een accreditatie. Zij laten op dit soort strategisch belangrijke momenten zien dat ze goede kwaliteit leveren in termen van het 'systeem', maar over het algemeen staat het patiëntenbelang in hun kwaliteitsverbeterwerk en dagelijkse werkwijzen steeds voorop.

Voor de organisatie blijven de gebruikte mechanismen en afwijkingen of ombuigingen van de (kwaliteits)regels veelal onzichtbaar, doordat de onderzochte groepen 'onder de radar' vliegen. Door niet openlijk te spreken over hun aanpak voorkomen ze kritiek en inperking van hun ruimte, die in hun ogen goede zorgverlening en kwaliteitsverbetering belemmert. Nadeel hiervan is dat de bredere organisatie (te) weinig meekrijgt van de wijze waarop goede zorg in de rebelse groepen tot stand komt. Anderzijds is er ook vanuit de organisatie weinig check op de gevolgde handwijzen binnen de rebelse groepen. Organisatieleren komt daardoor lastig tot stand. Tegelijkertijd proberen de rebellen de organisatie mee te krijgen in veranderingen of het gevoerde kwaliteitsbeleid, bijvoorbeeld door in ziekenhuis-brede commissies zitting te nemen.

Uit ons onderzoek blijkt eveneens dat regels—en 'het systeem' in bredere zin—niet noodzakelijk problematisch zijn. Belangrijk is wel dat er op een zodanige manier met regels wordt omgegaan dat professionals in de praktijk in staat zijn om ermee om te gaan op een manier die passend is bij hun werkpraktijk. Professionals moeten de ruimte krijgen om de zorg die zij willen leveren *en* een vorm van verantwoording te gebruiken die past bij hun praktijk. Binnen zorgorganisaties zouden daarvoor instrumenten zoals mini-visitaties of waarderende audits gehanteerd kunnen worden die ook input leveren aan platforms waarin collectieve ervaringen kunnen worden gedeeld en waarin wederzijds leren wordt gestimuleerd. Externe toezichthouders kunnen hierbij aansluiten door minder van zorgorganisaties te verwachten dat zij extern opgelegde regels volgen, maar beoordelen hoe het interne leerproces vormgegeven is.

1 Inleiding

1.1 Systeem en Leefwereld

In hun boek *Verdraaide Organisaties* maken Hart en Buiting (2012) in navolging van Habermas een onderscheid tussen het systeem en de leefwereld. Het systeem staat voor de 'harde' kant van organisaties, zoals het formuleren van beleid, de bijbehorende planning- en controlecyclus en allerlei ondersteunende managementsystemen. De gedachte achter het systeem is dat als medewerkers zich houden aan de opgelegde regels, de organisatie goed functioneert. Het systeem staat tegenover de leefwereld. Dit is de wereld waarin professionals op basis van hun eigen kennis en ervaring werken, vooral geleid door de zorg voor en behoeften van hun cliënt. Het is de wereld waar professionals in gezamenlijk overleg met elkaar en met hun cliënten bepalen wat goed handelen is. De gedachte achter de leefwereld is dat als professionals de ruimte krijgen ze vanzelf het goede gaan doen.

Hart en Buiting waarschuwen voor het gevaar dat de systeemwereld de overhand krijgt; dat—in de woorden van Habermas—het systeem de leefwereld 'koloniseert'. Zij stellen dat daardoor de denkrichting te veel gericht is vanuit de systemen en te weinig vanuit de 'bedoeling' van een organisatie. Hun pleidooi is om dit denkmodel om te draaien (zie figuur).



Ook binnen de gezondheidszorg wordt veel geklaagd over de groei van het systeem. Professionals klagen over de enorme hoeveelheid administratieve verplichtingen die samenhangen met het functioneren van een kwaliteitssysteem. KPMG becijferde—in opdracht van de NVZ—dat per ziekenhuis tussen de € 658.000 tot € 1.281.000 wordt besteed aan gemiddeld 45 kwaliteitsregistraties, 19 keurmerken, vier metingen van patiëntenervaringen en drie van patiëntenuitkomsten (KPMG 2015). Dat is respectievelijk 0,3% tot 0,6% van de gemiddeld omzet van een ziekenhuis. Een klein deel van de kosten zijn kosten voor de registraties, accreditaties enzovoorts; het grootste deel is inzet van kwaliteitsfunctionarissen, managers en zorgprofessionals hiervoor. Het 'verzet' tegen het systeem heeft inmiddels ook geleid tot acties van professionals en anderen, bijvoorbeeld via 'het roer moet om' en '(ont)regel de zorg'.

De klacht vanuit de ziekenhuizen en professionals heeft vooral te maken met de autonome groei van het aantal indicatoren, registraties en certificaten. De politiek, de overheid, toezichthouders, zorgverzekeraars, patiëntenverenigingen en beroepsverenigingen vragen om steeds meer verantwoording af te leggen over de geleverde kwaliteit van zorg.

Gevolg van deze groei van het systeem is, aldus zorgorganisaties en professionals, dat de leefwereld van professionals en het (samen met de cliënt) verbeteren van zorg in hun primaire zorgproces in de verdrukking raakt.

Het is echter de vraag of het systeem nu wel zo bepalend is voor het gevoelde ongemak bij professionals (Oldenhof & Bal 2016). In de scheiding tussen de leefwereld en het systeem zitten drie aannames, die wij graag ter discussie willen stellen. Allereerst is er de veronderstelling dat de leefwereld altijd goed is en iedereen het met elkaar eens is over de bedoeling van een organisatie. Onderzoek laat echter zien dat discussies over wat goede kwaliteit is heel gebruikelijk zijn (Wiig et al. 2014). Soms is het ingewikkeld om een goede afweging te maken tussen de wensen/eisen vanuit verschillende aspecten en belangen die tezamen kwaliteit bepalen. Bijvoorbeeld: is logistieke doorstroming even belangrijk als specialisatie van medewerkers zodat ervaring in een bepaalde handeling ontstaat? De dynamiek van de zorg laat zich lastig vatten in één 'bedoeling'.

Als tweede is er de aanname dat het systeem weinig toegevoegde waarde heeft. Uit een onderzoek naar de organisatie van kwaliteit blijkt echter dat de systeemwereld van waarde is bij het onthullen van blinde vlekken en ondersteunen van kwaliteitsverbetering (Weggelaar-Jansen et al. 2015). Regels bieden houvast en ook al werken ze niet altijd, ze geven ruimte voor reflectie en verantwoording.

Als derde is er de aanname dat het systeem de leefwereld overwoekert. Wie precies kijkt naar de oorsprong van regels die in professionele praktijken worden gehanteerd ziet echter al snel dat de belangrijkste bron van die regels professionals zelf zijn. Sterker nog, waar externe regels wegvallen, hebben professionals de neiging om de gaten alsnog weer met regels op te vullen.

Mogelijk is de oorzaak van het ongemak van professionals over de groei van het systeem gekoppeld aan de wijze waarop allerlei eisen en regels zijn ingebed in het beleid, het toezicht en in zorgorganisaties. In een essay voor VWS bepleit Pauline Meurs (2014) daarom niet zozeer het terugdringen van regels, maar een andere verhouding tussen overheid, zorgprofessionals en organisaties. Deze verhouding moet leiden tot veel meer 'passende regels', regels die goed in te passen zijn in de werkpraktijk van professionals en hen ondersteunen bij kwaliteitsverbetering. Onderzoek naar organisaties die veel met 'zelfsturing' werken, zoals Buurtzorg, leren dat niet zozeer het aantal regels afneemt, als wel de manier waarop ze worden gehanteerd (van Dalen 2012). Met name de vrijheid die professionals hebben om regels naar eigen inzicht toe én aan te passen is een bron van kwaliteitsverbetering. Dit roept de vraag op hoe passende regels ontstaan en hoe zij het werk van professionals en management beïnvloeden.

1.2 Goede leefsystemen

In het onderzoek waarover we in dit rapport verslag doen, keken we naar praktijkvoorbeelden in ziekenhuizen waar een goede verhouding tussen het systeem en de leefwereld tot stand is gekomen. Daarbij hebben we een aantal uitgangspunten gehanteerd. In de eerste plaats zijn we ervan uitgegaan dat voor het bereiken van een hoge kwaliteit van zorg een goede verhouding tussen formele en informele, systeem en leefwereld gerelateerde elementen nodig is. Organisaties kunnen niet bestaan zonder structuur, maar structuren kunnen niet werken zonder informele inbedding ervan (Bate, Mendel, & Robert 2008). Een tweede veronderstelling is dat de dynamiek, onzekerheid en complexiteit van zorgpraktijken zo groot is dat ze nooit te vangen zijn in een helder afgebakend systeem. Goede zorg heeft gesitueerde beslissingen nodig en moet zich steeds weten aan te passen aan veranderende omstandigheden. Professionals op de werkvloer zijn hier onontbeerlijk voor (Mesman 2008). Maar goede zorg kan ook niet bestaan zonder verantwoording.

We hebben het dan niet persé over verantwoording in de zin van lijstjes en prestatie-indicatoren, maar over het nemen van verantwoordelijkheid en het afleggen van verantwoording hierover; in het Engels hebben we het dan over ‘account-ability’ (Neyland 2016). Verantwoording dient daarbij zoveel mogelijk gesitueerd te zijn in de zorgpraktijk zelf, maar kan ook gestalte krijgen binnen én tussen organisaties door het delen van verhalen en cijfers.

Een sturingsopvatting die nauw aansluit bij hetgeen wij in het onderzoek voor ogen hebben is die van *experimentalist governance*, ofwel experimentele sturing (Sabel & Zeitlin 2012, Oldenhof & Bal 2016). Experimentele sturing gaat uit van een radicale onzekerheid—en dus onvoorspelbaarheid—van professioneel werk. Een dergelijke onzekerheid doet zich ook voor in de zorg. De kennis die we hebben is meestal tot stand gekomen in zeer gecontroleerde situaties; waarin professionals precies hetzelfde doen, waarin patiënten geselecteerd zijn op specifieke kenmerken, waarin precies wordt gecontroleerd dat patiënten zich ook houden aan de behandeling. In ‘echte’, dagelijkse zorg is aan al deze voorwaarden niet voldaan. Niet voor niets pleit bijvoorbeeld de Raad voor de Volksgezondheid & Samenleving (2017) ervoor de ‘context’ van de patiënt en de zorgpraktijk meer centraal te stellen in het beleid. Dat zorg context-afhankelijk is maakt het lastig om van buitenaf te zeggen wat goed handelen is. Maar het centraal stellen van de noodzaak van gesitueerd handelen wil niet zeggen dat alles kan of dat daar geen sturing in mogelijk is.

Dit is precies wat ‘experimentele sturing’ beoogt. Experimentele sturing vertrekt vanuit de gedachte dat lokale variatie goed is, maar stelt vervolgens dat praktijken dan zo dienen te worden ingericht dat ook het afleggen van verantwoording en monitoring mogelijk en noodzakelijk zijn. Daarvoor is het nodig om de dagelijkse gang van zaken en uitkomsten transparant (in woord dan wel getal) te maken voor professionals, opdat zij zichzelf en elkaar kunnen sturen op kwaliteitsverbetering en -bewaking. Doel van de transparantie is ook het faciliteren van overstijgende leerervaringen, doordat kennis binnen netwerken van professionals en binnen of tussen organisaties kan verspreiden. Op deze manier ontstaan nieuwe verantwoordingsstructuren, die niet gericht zijn op het voldoen aan extern opgelegde normen, maar verantwoordingsstructuren, die gesitueerd zijn in het dagelijks werk en een bijdrage leveren aan verbetering van de zorg (Jerak-Zuiderent 2013).

Experimentele sturing gedijt in situaties waarin onzekerheid wordt onderkend, lokale variatie is toegestaan en waarin platforms zijn ingericht voor het delen van ervaringen uit de zorgpraktijk en het creëren van leerervaringen. Dat kan zich in principe voordoen op alle lagen van de zorg: binnen disciplines, binnen afdelingen/teams, binnen organisaties en binnen het ‘zorgsysteem’ in zijn geheel. Voor ons onderzoek zijn met name die eerste drie van belang.

1.3 Rol van ‘rebellens’ in goede leefsysteemen

Experimentele sturing sluit goed aan bij een ontwikkeling die zich de laatste jaren binnen de Engelse NHS voordoet. Mede op voordracht van Don Berwick probeert de NHS een ‘beweging’ voor kwaliteit op gang te brengen. Daarbij gaat het ondermeer om het ontwikkelen van lerende netwerken van professionals uit verschillende organisaties: het ‘Q initiatief’ (Health Foundation 2014). Doel van deze netwerken is om *best practices* sneller te laten verspreiden. Het andere experiment gaat over het stimuleren van leren in ‘de marge’ van organisaties. Met behulp van het concept van *healthcare radicals* (Bevan & Fairman 2014) besteedt de NHS aandacht aan een groep medewerkers die relatief onzichtbaar zijn, maar wel binnen hun eigen organisaties veranderingen kunnen ‘aanjagen’. *Healthcare radicals* zijn medewerkers die patiëntgerichte, soms baanbrekende veranderingen teweeg weten te brengen, waarbij zij in staat zijn om verstikkende regels te veranderen of te omzeilen.

Interessant is dat deze groepen of mensen niet gezien worden als ordeverstoorder of dissident; zij beheersen “the art of rocking the boat while staying in it” (Bevan 2013). In essentie gaat het hierbij om het stimuleren van verbeterinitiatieven en autonomie op de werkvloer. Als dat gepaard gaat met verantwoording naar de organisatie, draait het niet zozeer om controle, maar op het genereren van leerervaringen die kunnen leiden tot aanpassingen van de organisatie, en kunnen worden gedeeld met andere groepen. Beide experimenten gaan om het mobiliseren van verbeterpotentieel binnen de eigen organisatie en tussen organisatie, die gebruikt wordt voor het doorontwikkelen van systeem én leefwereld, ofwel, om het bouwen van ‘goede leefsysteem’ (Oldenhof & Bal 2016). Professionals zijn hierin autonoom maar leggen tegelijkertijd verantwoording over hun handelen af; het gaat hier om wat ook wel wordt aangeduid als ‘responsible autonomy’ (Degeling, Maxwell, & Iedema 2004).

In dit onderzoek gingen we op zoek naar deze healthcare radicals: personen of groepen medewerkers of ‘clinical micro-systems’ (Mohr & Batalden 2002), die vernieuwend opereren in relatie met hun organisatorische context. We wilden ons dus richten op wat in de literatuur ook wel ‘positieve deviantie’ heet: “intentional behaviors that depart from the norms of a referent group in honorable ways” (Spreitzer & Sonenshein 2004) en “a few at risk individuals that follow uncommon, beneficial practices and consequently experience better outcomes than their neighbors who share similar risks.” (Marsh et al. 2004) Het draait dus zowel om het hebben van goede intenties als het bereiken van uitstekende resultaten (Warren 2003) in een context waarin verantwoording wordt afgelegd over de gemaakte keuzes.

Het doel van het onderzoek was het starten van een zoektocht naar hoe systemen en (groepen) mensen in de leefwereld zich tot elkaar verhouden en hoe zij elkaar kunnen versterken. Anders geformuleerd: we zijn geïnteresseerd in de manier waarop groepen binnen ziekenhuizen met een hoge reputatie ten aanzien van de geleverde kwaliteit van zorg in de praktijk gestalte geven aan kwaliteit, of en hoe ze hier verantwoording over afleggen en op welke manieren de organisatie als geheel hiervan leert. We veronderstellen hiermee een aantal nieuwe inzichten te krijgen in het effectiever werken aan kwaliteit. We hanteren de Nederlandse term *rebell* voor deze (groepen) medewerkers die zich positief afwijkend gedragen in de wijze waarop ze met kwaliteit en veiligheid omgaan binnen hun eigen context zowel binnen als buiten het ziekenhuis.

1.4 Leeswijzer

De opzet van het rapport is als volgt: in het volgende hoofdstuk bespreken we de methoden die we hebben gehanteerd om onze onderzoeksvragen te beantwoorden. In hoofdstuk 3 gaan we in op de eerste fase van het onderzoek, te weten de identificatie van klinische microsystemen met een hoge reputatie binnen de onderzochte ziekenhuizen. In hoofdstuk 4 analyseren we dan de wijze waarop deze groepen kwaliteit *doen*, de manieren waarop ze daar verantwoording over afleggen en de wijzen waarop ze zijn ingebed binnen de bredere organisatie van het ziekenhuis. Hoofdstuk 5 bevat de conclusies. Hier gaat we bovendien verder in op wat de resultaten van het onderzoek betekenen voor het kwaliteitsbeleid en voor het debat over systeem en leefwereld.

