

# Clinical Governance in het UMCG

Een analyse naar de optimalisering van het IMS en de rol die de CIM daarbij speelt

**Charlotte Luyckx**



UMCG, Kwaliteit  
Radboud Universiteit Nijmegen,  
Bestuurskunde



Groningen, juli 2011

**Studentenbureau UMCG**

Universitair Medisch Centrum Groningen



# Clinical Governance in het UMCG

Een analyse naar de optimalisering van het IMS en de rol die de CIM daarbij speelt

Groningen, juli 2011

Auteur

Charlotte Sofia Madeleine Luyckx

Studentnummer

S0723320

Afstudeerscriptie in het kader van

Bestuurskunde  
Faculteit der Managementwetenschappen  
Radboud Universiteit Nijmegen

Opdrachtgever

drs. J. Noord  
Kwaliteit, UMCG

Begeleider onderwijsinstelling

dr. J.K. Helderma  
Bestuurskunde  
Radboud Universiteit Nijmegen

Begeleider UMCG

mw. drs. L.S. van Huizen  
Kwaliteit, UMCG

mr. J.G. Pieter  
Stafconvent - dagelijks bestuur, secretariaat



ISBN 978-90-8827-101-4

NUR 805

Trefw Clinical Governance, Hospital Governance, Incidenten managementsysteem

© 2011 Studentenbureau UMCG Publicaties Groningen, Nederland.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd in Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

## Voorwoord

*Het is goed om een eindpunt te hebben om naar toe te werken. Maar aan het einde is het de reis die het meeste telt*

*(Ursula le Guin)*

Het schrijven van het voorwoord voor mijn masterthesis voelt voor mij als het afsluiten van een tijdperk, het bereiken van een eindpunt. Na vier jaar Bestuurskunde aan de Radboud Universiteit zit voor mij de studententijd in Nijmegen er definitief op. Het is een leerzame, interessante maar bovenal mooie reis geweest.

Na iets meer dan drieënhalf jaar studie in Nijmegen, ben ik voor het laatste gedeelte van mijn studententijd teruggegaan naar het Noorden van het land. Begin maart ben ik begonnen aan mijn afstudeerstage in het Universitair Medisch Centrum te Groningen. In de lijn van mijn masterspecialisatie Good Governance, ben ik mij ook binnen het UMCG op een vorm van Governance gaan richten: Clinical Governance. Ik heb onderzoek gedaan naar de organisatie rondom het incidenten managementsysteem en heb gekeken naar de vraag hoe 'goed bestuur' kan bijdragen aan patiëntveiligheid en aan de kwaliteit van gezondheidszorg. Door mijn afstudeerscriptie te combineren met een stage binnen het ziekenhuis, heb ik kennisgemaakt met een nieuw potentieel werkterrein. En dat werkterrein is zeer goed bevallen.

Voor het schrijven van mijn masterthesis heb ik veel medewerkers gesproken in den oriënterende gesprekken, interviews en in de focusgroep. Via deze weg wil ik de respondenten bedanken voor hun medewerking. Zonder hun bijdragen, had ik dit onderzoek minder diepgang kunnen geven. Ook wil ik de medewerkers van de afdeling Kwaliteit bedanken, die mij hebben laten zien hoe complex en dynamisch de organisatie van een ziekenhuis is. In het bijzonder wil ik Lidia van Huizen bedanken voor haar kennis, inzichten en het vertrouwen dat zij mij heeft gegeven. En Jarl Pieter voor zijn formele rol als procesbegeleider en

voor de leuke en leerzame gesprekken over alles wat ter sprake kwam. Ook wil ik Harry van de Wiel bedanken voor zijn ondersteuning bij de focusgroep. Vanuit de Universiteit ben ik begeleid door Jan-Kees Helderman. Hij wist steeds weer aan te geven waar verbeteringen mogelijk waren en heeft met zijn opbouwende kritiek en nieuwe ideeën ervoor gezorgd dat mijn masterthesis een creatief en leesbaar stuk is geworden.

Natuurlijk wil ik een dankwoord uitspreken aan de kanunnik'ers en alle anderen die ervoor gezorgd hebben, dat Nijmegen voor mij een tweede thuis is geworden. In het bijzonder wil ik Stefan bedanken voor zijn onvoorwaardelijke steun. Ook gaat een speciaal woord van dank uit naar mijn ouders die de basis hebben gelegd voor deze prachtige reis en mij altijd het vertrouwen en de stimulans hebben gegeven om door te gaan.