2 Methode van onderzoek

In dit onderzoek proberen we om klinische microsystemen ‘van binnenuit’ te begrijpen. We zijn vooral op zoek naar hoe groepen rebellen vormgeven aan kwaliteit en daarover verantwoording afleggen en hoe ze zich verhouden tot de kwaliteitssystemen binnen de organisaties waarin ze actief zijn. Dit onderzoek staat nog in de kinderschoenen. Hoewel er al wel wat werk is gedaan naar de wijzen waarop kwaliteitsbeleid op de werkvloer uitwerkt en de manier waarop in klinische praktijken ‘van onderop’ aan kwaliteit wordt gewerkt (Mesman 2008, Waring & Bishop 2010), is met name de combinatie van beide relatief nieuw. Dat betekent ook dat er nog weinig duidelijk theoretisch uitgekristalliseerde definities beschikbaar zijn om zicht te krijgen op de werking van ‘goede leefsysteem’ en de rol die ‘rebell’ daarin spelen. Bovendien, zoals we al in de inleiding hebben geschetst, is het normatieve kader waarbinnen het onderzoek is gesitueerd niet eenduidig. Als kwaliteit van zorg gekarakteriseerd kan worden als radicaal onzeker, betekent dat ook dat wat ‘goed handelen’ is niet vooraf vaststaat. Kwaliteit van zorg krijgt vorm in relaties tussen zorgprofessionals, patiënten en de contexten waarin zij actief zijn. Kwaliteit is, om een term uit de systeemtheorie te gebruiken, ‘emergent’ (Clegg, Kornberger, & Rhodes 2005). In zo’n situatie is het van belang inzicht te krijgen in het gedrag, de beweegredenen en ervaringen van respondenten (Bradbury-Jones, Taylor, & Herber 2014).

Om deze redenen hebben wij in dit onderzoek gekozen voor een kwalitatief, etnografisch onderzoeksdesign. In een cyclisch proces van data verzamelen en analyseren is gewerkt met *sensitizing concepts* (van den Hoonaard 1996) over ‘goede leefsysteem’. De sensitizing concepts werden opgesteld op basis van beperkte literatuur en vooral algemeen besef van wat relevant is in het doen van en sturen op kwaliteit. De sensitizing concepts—zoals *work arounds*, verantwoording, professionalisme—hielpen om de thema’s te vinden, die ‘goede leefsysteem’ duiden. Vervolgens zijn die thema’s verder uitgediept in zowel de dataverzameling als de data-analyse en aangevuld met vanuit die thema’s relevante literatuur. Deze vorm van onderzoek wordt ook wel ‘abductief’ genoemd, omdat zij heen en weer beweegt tussen het inductief redeneren vanuit een praktijk en het deductief zoeken naar kenmerken die reeds in de literatuur worden benoemd (Tavory & Timmermans 2014).

Voor bepaalde thema’s hebben we overeenkomsten tussen de casus gevonden, waardoor we van een sensitizing concept een definitief concept hebben kunnen maken, dat voorbij gaat aan de verschillende onderzochte cases. Voor andere onderdelen hebben we interessante verschillen ontdekt, die vragen om meer onderzoek met behulp van doorontwikkelde nieuwe sensitizing concepts.

2.1 Data verzameling en analyse

In dit onderzoek werden kwalitatieve, etnografische onderzoeksmethoden gebruikt, bestaande uit semi-gestructureerde interviews, observaties, documentenanalyse en member-check. Het onderzoek werd uitgevoerd in drie ziekenhuizen: een academisch ziekenhuis, een topklinisch ziekenhuis en een algemeen ziekenhuis. Ziekenhuizen werden geselecteerd op basis van hun imago als vooruitstrevend op het gebied van kwaliteit en veiligheid, uitkomsten op landelijke indicatoren vertaald in de AD-top 100, geografische spreiding over Nederland én bereidheid om deel te nemen aan het onderzoek. Eén van de benaderde ziekenhuizen wilde niet deelnemen aan het onderzoek wegens de werkdruk in de organisatie door de implementatie van een elektronisch patiëntendossier. Een vergelijkbaar ziekenhuis werd geïnccludeerd. Door te kiezen voor drie verschillende typen ziekenhuizen hebben we geprobeerd bias die samen kan hangen met het type ziekenhuis (bijvoorbeeld: grotere ziekenhuizen zouden ‘formeler’ kunnen zijn) te voorkomen, wat de generaliseerbaarheid van onze bevindingen voor andere ziekenhuizen vergroot.

Het onderzoek startte met vijf semi-gestructureerde interviews om te bepalen wat in dit ziekenhuis een goed leefsysteem is en wie gezien wordt als rebel(len). Op basis van een verkennend literatuuronderzoek werd een topiclist opgesteld, waarbij voor alle topics uitgevraagd is 1) welk gedrag (groepen) mensen vertonen, 2) wat de gangbare norm is en waarin hun gedrag afwijkt van het gangbare in de organisatie en 3) wat dit de betrokkenen, de organisatie en de patiënt oplevert. Doorgevraagd werd tot op het niveau van concrete voorbeelden van klinische microsystemen en gedrag.

Topiclist voor start interviews

- Groepen/mensen die een voorbeeld zijn in de manier waarop zij aan kwaliteit/veiligheid werken: vaardigheden, kennis, aanpak
- Samenstelling van de groep (groepsdynamica) en leiderschap
- Samenwerking met anderen buiten de groep
- Reputatie/imago van (groepen) mensen en werkwijzen
- Alternatieve/innovatieve manieren om met kwaliteit/veiligheid om te gaan
- Gebruik van (extern) opgelegde kwaliteitsparameters en –instrumenten
- Formele en informele werkrouines en –normen
- Omgaan met sociale normen en sociale druk
- Nieuwe kwaliteitsthema's en methodieken ontwikkelen, verspreiden
- Verschil tussen rebel en dissident, wanneer worden ze 'lastig'
- Vertrouwen krijgen en geven
- Organisatieleren

De respondenten werden geselecteerd door *purposefull sampling*. In ieder ziekenhuis werd gesproken met een lid van de Raad van Bestuur, een lid van de Verpleegkundige (Advies) Raad, een lid van het Medisch Staf Bestuur/Stafconvent verantwoordelijk voor kwaliteit/veiligheid, een manager concernstaf/bureau kwaliteit, en een leidende professional in de stuurgroep kwaliteit/veiligheid. De aanname was dat zij een goed beeld hebben van de goede leefsysteem en ook konden benoemen wie zich rebels gedraagt binnen hun ziekenhuis. Door een kwalitatieve onderzoeksmethode te gebruiken hebben we meer ruimte gegeven voor de context van de verschillende ziekenhuizen. Juist in een onderzoek naar (groepen) mensen die zich afwijkend gedragen, is het belangrijk om ook de context in ogenschouw te houden. Immers, de vraag die voortdurend centraal staat is: waarom is dit afwijkend in positieve zin en ten opzichte van welke norm of sociale standaard in deze context (Baxter et al 2016). De interviews duurden gemiddeld 1 uur en werden met toestemming opgenomen en getranscribeerd. Transcripten werden geanalyseerd met behulp van open en vervolgens axiaal coderen. Dit leidde tot inzicht in de visie van respondenten op (groepen) medewerkers die in staat zijn goede leefsysteem te creëren (zie hoofdstuk 3). Dat ons onderzoek zich focuste op groepen medewerkers—die afdeling, dat team—is nog weinig gedaan door andere onderzoekers (Green et al. 2006).

In de drie ziekenhuizen werd één klinisch microsysteem gekozen, dat door de respondenten in de start-interviews werd benoemd als een goed leefsysteem. Die gekozen drie groepen werden nader onderzocht door middel van non-participatieve observaties op basis van een observatie topiclijst. Per leefsysteem werd 10 dagdelen geobserveerd, waarbij zoveel mogelijk met zorgprofessionals en leidinggevendenden werd meegelopen in de dagelijkse praktijk. Op die manier konden wij goed aansluiten bij de praktijk binnen de groepen (Nicolini 2012).

Door te observeren tijdens verschillende diensten (dag- en avond- of weekenddienst), bij verschillende professionals (medisch specialisten, verpleegkundig specialisten, gespecialiseerd verpleegkundigen, verpleegkundigen, arts-assistenten al dan niet in opleiding) en op verschillende werkplekken (klinische verpleegafdeling, polikliniek, operatie kamer, transmuuraal) werd een beeld verkregen van de wijze waarop de betreffende groepen hun goede leefsysteem vormgeven en waarin zij zich als rebellen gedragen ten opzichte van de gangbare werkwijze in het ziekenhuis. Tijdens de observaties zijn informele interviews gehouden. Van de observaties en informele interviews werden observatieverslagen gemaakt, die zowel tekst als beeld (foto's) bevatten. Daarnaast werden gedurende de observatieperiode relevante documenten als voorbeelden verzameld.

Zowel de observatieverslagen als de voorbeeld-documenten werden open en vervolgens axiaal gecodeerd op basis van een *framework analyse methode* (Ritchie & Spencer 1994), zodat een goede vergelijking binnen een klinisch microsysteem en tussen de verschillende microsystemen mogelijk was (Ritchie & Lewis 2003). Dit resulteerde per leefsysteem in een verslag op basis van overkoepelende gezamenlijk vastgestelde thema's. In het analyseproces werd nadrukkelijk een *appreciative inquiry* perspectief gehanteerd, waarbij we vooral focusten op de goede voorbeelden (Cooperrider & Whitney 2001). Ons onderzoek is dan ook zeker geen 'evaluatie' in de zin dat we trachten te beoordelen of de geleverde zorg goed is. Zoals gezegd hebben we ons gericht op de groepen binnen ziekenhuizen, die een hoge reputatie hebben wat betreft de kwaliteit van zorg die ze leveren. Wij wilden achterhalen hoe groepen met een hoge reputatie kwaliteit *doen*, ofwel, wat de mechanismen zijn die aan goede zorg bijdragen. Een 'waarderende' (appreciative) benadering is daarbij passend.

Tenslotte: in ieder ziekenhuis werden de resultaten van het onderzoek teruggekoppeld aan een vertegenwoordiging van het onderzochte groepen en de respondenten van de start interviews in een groepsgesprek. Doel was *member-checking* en indien nodig verduidelijking.

3 Wie zijn waarom goede leefsysteemen

Op basis van de eerste vijf interviews met key-stakeholders in alle drie de ziekenhuizen werd een beeld gekregen van de goede leefsysteemen. Belangrijke vragen die we ons stelden waren: 1) Wat zijn kenmerken volgens de respondenten van een goed leefsysteem en waarin wijken zij in positieve zin af van de gangbare norm? 2) Hoe ziet het rebellerende gedrag van (groepen) medewerkers in het goede leefsysteem eruit en hoe krijgen/nemen zij de ruimte om 'anders' te zijn? Daarnaast werd op basis van deze data—in overleg met de ziekenhuizen—een keuze gemaakt voor het te onderzoeken leefsysteem.

3.1 Kenmerken van een goed leefsysteem

Opvallend is dat alle respondenten onmiddellijk een beeld hebben bij (groepen) medewerkers die in hun ziekenhuis de rol van rebel vervullen en zich positief deviant opstellen op het gebied van kwaliteit/veiligheid. Zij benoemen dat deze (groepen) mensen bekend zijn om intrinsieke motivatie en 'drive' om de kwaliteit van de patiëntenzorg te verbeteren. Zij hebben alle basis kwaliteitsinstrumenten in werking en scoren ruime voldoendes op indicatoren én hebben een 'eigenwijze' reputatie. Daarnaast innoveren zij voortdurend en zijn ze bereid om te experimenteren of dingen uit te proberen. Vooral innovatie die verbonden is met de ontwikkeling van hun professionele vakmanschap en betere patiëntenzorg hebben hun aandacht. Met name een aantal leidinggevendenden van de groep rebellen worden genoemd om hun vermogen om 'kansen te zien' en 'out-of-the box' oplossingen te bedenken.

Respondenten geven aan dat in de rebellengroepen een aantal goede communicatoren zit, die gezien worden als de drijvende kracht (de 'opper-rebel') van de groep. Ze hebben een groot netwerk, zowel binnen als buiten het ziekenhuis en weten wie ze waarvoor moeten/kunnen benaderen. Zelf zijn ze ook goed benaderbaar door anderen en ze worden gewaardeerd om hun kennis en kunde als veranderaar en wijze waarop ze dingen voor elkaar krijgen. Deze communicatoren benutten de wandelgangen om mensen te informeren en beïnvloeden. Ze kunnen makkelijk mensen overtuigen, omdat ze een verhaal hebben dat gericht is op betere zorg aan de patiënt. Respondenten noemen dat de rebellen wars zijn van eigen belang, maar vooral de patiënt voorop willen zetten. De rebellen framen hun verhaal zodat het aansluit bij de (belangen van de) ontvanger van de boodschap. Het zijn autonome denkers, die ook een stevig debat niet schuwen. Deze communicatoren vallen ook op omdat ze hun ideeën daadwerkelijk voor elkaar krijgen. Ze werken hard en procesgericht aan de realisatie en gaan in kleine stapjes vooruit. Woorden zoals 'doorzetter', 'doeners', 'niet lullen maar poetsen mentaliteit' en 'doppen hun eigen boontjes' worden genoemd om hen te typeren.

Op vragen over hun afwijkende gedrag wordt aangegeven dat ze "kunnen balanceren op een slap koord" (RvB ziekenhuis). Ze weten wanneer ze moeten/kunnen drammen voor hun idee of project en wanneer mensen ze irritant gaan vinden en ze dus moeten inhouden. Ze kunnen zowel incrementeel stap-voor-stap toewerken naar een resultaat als er nog onvoldoende interesse is, als ook projectmatig in korte tijd dingen realiseren waarvoor al wel draagvlak is. Ze weten feilloos waarvoor de koninklijke weg van besluitvorming genomen moeten worden en wanneer dingen 'geritseld' kunnen worden.

Rebellen zijn met andere woorden pragmatici die een duidelijk doel voor ogen hebben—het bereiken van een hoge kwaliteit van zorg—en alles in het werk stellen om dat doel te bereiken. Ze schuwen daarvoor niet om buiten de lijntjes te kleuren, maar blijven anderzijds ook zichtbaar actief binnen en voor het ziekenhuis. Wat maakt dat zij dit kunnen doen? Hoe ziet dit werk er in de praktijk uit? Daar gingen we in dit onderzoek naar op zoek.

3.2 Welke leefsysteem zijn gekozen in de drie ziekenhuizen

In alle drie de ziekenhuizen is gekozen voor een groep medewerkers die met elkaar samenwerken binnen één organisatie-eenheid. Opvallend is dat in alle drie de groepen medewerkers duidelijke 'opper-rebellen' te onderscheiden zijn volgens de respondenten: medisch specialisten en/of verpleegkundig leidinggevenden die opvallen in de manier waarop zij hun werk doen en de mensen om hen heen beïnvloeden. Zij vormen als het ware de kern van de rebellengroep.

In het algemene ziekenhuis werd gekozen voor een dialyse afdeling, in het STZ-ziekenhuis voor een vrouw-moeder-kind afdeling en in het academische ziekenhuis voor een afdeling interne/infectieziekten. De keuze voor het specialisme was weliswaar minder relevant (we waren vooral op zoek naar het 'hoe' en 'waarom' van de rebellen en hun microsystemen), maar zal in de bespreking van de bevindingen wel uitgebreid aan de orde komen, omdat we hier onze voorbeelden vandaan halen. Ook dan zal het ons gaan om achterliggende mechanismen van het 'doen' van kwaliteit van zorg. Het specialisme vormt daarbij 'slechts' de omgeving waarin we het onderzoek hebben gedaan.

4 Het maken van goede leefsysteem

Uit de analyse van de case studies blijkt dat de groepen die wij hebben geobserveerd—klinische microsystemen met een hoge reputatie voor de kwaliteit van zorg die ze leveren—kwaliteit van zorg genereren en bewaken op drie interacterende gebieden: in de dagelijkse uitoefening van zorgactiviteiten, door het bouwen en beschermen van een eigen micro-systeem, en door verbindingen aan te gaan en te onderhouden met de wereld of ‘werelden’ daar omheen. In dit hoofdstuk bespreken we het werk van de klinische microsystemen op deze drie gebieden en laten zien hoe in het voortdurend bewegen tussen en in het verbinden van deze gebieden kwaliteit wordt gegenereerd. Daarnaast leggen we uit hoe dit bijdraagt aan zorginnovatie en het organiseren. We beschrijven onze bevindingen en illustreren deze aan de hand van voorbeelden.

Gedurende het onderzoek kwamen we er steeds meer achter dat onze klinische microsystemen zich gedroegen als wat wij langzaam ‘rebellien’ zijn gaan noemen. Daarmee doelen we erop dat de actoren binnen de microsystemen zich vaak tegen de organisatie in bewegen, bijvoorbeeld door regels van de organisatie te negeren of daar een eigen invulling aan te geven. Anderzijds waren zij voortdurend bezig om zelf nieuwe ‘systemen’ te bouwen, bijvoorbeeld in de zin van nieuwe onderlinge werkafspraken of verbindingen met de buitenwereld. In de onderzochte klinische microsystemen zijn een soort vrijheidsstrijders aanwezig. Zij proberen van onderop een nieuw ‘leefsysteem’ te bouwen en creëren een context waarin zij de zorg kunnen leveren die zij willen leveren. Deze vorm van ‘verzet’ is niet negatief-afbrekend—hoewel dit zich vaak richt tegen de regels van de organisatie—maar juist positief-opbouwend. Hun werkwijze is generatief van aard in de zin dat het nieuwe dingen (werkwijzen, relaties) creëert.

Hoe dat generatieve karakter van het werk van de onderzochte klinische microsystemen eruit ziet en hoe dat bijdraagt aan kwaliteit van zorg beschrijven we in de volgende paragrafen.