Tot slot wil ik een ieder die hierboven niet genoemd staat, maar die wel een bijdrage heeft geleverd aan de totstandkoming van deze masterscriptie, bedanken.

Veel leesplezier.

Groningen juli 2011,  
Charlotte Luyckx



## Inhoudsopgave

<b>SAMENVATTING .....</b>	<b>1</b>
<b>AFKORTINGEN .....</b>	<b>3</b>
<b>DEFINIËRING .....</b>	<b>5</b>
<b>1 INLEIDEND KADER: GOEDE GEZONDHEIDSZORG EN GOED BESTUUR.....</b>	<b>7</b>
1.1 AANLEIDING.....	7
1.2 PROBLEEMSTELLING .....	8
1.3 MAATSCHAPPELIJKE EN WETENSCHAPPELIJKE RELEVANTIE .....	9
1.4 LEESWIJZER .....	10
<b>2 BELEIDSKADER.....</b>	<b>11</b>
2.1 INLEIDING .....	11
2.2 NATIONALE KADERS EN GOVERNANCE BINNEN DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG .....	11
2.3 UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM GRONINGEN.....	12
2.4 CONCLUSIE .....	14
<b>3 ZIEKENHUISORGANISATIE EN CLINICAL GOVERNANCE.....</b>	<b>15</b>
3.1 INLEIDING .....	15
3.2 DE ZIEKENHUISORGANISATIE .....	15
3.3 CLINICAL GOVERNANCE EN DE ZIEKENHUISORGANISATIE .....	16
3.4 CONCLUSIE .....	20
<b>4 IMPLEMENTATIE VAN CLINICAL GOVERNANCEBELEID EN DE INRICHTING VAN DE ORGANISATIE .....</b>	<b>21</b>
4.1 INLEIDING.....	21
4.2 BARRIÈRES BIJ DE IMPLEMENTATIE VAN CLINICAL GOVERNANCE-BELEID .....	21
4.3 LERENDE ORGANISATIE EN CLINICAL GOVERNANCE .....	23
4.4 AANPAK BARRIÈRES DOOR DE LERENDE ORGANISATIE EN ORGANISATIEKUNDIGE THEORIEËN.....	25
4.5 CONCLUSIE .....	28
<b>5 METHODOLOGISCH KADER.....</b>	<b>31</b>
5.1 INLEIDING .....	31
5.2 ONDERZOEKSDESIGN.....	31
5.3 ONDERZOEKSAANPAK .....	31
5.4 OPERATIONALISATIE.....	35
5.5 BETROUWBAARHEID, VALIDITEIT EN BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK .....	36
<b>6 TRAJECT VAN DE DUBBELE PATIËNTNUMMERS .....</b>	<b>37</b>
6.1 INLEIDING .....	37



6.2 KNELPUNT DUBBELE PATIËNTNUMMERS RADIOTHERAPIE.....	37
6.3 KNELPUNT DUBBELE PATIËNTNUMMERS KNO.....	37
6.4 DE AANPAK VAN HET KNELPUNT DUBBELE PATIËNTNUMMERS DOOR DE CIM .....	38
6.5 CONCLUSIE .....	39
<b>7 DE BARRIÈRES DIE OPTREDEN BIJ DE AANPAK VAN EEN KNELPUNT DOOR DE CIM .....</b>	<b>41</b>
7.1 INLEIDING .....	41
7.2 HET FUNCTIONEREN VAN DE CIM/DIM EN DE TAKEN VAN DE CIM .....	41
7.3 BARRIÈRES BIJ DE AANPAK VAN DE CIM .....	44
7.4 DE WERELD VAN DE PROFESSIONALS.....	50
7.4.1. Inleiding.....	50
7.5 CONCLUSIE .....	52
<b>8 CONCRETE MAATREGELEN TER OPTIMALISERING VAN HET IMS .....</b>	<b>55</b>
8.1 INLEIDING .....	55
8.2 CONCRETE MAATREGELEN PER BARRIÈRE .....	55
8.3 DE CIM ALS BLACK BOX .....	57
8.4 DE NIET-PROFESSIELE DIMS.....	57
8.5 INTERACTIE TUSSEN DIMS.....	58
<b>9 CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN.....</b>	<b>59</b>
9.1 INLEIDING .....	59
9.2 BEANTWOORDING HOOFD- EN DEELVRAGEN .....	59
9.3 AANBEVELINGEN.....	62
9.4 AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK .....	64
<b>REFERENTIES .....</b>	<b>65</b>
BIJLAGE 1 DE ELEMENTEN VAN EEN ORGANISATIE VOLGENS MINTZBERG.....	69
BIJLAGE 2 DE PROFESSIONELE BUREAUCRATIE .....	70
BIJLAGE 3 ORGANOGRAM UMCG .....	71
BIJLAGE 4 DE DIVISIESTRUCTUUR.....	72
BIJLAGE 5 INTERVIEWGUIDE KNELPUNT RADIOTHERAPIE .....	73
BIJLAGE 6 INTERVIEWGUIDE ANALIST KNELPUNTEN RADIOTHERAPIE EN KNO .....	74
BIJLAGE 7 INTERVIEWGUIDE VERKLARENDE FASE .....	76
BIJLAGE 8 INTERVIEWGUIDE WERKVLOER .....	78
BIJLAGE 9 ONDERZOEKSPAN FOCUSGROEP .....	79
BIJLAGE 10 HANDLEIDING FOCUSGROEP .....	80
BIJLAGE 11 LIJST RESPONDENTEN NAAR FUNCTIE .....	81
BIJLAGE 12 COMMUNICATIE KNELPUNT DUBBELE PATIËNTNUMMERS RADIOTHERAPIE .....	82
BIJLAGE 13 COMMUNICATIE KNELPUNT DUBBELE PATIËNTNUMMERS KNO .....	83