4.1 Kwaliteit van zorg doen

In alle drie de klinische microsystemen stond het bieden van een hoge kwaliteit van zorg aan de patiënt voorop. Belangrijke vragen die voortdurend aan de orde zijn tussen verschillende zorgprofessionals en leidinggevendien zijn: wat verstaan wij onder ‘goede zorg’ en hoe kunnen we daaraan in de dagelijkse praktijk uitvoering geven? Aanpakken om goede zorg te kunnen leveren en daarover op één lijn te komen zijn: discussiëren over goede zorg, maken van routines en het sturen op professionalisme. Goede zorg is niet iets wat er zomaar *is*; het heeft voortdurende aandacht nodig van alle betrokkenen.

In de onderzochte casus speelden de overtuigingen van zorgprofessionals een belangrijke rol in het bepalen van wat goede zorg is. Zo wordt in een van de ziekenhuizen ingezet op zelfmanagement en het voorkomen van hospitalisatie van patiënten. Patiënten moeten in dit ziekenhuis zoveel mogelijk zelf doen en de verpleegkundigen trachten zo min mogelijk activiteiten over te nemen (ook al willen de patiënten dit soms wel). In een ander ziekenhuis is veel aandacht voor het *in the lead* zetten van de ouders in de zorg voor hun kind. Zorgprofessionals nemen besluitvorming niet over en vragen voor alles toestemming aan de ouders. We observeerden allerlei momenten waarop zorgprofessionals en management pro-actief met elkaar bepalen wat zij vinden dat goede kwaliteit van zorg is, ook als de patiënt hier (nog) niet om vraagt of dit zelf niet kan zien, bijvoorbeeld door gebrek aan kennis of ernst van ziekte zoals het volgende voorbeeld illustreert:

Het afdelingshoofd gaat een discussie aan met de behandelend specialist over een voor longontsteking opgenomen verslaafde patiënt. De patiënt is in principe uitbehandeld en kan met ontslag. Het afdelingshoofd pleit ervoor de patiënt langer op te nemen en zijn tanden te trekken, omdat de kans op het ontstaan van een endocarditis [ontsteking van het hart] te groot is en de patiënt dan waarschijnlijk zich te laat weer meldt en kans op overlijden groot is. “Deze patiënten gaan door totdat hun hartklep bijna weg is en komen pas binnen als ze omvallen. Laten we dat voorkomen,” argumenteert het afdelingshoofd.

Klinisch redeneren en discussieren

Kwaliteit van zorg wordt vooral gerelateerd aan onderlinge discussies over goede patiëntenzorg. Deze discussies worden gevoerd tijdens de uitvoering van het klinisch en verpleegkundig werk en in het directe patiëntencontact. De onderzochte klinische microsystemen willen dat de zorg voor de patiënt optimaal is, waarbij zo goed mogelijk tegemoet moet worden gekomen aan de (gepercipieerde) individuele behoeften van de patiënt. Opvallend is dat niet alleen geredeneerd wordt vanuit kwaliteit van zorg, maar ook—en vaak vooral—vanuit kwaliteit van leven.

Tijdens de overdracht wordt een neonat met een infuus-gerelateerde sepsis besproken. Het kindje heeft drie dagen antibiotica gehad en volgens protocol zou er vandaag een spiegel bepaald moeten worden. Terwijl de AGNIO meldt dat dit vandaag gepland staat, grijpt de Fellow die de vergadering voorzigt in. Ze wil niet dat bij dit kind een spiegel bepaald wordt. Ze zegt “X gaan we niet extra plagen en daarom doen we geen bloedspiegel.” Er volgt discussie waarom zij wil afwijken van het protocol en zij legt uit: “Dit kindje is te klein (600 gram) en ik wil het bloed sparen. Bovendien heeft dit kindje al zoveel stressprikkelers en zit het te hoog in de comfortscores. We geven het vandaag rust. Morgen zien we weer verder.”

Kwaliteit van leven gaat enerzijds over je comfortabel voelen tijdens de zorgverlening, anderzijds ook over wat een patiënt belangrijk vindt in zijn dagelijkse leven. Daarmee volgen de zorgprofessionals niet altijd de EBM richtlijnen en voorgeschreven protocollen, ten gunste van meer aandacht voor kwaliteit van leven van het individu:

De verpleegkundige vraagt aan de dialyse-patiënt: “hoeveel vocht wil je vandaag onttrekken.” De patiënt zegt “ik moet eigenlijk 4 liter, maar ik wil graag niet zo lang dialyseren, want mijn dochter heeft vandaag feest. Ik ben dan zo moe vanmiddag.” De verpleegkundige stelt voor “zullen we vandaag dan 2,5 doen en dan kijken we overmorgen verder.” De patiënt stemt in en de verpleegkundige controleert de apparatuur en past een en ander aan.

In alle drie de casestudies is kwaliteit van zorg gerelateerd aan de wijze waarop directe zorgverlening geschiedt en wordt bepaald in het directe patiëntencontact. Klinische kennis, verpleegkundige en medische vaardigheden, en patiëntgerichtheid vormen de basis van waaruit een redentatie wordt gemaakt over wat bij deze specifieke patiënt op dit moment goede kwaliteit van zorg is. In alle drie de klinische microsystemen wordt in diverse overlegvormen met elkaar gesproken over de vraag wat goede kwaliteit is en wie daarvoor wat moet doen. De overlegvormen en de manier waarop ze met elkaar overleggen verschilt per case, maar we zien vijf overeenkomsten in hun strategie:

1. Het inrichten van dagelijkse overlegstructuren (overdracht, klinische besprekingen, visite) waarin multidisciplinair met elkaar wordt gesproken over individuele patiëntencasus. In het *on-the-job* bespreken van de patiënten wordt gebruik gemaakt van regels; een methodiek/framework voor het op een gestructureerde manier delen van informatie, zodat niets wordt vergeten en de informatie gemakkelijker te onthouden en vast te leggen is.

Iedere dag vindt een vorm van multidisciplinair overleg plaats voordat visite wordt gelopen. Tijdens het overleg presenteert eerst de verpleegkundige, die vandaag de zorg heeft voor de neonaat, alle bevindingen en vragen aan de andere disciplines volgens een afgesproken format. Dit format met de verschillende gesprekspunten hangt op een poster aan de muur. Daarna presenteert de verantwoordelijke verpleegkundig specialist of AIO de belangrijkste parameters, terwijl het EPD op een beamer wordt getoond. Vervolgens licht de verpleegkundig specialist of AIO het beleid voor de komende 24 uur toe en benoemt wat relevant is voor de komende dagen op basis van hetzelfde gespreksformat. Tijdens de bespreking worden aan alle aanwezigen vragen gesteld. Doel is enerzijds om alternatieve overwegingen te verkennen, anderzijds heeft het een opleidingsdoel. Kennis wordt getoetst over oorzaken, gevolgen van beleid, alternatieve keuzes, medicatie enzovoorts. In de besluitvorming worden overwegingen vanuit verschillende disciplines meegenomen. Daarnaast wordt uitgebreid gesproken over hoe comfortabel de neonaat zich voelt en wat de wensen van de ouders zijn. De bespreking van de patiënt sluit af met een samenvatting door de voorzitter van de gemaakte afspraken (vooral de wijzigingen in het beleid). Dit wordt vervolgens in de visite met de ouders besproken en daarna vastgesteld.

2. In ieder overleg tussen zorgprofessionals worden redematies geëxpliciteerd door met elkaar in gelijkwaardigheid hardop klinisch te redeneren. Verschillende disciplines bevragen elkaar op observaties en overwegingen (zoals het delen van differentiaal diagnoses). Doel is het delen van kennis, opleiden van elkaar, maar ook repeat-back om te checken of de ander je begrepen heeft. Gevolg van deze werkwijze is dat professionele kennisdomeinen in elkaar (gaan) overlopen en de verpleegkundige ook medische kennis ontwikkelt en kan/mag inbrengen en vice versa.

De verpleegkundige, verpleegkundig specialist en medisch specialist praten met elkaar over een patiënt. Ze vragen zich af hoe het komt dat het kaliumgehalte van de patiënt plotseling zo hoog is. De verpleegkundig specialist suggereert dat de patiënt cold blood doorslikt. De medisch specialist vraagt: "Waarom denk je hieraan en hoe kunnen we dit controleren?" Ze praten met elkaar over alternatieve oorzaken en de mogelijkheid om de ontlasting te controleren via een speciale onderzoekskit die MDL heeft. De medisch specialist staat op het punt om het onderzoek aan te vragen als de verpleegkundige zegt: "Ik denk dat we het maar even moeten laten rusten. Patiënt heeft vorige week vast speculaas van de banketbakker gekregen, want hij was op bezoek bij familie." De medisch specialist zegt: "Hij weet toch dat hij geen noten mag?" Verpleegkundige: "Ja, maar vorig jaar hebben we ook zo'n case gehad. Geloof mij, volgende week is het weer goed." De medisch specialist vraagt aan verpleegkundig specialist: "Wat is haar [verpleegkundige] aannname?" Ze zegt: "In kwaliteitsspeculaas zitten amandelen, dat zijn noten, waarvan het kalium omhoog gaat. Dialysepatiënten mogen geen noten." Ze besluiten om voorlopig geen extra onderzoek te doen naar de cold blood.

3. Het expliciteren van redematies en handelen geschiedt zowel retro- als prospectief, zodat ook geleerd kan worden van dingen die (niet) goed gaan en zorgprofessionals leren om te anticiperen op ziekteverschijnselen. Professionals binnen onze klinische microsystemen testen kennis én vullen die aan op een subtiele manier, waarbij collegae zonder gezichtsverlies en in veel veiligheid kennis leren overgedragen.

Tijdens de visite vraagt de verpleegkundig specialist aan de verpleegkundige: "Waarom heb je gisteravond geen schoorsteentje gegeven, of was dit niet afgesproken?" Verpleegkundige antwoordt: "Ze [het kindje] heeft gisteren ontlasting gehad, dus het schoorsteentje was niet nodig." Verpleegkundig specialist antwoordt: "O sorry, dan heb ik niet goed uitgelegd waarom we in dit geval een schoorsteentje geven. Die hebben ook tot doel lucht uit de darmen kwijt te raken, zodat het buikje niet opzwelt en er minder ruimte voor lucht in de longen is. Ze [het kindje] wordt anders zo benauwd."

4. Een structuur hebben voor het bespreken van de uitkomsten van dit klinisch redeneren met de patiënt en de opinie van de patiënt betrekken bij hun klinische redematies. Dat betekent niet in alle gevallen dat de patiënt ook inspraak heeft (zie het voorbeeld van de edocarditis hierboven), omdat professionals hun eigen normativiteit hebben, maar in die gevallen waar dit kan heeft de patiënt veel ruimte om invloed te hebben op de zorg en behandeling.

Tijdens het aanprikken wordt met de patiënt overlegd. Hij bepaalt waar hij aangeprikt wil worden, hoe de naald erin gaat, welke naald gebruikt wordt, hoeveel vocht hij kwijt wil zijn na de dialyse. Patiënt modificeert zelf de machine door snelheid van de dialyse aan te passen en te bepalen hoe vaak tijdens de dialyse de bloeddruk wordt gemeten.

5. Tijdens het klinisch redeneren benoemen de rebellen ook welke kennis ontbreekt en werken ze met een gezamenlijke aanpak aan het verder ontwikkelen van kennis, door bijvoorbeeld een literatuur-review te doen, experts te raadplegen of zelf onderzoek te gaan doen.

"We moeten een manier uitvinden om deze patiënt weer van zijn stoma af te helpen. Ik weet eigenlijk niet hoe we dat het beste kunnen aanpakken. Wie heeft daar kennis en ervaring mee?" Er klinkt wat gemurmel, maar niemand geeft een antwoord. "Ik stel voor dat we allemaal de literatuur induiken en volgende week woensdag hierop terugkomen. Wie kent mensen in de academie die hier onderzoek naar doen, die we kunnen bellen?"

Het afdelingshoofd, leidende medisch specialist en senior verpleegkundigen spelen een belangrijke rol in het stimuleren van hardop klinisch redeneren, transparantie aanbrengen in de overwegingen die ten grondslag liggen aan patiëntenbeleid en het overdragen/ testen van kennis met behulp van vragen. Deze leiders zijn gedurende de dag zichtbaar aanwezig en aanspreekbaar. Zij zijn aanwezig tijdens visites en overdracht. Zij controleren ook of medewerkers bepaalde handelingen uitvoeren en/of pro-actief beleid aanpassen op basis van de toestand van een patiënt. Deze leiders hebben hun roots in de zorgprofessionals, die werkzaam zijn rondom deze patiëntengroep en zorginhoudelijke kennis en ervaring. Ook zij stellen voortdurend vragen en dagen de medewerkers uit om hun kennis te delen en van elkaar te leren. Daarmee geven ze het goede voorbeeld en cultiveren ze deze manier van werken.

Het afdelingsmanagement legt aan mij uit dat haar voornaamste taak is de verpleegkundigen (en artsen) te leren denken "vanuit het bed waar die patiënt ligt." Daarmee wordt bedoeld kwaliteit van leven en het anticiperen op het klinisch beloop van een ziekte of aandoening.

Het maken van nieuwe werkrouines

Een tweede belangrijke pijler onder het zorgen voor kwaliteit in patiëntenzorg is het zorgen voor werkrouines. Werkrouines bestaan op twee verschillende niveaus: in de patiëntenzorg en in de wijze waarop kwaliteitswerk plaatsheeft. Deze werkrouines vormen een belangrijke infrastructuur voor het leveren van goede kwaliteit en het verbeteren van de kwaliteit.

We observeerden allerlei werkrouines in de directe patiëntenzorg, zoals structuren om met elkaar te overleggen, structuren om de werkzaamheden te verdelen onder medewerkers, en structuren om in 'rondjes' werkzaamheden uit te voeren. Bijvoorbeeld: op vastgestelde tijdstippen wordt een bepaalde handeling uitgevoerd bij de patiënten, zoals een voedings- en verschoonronde. Of verpleegkundige en medische handelingen worden uitgevoerd in een vaste volgorde die niet noodzakelijkerwijs nodig is voor het goed uitvoeren van de handeling. De professionals in de onderzochte microsystemen ontwikkelen met elkaar dergelijke strakke werkrouines die soms bijna militaristisch aandoen:

Ik geef aan dat het mij opvalt dat ze allemaal op dezelfde manier en op hetzelfde tijdstip dingen doen. R. met wie ik mee loop zegt: "Deze werkrouines zorgen ervoor dat we minder fouten maken en het is eenvoudig om gestandaardiseerde werkzaamheden van elkaar over te nemen. We werken allemaal op deze manier en als iemand weggeroepen wordt, omdat er een incident is met een andere patiënt kan ik het snel overnemen, omdat ik kan zien waar mijn collega is gebleven."

We observeerden ook verstoringen van ziekenhuiswerkrouines in de directe patiëntenzorg als dit niet in het voordeel van de patiënt is. De onderzochte groepen spelen met de regels die gelden en werken soms via 'olifantenpaadjes' om die regels heen om de goede kwaliteit te leveren. Het microstelsel is gericht op het faciliteren van het werk; zorg moet goed en doelmatig zijn en de organisatie moet dit faciliteren. Om dit te realiseren wordt niet geschuwd om regels van de organisatie om te buigen en 'buiten de lijntjes te kleuren'. Een simpel en alledaags voorbeeld hiervan is een manager die tijdens de ochtendoverdracht zijn ICT-account afstaat aan een net afgestudeerde verpleegkundige die nog geen juiste registratie in het ziekenhuissysteem heeft, zodat zij bepaalde taken als gediplomeerd verpleegkundige niet kan registreren, of een manager die de pijnscores van patiënten invoert zodat verpleegkundigen zich kunnen richten op meer belangrijke dingen voor deze patiënten. Bij doorvragen blijken dit soort tegendraadse beslissingen niet ondoordacht genomen; de manager weegt af aan wie zij haar account uitleent, en gaat tegelijkertijd achter het account van de medewerker aan. Bij het invullen van de pijnscores wordt afgewogen of de score 'slechts' een administratief belang (namelijk: het moeten voldoen aan een scoringsnorm) of een patiëntenbelang (deze patiënt heeft mogelijk pijn en het monitoren van de pijnbeleving is hier van belang) dient. Olifantenpaadjes gaan niet alleen over ICT; soms gaat het om het overkomen van fysieke belemmeringen:

De deuren van de afdelingsapothek staan gedurende de dag open zolang er een verpleegkundige of ondersteuner in de buurt is om toezicht te houden. Het openhouden van de deuren van de apothek gaat in tegen het ziekenhuisbeleid. Tijdens een van de observatiedagen leidde dit tot een openlijke ruzie tussen een beveiliging die eiste dat de deuren werden gesloten ('conform ziekenhuisbeleid') en een seniorverpleegkundige die de bewaker probeerde te overtuigen van de onmogelijkheid van het werken met gesloten deuren met een cijferslot dat steeds opnieuw moet worden ingetoetst en een fysieke barrière vormt in het werk. De uitkomst was dat de deuren openbleven mits er toezicht was, anders gingen ze dicht. De senior benadrukte dat de oplossing een tijdelijke en onwenselijke was; het wachten was op zogenaamde 'badge deuren' waarbij verpleegkundigen 'in de loop' met hun personeelspas de deur konden openen.