## Samenvatting

In dit onderzoek is er gekeken naar de organisatie rondom het incidenten managementsysteem [IMS] binnen het Universitair Medisch Centrum Groningen [UMCG]. In de wetenschap wordt Clinical Governance vaak gerelateerd aan het National Health System in Engeland. Bij Clinical Governance gaat het om een robuust framework dat gericht is op het aannemen van een cultuur van gedeelde verantwoordelijkheid voor het behouden en verbeteren van de kwaliteit van diensten en uitkomsten voor zowel patiënt als staf. In dit onderzoek wordt er gekeken naar de Clinical Governance binnen de Nederlandse context, en meer specifiek gezien binnen het UMCG.

Om beleids- en organisatievraagstukken binnen het UMCG te begrijpen is er allereerst gekeken naar kenmerken van een ziekenhuisorganisatie. Uit de literatuurstudie komt naar voren dat ziekenhuizen worden gekenmerkt door een grote groep autonome professionals. Dit zorgt ervoor dat de organisatie bestaat uit verschillende werelden, waarbij de wereld van de professionals en de managementwereld de belangrijkste en grootste zijn. Ook het concept Clinical Governance blijkt verdeeld. Naast het eerder benoemde idee van Clinical Governance, is er nog een aspect dat geschaard kan worden onder Clinical Governance: Hospital Governance. Deze vorm van Governance wordt gekenmerkt door procedures en protocollen, die worden opgesteld door ziekenhuizen om het idee van Clinical Governance te objectiveren en concretiseren. Deze vorm ontstaat door van hoger hand opgelegde eisen, wordt gekenmerkt door een top-down structuur en dient vaak als meetpunt/aangrijpingspunt voor buitenstaanders zoals het IGZ. Er kan worden gesteld dat Clinical Governance voornamelijk op de werkvloer en in de maatschappij ontstaat en dat het management zich voornamelijk bezighoudt met het top-down gestructureerde Hospital Governance. Deze verdeeldheid binnen de ziekenhuisorganisatie en het concept

van Clinical Governance kan zorgen voor problemen bij het functioneren van de organisatie en het implementeren van beleid gericht op Clinical Governance. Voor goede implementatie is het van belang dat deze werelden aan elkaar gekoppeld worden door een zogenaamde 'linking-pin'. Om deze linking-pin optimaal te laten functioneren, moet er worden gekeken naar de barrières die kunnen optreden bij de implementatie van Clinical Governance-beleid. Deze barrières zijn te vinden in organisatiecultuur, management, leiderschap, communicatie, steun en kennis, training en educatie.

Om het functioneren van het IMS in kaart te brengen, is er gekeken naar de casus 'dubbele patiëntnummers'. Ondanks het feit dat de betrokkenen de aanpak van dit knelpunt niet als erg problematisch willen duiden, zien zij toch enkele punten die het soepele verloop, en daarmee het optimaal functioneren van het IMS, in de weg staan. Zo speelt het feit dat er geen maximale reactietijd is voor de communicatie van de actiehouders en gremia een belemmerende rol. Hierdoor wordt er in dit geval maandenlang over het knelpunt gecommuniceerd zonder dat er iets concreets gebeurt. Ook het feit dat Centrale Incidenten Melding-commissie [CIM] 'slechts' een adviserende rol heeft zorgt ervoor dat een daadwerkelijke aanpak van dit knelpunt niet kan worden gewaarborgd. Middels interviews gekeken door welke barrières het huidige IMS functioneert zoals zij functioneert en welke maatregelen er moeten worden genomen op het IMS te optimaliseren.

Op basis van de interviewresultaten kan worden geconcludeerd dat organisatiecultuur niet een barrière vormt voor het functioneren van het IMS. Management vormt wel een barrière. Het gaat hier niet zozeer om de daadwerkelijke implementatie van knelpunten, omdat deze volgens de

respondenten niet door de CIM moet worden gedaan, maar meer om rol van de CIM als procesbegeleider en coördinator. Ook leiderschap en communicatie vormen duidelijk een barrière voor het goed functioneren van de CIM. Deze barrières worden zowel door betrokkenen rondom het IMS als ook door overige medewerkers en de professionals onderscheiden. Training, educatie en kennis vormen voornamelijk een barrière bij enkele Decentrale Incidenten Melding-commissies, waardoor het een barrière vormt voor het optimaal functioneren van het IMS. En ook de laatste barrière, steun, is terug te vinden binnen het UMCG. Het gaat dan voornamelijk om gebrek aan steun van hogere gremia binnen de organisatie; de werkvloer geeft aan wel voldoende steun te bieden voor het IMS. Daarnaast is er nog een barrière die het optimaal functioneren van het IMS belemmert, maar welke niet in de literatuur wordt benoemd. Dit is de barrière verantwoordelijkheid. Bij veel zaken rondom het IMS bestaat onduidelijkheid over de verantwoordelijkheidsvraag. Deze heeft vooral betrekking op de vraag wie ervoor moet zorgen dat de DIMs op niveau komen, wie bepaalt wanneer een DIM op niveau is en wie de interacties tussen DIMs zou moeten coördineren en faciliteren.

Concrete maatregelen die genomen kunnen worden om het functioneren van het IMS te optimaliseren zijn: een maximale reactietijd, de CIM op de hoogte worden houden van de aanpak door actiehouders, de CIM een dossier van knelpunten laten aanmaken en de melder daarnaar verwijzen, de voorzitter van de CIM zitting laten nemen in de Expertgroep Kwaliteit, de CIM een prominentere plaats binnen de organisatie geven, de CIM voorzitter de missie en visie van de CIM laten communiceren naar de stakeholders, de CIM de betrokken actiehouders in een vroegtijdig stadium bij de aanpak van een knelpunt laten betrekken, de DIMs laten zorgen voor een goede inter-persoonlijke relatie met de werkvloer, de DIMs onderling contact laten hebben en op niveau laten komen, middelen beschikbaar stellen om de CIM en DIM goed te laten functioneren en het IMS moet toegankelijker worden gemaakt.

Naar aanleiding van dit onderzoek zou het waardevol zijn om te bekijken op welke manier de CIM beter kan omgaan met de informatie die zij vanuit de DIMs binnenkrijgt, op welke manier de aanbevelingen in de praktijk kunnen worden gebracht, hoe bepaald kan worden welke DIMs goed functioneren en hoe daarvan geleerd kan worden en of Clinical Governance en Hospital Governance dichter bij elkaar gaan liggen en wellicht in elkaar opgaan, naarmate het IMS steeds beter gaat functioneren.

## Afkortingen

AZG	Academisch Ziekenhuis Groningen	VMS	Veiligheidsmanagementsysteem
BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg	VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
BOZ	Brancheorganisatie Zorg	WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
BSN	Burger Service Nummer		
CdC	Chefs de Clinique		
CIM	Centrale Incidenten Melding-commissie		
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie		
DIM	Decentrale Incidenten Melding-commissie		
IGZ	Inspectie voor de gezondheidszorg		
IMS	Incidenten managementsysteem		
KNO	Keel Neus Oor		
NFU	Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra		
RUG	Rijksuniversiteit Groningen		
UMC's	Universitair Medische Centra's		
UMCG	Universitair Medisch Centrum Groningen		



## Definiëring

Hieronder volgt een definitie of beschrijving van de belangrijkste begrippen. In hoofdstuk vijf volgt een operationalisering van deze begrippen voor dit onderzoek.