Het bovenstaande voorbeeld is er een 'die knelt'. Ook bij het betreffende afdelingshoofd, die naar aanleiding van de beschreven confrontatie van de senior verpleegkundige met de beveiligingsbeambte nog een keer bij het ziekenhuisbestuur aanklopte om druk te zetten op het bestellen van de deuren. De gekozen oplossing wordt als 'niet ideaal' bestempeld, maar het belang van 'snel medicatie kunnen pakken' (soms, gedreven door de tijdslimieten van het EPD wordt medicatie uitdelen door de verpleegkundigen als stressvol ervaren) wordt geprevaleerd boven het consequent sluiten van de deuren. De afweging is er een tussen veiligheid (een patiënt of bezoeker kan geen medicatie zoals opiaten ontvreemden) en werkbaarheid. Werkbaarheid krijgt hier de voorkeur; zorgen voor de patiënt is ook zorgen voor de medewerker. Dit is wat Annemarie Mol (2008) beschrijft als *tinkeren* (in het Nederlands: knutselen); het bij elkaar houden van verschillende waarden (hier: veiligheid en werkbaarheid) die eigenlijk niet verenigbaar zijn. Tinkeren gaat over creativiteit; het op een creatieve manier aan elkaar blijven verbinden van conflicterende waarden.

Tinkeren, zo laat ons onderzoek zien, is bij uitstek een kwaliteit van de rebellengroepen. Olifantenpaadjes of *work arounds* zoals in bovenbeschreven voorbeelden van het delen van een account en het openhouden van deuren van de afdelingsapotheek, kwamen we voortdurend tegen in de zorg die door onze microsystemen wordt geleverd. Rebellen, zo lijkt het, breken regels als het nodig is en voor zover dit bijdraagt aan de kwaliteit van zorg die zij willen bieden. Steeds staat het belang van de patiënt of diens naaste voorop. Als organisatieregels daarbij in de weg staan worden die omzeild of (tijdelijk) genegeerd. Andere voorbeelden betreffen het niet registreren van incidentmeldingen als dat niet zinvol wordt geacht en als dit leidt tot minder aanspreekgedrag. Opvallend is dat dit tegendraadse gedrag niet zomaar worden ingezet, omdat het gemakkelijk is voor de professional (hoewel dat soms ook een rol speelt) maar dat er inhoudelijke redeneringen achter liggen die te maken hebben met de kwaliteit van zorg of kwaliteit van leven van de patiënt. Olifantenpaadjes zijn met andere woorden aanpassingen aan 'het systeem' om dat 'leefbaar' te maken, of, vanuit de organisatiesociologie geconceptualiseerd: het zijn manieren om de perverse effecten van de starheid van sommige regels te repareren. Rebellen maken van regels die verworpen zijn tot een doel, weer een middel om goede zorg te leveren en maken dan gemotiveerd andere keuzes ten behoeve van betere zorg, betere kwaliteit van leven en betere kwaliteit van arbeid.

Wat bovendien opvalt is dat *work arounds* niet 'zomaar' gebeuren maar vaak bewust worden ingezet *en* gepaard gaan met verantwoording. In het voorbeeld van de afdelingsapotheek is dit duidelijk: de deur mag open blijven—tegen de regels van de organisatie in—zolang en voor zover er toezicht is op de deur of er een deur aanwezig is die wel gemakkelijk open kan. Ook in andere gevallen—bijvoorbeeld bij het symbolisch registreren van pijnindicatoren—zien we dat dit gepaard gaat met, in dit geval onderlinge, processen van inhoudelijke verantwoording. In die gevallen waar bijvoorbeeld wordt vastgesteld dat voor een bepaalde patiënt pijn juist een belangrijk onderdeel is van de inzet van de zorg, worden pijnscores nauwgezet uitgevoerd en bijgehouden.

Ook in het kwaliteitswerk bouwen de rebellen werkrouines en structuren in die passen bij de manier waarop zij willen werken aan kwaliteit. In twee van de onderzochte ziekenhuizen wordt veel kwaliteitswerk opgepakt in werkgroepen. Alle medewerkers zijn betrokken bij minimaal één kwaliteitsonderwerp en nemen deel aan werkgroepen. Zij worden gefaciliteerd voor deze werkgroepen en de tijd die nodig is voor overleg en voorbereiding is onderdeel van de werkrouine. Bijvoorbeeld doordat medewerkers zoveel uur per maand/week worden uitgepland uit de directe patiëntenzorg of doordat na de komst van het team voor de avonddienst medewerkers tijd hebben om aan andere taken te werken. In de werkgroepen wordt op een gelijkvormige manier gewerkt. Formats helpen de werkgroepen om op een gestructureerde manier volgens Plan-Do-Check-Act cyclus te werken.

Communicatie met de rest van het team vindt ook op een gestructureerde manier plaats; in het ene ziekenhuis via een wekelijkse nieuwsbrief en in het andere ziekenhuis via een Lean-bord met verbetermaatregelen op posters ernaast.

De klinische microsystemen uit ons onderzoek zijn soms ook compliant aan ziekenhuisbrede kwaliteitsmethoden, die belangrijk zijn voor het imago van het ziekenhuis of echt belangrijk zijn in verband met uniformiteit tussen organisatie-eenheden. Sommige van die methoden vinden ze weinig zinvol of weinig toevoegen aan hun kwaliteit of werkzaamheden, maar ze doen gewoon hun 'corvee'. Ook hier worden overigens olifantenpaadjes gebruikt en regelmatig komen we dan ook vormen van 'rituele navolging' tegen:

In het kader van de accreditatie is het belangrijk dat de kwaliteitsmetingen worden uitgevoerd. Indicatoren moeten worden ingevuld in het EPD door medewerkers. Zorgprofessionals hebben een aversie tegen bepaalde indicatoren en bijbehorende metingen, omdat zij vinden dat dit weinig zegt over de kwaliteit van zorg voor deze patiënt(engroep)....

"Een voorbeeld vind ik het beleid rondom valpreventie. Patiënten moeten van te voren schriftelijk worden geïnformeerd over preventieve maatregelen indien de screening uitwijst dat zij een verhoogde val-kans hebben. Wij hebben vaak te maken met verwarde patiënten, die de brief niet kunnen lezen of daar zelfs achterdochtig van worden. We draaien nu wel de brieven uit. Tick de box, maar we delen ze niet uit aan de patiënt."

Het valt ons op dat alle drie de onderzochte casus een andere invulling geven aan Veilig Incident Melden en interne audits en daarbij afwijken van de gangbare manier waarop dit in het ziekenhuis gebruikt wordt. De groepen gebruiken dit soort methoden wel, maar zetten het naar hun hand, zodat het in hun ogen zinvol is en wat oplevert in het verbeteren van de kwaliteit.

Zo wordt in een van ziekenhuizen alleen meldingen gedaan die geanalyseerd moeten worden, omdat ze vinden dat het meldingsstelsel ervoor zorgt dat medewerkers minder geneigd zijn elkaar feedback te geven. In het andere ziekenhuis gebruiken ze het meldingsstelsel ook om de implementatie van een nieuwe werkwijze te evalueren en kortcyclisch voortdurend de implementatie bij te stellen. Medewerkers melden alles wat niet goed lukt of niet gaat zoals in de protocollen beschreven staat bij de invoering van een nieuw protocol, maar houden daarmee op zodra het routine is geworden. Op die manier is melden een vorm van implementatiewerk die niet in de weg staat van gewoon elkaar aanspreken.

Kortom, sommige gestandaardiseerde kwaliteitsmethoden van het ziekenhuis worden daarmee wel gevolgd, maar krijgen een eigen draai of invulling. Bepaalde standaarden die voor de ziekenhuisorganisatie als geheel van belang zijn, worden ook als zij niet zinvol zijn gevolgd tot op het niveau dat het ziekenhuis er geen schade van ondervindt. Ze zorgen dat alle metingen er zijn, maar vallen de patiënt er niet mee lastig.

Professionalisme

De drie microsystemen beschouwen zichzelf als hoogwaardige professionele organisaties. Professionalisme lijkt vooral een attitude en gedeelde normsbeleving die tot uiting komt in de omgang met patiënten en collega's, zorgroutines en verbeterprojecten. Dit gaat verder dan het maken van onderlinge werkafspraken. De microsystemen ademen een sfeer van overtuiging en gedrevenheid uit waarbij veel wordt verwacht van het management én de collegae.

*“Als je wilt werken voor de tweede auto of wintersport en niet te veel gedoe aan je hoofd wil hebben, moet je hier niet komen werken. Op onze afdeling hebben verpleegkundigen meer taken en verantwoordelijkheden dan in ziekenhuis Y.”
(interview verpleegkundige)*

De medewerker, of dit nu de verpleegkundige, de schoonmaker of de arts is, moet zich bewijzen in leergierigheid, inzet en vertrouwen. Medewerkers worden hier ook voortdurend op aangesproken. Dat gebeurt in formele overleggen, zoals hierboven besproken, maar ook informeel op de gang of bij het koffie-apparaat. Hun betrokkenheid vraagt ook om een tegenprestatie; ook voor de medewerker wordt gezorgd. Bijvoorbeeld door te zorgen voor voldoende en goed opgeleid personeel, te voorkomen dat medewerkers onder stress moeten werken, door aandacht en zorg voor persoonlijke omstandigheden van de medewerker te hebben en te voorzien in collectieve behoeften. In een van de ziekenhuizen werd bijvoorbeeld een agressietraining voor het personeel georganiseerd, omdat het ziekenhuis daarin niet voorzag, maar de verpleegafdeling wel te kampen heeft met agressieve patiënten en bezoekers.

Samenvattend, kwaliteit van zorg volgens de onderzochte klinische microsystemen is sterk gerelateerd aan klinische kennis en klinisch redeneren en vraagt om een constante afweging tussen kwaliteit van leven én kwaliteit van zorg. Professionele waarden over wat ‘goede zorg’ is, zijn daarbij doorslaggevend, waarbij de patiënt of diens naaste waar mogelijk wordt betrokken. Om kwaliteit van zorg te kunnen leveren wordt ingezet op het in gelijkwaardigheid klinisch redeneren, het ontwikkelen van werkrouines en het creëren van een professionele houding. Deze pijlers onder goede kwaliteit vraagt van leiders in het team (managers, senior verpleegkundigen, leidende medisch specialisten of verpleegkundig specialisten) om aanwezigheid en zichtbaarheid in het primaire proces. Medewerkers, inclusief de leiders, tonen voortdurende aandacht en betrokkenheid voor het optimaliseren van goede kwaliteit. Organisatieregels, waar die in de weg staan van goede kwaliteit van zorg worden genegeerd of ritueel nageleefd. Ook dit gebeurt echter niet ‘zomaar’ maar gaat (meestal) gepaard met inhoudelijke redeneringen. De groepen die wij hebben onderzocht gaan verantwoording over de zorg die ze leveren dan ook niet uit de weg. Sterker nog, ze zoeken die eerder op—meestal in onderlinge discussies maar waar nodig ook met anderen binnen of buiten het ziekenhuis. Dit ‘om de organisatie heen werken’ betekent wel dat veel van de afwijkingen onzichtbaar blijven voor de ziekenhuisorganisatie.

Werken aan kwaliteit van zorg is bovendien binnen de onderzochte microsystemen niet iets dat als iets extra’s wordt gezien of ervaren; het is een integraal onderdeel van het werken op de afdeling. Veel van wat we hierboven hebben beschreven gebeurt tijdens het gewone werk, in gesprekken op de gang of de koffiekamer, naast in meer geformaliseerde momenten zoals de ronde of het MDO. Kwaliteit kost daardoor ook niet meer tijd of inzet.

4.2 Microsystemen maken en beschermen

Ons onderzoek laat zien dat de onderzochte klinische microsystemen hun eigen microsystemen bouwen én beschermen. Microsystemen zijn “patient centric systems” (Mohr & Batalden 2002), rondom een bepaalde patiëntencategorie; een afgebakende multidisciplinaire groep van zorgprofessionals en ondersteuners inclusief de gehanteerde werkrouines en materiële setting. Een microsysteem is een tijd en plaatsgebonden groep van betrokkenen (‘de leden’), waarvan duidelijk aanwijsbaar is wie erbij hoort en met welke rol of functie (Nelson, Batalden, & Godfrey 2011). Microsystemen zijn van nature tijdelijk en ontwikkelen zich organisch en adaptief. Mensen komen in de groep en maken—al dan niet tijdelijk—onderdeel uit van het microsysteem. Gevolg daarvan is dat het microsysteem bestaat uit complexe voortdurend veranderende samenstellingen.

Een ander kenmerk van een microsysteem is dat het embedded is; het maakt deel uit van een grotere organisatie (het ziekenhuis, een geografische zorgomgeving zoals een gemeente of een regio) en van een zorgsysteem (het Nederlandse zorgstelsel).

We observeerden dat alle drie de klinische microsystemen veel waarde hechten aan en energie stoppen in het optimaal laten functioneren van het microsysteem. De microsystemen werden zichtbaar in zowel fysieke als sociale uitingen. In deze paragraaf beschrijven we de microsystemen en laten zien dat de microsystemen zowel naar binnen als naar buiten gericht zijn om kwaliteitswerk te kunnen verrichten. We gaan eerst in op de microsystemen zelf (hoe werken ze, wat doen ze?) en vervolgens bespreken we hoe microsystemen worden gestuurd en in stand gehouden.

De eigenheid van microsystemen

De onderzochte microsystemen hebben ieder hun eigen locatie of 'plek' in het ziekenhuis. Opvallend is dat alle drie onderzochte locaties fysiek en esthetisch verschillen van de rest van de (ziekenhuis)omgeving. Deze verschillen fungeren als een symbool voor de eigenheid van de afdeling en 'het anders zijn' van de medewerkers. Zo heeft de dialyseafdeling een aantal eigen auto's met daarop groot het logo van de afdeling (die een variant is op het logo van het ziekenhuis) en dragen ze in twee microsystemen eigen uniformen die afwijken van de rest van het ziekenhuis. De respondenten beargumenteren dat deze verschillen nodig zijn voor deze specifieke patiëntenpopulatie of voor het leveren van kwaliteit waardoor medewerkers andere dingen nodig hebben. Voorbeelden zijn grotere patiëntenkamers, afwijkende muren (kleur, foto-print) om het meer huiselijk te maken, gebruik van zelfgemaakte kunst die een doel heeft in informatievoorziening of uitstraling, andere materialen en apparatuur voor vernieuwende werkwijzen, eigen uniformen zodat het minder steriel en ziekenhuisachtig overkomt en een eigen inrichting en gebruik van computersystemen.

Ik loop naar de afdeling toe en in de gang hangen 30 uitvergroete foto's van neonatale kinderen en medewerkers die zorg verlenen. De foto's zijn gemaakt door een verpleegkundige van de afdeling. Ik zie een kindje liggen met allerlei draden op zijn lichaam en zijn piepkleine armpje door een rolletje Hansaplast pleisters. Het maakt duidelijk hoe klein deze kindjes zijn en wat ik zo ga zien. Het confronteert op twee manieren. Als moeder merk ik dat het mij emotioneert en ik vraag mij af hoe dit voor familieleden of ouders moet zijn die een te vroeg geboren kindje hebben gekregen en dan op weg naar de afdeling en de ontmoeting met hun (klein)kind dit zien. Als wetenschapper zie ik de liefde voor het vak en de fragiele patiënten waarvoor zij moeten zorgen.

Rebellen zijn trots op hun omgeving en zien dit ook als een vorm van goede kwaliteit leveren. Zo zijn de kamers op de kinderafdeling bedoeld om de kernwaarde van familiegerichte zorg goed te kunnen faciliteren. De ouders moeten te allen tijde bij hun kindje kunnen zijn en de ruimte hebben om zelf de zorg te kunnen leveren. De microsystemen vinden het belangrijk om hun eigenheid te tonen aan patiënten, bezoekers en collegae uit het ziekenhuis. De leiders moeten soms veel werk verzetten om deze afwijking mogelijk te maken. Hun ideeën passen soms niet in het ziekenhuisbeleid (van bijvoorbeeld de kunstcommissie). In sommige gevallen is burgerlijke ongehoorzaamheid de enige manier om dingen voor elkaar te krijgen. Zoals een van de managers het verwoord: "Ik vraag het niet meer, ik doe het gewoon en zeg, nadat we het voor elkaar hebben, wel sorry."

Naast veel aandacht voor het bouwen van materiële en symbolische omgevingen zien we ook aandacht voor de sociale component van de microsystemen, bijvoorbeeld door het organiseren van feesten.

Ze vormen een duidelijk afgebakende groep, waarbij de grenzen van de groep bewaakt worden door vooral de leiders van de rebellen-groep (managers, leidende medisch of verpleegkundig specialisten). De reden volgens de respondenten is dat het belangrijk is dat de mensen elkaar kennen en persoonlijke banden hebben. Informatie moet snel kunnen stromen tussen de leden van de groep. Om toegelaten te worden tot die groep vindt een duidelijke selectie plaats 'aan de poort'. Nieuwe leden van de groep worden vervolgens opgeleid in hun visie en manier van werken aan kwaliteit. Het bevragen en hard-op redeneren is een belangrijk onderdeel van dit socialisatie proces. Deze selectie gold in zekere mate ook voor ons als onderzoekers; bij alle deelstudies hadden we het gevoel voordat we het onderzoek mochten uitvoeren, dat we moesten solliciteren. Ook van ons werd een zekere mate van steun, reflectie en eigenzinnig denken verwacht.¹ De leiders gaven aan van het onderzoek te willen leren over hun manier van werken, maar voorwaarde daarvoor was een zekere mate van vertrouwen in onze betrokkenheid.

Tegelijkertijd geeft deze bereidheid tot openheid blijk van een zekere mate van kwetsbaarheid. De geobserveerde groepen durven en willen de discussie aangaan over hun praktijken en zoeken dat soort contexten ook op, zoals verderop ook nog zal blijken. Daarnaast is ook zorg voor elkaar hebben van belang voor het leveren van goede kwaliteit en dat lukt volgens de respondenten alleen als duidelijk is wie de naaste collegae zijn. Bijvoorbeeld weten dat een collega niet goed in zijn vel zit, waardoor je extra op elkaar let of sneller taken overneemt. Opvallend is dat de zorg voor elkaar zich vooral focust op het goed uit kunnen voeren van het werk. Een sterk sociaal microsysteem uit zich ook in het feit dat koffie en lunch vooral op de afdeling wordt gebruikt in plaats van in het personeelsrestaurant, iets dat in de rest van het ziekenhuis minder gebruikelijk is. Leiders spelen een belangrijke rol in het vormgeven en verstevigen van het sociale microsysteem. Zij houden zicht op de onderstroom die leeft onder de medewerkers en grijpen indien nodig in. Vragen stellen, goed luisteren, benaderbaar zijn vormen de basis voor het krijgen van zicht op die onderstroom door leiders.

Binnen het sociale microsysteem wordt door de leiders daarnaast veel geïnvesteerd in het uitdragen van hun visie. De uitvoering van de visie ligt bij de hele groep. Vooral bij het voor elkaar krijgen van hun visie zien we dat de doelstellingen helder zijn, maar de weg er naar toe met elkaar wordt vormgegeven. Bijvoorbeeld in de vorm van kwaliteitswerkgroepen waar een ontwikkelingstraject gestart wordt, of op basis van een onderzoek wordt gekeken hoe ze het beste vorm kunnen geven aan die visie. De groep vormt in gezamenlijkheid de uitwerking van de visie en verstevigt op die manier het sociale microsysteem.

Rol van de leidinggevende

In dit onderzoek hebben we het over klinische microsystemen. Zoals we hierboven hebben laten zien betekent dit er een constante aandacht is voor de sociale en materiële elementen van het microsysteem. Personen spelen hierin een centrale rol. In de drie casestudies zijn de leidinggevenden en eindverantwoordelijken aan te merken als (kwaliteits)rebellens. Ze voldoen aan de meeste kenmerken van 'quality radicals' zoals gedefinieerd door Helen Bevan (2013): het zijn mensen die vooroplopen, die normerend zijn ten aanzien van kwaliteit en daarin een coachende en samenwerkende rol spelen, zich daarvoor inspannen.

¹ Dit betekent overigens zeker niet dat we ons door de meningen van de onderzochte groepen hebben laten leiden. We vinden het wel van belang deze ervaring onderdeel te maken van de analyse; het reflecteert de normativiteit van de praktijk van de microsystemen die we hebben geobserveerd. Onze 'sollicitatie' hangt ook samen met de gevoeligheid van het onderwerp en de kwetsbaarheid van rebelse microsystemen (zie verder onder 'walking the tight rope').

Deze personen maken bijvoorbeeld lange dagen, zijn bereid om mee te werken en te denken en durven af te wijken van de gangbare norm of regel om het (in hun ogen) 'goede' te bereiken. Ze lijken hier ook een zeker plezier aan te beleven. Tegelijkertijd zijn het personen die voorzichtig zijn het eigen microsysteem niet te beschadigen. Afwijken gebeurt binnen bepaalde marges; bijvoorbeeld niet 100% voldoen aan het meten van kwaliteitsindicatoren, maar deze ook niet volledig negeren of afbranden in een vergadering. Of een sit down doen in plaats van de gangbare stand up bij een ziekenhuisbrede innovatie (zie hiervoor verder onder 'walking the tight rope'). De rebellerende leidinggevenden stonden in de casus niet alleen; zij hebben gelijkgestemden (binnen het managementteam) van het microsysteem. Ook hun medewerkers voelen zich aangesproken tot rebellie, definiëren hun eigen professionalisme in termen van het leveren van een bijdrage aan de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van hun patiënten en zijn bereid hierover verantwoording af te leggen.

4.3 Maken van contexten voor goede zorg

Hoewel het microsysteem duidelijke grenzen heeft en deze ook worden bewaakt, zijn er ook veel extensies. Aan de grenzen van het microsysteem zitten bijvoorbeeld allerlei samenwerkingspartners en samenwerkingen met formele besluitvormers. De leiders van de groep vervullen een belangrijke rol om deze interne en externe samenwerkingspartners en besluitvormers mee te krijgen in de ontwikkelingen binnen het microsysteem. De door ons onderzochte groepen verstaan de kunst om te weten wanneer ze die samenwerkingspartners en besluitvormers moeten betrekken of het proces van beïnvloeden moeten oppakken. Ze beschermen soms hun microsysteem door hun rebelse werk 'onder de radar' te houden. Dit past ook bij het zoekende karakter van de groepen, waarbij steeds situationeel moet worden bepaald wat goed handelen is. Pas bij bewezen effectiviteit wordt het goede werk als een voorbeeld aan anderen uit de buitenwereld getoond. Zo lang als het in het ontwikkelwerk en experimenteerfase zit, gebeurt er veel zonder dat hierover breed wordt gecommuniceerd. Dat wil echter niet zeggen dat externen niet betrokken worden. Die zijn soms juist nodig om contexten te creëren waarin goede zorg kan worden gedaan.

Samenwerking buiten het microsysteem is er niet alleen binnen maar ook buiten het ziekenhuis. Zo werken de onderzochte groepen opvallend vaak samen met onderzoekers of met de industrie. In een van de groepen werd bijvoorbeeld een nieuw dialyse-apparaat getest waarbij gebruiksproblemen met de fabrikant worden doorgenomen en opgelost. Eén van de groepen kiest hierin nadrukkelijk de weg van onderzoek. Zij werken samen met kennisinstututen en ontwikkelen in de driehoek tussen ziekenhuis, industrie en universiteit innovaties die bijdragen aan een betere kwaliteit van zorg. Hiermee rekken zij hun context op en includeren andere groepen met andere manieren van denken in hun klinische microsysteem. Ook dit brengt vernieuwing doordat met een frisse blik naar allerlei randvoorwaarden wordt gekeken. Ook met zorgverleners buiten het ziekenhuis wordt veelvuldig samengewerkt. Zoals een van de medisch specialisten die we spraken het opmerkt: "We moeten dit samen met de huisartsen oppakken anders krijgen we het niet voor elkaar."

De manier waarop samenwerkingspartners en externe besluitvormers, zoals bijvoorbeeld zorgverzekeraars, worden betrokken voelt niet als een onderhandeling of een leverancier-klant relatie, maar als een gesprek vanuit een gezamenlijke doelstelling: goede patiëntenzorg. De klinische microsystemen formuleren hun ideeën vanuit een gezamenlijke inspanning voor het realiseren wat de patiënt nodig heeft of wat nodig is voor medewerkers om goede zorg te kunnen leveren.

Ik ben niet bezig om mijn agenda voor elkaar te krijgen, als ik er zo in ga zitten dan raak ik gefrustreerd. Ik zie het meer als een proces. Een vorm van tango dansen. Beetje vooruit, stapje terug, dipje maken, verleiden én leiden tegelijkertijd. En uiteindelijk kom ik altijd op het goede punt uit. Het duurt alleen soms even. (interview medisch specialist)

Goede zorg veronderstelt verbindingen met allerlei werelden buiten het klinische micro-systeem en die verbindingen veronderstellen een zoekend karakter. Daarbij gaat het er dus niet om 'je eigen agenda voor elkaar te krijgen' maar om in dialoog te komen tot het niveau waarbij er meerwaarde voor beide partijen ontstaat. Door te redeneren vanuit goede zorg voor de patiënt en dit heel concreet te maken aan de hand van bijvoorbeeld een narratief (zoals een patiëntencasus) helpt het om samen 'het goede' te doen.

Zoals gezegd is een microsysteem altijd ingebed in andere systemen. Uit het onderzoek blijkt dat de onderzochte groepen hun context proberen te maken en te beïnvloeden. Dit wordt in de sociaalwetenschappelijke literatuur geduid als *contexting*: het mobiliseren en creëren van contexten om het eigen werk mogelijk te maken (Asdal & Moser 2012). Het gaat hierbij zowel om het realiseren van voorwaarden om een bepaald (kwaliteits)beleid te kunnen voeren, als om legitimiteit te creëren voor het werk dat wordt gedaan en de nagestreefde doelstellingen en ambities.

Contexting gaat ook over het zorgen voor legitimiteit. De legitimiteit om het op je eigen manier te mogen doen. Een manier die misschien wel afwijkend is van de gangbare norm in het ziekenhuis, maar wel voortkomt uit overwegingen die gaan om 'de bedoeling voor patiënten' en niet om eigen gewin of eigen belang. Het gaat ook over de legitimiteit om dingen te mogen uitproberen, ook als die uiteindelijk niet leiden tot verbetering of die mogelijk helemaal niet zo kostenbesparend zijn.

Ja, onze business case over [naam project] was er eentje dan moesten we echt tot achter de komma uitwerken. Moesten we bedenken maar dan hebben we dan dit nodig en dat en zus en zo. En we hadden al acht pagina's opgeleverd. Op een gegeven moment stond er nog weer een hele kolom naast met vragen en opmerkingen. Toen zeiden we "dat gaan we niet meer doen, het is klaar nu. We gaan beginnen" en toen zijn we ook maar begonnen... Want als je mij vraagt om het helemaal uit te werken, dan moet je mij ook de invloedssfeer geven om met zorgverzekeraars in gesprek te gaan over die verkoopprijzen. Maar daar speel ik geen rol in. Dan kan ik ook nooit een business case maken die sluitend is en waar ik ook mijn handen voor in het vuur durf te steken.... Ik weet nog dat wij met de zorgverzekeraar in gesprek waren en toen zei [naam] heel mooi tegen de medisch adviseur: "jullie weten eigenlijk niet wat het precies kost?" "Nee," zeiden ze "dat weten we eigenlijk niet precies." "Weet je" zei [naam] "wij ook helemaal niet. Laten we ons daar nou in verenigen en het commitment afspreken dat wij onze nek uitsteken om hiermee aan de slag te gaan en te gaan kijken hoe we dit zo efficiënt en effectief mogelijk kunnen doen. Dat mag je van ons verwachten en je mag ons vertrouwen dat we jullie op de hoogte houden van de keuzes die we moeten maken." Op die manier zou ik ondernemend samen willen acteren, zonder het in cijfers dicht te timmeren. (interview manager)

Dit voorbeeld laat zien dat de communicatieve en samenwerkende vermogens van de leiders in de groepen in belangrijke mate bijdrage aan het verkrijgen van legitimiteit. Ook het op orde hebben van de basis en dat kunnen aantonen door op indicatoren en interne audits goed te scoren draagt bij aan die legitimiteit om het anders te doen. Bovendien gebruiken de rebellen de buitenwereld soms ook voor het verstevigen van hun imago als goed. Zo zijn alle groepen regelmatig in de media aanwezig en worden lezingen gehouden bij netwerkpartners, zoals huisartsen en wetenschappelijke verenigingen.

Tegelijkertijd geeft het aan dat door nieuwe contexten te creëren waarin zorg kan worden verleend ook het netwerk waarin verantwoording over de geleverde zorg wordt afgelegd wordt uitgebreid. In het voorbeeld van het citaat hierboven gaat het dan om het de verzekeraar op de hoogte houden van gemaakte keuzen, op basis waarvan in gezamenlijkheid besluitvorming kan plaatshebben. Zorgverlening en verantwoording gaan hier—net als binnen de klinische microsystemen zelf—dus steeds hand in hand. Soms zijn contexting-initiatieven ook intern op het ziekenhuis gericht, bijvoorbeeld door ervoor te zorgen dat medewerkers verbonden zijn aan de commissies en initiatieven die gaan over de toekomst van het ziekenhuis zoals de investeringscommissie. Hierbij speelt zowel ‘zendingswerk’ als zorgen voor het eigen microstelsel een rol.

Walking the tight rope

De onderzochte groepen vertonen gedrag dat (soms) ingaat tegen de regels van het ziekenhuis waar ze onderdeel van zijn. Dat is een van de redenen waarom we ze in de loop van het onderzoek ‘rebellens’ zijn gaan noemen. Rebellen vertonen per definitie (soms) afwijkend gedrag en wijken af van het gangbare; een rebel is “iemand die zich verzet tegen het heersende gezag.”²

Tegelijkertijd zijn rebellen geen klokkenluiders, recalcitrante of narrige medewerkers of dissidenten (Meyerson 2008). “They are rocking the boat while staying in it.” (Bevan 2013) Ze vertonen ‘weerstand’ maar niet in die mate dat ze als saboteurs kunnen worden aangemerkt. Integendeel, hun weerstand is er juist op gericht goede zorg te verrichten—ook als dat tegen de regels van de organisatie ingaat. De onderzochte groepen is er veel aan gelegen het vertrouwen te houden van de organisatie. De vraag is dan: wanneer ‘schuren’ de rebellen met de organisatie en hoe gaan ze daarmee om?

De groepen uit dit onderzoek hebben in hun ziekenhuizen (en daarbuiten) vaak een goede naam; ze zijn actief met kwaliteit bezig en doen daarin iets dat anderen niet of in mindere mate kunnen doen. Ze vervullen daarin een voorbeeldfunctie. Dat is ook de reden dat ze tijdens het selectieproces genoemd werden door de respondenten. Een van onderzochte microsystemen staat in het ziekenhuis bijvoorbeeld goed bekend om haar bereidheid andere afdelingen te helpen als patiënten daar wegens drukte niet kunnen worden opgenomen, of om patiënten met psychische problematiek die elders voor problemen zorgen over te nemen. Twee van de onderzochte microsystemen staan bekend in het ziekenhuis om hun voortdurende innovatiedrang en vermogen om kansen te zien die nog niemand ziet.

Het hebben van een goede naam helpt om op andere momenten te mogen afwijken zonder daarvoor te worden bestraft. De leiders en hun persoonlijkheid spelen hierbij een belangrijke rol; hij of zij moet door het hogere ziekenhuismanagement worden vertrouwd. De groepen is er dan ook veel aan gelegen deze relaties goed te houden. Dit betekent ook dat zij soms moeten koorddansens: wanneer doe je mee en wanneer wijk je af? Wat maak je zichtbaar en wat niet? Dit vraagt aan de andere kant van ziekenhuisbestuurders koorddansens tussen wanneer geef ik ruimte en vrijheid? En wanneer vraag ik om verantwoording en gebruik ik controle omdat compliance nodig is?

Het hebben en behouden van vertrouwen betekent ook dat soms ziekenhuisregels moeten worden gevolgd, ook al wordt hierin niet geloofd of worden regels zelfs gezien als strijdig met hun opvattingen van goede zorg. Met name wanneer er iets op het spel staat voor de hele organisatie, zoals het behalen van een accreditatie, begrijpen de microsystemen dat er weinig ruimte is om af te wijken. Het behalen van de accreditatie is in het belang van het ziekenhuis en de groep moet hieraan bijdragen.

² <http://www.encyclo.nl/begrip/rebel>, bezocht op 16 oktober 2017.

Dit zijn ook de momenten waarop bestuurders en kwaliteitsmedewerkers de rebellen extra in de gaten houden. Gedurende enige tijd worden de regels strak gevolgd: prestatie-indicatoren worden bijgehouden en er wordt op toegezien dat verpleegkundigen de metingen registreren, en hygiëne-voorschriften worden extra goed nageleefd, zoals het volgende voorbeeld laat zien.

Tijdens de periode rondom de accreditatie werd beddengoed en incontinentiemateriaal niet langer op de kamers bewaard om (tijdelijk) aan de hygiëne-eisen te voldoen, Normaliter wordt dit wel gedaan, omdat de afdeling te maken heeft met een grote groep van patiënten met wonden en incontinentie. Deze patiëntengroepen vragen om een intensieve ADL zorg en dat moet volgens het afdelingsmanagement worden gefaciliteerd. Handdoeken en schone lakens in de buurt is het meest praktisch en het hygiëne- en/of infectierisico wordt laag ingeschat. Een verpleegkundige vertelt daarover: “Ja, ik moet dat natuurlijk wel doen, anders kan ik niet werken. Ik moet daar wel in mee gaan en dan gaat het met name over, nou dan mogen er volgens mij weer geen beddengoed als ze komen, moet dat er allemaal weer van af en dat soort dingen kunnen we dan allemaal wel doen.”

Bovenstaande voorbeeld laat (opnieuw) het tinkeren zien dat rebellen voortdurend doen; het bij elkaar bewegen van conflicterende waarden rondom goede zorg (Mol 2008). Tinkeren gaat in dit voorbeeld over compliance aan hygiëne protocollen en de beoordeling daarop door externe auditoren versus het snel kunnen inspelen op een patiënten-situatie. Het vraagt om flexibiliteit van medewerkers die een afweging moeten maken: wat is nu op dit moment belangrijk voor deze patiënt en/of mij, en wat betekent het voor (onze positie in) het ziekenhuis? Hoewel het voor de zorg voor de patiënten beter is dat materiaal snel bereikbaar is, kan het organisatiebelang soms zwaarder wegen. Op die momenten het zorgbelang laten prevaleren betekent bovendien dat de groep haar positie binnen het ziekenhuis ter discussie stelt.