### Ziekenhuis

Een ziekenhuis is een instelling waar zieken worden verzorgd en waar professionele gezondheidszorg wordt verleend. In Nederland zijn er twee soorten ziekenhuizen: academische en perifere ziekenhuizen. Een academisch ziekenhuis (ook wel Universitair Medisch Centrum) is een ziekenhuis dat verbonden is aan een Universiteit. Dit betekent dat onderzoek en onderwijs, naast het aanbieden van gezondheidszorg, centraal staan. Naast de basiszorg bieden deze ziekenhuizen vaak ook zorg voor hoogcomplexere ziektebeelden ([www.nfu.nl](http://www.nfu.nl)). Nederland kent acht academische ziekenhuizen, waarvan het UMCG er een is. Daarnaast zijn er perifere ziekenhuizen (ook wel streekziekenhuizen of algemene ziekenhuizen genoemd), welke niet zijn verbonden aan een Universiteit. Deze ziekenhuizen bieden basiszorg voor een bepaalde stad of streek ([www.thesauruszorgenwelzijn.nl](http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl)).

### (Patiënt) veiligheid en kwaliteit van zorg

Binnen het UMCG wordt de volgende definitie gehanteerd voor patiëntveiligheid: “Het nagenoeg ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk/psychisch) die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van de hulpverleners en/of door tekortkoming van het zorg systeem” ([www.veilgezorgiederszorg.nl](http://www.veilgezorgiederszorg.nl)). Bij kwalitatief goede zorg gaat het voornamelijk om verantwoorde zorg. Dit is zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt (Kwaliteitswet zorg, 1996, artikel 2).

### (Bijna)incidenten en (ziekenhuisbrede) knelpunten

Een incident is een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid of zou kunnen leiden. Bij een bijna-incident heeft de patiënt geen schade opgelopen omdat er bijvoorbeeld tijdig is gecorrigeerd (CIM, 2010a, p.6). Binnen dit onderzoek wordt er bij incidenten gekeken naar (bijna) incidenten die via het IMS worden gemeld. Deze incidenten vallen uiteen in medicatie-incidenten, valincidenten en overige incidenten (CIM, 2010a, p.12). Incidenten kunnen leiden tot knelpunten. Met een knelpunt wordt een moeilijke situatie aangeduid. Ziekenhuisbrede knelpunten zijn knelpunten die op meerdere plaatsen in het ziekenhuis optreden en met een ziekenhuisbrede maatregel kunnen worden verholpen.

### Verbetervoorstellen en implementatie

Een verbetervoorstel is een voorstel dat de huidige situatie moet verbeteren. Binnen dit onderzoek worden verbetervoorstellen gezien als vervolg op de incidentenafhandeling in het systeem. Verbetervoorstellen kunnen door de DIMs worden opgesteld, maar kunnen ook door de CIM worden voorgesteld, doordat de CIM aandacht vraagt voor een knelpunt en hier een oplossing (in de vorm van een verbetervoorstel) voor vraagt. Dit onderzoek zal zich op de laatste vorm van verbetervoorstellen richten. Vervolgens moeten deze voorstellen geïmplementeerd worden. Implementatie is “het toepassen van de gekozen middelen voor de gekozen doeleinden” (Hoogerwerf, 2003, p. 26). In dit onderzoek zal met implementatie vooral het teweeg brengen van en het communiceren van oplossingen voor een ziekenhuisbreed knelpunt bedoeld worden.

### **Dubbele patiëntnummers**

Er is sprake van dubbele patiëntnummers wanneer een patiënt twee of meer ziekenhuisnummers heeft. Dit kan ontstaan door problemen bij de invoering van patiënten en in spoedsituaties.

### **Professionals**

Een professional is iemand die zowel over bepaalde vaardigheden als ook over bepaalde systematische en technische kennis beschikt. Bovendien wordt een groep professionals vaak gekenmerkt door bepaalde normen en 'groepsregels' (Wilensky, 1964, p. 138). In dit onderzoek zijn de professionals de mensen die direct bij het zorgproces betrokken zijn, zoals artsen en verpleegkundigen.