Eenzelfde beweging zien we in voorbeelden waarin wel registraties worden ingevoerd in het EPD, maar deze feitelijk niet zijn gedaan. Pijnmetingen zijn hier een veelvoorkomend voorbeeld van, maar we hebben hierboven ook al een voorbeeld besproken van de registratie van valrisico's bij verwarde patiënten. Door in die gevallen de registraties toch in te vullen blijven de groepen als het ware 'onder de radar', doordat de organisatie niet ziet dat metingen niet zijn gedaan. Anderzijds stelt het de door ons onderzochte groepen in staat te focussen op die aspecten van zorg die zij van belang achten.

Terwijl de groepen gericht op samenwerking en verbetering, vaak 'onder de radar' vliegen en waar nodig meewerken met de organisatie, neemt dit niet weg dat zij soms ook weerstand oproepen bij anderen. Soms worden zij gezien als de luis in de pels van de organisatie of ingewikkeld om aan te sturen, zeker als de organisatie belang heeft bij een uniforme werkwijze. Hier speelt het probleem van botsende logica's: de patiënten-focus van de rebellen botst met de systeemlogica van bijvoorbeeld kwaliteitsmanagers die het kwaliteitssysteem willen verbeteren maar niet de onderliggende visie ter discussie willen stellen. In een interview met een van de kwaliteitsmanagers, stelt deze kwaliteitsmanager dat de onderzochte microsystemen vooral het systeem ter discussie moeten willen stellen om dat vervolgens te verbeteren. De kwaliteitsmanager is van mening dat het vooral moet gaan over kritisch zijn en verder denken. Ze geeft het voorbeeld van een hoogleraar kwaliteit & veiligheid:

Zij [de hoogleraar kwaliteit & veiligheid] is iemand die altijd bereid is een paar stappen harder te lopen, maar ook op een goede manier kritisch durft te zijn en ook tegen haar collega's durft te zeggen van, “joh collega's, artsen of hoogleraren van wat je nu zegt is helemaal niet waar...” dus dát vind ik echt de positieve rebellen.

Deze kwaliteitsmanager geeft een andere beschrijving van de rebel dan die wij tot nu toe uit het onderzoek hebben geconstrueerd. Zij beschrijft een rebel als iemand die binnen de bestaande logica kritisch is, maar de grondbeginselen van het systeem zelf niet ter discussie stelt. Vanuit dit perspectief is de rebel zoals wij die beschrijven, iemand die het tegengeluid verkondigt en niet zozeer constructief is maar juist tornt aan hetgeen soms met veel pijn en moeite is opgebouwd.

Kwaliteitsmanagers en leden van de Raad van Bestuur gaven aan dat rebellen soms ook lastig zijn; iets wat waarschijnlijk inherent is aan hun rebelse gedragingen.

“Ik snap niet zo goed waarom deze groep gezien worden als goed. Ik vind dat met name X [de ‘opper-rebel’] vaak erg negatief is over kwaliteitsmethodieken die we gebruiken en voortdurend alles naar zijn eigen hand wil zetten... Ik moet wel eerlijk bekennen dat ik hem ook soms wel wat vervelend vind. Dat zal misschien ook wel aan de toon liggen. Ik geloof wel dat zij vanuit een visie dingen willen doen, maar ik zie vaak ook wel frustratie, die geventileerd moet worden in een veilige setting.” (interview Medisch Stafbestuur)

Dit conflict in kwaliteitsdenken en kwaliteitsvisie zagen we terug in alle casus. Het leidt ertoe dat rebellen hun werk (deels) onzichtbaar houden. Bestuurders weten dat. Uit interviews blijkt dat ook zij ‘tinkeren’ met de rebellen en hun microsystemen: ze houden de leiders en rebellengroepen in de gaten en als ze over de scheef gaan moet verantwoording worden afgelegd.

De afdelingsmanager moet voor de kwaliteitscommissie verschijnen, omdat zijn afdeling onder de maat scoorde op prestatie-indicatoren. Gedurende langere tijd wordt er onvoldoende gemeten. De afdelingsmanager is van mening dat de indicatoren voor zijn afdeling weinig behulpzaam zijn...Echter, het strengere toezicht leidde ertoe dat de afdeling zich meer focuste op de indicatoren zonder daar echt in te geloven; indicatoren werden daarom soms ‘kosmetisch’ ingevuld. En medewerkers zoeken manieren om dit met zo min mogelijk effort te kunnen doen.

Omdat de leiders van de rebellengroepen weten dat er soms met enige argwaan naar hun groep wordt gekeken, investeren ze veel in het beïnvloeden van medewerkers van ondersteunende stafafdelingen. Ook met hen doen zij een vorm van klinisch redeneren. Zij spreken met hen over de ontwikkelingen binnen hun organisatie-eenheid en hun visie voor goede patiëntenzorg. Zij beïnvloeden daarmee soms de verschillende logica’s en tot wrijving leidende cultuurelementen.

Ik praat met mijn accounthouders [aanspreekpunten namens de stafafdelingen] zeker een keer in de maand, want ik wil dat zij begrijpen wat er op deze afdelingen gebeurt en waarom bepaalde dingen op een andere manier moeten. Bovendien wil ik graag ook mede bepalen welke prioriteiten zij stellen in hun werkzaamheden of mij uitleggen waarom dingen zo moeten en van wie. (interview afdelingsmanager)

Via dit soort informele—en soms formele—contacten proberen de leiders van de groepen de verschillende logica’s van de centrale stafafdelingen en van hun eigen zorg beter op elkaar af te stemmen. Dit doen vertegenwoordigers van de rebellengroepen ook in ziekenhuisbrede commissies. Een voorbeeld is dat een medisch specialist uit de groep zitting heeft genomen in de interne auditcommissie van het ziekenhuis, omdat zij de auditmethode van het ziekenhuis willen beïnvloeden. Ze willen dat in de methode meer ruimte komt voor het gesprek over goede zorg en minder over compliance met het kwaliteitssysteem. Dus via overleg met derden proberen de groepen om prioriteiten te bepalen en invloed uit te oefenen op het ziekenhuisbeleid.

Samenvattend, “rocking the boat, while staying in it”, zo hebben we in deze paragraaf laten zien, is geen gemakkelijke opgave. Het vergt veel werk van de groepen om enerzijds te zorgen dat zij voldoende ruimte krijgen binnen de organisatie om de zorg te kunnen geven die zij goed vinden, maar anderzijds de belangen van de organisatie niet uit het oog te verliezen. Het is een vorm van koorddans die de groepen doen door soms hun rebelse gedrag te verbergen—bijvoorbeeld door registraties die niet worden gedaan toch in te vullen. Soms zorgen zij voor legitimiteit door juist naar buiten te treden om dingen in de organisatie gedaan te krijgen. Het vergt ook weten op welke momenten rebels gedrag kan, of juist niet. Tijdens een accreditatie is voor alle groepen duidelijk dat de organisatieregels en het systeem even voorrang behoeven. En het vergt vertrouwen krijgen binnen de organisatie, door je collegiaal op te stellen en vooral door geregeld (in)formeel overleg om de verschillende logica’s van het ziekenhuis en de groep op een lijn te krijgen.

4.4 Organisatie leren

Tot nu toe hebben we het steeds gehad over hoe de onderzochte microsystemen kwaliteit ‘doen’. We hebben gekeken naar hoe zij zich via 1) open processen van klinisch redeneren richten op de zorg voor de patiënten die zij van belang vinden, 2) hoe ze contexten bouwen waarin ze daaraan invulling kunnen geven en 3) tegelijkertijd verantwoording afleggen over de zorg die ze leveren en 4) hoe zij binnen de organisatie een spel spelen van zichtbaarheid en onzichtbaarheid. In deze paragraaf willen we kijken naar wat het werk van de onderzochte groepen betekent voor de rest van de organisatie en zelfs daarbuiten.

Bestuurders en managers van de betreffende ziekenhuizen wezen de onderzochte klinische microsystemen aan en benoemden dat zij gezien werden als ‘goed’, ‘innovatief’, ‘veranderbereid’. Ze werden in ieder geval gezien als ‘aanwijsbaar afwijkend’ en mensen die een ‘verschil maken in deze organisatie’. Dat zijn positieve en lovende woorden over de microsystemen. Echter, er werden ook wel kritische dingen gezegd over de groepen en zeker over de leiders van deze groepen, de ‘opper-rebellen’. Hoe hangt dit met elkaar samen en hoe gaan de groepen daarmee om?

In het klassieke kwaliteitsdenken staat de systeembenadering voorop: gesitueerde ervaringen zoals (bijna) fouten moeten leiden tot aanpassingen in de organisatie, bijvoorbeeld het aanpassen van een protocol of het invoeren van een nieuwe standaard. Doel is herhaling van fouten te voorkomen, zowel op de plek waar het incident zich afspeelt als in de bredere organisatie of zelfs op landelijk niveau. Zorgprofessionals worden geacht zich te richten op onderliggende oorzaken van systeemfalen om zo zorg steeds beter te maken. Dit wordt double loop learning genoemd; ervaringen zijn niet enkel ad hoc en oplossingsgericht, maar leiden tot verbeteringen die de kern van het probleem raken (Argyris 2005). Maken de door ons onderzochte groepen ook gebruik van double loop learning? Een andere manier van leren in de systeembenadering is het leren van best practices: goede voorbeelden moeten worden gedeeld en ‘uitgerold’. Evidentie uit klinisch onderzoek, zoals vastgelegd in richtlijnen, dient te worden gevolgd in de praktijk. Achter het idee van best practice en via richtlijnen leren gaat de veronderstelling schuil dat microsystemen elders overeenkomstige kenmerken hebben, die het mogelijk maken om gesitueerde ervaringen (de best practice) elders te implementeren. In hoeverre gaat deze benadering op voor het kwaliteitswerk van de rebellengroepen? En hoe leren rebellen van best practices elders? Welke bredere kwaliteitslessen kunnen we trekken uit het werk van de rebellen?

We werken dit thema uit op twee niveaus: hoe leren plaatsvindt in het microstelsel, en hoe hiervan wordt geleerd in de organisatie.

Het lerende microsysteem van kwaliteitsrebellen

De onderzochte groepen richten zich op kwaliteit van zorg. Casuïstiek, zoals een individuele patiënten-casus vormt het uitgangspunt van hun discussie over kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven (zie ook paragraaf 4.1). Ook casuïstiek over fouten wordt in de groepen gebruikt om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Tijdens het observeren zagen we dat ook binnen de microsystemen dingen fout gaan en calamiteiten kunnen ontstaan. In alle geobserveerde groepen zijn multidisciplinaire overlegmomenten ingeregeld om casus te bespreken en na te denken over structurele oplossingen, zodat fouten niet meer kunnen ontstaan.

Tijdens de grote visite wordt gesproken over de melding van de nachtdienst dat een baby borstvoeding heeft gekregen, terwijl de moeder niet kolft. Het team bespreekt stap voor stap de procesgang vanaf het afkolven tot het geven van de voeding aan de neonaat. Ze constateren drie dingen. Allereerst dat het niet te achterhalen is van wie deze borstvoeding is geweest en aanwezigen discussiëren over de noodzaak om alle moeders te testen op HIV. Daarnaast dat het een wonder is dat het zo vaak goed gaat met de rommelige procesgang rond de koelkast. Ze vragen zich af of het verstandig is een afdelingsassistent de borstvoeding te laten voorbereiden. Besloten wordt een werkgroep in te richten, die het proces op korte termijn gaat verbeteren. Tot slot wordt uitgebreid gesproken over het informeren van de betrokken ouders en opvang van de medewerker die de fout gemaakt heeft.

Bovenstaand voorbeeld laat zien dat rebellen in hun overleg met elkaar op een natuurlijke manier in bestaande overlevormen voortdurend zoeken naar oplossingen vanuit hun klinische kennis en hun ervaringskennis over het werken op de betreffende afdeling en in het ziekenhuis. Klinische kennis en organisatiekennis worden daarbij voortdurend op elkaar betrokken: wat werkt, wat kan beter, hoe organiseren we dat? Dit double-loop leren is in de groepen van nature aanwezig in een cultuur van hardop en in gelijkwaardigheid klinisch redeneren. De microsystemen leren echter niet alleen van fouten; ze zijn ook proactief in het herkennen van mogelijke risico's, zoals het volgende voorbeeld laat zien:

Bij een van de verpleegkundige komt een mail binnen over een nieuwe verpakking voor zuur-containers die in de dialyse machine moeten per 1 januari. De oude benaming verandert terwijl de inhoud niet verandert. Voorheen hadden de verschillende oplossingen een unieke naam en nu krijgt het een generieke naam AC-F211.5 en de andere variant van hetzelfde middel gaat heten AC-F211,15. Het team constateert onmiddellijk dat de nieuwe benaming erg foutgevoelig is, omdat er bijna geen onderscheid tussen de namen is waardoor de kans groot is dat de verkeerde zuur-container wordt gepakt. Tijdens de koffie wordt gebrainstormd over een oplossing. Voorgesteld wordt om de containers van verschillende kleurstickers te voorzien. Zonder overleg met het management belt een van de verpleegkundigen de fabrikant om te vragen of dit niet aangepast kan worden. Daarnaast zet hij onmiddellijk allerlei acties via de mail uit naar collegae, waarin hij

- *aan de collega van materiaalbeheer vraagt om meer voorraad aan te leggen, zodat er voldoende voorraad is, zodat ze niet in de kerstvakantie de veranderingen hoeven door te voeren, wanneer er weinig medewerkers zijn en de implementatie meer risico's met zich mee brengt.*
- *aan de voorzitter van de protocollen werkgroep vraagt om aanpassing van de protocollen,*
- *de applicatiebeheerder van het EPD systeem verzoekt om terminologie en standaard aan te vinken vakjes aan te passen,*
- *de technische dienst om aanpassing in dialyseapparatuur vraagt in te plannen in de eerste week van januari.*

Het bovenstaande voorbeeld illustreert dat de groepen een proactieve werkwijze hebben op het gebied van het voorkomen van fouten. Er komt een mail binnen dat iets verandert waarop ze maar beperkt invloed hebben. Verpleegkundigen doorzien onmiddellijk wat er risicovol aan de verandering is en wat er allemaal moet gebeuren om dit goed te implementeren. De wijziging in het 'systeem' wordt vertaald naar hun 'leefwereld' met het uitzetten van allerlei acties om de implementatie goed te laten verlopen—om een 'leefsysteem' te creëren waarin fouten voorkomen kunnen worden. Dat vergt dan aanpassingen op de afdeling, maar ook binnen de organisatie en zelfs bij de fabrikant ('andere benaming').

Het kwaliteitswerk binnen de groepen is vaak emergent, dat wil zeggen: voortkomend uit persoonlijke ervaringen die medewerkers gedurende het werk met elkaar delen. Daarnaast zien we ook dat de groepen lang niet altijd streven naar een duidelijk en eenduidig eindpunt, zoals een nieuwe 'uitrolbare' standaard. Het laat zich beter omschrijven als een tijdelijk werkbaar uitkomst van een zich voortdurend ontwikkelend kwaliteitsproces, wat vooral gericht is op het eigen microsysteem.

In de middag is er een gesprek over problemen rondom Cool-spray tussen de verpleegkundigen. Dit is een spray die gebruikt kan worden om huid te verdoven. Er is recent een incident geweest waarbij de spray te dicht op de huid is gespoten, waardoor de patiënt brandwonden heeft gekregen. Er is een DIM [Decentrale Incident Melding] gemaakt en de kwaliteitscommissie heeft besloten dat Cool-spray niet meer gebruikt mag worden. Een van de dialyse verpleegkundigen vertelt dat zij het besluit van de kwaliteitscommissie niet handig vindt, want dit is gewoon een incident geweest, omdat mensen niet goed wisten hoe en bij wie je het moet gebruiken. Cool-spray is voor heel veel patiënten wel fijn. Ze breekt een lans om iedereen te scholen in het gebruik en daarna het besluit van de kwaliteitscommissie terug te draaien.

De incidentenmelding vormt in dit voorbeeld een mediërend instrument om kwaliteitsleren binnen het eigen microsysteem op te pakken. De 'simpele' maatregel van de kwaliteitscommissie—de Coolspray verbieden—voorkomt incidenten met de spray, maar zorgt er ook voor dat patiënten, die hier baat bij hebben, er geen gebruik van kunnen maken. Deze botsende waarden worden door de verpleegkundige opgepakt en verwerkt in een maatregel, die aan beide waarden tegemoet kan komen. We zien ook voorbeelden waarbij andere organisatieonderdelen actief worden betrokken als de situatie daarom vraagt.

Een patiënt opgenomen op een verpleegafdeling wordt overgedragen aan de verpleegkundige van de dialyse-afdeling. Tijdens de overdracht interrumpeerde de patiënt de verpleegkundige van de verpleegafdeling en vertelt dat de bloeddruk gemeten was aan de arm waar de shunt zit. De patiënte vraagt de dialyseverpleegkundige om te checken of de shunt nog wel goed zit. De dialyseverpleegkundige vraagt vervolgens de patiënt waarom ze niet tegen de verpleegkundigen van de verpleegafdelingen heeft gezegd dat dit niet mag. De patiënt antwoordde dat ze dit wel had gedaan. Daarop zegt de dialyseverpleegkundige tegen haar collega van de verpleegafdeling dat ze hiervan een DIM-melding maakt, omdat ze én niet geluisterd hebben naar de patiënt én iets gedaan hebben wat slechte zorg is.

Doel van de groepen is de zorg voor de eigen patiëntengroep te verbeteren. In de meeste gevallen—zoals we eerder hebben beschreven—blijft de ervaring binnen het microsysteem, omdat de rest van de organisatie er weinig weet van heeft. In het voorbeeld van de shunt is dit anders, omdat de groep last heeft van zorg bij andere afdelingen, die niet afgestemd is op hun idee over goede zorg voor hun eigen patiëntengroep. De groepen kijken daarmee normatief naar andere zorgprofessionals en willen 'slechte' kwaliteit bespreekbaar maken.

Deze voorbeelden laten zien dat de rebellen bewust hun eigen weg volgen en dat dit soms wel en soms (opzettelijk) niet verbonden is met de bredere context, zoals het ziekenhuis, andere zorgorganisaties of externe partijen zoals leveranciers.

Kwaliteitslessen van de rebellen voor de lerende organisatie

Hoe leren ziekenhuizen van hun klinische microsystemen? In het voorgaande kwamen hier al voorbeelden van langs: verpleegkundigen en artsen die zitting nemen in ziekenhuisbrede kwaliteitscommissies en werkgroepen, en via instrumenten zoals incidentmelden. In sommige gevallen wordt een kwaliteitsverbetering ook lokaal—binnen de groep—ontwikkeld en vervolgens verspreid binnen het ziekenhuis. Een voorbeeld is een agressiviteitstraining die 'buitenshuis' wordt georganiseerd, omdat de afdeling regelmatig te maken heeft met agressieve patiënten en bezoekers. Het afdelingsmanagement vond dat de training er moest komen en, omdat dit niet door het ziekenhuis werd opgepakt, gingen ze zelf aan de slag om dit organiseren. Toen de training een succes bleek, maakte de verpleegkundig manager dit bekend binnen de bredere organisatie en moedigde andere organisatieonderdelen aan om ook de training te volgen. Een ander voorbeeld is een verpleegkundige die werkwijzen voor het verbeteren van kwaliteit meeneemt naar de Verpleegkundige Advies Raad (VAR). Ze is normatief over het functioneren van de Raad en vindt dat er onvoldoende resultaten geboekt worden. Ze hoopt door gebruik te maken van de aanpak en formats die gebruikt worden in het microstelsel dat ook de VAR meer resultaatgericht gaat werken. Dit zijn voorbeelden die laten zien hoe het ziekenhuis onderdeel wordt gemaakt van het kwaliteitsnetwerk van de microsystemen.

Tegelijkertijd zien we ook dat de groepen soms juist onder de radar blijven, bijvoorbeeld als ze alleen cosmetisch indicatoren invullen. Het is niet zozeer dat dit stiekem gebeurt, als wel dat de rebellen weten dat hun manier van werken bij anderen weerstand oproept en tot discussies leidt zonder bevredigende uitkomst voor wat zij goede kwaliteit van zorg vinden. De groepen houden hun praktijken voor zichzelf en informeren alleen direct betrokkenen, om te voorkomen dat zij te maken krijgen met veto's of nodeloze discussies oproepen. De echte discussies over hun visie op wat goede kwaliteit is, worden daardoor niet altijd gevoerd en afwijkende praktijken worden soms bewust onder de pet gehouden. Dit afschermen ontnemt niet alleen mogelijkheden om van elkaar te leren, maar levert ook risico's op als *checks and balances* niet werken, omdat discussies niet open kunnen worden gevoerd. Het gevaar van *groupthink* (Janis 1982) kan hierdoor ontstaan. Gevolg is dat primair aandacht is voor het behoud van overeenstemming en eensgezindheid van de groep en bij een beslissingsproces een kritische overweging achterwege blijft.

Waar we zien dat de door ons onderzochte groepen netwerken van zorg en verantwoording bouwen, blijft verantwoording binnen de organisatie soms juist uit. Bestuurders zijn zich hiervan bewust. Zij bewegen in een lastig spanningsveld tussen gebondenheid aan externe kwaliteitssystemen (een accreditatie, de inspectie, de zorgverzekeraar) en geloof in de expertise van de rebellen.

Terwijl zo langzamerhand ook in de literatuur steeds meer wordt onderkend dat bijvoorbeeld work arounds nodig zijn om goede zorg te kunnen verlenen en flexibiliteit en veerkracht belangrijke voorwaarden zijn voor het creëren van kwalitatief goede zorg, wordt ook onderkend dat het nemen van olifantenpaadjes en het negeren van veiligheidsregels juist kunnen bijdragen aan onveilige zorg (Dekker 2011). Zoals we zagen wordt dit binnen de microsystemen en in de interacties met anderen in de zorgcontexten die zij creëren tegengegaan door de ingebouwde feedbackmechanismen. Binnen de organisatie als geheel bestaan die echter nauwelijks, juist omdat het werk van de klinische microsystemen relatief onzichtbaar blijft.

Dat betekent dus niet alleen dat de organisatie slechts in beperkte mate kan leren van de microsystemen—namelijk dan wanneer het *hen* uitkomt of wanneer zij een product hebben dat kan worden verspreid—maar ook dat verantwoording over afwijkingen binnen de rest van de organisatie eigenlijk grotendeels uitblijft.

Deze constatering leidt tot een aantal prangende vragen als vervolg op dit onderzoek: Wat zijn de randvoorwaarden waaronder kwaliteitsrebellen hun werk kunnen doen? Wat vraagt dit van de omgeving; van regulerende instanties en van kwaliteitssystemen? Hier gaan we in de discussie op in.

5 Conclusie en discussie

5.1 Conclusies

We begonnen dit onderzoek met de vragen: hoe groepen binnen ziekenhuizen met een hoge reputatie ten aanzien van de geleverde kwaliteit van zorg in de praktijk gestalte geven aan kwaliteit, of en hoe ze hier verantwoording over afleggen én op welke manieren de organisatie als geheel hiervan leert. Doel van dit onderzoek was inzichten genereren over de verhouding tussen 'het systeem' en 'de leefwereld' van professioneel werk binnen (ziekenhuis)organisaties. We hebben ons daarbij gericht op groepen of 'microsystemen' binnen ziekenhuizen met een goede reputatie op het gebied van kwaliteit van zorg, die hun eigen weg hebben gevonden in het werken aan kwaliteit. We zijn er daarbij vanuit gegaan dat deze groepen een oplossing hebben gevonden voor de veelal beleefde spanning tussen systeem en leefwereld. Ons onderzoek is daarmee te typeren als een vorm van 'waardierend onderzoek' (Cooperrider & Whitney, 2001) waarbij we proberen te leren van de goede werkwijzes en culturen van de onderzochte groepen. Waarderend onderzoek probeert niet te verhullen wat niet goed gaat in organisaties of excludeert de moeilijkheden, die medewerkers ervaren of ingewikkeldheid van (verander)processen, maar focust zich op dynamieken, die leiden tot exceptioneel individuele en/of organisatorische prestaties (Cameron & Caza 2004). Het onderzoek dat wij hebben uitgevoerd is dan met opzet ook geen evaluatie in de zin dat wij beoordelen wat goed of fout is; het gaat er ons in eerste instantie om te begrijpen hoe goede kwaliteit—in ieder geval goed zoals gezien vanuit de organisatie—in de praktijk gedaan wordt en daarvan te leren (Roberts, 2006).

Om het onderzoek te kunnen doen hebben we ethnografisch onderzoek uitgevoerd in drie ziekenhuizen—een UMC, een STZ ziekenhuis en een algemeen ziekenhuis—waarbij we op basis van interviews op zoek gingen naar groepen (klinische microsystemen) die een goede reputatie hebben binnen de ziekenhuizen. Door semi-gestructureerde interviews met leden van de Raad van Bestuur en medische staf, professionals die actief zijn in het kwaliteitsbeleid en medewerkers van de kwaliteitsafdeling hebben we in elk ziekenhuis één groep geselecteerd. In deze groepen/klinische microsystemen deden we observaties en (informele) interviews. De sterkte van ons onderzoek is dat veel data werd verzameld over meerdere locaties, van verschillende professionals, op verschillende werksettings. Dat geeft ons goed inzicht in hoe groepen rebellen zich gedragen en hoe zij hun goede leefsysteem creëren. De zwakte is echter dat ons etnografische deel van het onderzoek is uitgevoerd in een korte periode (maximaal 3 weken binnen het ziekenhuis), daarmee hebben we wellicht onvoldoende een diep begrip gekregen van verschillende dynamieken die spelen binnen zo'n ziekenhuis. Een longitudinale studie zou om die reden aan te bevelen zijn. Om deze eventuele bias zoveel mogelijk uit te sluiten hebben we ter validatie van onze voorlopige bevindingen binnen alle ziekenhuizen een member-check uitgevoerd door het geven van een presentatie over onze bevindingen. Daarnaast hebben we onze eindrapportage aan verschillende respondenten binnen de ziekenhuizen voorgelegd en opmerkingen die zij hebben gemaakt verwerkt. Een tweede zwakte is dat we in het definiëren van 'goede groepen' niet zijn uitgegaan van gestandaardiseerde uitkomstdata, maar ons hebben gebaseerd op de reputatie van de onderzochte klinische microsystemen binnen hun eigen ziekenhuis. Een dergelijke methode wordt overigens vaker toegepast bij onderzoek naar 'positief deviante' groepen (Bradley et al. 2009). Bovendien, zoals we deels in onze studie hebben laten zien, maar zoals ook uit de literatuur wel bekend is (zie bijvoorbeeld Wallenburg, Quartz, and Bal 2016), is het maar de vraag of prestatie metingen inderdaad de 'beste' zorg kunnen aanwijzen.

Onze studie werd uitgevoerd op een dialyse-afdeling, een vrouw-moeder-kind centrum en een afdeling voor infectieziekten. Op deze afdelingen werken verpleegkundigen met een

aanvullende opleiding (HBO-plus opgeleide verpleegkundigen); wellicht is dat van invloed op de manier waarop ze met elkaar samenwerken en aan kwaliteitsverbetering werken. Daarmee zijn onze bevindingen mogelijk minder generaliseerbaar naar andere organisatie-onderdelen in ziekenhuizen (Small 2009). Wenselijk is een vervolgonderzoek waarin we de geleerde lessen van dit onderzoek proberen te transleren naar andere ziekenhuizen en organisatie-onderdelen. Daarmee zouden we de cirkel van waarderend onderzoek kunnen rondmaken (Baxter et al. 2014).

Onze analyse van de klinische microsystemen laat zien dat verschillende mechanismen hen helpen om goede kwaliteit van zorg te leveren. In de eerste plaats is dit een constante focus op de behoeften van hun patiënten (kwaliteit van leven) en op de processen die nodig zijn om goede zorg te verlenen (kwaliteit van zorg). Om dit mogelijk te maken blijkt gezamenlijk klinisch redeneren cruciaal. Waar klinisch redeneren in de literatuur vaak wordt omschreven als een individueel proces, zagen wij binnen de onderzochte groepen juist veel meer collectieve vormen hiervan. Bovendien heeft klinisch redeneren in de groepen niet alleen betrekking op individuele patiënten maar gaat het ook om groepen patiënten of zelfs om de organisatie van de zorg. Binnen alle geobserveerde groepen wordt voortdurend zowel informeel als formeel overleg gepleegd op basis van zelf ingeregelde structuren, waarbij met elkaar wordt bepaald wat goede kwaliteit is. Klinisch redeneren gebeurt op een open manier waarbij alle professionals een gelijkwaardige stem hebben. Het is een collectief, niet-hiërarchisch proces, waardoor professionele domeinen in elkaar gaan overlopen. Rebellen zijn dus niet zomaar ‘eigenwijze professionals’ die vanuit hun eigen autonomie handelen; het gaat bij de groepen die wij hebben onderzocht steeds om collectiviteiten van verschillende professionals die gezamenlijk tot besluitvorming komen en daar ook naar elkaar—en anderen—toe verantwoording afleggen.

Toegang tot de groep wordt bewaakt met behulp van fysieke en symbolische uitingen. Ook sociale grenzen zijn belangrijk, zodat socialisatie, groepsvorming en culturele identiteit binnen het microsysteem behouden blijft. De leiders spelen hierin een belangrijke rol en zorgen voor de normatieve kaders waarbinnen het werk moet plaats vinden. Het bewaken van de grenzen tussen de groep en de rest van het ziekenhuis vormt ook een onderdeel van dit proces.

Een focus op de behoeften van de patiënt is niet alleen gericht op klinisch redeneren. De geobserveerde groepen zijn voortdurend bezig om contexten te creëren waarin zij goede zorg kunnen verrichten. Het kan daarbij gaan om relatief kleine dingen, zoals zorgen dat de juiste materialen beschikbaar zijn, maar ook om grotere, zoals het zorgen voor een relevant netwerk waarin patiënten kunnen worden behandeld. Contacten met externen zijn daarbij veelvuldig nodig, maar ook binnen de groepen zelf wordt veel gesproken over hoe nieuwe materialen of behandelingen kunnen worden ingepast, hoe specifieke vaardigheden kunnen worden ontwikkeld, of hoe nieuwe routines kunnen helpen om risico's in de zorg terug te dringen.

Waar binnen de geobserveerde klinische microsystemen het patiëntenbelang—via klinisch redeneren en het creëren van contexten voor goede zorg—voorop staat, komt de ziekenhuisorganisatie op de tweede plaats. We hebben dan ook veelvuldig gezien dat regels van de (kwaliteits)organisatie door de groepen werden genegeerd of alleen symbolisch nageleefd. De groepen—en individuen daarbinnen—creëren bijvoorbeeld voortdurend *work arounds* om goede zorg mogelijk te maken. Incidenten worden regelmatig niet gemeld, tenzij ze bij kunnen dragen aan verbetering van de zorg op andere afdelingen, maar ze worden wel onderling besproken, zeker als het gaat over nieuwe routines of als er onderliggende oorzaken zijn die moeten worden aangepakt. De groepen zijn pro-actief waar het gaat om het herkennen van nieuwe risico's en pakken die ook op door nieuwe routines en protocollen te ontwikkelen. Het ‘verzet’ tegen regels vanuit de organisatie komt dus ook niet voort uit een afkeer van regels. Integendeel, in het bouwen van goede contexten voor zorg

produceren de onderzochte groepen juist zelf veel regels en strakke routines in het dagelijkse werk.

Eerder gaat het om een voortdurende afweging van welk belang gediend moet worden, waarbij het belang van de patiënt voorop staat. Alleen in die gevallen waarin organisatiebelangen als groot worden gezien—bijvoorbeeld in het geval van accreditatie—krijgen die (tijdelijk) de overhand. Bovendien zien de groepen regels niet als doel maar als middel; naleving is alleen dan nodig wanneer het doel van de zorg daar om vraagt.

De groepen vertonen rebels gedrag. Dit bestaat uit het zich verzetten tegen (de regels van) de organisatie, wanneer die niet overeenkomen met wat zij verstaan onder goede zorg. Ze zijn 'rebels with a cause' omdat zij contexten creëren waarin goede zorg juist mogelijk is. Ze zijn ook niet tegen verantwoording en zoeken die juist op om legitimiteit voor hun afwijkend handelen te verkrijgen. Dat doen ze onderling, via het mechanisme van klinisch redeneren, maar ook met andere partijen binnen of buiten de organisatie voor zover die nodig zijn in de netwerken die ze maken. Rebellen zijn dus niet zomaar 'eigenwijze professionals' die weigeren zich aan de door de organisatie of externen opgelegde regels te houden en zich daarbij op hun professionele autonomie beroepen. Het zijn ook geen groepen die hun rug keren naar de organisatie maar er juist deel van blijven uitmaken, zij het dat ze de grenzen van de organisatie wel oprekken. Anderzijds zijn het ook geen groepen die zich bij de regels neerleggen en cynisch worden omdat regels hen dwingen dingen te doen die ze niet zinvol vinden of die tegen hun professionele identiteit ingaan. Rebellen zoeken een balans door zowel ruimte te creëren als deze ruimte op een verantwoorde manier in te vullen. Zoals we hebben laten zien is dit een continue proces van koordansen, waarbij soms wel en soms juist weer niet met de organisatie—het 'systeem'— wordt meebewogen.

Waar de rebellen zich dus verzetten tegen een 'systeem' dat niet overeenkomt met de waarden die zij nastreven kunnen we ook niet zeggen dat ze alleen zijn gericht op eigen belang of een 'leefwereld' waarin professionals het alleenrecht hebben. Eerder kunnen we zeggen dat wat de rebellen bouwen te typeren is als 'goede leefsysteem', ofwel gereguleerde praktijken waarin goede zorg gegeven kan worden en waarvan verantwoording een normaal onderdeel is (Oldenhof & Bal 2016). Verantwoording is in deze goede leefsysteem dan niet een vorm van controle van buitenaf op basis van door anderen vastgestelde kaders. Het is niet—of zeker niet alleen—evaluatief. De verantwoording die de rebellen zoeken is eerder 'generatief' in de zin dat via de verantwoording ook weer nieuwe praktijken gestalte krijgen.