### **Bestuurders en beleidsmakers**

In het onderzoek wordt ook de managementwereld onderscheiden. Deze wereld bestaat onder andere uit beleidsmakers en bestuurders, welke zich niet direct met het praktische zorgproces bezighouden, maar meer met de aansturing en coördinatie ervan.

### **Gremia (enkelvoud: gremium)**

Een gremium is een (advies) orgaan binnen een organisatie of instelling. Binnen het UMCG zijn verschillende gremia te onderscheiden waaronder het stafconvent, de Chefs de Clinique, netwerk zorg, Expertgroep Kwaliteit etc. (Jans, van Huizen & Noord, 2011, p.4)

### **Barrière**

Een barrière wordt geformuleerd als 'een obstructie, een hek of een muur, welke iets apart houdt of scheidt' (Collins, 1987, p.67). In dit onderzoek is er sprake van een blokkade of barrière wanneer iets geen doorgang kan krijgen doordat het tegengehouden wordt door iets dat eerst overwonnen moet worden voordat je verder kunt.

### **Organisatiecultuur**

Organisatiecultuur is het feitelijke gedrag van de medewerkers van een organisatie, dat voortkomt uit een stelsel van

impliciete en expliciete veronderstellingen, waarden en normen (Caluwé en Vermaak, 2010, p.261).

### **Managen van veranderingen**

Bij managen gaat het om het leiden van een groep mensen om gezamenlijk een bepaald doel te bereiken. Bij management veranderingen wordt er leiding gegeven aan een verandering.

### **Leiderschap**

Leiderschap kan op verschillende manieren worden bekeken. In dit onderzoek wordt er onder leiderschap verstaan: 'het succesvol implementeren van verandering door invloedrijke en inter-persoonlijke relaties op te bouwen, om veranderingen door te voeren met een sterke visie en het bouwen van een sterk netwerk om dingen gedaan te krijgen door anderen' (Goodwin, 2006, p.9).

### **Communicatie**

Communicatie kan worden gezien als een transmissie van informatie van de ene partij naar de andere (Denhardt, Denhardt en Aristigueta, 2009, p. 337).

### **Training, educatie en kennis**

Bij training, educatie en kennis gaat het om de mate van informatie en vaardigheden waarover medewerkers beschikken.

### **Steun**

Steun houdt in dat medewerkers ergens achter staan en ergens draagvlak voor vormen.



## 1 Inleidend kader: goede gezondheidszorg en goed bestuur

*“De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid”*

*(Artikel 22:1, Grondwet voor het Koninkrijk der Nederlanden, 1983)*

### 1.1 Aanleiding

Alle burgers hebben recht op een goede gezondheidszorg. Zoals uit bovengenoemd wetsartikel blijkt, is de Nederlandse overheid verplicht om maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid te treffen. De overheid is groten-deels niet zelf de aanbieder van gezondheidszorg, wat ertoe leidt dat zij toezicht houdt op de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg. Op deze manier voldoet zij toch aan de wettelijke verplichting om bij te dragen aan de bevordering van de gezondheidszorg. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS] heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg [IGZ] belast met het handhaven van de kwaliteit van zorg ([www.igz.nl-a](http://www.igz.nl-a)). Dit gebeurt onpartijdig, deskundig, zorgvuldig en onafhankelijk van politieke kleur of heersend zorgstelsel. Het IGZ geeft het toezicht vorm door middel van het beoordelen van prestatie-indicatoren van ziekenhuizen, het analyseren en behandelen van meldingen van calamiteiten en door het uitvoeren van onderzoek naar risicovolle gebieden. Ook controleert het IGZ de patiëntveiligheid van ziekenhuizen en wordt er toegezien op de veiligheidsmanagementsystemen en verbeteracties die ziekenhuizen introduceren ([www.igz.nl-b](http://www.igz.nl-b)).

De context waarin de gezondheidszorg zich afspeelt is de laatste jaren erg veranderd. Midden jaren negentig is er in verschillende landen, waaronder Nederland, de behoefte ontstaan om kritisch te kijken naar de organisatie van de gezondheidszorg. Onder andere door het maatschappelijke belang van de gezondheidszorg, de toenemende mondigheid van patiënten en de wens en de noodzaak belanghebbenden invloed te laten uitoefenen op de beleidskeuzen en de beleidsuitvoering ontstond binnen het werkveld van de zorg en de maatschappij de behoefte aan een vorm van

Corporate Governance voor de gezondheidszorg. In 1999 is daarom de commissie health care Governance o.l.v. Pauline Meurs opgericht, welke het begrip ‘Clinical Governance’ voor de Nederlandse gezondheidszorg heeft uitgewerkt in aanbevelingen. Clinical Governance kan worden gezien als paraplubegrip waaronder alle initiatieven ter verbetering van de patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg vallen, zoals het veiligheidsmanagementsysteem en het melden van incidenten. Op basis van het rapport van de Commissie Meurs is er door de Brancheorganisatie Zorg [BOZ] een ‘Zorgbrede Governancecode’ opgesteld. In 2005 hebben alle UMC’s zich bij deze Governancecode aangesloten (Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra [NFU], 2010, p2). Deze code levert ingrediënten voor goed bestuur en toezicht en stelt ziekenhuizen in staat om zelfregulering toe te passen. De sector wil met deze code dan ook bereiken dat de overheid de sector voldoende ruimte geeft om adequate invulling te geven aan maatschappelijk ondernemen (BOZ, 2009, p.12). Naar aanleiding van de aanbevelingen van de Commissie Meurs heeft de Minister per 1 januari 2006 wettelijke transparantie-eisen over bestuursstructuur en bedrijfsvoering voor zorginstellingen geformuleerd in de Wet Toelating Zorginstellingen [WTZi]. Hierdoor zijn de zorginstellingen verplicht om verantwoording af te leggen over de wettelijke transparantie-eisen en Governance binnen de organisatie ([www.non-profitGovernance.nl](http://www.non-profitGovernance.nl)). Ziekenhuizen worden door de overheid gestimuleerd om transparant te zijn en aandacht te besteden aan Good Governance binnen de eigen zorginstelling. Deze eis moet ervoor zorgen dat de kwaliteit van zorg en de veiligheid van de patiënt binnen elke zorginstelling wordt gewaarborgd.

In het kader van de verschillende wet- en regelgeving heeft het Universitair Medisch Centrum Groningen [UMCG] een veiligheidsmanagementsysteem [VMS] ontwikkeld. Een onderdeel van het VMS is het incidenten managementsysteem [IMS], welke in 2006 in het Beleidskader ‘Veilig (Incidenten) Melden’ is vastgesteld. De bedoeling van dit systeem is dat medewerkers digitaal (bijna) incidenten met patiënten melden (CIM, 2010a, p.4). Om deze incidenten

goed af te handelen en ze als ziekenhuisbreed leerpunt te kunnen gebruiken is er binnen het UMCG een Centrale Incidenten Melding-commissie [CIM] opgericht en is de afdelingen verzocht een Decentrale Incidenten Melding-commissie [DIM] op te richten. Daarvoor bestond binnen het UMCG de FONA-commissie (Fouten, Ongevallen en Near-accidents). Op dit moment is men binnen het UMCG begonnen met een evaluatie van het beleidskader veilig (incidenten) melden. Onderdeel daarvan is het evalueren van de CIM/DIM organisatie. De vraag die er binnen het UMCG speelt is wat er moet gebeuren om het IMS zo optimaal mogelijk te laten functioneren, zodat het UMCG een lerende organisatie kan zijn. Om deze vraag te beantwoorden is het van belang om te kijken naar de inrichting van de organisatie en de context waarin de organisatie zich bevindt. Zo kan er onder andere gekeken worden naar de vraag welke invloed toenemende privatisering, commercialisering en internationalisering hebben op het melden van incidenten binnen het ziekenhuis. Bovendien dient er te worden gekeken of het idee van Clinical Governance, waaruit incidenten melden voortvloeit, wordt gedeeld binnen de organisatie, of dat er verschillende opvattingen over bestaan.

Tijdens mijn masterspecialisatie 'Good Governance' is veel aandacht besteed aan goed bestuur. Hierbij is zowel naar de ethische als ook de institutionele kant van goed bestuur gekeken. Er is allereerst stilgestaan bij de elementen van Good Governance, waaronder democratie en participatie, integriteit, de rechtsstaat, transparantie en effectiviteit van bestuur. Vervolgens is er gekeken naar interventies en Good Governance en Good Governance op bepaalde beleidsterreinen. Bij deze laatste twee thema's kwamen onder andere zelfregulering en Good Governance binnen de gezondheidszorgsector aan bod. Aansluitend op de thema's die in de masterspecialisatie besproken zijn is het voor mij erg interessant om te bekijken hoe de zelfregulering van ziekenhuizen verloopt, betreffende Clinical Governance. Ook in deze masterthesis wordt er enerzijds gekeken naar de institutionele en organisationele kant van Clinical Governance maar ook naar de cultuur van de organisatie en de ideeën die er spelen op de werkvloer. In dit onderzoek worden vaardigheden die in de opleiding Bestuurskunde zijn aangeleerd, zoals het maken van een analyse van de organisatie en casus en het maken van een evaluatie en implementatieplan, toegepast.