Het 'contexting'-werk van rebellen draagt hier in belangrijke mate aan bij. De netwerken die de rebellen bouwen zijn steeds zowel gericht op zorg als op verantwoording. Enerzijds door verantwoording *onderdeel* te maken van de zorg. Anderzijds door zelf naar buiten te treden richting media of het geven van lezingen. Ook hier zoeken de rebelse groepen het dus grotendeels buiten de bestaande kwaliteitssystemen om.

Mede als gevolg hiervan is het gedrag van de rebelse groepen relatief onzichtbaar binnen de ziekenhuisorganisatie waarin ze zijn ingebed. Relatief in de zin dat weliswaar bekend is dat het 'eigenwijze' groepen zijn waarin veel innovatie plaatsvindt, maar *waaruit* die eigenwijsheid dan precies bestaat en langs welke mechanismen rebelse groepen tot goede zorg komen is onbekend. Rebellen, zo hebben we laten zien, blijven veelal 'onder de radar' waardoor de wijze waarop zij vormgeven aan de zorg onbekend blijft. Voor de rebellen zelf is dit deels juist wat zij zoeken aangezien het betekent dat zij ook minder 'last' hebben van de organisatie. Wij zien echter twee mogelijke nadelen.

In de eerste plaats betekent het dat de afwijkingen van de rebellen ten aanzien van de regels van de organisatie deels onbesproken blijven. Weliswaar is er reflectie op *work arounds* binnen de rebellengroepen zelf en zoeken zij waar dat nodig is ook contexten voor

verantwoording. Echter, zelden gebeurt dit in de context van de kwaliteitsorganisatie van het ziekenhuis. Dat komt grotendeels omdat hiervoor ook beperkt mechanismen of platforms zijn binnen de kwaliteitsorganisatie van het ziekenhuis. Formele platforms om kwaliteit te bespreken zijn ofwel gericht op externe eisen, op fouten, of op de voortgang ten aanzien van prestatie-indicatoren. Het bespreken van de wijze waarop de groepen daaraan invulling geven, waarop zij kwaliteit *doen*, daar is nauwelijks plek voor. Met andere woorden, in de formele kwaliteitsorganisatie is geen plek waarin vormen van generatieve verantwoording plaats kan hebben. Bovendien stellen organisaties zich onvoldoende 'tweede orde' vragen over de bruikbaarheid van kwaliteitsmethoden en de paradoxen of dilemma's die deze oproepen voor professionals. Ook is er te weinig zicht op onbedoelde effecten van deze methoden, bijvoorbeeld omdat navoging een doel op zich is geworden. De consequentie daarvan is dat er—buiten de rebellengroepen om—weinig reflectie is op de mogelijke consequenties van de work arounds die rebellen vinden om toch het 'goede' te doen.

Ten tweede betekent dit ook dat de innovatieve wijzen waarop rebellengroepen kwaliteit doen, slechts incidenteel verder verspreiden binnen de organisatie. Het gaat dan niet zozeer om de specifieke ontwikkelde innovaties, die immers vaak betrekking hebben op afdelingsspecifieke routines. Veeleer gaat het om een manier van werken aan kwaliteit, die gericht is op het bevorderen van professionalisme en het creëren van contexten voor zorg en generatieve verantwoording. Doordat deze manier van werken onzichtbaar blijft voor de (kwaliteits)organisatie kan er ook niet van geleerd worden. Rebellen blijven dan de 'eigenwijze' en soms 'recalcitrante' groepen in plaats dat zij gezien worden als groepen waarin op vernieuwende manieren vorm wordt gegeven aan (kwaliteit van) zorg. Zoals Kellog et al. (2006: 42) het verwoorden: "these contradictions may limit organizational creativity in the long run by suppressing the mutual engagement and occupational friction that can generate creativity." Door de wijze waarop de kwaliteitsorganisatie van ziekenhuizen momenteel is georganiseerd worden kansen voor organisatie leren gemist.

5.2 Op zoek naar goede leefsysteem

Hoe zou een (kwaliteits)organisatie wel tegemoet kunnen komen aan de geconstateerde nadelen? En welke consequenties heeft dat voor externe kwaliteitsmechanismen zoals accreditatie, verantwoording op basis van indicatoren en formeel toezicht? Vanuit ons beperkte onderzoek moeten we uiteraard voorzichtig zijn met het formuleren van al te sterke maatregelen. Daarvoor zou verder onderzoek nodig zijn. Tegelijkertijd kunnen we wel een aantal suggesties geven die aansluiten bij de mechanismen van het doen van kwaliteit zoals we die bij de rebelse groepen hebben gezien.

In de eerste plaats kunnen platforms gecreëerd worden die het mogelijk maken om meer 'bottom up' van elkaar te leren. Dat zou bijvoorbeeld kunnen door vormen van meelopen op andere afdelingen of mini-audits die op een 'waarderende' manier worden ingericht. Dit soort mechanismen stellen medewerkers binnen de organisatie in staat om goede ervaringen uit te wisselen en van andere groepen te leren. Dat soort ervaringen zouden ook breder besproken kunnen worden en leiden tot meer algemene inzichten. Ook formele platforms zoals kwaliteitscommissies zouden meer gericht kunnen zijn op van elkaar leren in plaats van te focussen op het door-vertalen van externe eisen naar interne voorschriften. Nadrukkelijk zouden op deze plekken eerste orde vragen—*are we doing it right?*—en tweede orde vragen—*are we doing the right thing?*—aan de orde moeten komen.

Daarnaast zou er binnen de organisatie meer gestuurd kunnen worden op klinisch redeneren. Zoals we hebben laten zien is dit een cruciaal onderdeel van het werk van de rebellengroepen. Veel kwaliteitsmanagement is er momenteel echter op gericht dat protocollen gevolgd worden, registraties worden ingevuld en externe eisen worden ingevoerd.

Voor veel professionals is het kwaliteitswerk komen te staan voor 'het systeem'—ofwel: iets dat buiten hen om gaat—en professionals hebben de neiging om representanten van het systeem dan verantwoordelijk te maken voor de methoden voor kwaliteit van zorg (Weggelaar-Jansen, van de Bovenkamp & Bal 2016). Het centraal stellen van het systeem druist juist in tegen de mogelijkheden die groepen hebben om 'goede leefsysteem' te bouwen. Door klinisch redeneren—zoals hierboven beschreven als een continue en collectief proces van reflectie op wat goed is voor een specifieke patiënt, een groep patiënten dan wel een zorgproces—centraal te stellen kunnen medewerkers zich meer richten op de kern van hun werk: aandacht voor de individuele patiënt en goede zorg leveren, die voldoet aan hun eigen normatieve standaarden. Tegelijkertijd zou deze ruimte dan wel benut moeten worden om pro-actief invulling te geven aan routines voor goede zorg. Ofwel: klinisch redeneren en professionele ruimte is geen vrijbrief, maar dient steeds *account-able* te zijn.

Externe toezichthouders, zoals de inspectie en accreditatie-organen, kunnen hier ook meer op inspelen. Hoewel externe toezichthouders onmiskenbaar een belangrijke rol spelen bij het agenderen van kwaliteit(sthema's) hebben we in dit onderzoek ook laten zien dat extern toezicht een sterk centraliserend effect heeft binnen ziekenhuisorganisaties. Dit centraliserende effect gaat ten koste van bottom-up leren, met als gevolg dat er in veel gevallen sprake is van rituele naleving. Vormen van toezicht die beter passen bij de manier waarop rebellen (kwaliteit van) zorg doen zijn de afgelopen jaren wel ontwikkeld. Het gaat dan bijvoorbeeld om 'systeemtoezicht' (Stoopendaal 2016) of om vormen van 'experimentele sturing' (Bal et al. 2015) die minder uitgaan van naleving van specifieke voorschriften, maar juist ruimte laten aan groepen professionals om zelf invulling te geven aan goede zorg en goede kwaliteitsmonitoring en –verbetering. Dergelijke vormen van toezicht leiden niet zozeer tot een 'systeem' dat door zorgprofessionals als 'extern' wordt ervaren en waartegen dus verzet nodig is. Ze geven juist ruimte om tot gesitueerde invullingen van goede zorg te komen en bieden tegelijkertijd de mogelijkheid hier op een generatieve manier verantwoording over af te leggen.

Literatuur

- Argyris, Chris. 2005. "Double-loop learning in organizations. A theory of action perspective." In *Great Minds in Management*, edited by K.G. Smith and M.A. Hitt. Oxford: Oxford University Press.
- Asdal, Kristin, and Ingunn Moser. 2012. "Experiments in Context and Contexting." *Science, Technology & Human Values* 37 (4):291-306. doi: 10.1177/0162243912449749.
- Bal, Roland, Annemiek Stoopendaal, and Hester van de Bovenkamp. 2015. "Veerkracht en veiligheid. Hoe kan regulering daaraan bijdragen?" *NTvG* 159:A9614.
- Baxter, Ruth, Natalie Taylor, Ian Kellar and Rebecca Lawton. 2014. "How is the positive deviance approach applied within healthcare organizations? A systematic review of methods used." *BMC HSR* 14 (2) 7.
- Baxter, Ruth, Natalie Taylor, Ian Kellar and Rebecca Lawton. 2016. "What methods are used to apply positive deviance within healthcare organisations? A systematic review of methods used." *BMJ Quality Safety* 25 190-201.
- Bate, Paul, Peter Mendel, and Glenn Robert. 2008. *Organizing for quality: the improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States*. Oxford: Radcliffe Publishing.
- Bevan, Helen. 2013. "Rocking the boat and staying in it: how to succeed as a radical in healthcare." *A call to action*, 29 July 2013. <http://blogs.bmj.com/quality/2013/07/29/a-call-to-action-helen-bevans-blog/>.
- Bevan, Helen, and Steve Fairman. 2014. *The new era of thinking and practice in change and transformation*. London: NHS Improving Quality.
- Bradbury-Jones, C., J. Taylor, and O. Herber. 2014. "How theory is used and articulated in qualitative research: Development of a new typology." *Social Science & Medicine* 120:135-141.
- Bradley, Elizabeth H., Leslie A. Curry, Shoba Ramanadhan, Laura Rowe, Ingrid M. Nembhard, and Harlan M. Krumholz. 2009. "Research in action: using positive deviance to improve quality of health care." *Implementation Science* 4:25. doi: 10.1168/1748-59-0-4-25.
- Cameron, Kim S., and Arran Caza. 2003. "Contributions to the discipline of positive organizational scholarship." *American Behavioral Scientist* 47, 731-740.
- Clegg, Stewart R., Martin Kornberger, and Carl Rhodes. 2005. "Learning/Becoming/Organizing." *Organization* 12 (2):147-167. doi: 10.1177/1350508405051186.
- Cooperrider, David L, and Diana Whitney. 2001. "A positive revolution in change: Appreciative inquiry." *Public administration and public policy* 87:611-630.
- van Dalen, Annemiek. 2012. *Zorgvernieuwing. Over anders besturen en organiseren*. Den Haag: Boom Lemma.
- Degeling, Pieter, Sharyn Maxwell, and Rick Iedema. 2004. "Reconstructing clinical governance to maximize its developmental potential." In *Governing Medicine: Theory and practice*, edited by Andrew Gray and Stephen Harrison, 163-179. Maidenhead: Open University Press.
- Dekker, Sidney. 2011. *Drift into failure: from hunting broken components to understanding complex systems*. Farnham, Surrey: Ashgate Publishing.
- Hart, Wouter, and Marius Buiting. 2012. *Verdraaide organisaties. Terug naar de bedoeling*. Deventer: Kluwer.
- Health Foundation. 2014. *Effective networks for improvement* London: The Health Foundation.
- van den Hoonaard, Will C. 1996. *Working with sensitizing concepts. Analytical Field Research*. Thousand Oaks, Ca.: Sage Publications.
- Janis, Irving Lester. 1982. *Groupthink: Psychological studies of policy decisions and fiascoes*. Boston, Ma.: Houghton Mifflin.

- Jerak-Zuiderent, Sonja. 2013. "Generative Accountability. Comparing with Care." PhD, Dept of Health Policy and Management, Erasmus University.
- Kellogg, Katherine C., Wanda J. Orlikowski, and John Yates. 2006. "Life in the trading zone: Structuring coordination across boundaries in postbureaucratic organizations." *Organization Science* 17 (1):22-44.
- KPMG. 2015. Onderzoek kosten kwaliteitsmetingen. Utrecht: NVZ.
- Marsh, David R, Dirk G Schroeder, Kirk A Dearden, Jerry Sternin, and Monique Sternin. 2004. "The power of positive deviance." *BMJ* 329 (7475):1177-1179. doi: 10.1136/bmj.329.7475.1177.
- Mesman, Jessica. 2008. *Uncertainty in Medical Innovation: Experienced Pioneers in Neonatal Care*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Meurs, Pauline. 2014. Van regeldruk naar passende regels. Vertrouwen, veerkracht, verantwoordelijke vrijheid. Den Haag: VWS.
- Meyerson, Debra E. 2008. *Rocking the boat. How to effect change without making trouble*. Boston: Harvard Business Review Press.
- Mohr, Julie J., and Paul B. Batalden. 2002. "Improving safety on the front lines: the role of clinical microsystems." *Quality and safety in health care* 11 (1):45-50.
- Mol, Annemarie. 2008. *The logic of care: health and the problem of patient choice*. Abingdon: Routledge.
- Nelson, Eugene C., Paul B. Batalden, and Marjorie M. Godfrey, eds. 2011. *Quality by design: a clinical microsystems approach*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Neyland, Daniel. 2016. "Bearing account-able witness to the ethical algorithmic system." *Science, Technology & Human Values* 41 (1):50-76. doi: 10.1177/0162243915598056.
- Nicolini, Davide. 2012. *Practice theory, work, and organization. An introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Oldenhof, Lieke, and Roland Bal. 2016. "Voorbij de kloof tussen systeem en leefwereld: een zoektocht naar goede leefsysteem met experimentele governance." In *Verlangen naar samenhang. Over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit*, edited by Raad voor Volksgezondheid & Samenleving, 89-126. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. 2017. Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg. Den Haag: RV&S.
- Ritchie, Jane, and Jane Lewis, eds. 2003. *Qualitative Research Practice. A Guide for Social Science Students and Researchers*. London: Sage Publications.
- Ritchie, Jane, and Liz Spencer. 1994. "Qualitative data analysis for applied policy research." In *Analyzing qualitative data*, edited by Alan Bryman and Robert G. Burgess, 173-194. London and New York: Routledge.
- Roberts, Laura Morgan (2006). "Shifting the lens on organizational life: The added value of positive scholarship." *Academy of Management Review* 31 (2) 292-305.
- Sabel, Charles F., and Jonathan Zeitlin. 2012. "Experimentalist governance." In *The Oxford Handbook of Governance*, edited by David Levi-Faur, 169-183. Oxford: Oxford University Press.
- Small, Mario Louis. 2009. "How many cases do I need? on science and the logic of case selection in field-based research". *Ethnography* 10 (1) 33.
- Spreitzer, Gretchen M., and Scott Sonenshein. 2004. "Toward the Construct Definition of Positive Deviance." *American Behavioral Scientist* 47 (6):828-847.
- van Straalen, Lia, and Mariël Kanne. 2016. "Wat is klinisch redeneren?" In *Klinisch redeneren voor verpleegkundigen*, edited by L. van Straalen and M. Schuurmans, 15-39. Amsterdam: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Stoopendaal, Annemiek. 2016. Al doende leren. Een essay over de experimentele zoektocht naar toezicht op zorgbesturing door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Rotterdam: iBMG.
- Tavory, Iddo, and Stefan Timmermans. 2014. *Abductive analysis. Theorizing qualitative data*. Chicago: University of Chicago Press.

- Wallenburg, Iris, Julia Quartz, and Roland Bal. 2016. "Making hospitals governable. Performativity and institutional work in ranking practices." *Administration & Society*. doi: 10.1177/0095399716680054.
- Waring, Justin, and Simon Bishop. 2010. "'Water cooler' learning: Knowledge sharing at the clinical 'backstage' and its contribution to patient safety." *Journal of Health Organization and Management* 24 (4):325-342. doi: 10.1108/14777261011064968.
- Warren, D.E. 2003. "Constructive and destructive deviance in organizations." *Academy of Management Review* 28 (4):622-632.
- Weggelaar-Jansen, Anne Marie, Hester van de Bovenkamp, and Roland Bal. 2016. "Zand in de kwaliteitsmachine. Overvloed aan indicatoren leidt tot frustraties, niet tot betere zorg." *Medisch Contact* (15):36-38.
- Weggelaar-Jansen, Anne Marie, Cordula Wagner, Roland Bal, and Martine de Bruijne. 2015. "Kwaliteitsverbetering opleidingsziekenhuis blijkt maatwerk. Structuur organisatie is bepalend." *Boardroom zorg* 1:236-239.
- Wiig, Siri, Karina Aase, Christian von Plessen, Susan Burnett, Francisco Nunes, Anne Marie Weggelaar, Boel Anderson-Gare, Johan Calltorp, and Naomi Fulop. 2014. "Talking about quality: exploring how 'quality' is conceptualized in European hospitals and healthcare systems." *BMC Health Services Research* 14 (1):478. doi: 10.1186/1472-6963-14-478.