## 1.2 Probleemstelling

Om een goede patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg te garanderen is het van belang dat er geleerd wordt van meldingen over patiëntveiligheid, om zo ernstige incidenten te voorkomen. Het is dan wel zo effectief en efficiënt wanneer er niet alleen binnen afdelingen geleerd wordt van de daar gedane meldingen, maar dat er ziekenhuisbreed lessen uit (bijna) incidenten getrokken worden. Het is daarom zaak dat de verschillende afdelingen ziekenhuisbrede knelpunten doorgeven aan de CIM, waarna deze het knelpunt oplost door zelf stappen te ondernemen of de verschillende gremia en actiehouders te benaderen om stappen te ondernemen. Hierdoor werken niet alle afdelingen op 'hun eigen eilandje' maar kan er ziekenhuisbreed geleerd worden. Om te zorgen dat DIMs gemotiveerd worden om goede kwartaalrapportages af te leveren is het van belang dat voor de werkvloer duidelijk is wat er gebeurt met de aangedragen knelpunten. Het is daarom belangrijk dat UMCG-brede voorstellen vanuit de CIM vertaald worden naar concrete maatregelen, welke geïmplementeerd worden en op de werkvloer landen en beklijven. Op deze manier is het mogelijk om ziekenhuisbrede knelpunten ook daadwerkelijk ziekenhuisbreed aan te pakken en op die manier een bijdrage te leveren aan het idee van Clinical Governance binnen het UMCG. Om in kaart te brengen hoe ziekenhuisbrede voorstellen het beste kunnen worden aangepakt en welke barrières er zijn bij het implementeren van ziekenhuisbrede maatregelen, is het bovendien noodzakelijk om na te gaan hoe deze implementatie in de praktijk verloopt. In dit onderzoek wordt daarom gekeken naar de implementatie van voorstellen rondom knelpunten met dubbele patiëntnummers (zie hoofdstuk 6). Het in kaart brengen van de aanpak van dit knelpunt en de moeizame momenten in dit traject, leidt uiteindelijk tot algemene aanbevelingen over het functioneren van de CIM, waardoor de organisatie van de IMS wordt geoptimaliseerd. De probleemstelling, welke de vraagstelling en doelstelling omvat, zal sturing geven aan het gehele onderzoek en kan als volgt worden geformuleerd:

### Doelstelling

Inzicht verkrijgen in de barrières die zich voor doen bij de implementatie van oplossingen voor ziekenhuisbrede knel-

punten, specifiek naar knelpunten rondom dubbele patiëntnummers, en het functioneren van de CIM teneinde te komen tot aanbevelingen voor maatregelen die moeten worden genomen om barrières aan te pakken en het IMS te optimaliseren.

### **Vraagstelling**

Welke maatregelen moeten er worden genomen in het UMCG om de aanpak van ziekenhuisbrede voorstellen en de implementatie van verbetervoorstellen te bevorderen en het IMS optimaler te laten functioneren, meer specifiek ten aanzien van knelpunten rondom dubbele patiëntnummers?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden dienen een aantal aspecten te worden bestudeerd en onderzocht. Zo is het van belang om te bekijken wat er in de literatuur bekend is over de organisatie van ziekenhuizen en Clinical Governance en hoe deze zich tot elkaar verhouden. Vervolgens zullen de barrières die kunnen optreden bij implementatie van Clinical Governance in kaart worden gebracht. Hierna wordt gekeken of er elementen van 'de lerende organisatie' kunnen worden gebruikt bij het oplossen van barrières die zich tijdens de implementatie voordoen. Naast theoretische vragen, moeten er ter beantwoording van de onderzoeksvraag ook empirische deelvragen worden gesteld. Er wordt daarom vervolgens gekeken welke stappen er gezet worden in het traject rondom dubbele patiëntnummers en waar deze aanpak vastloopt. Daarna wordt er gekeken welke barrières zich voordoen bij de aanpak van knelpunten en verbetervoorstellen door de CIM. Als laatste wordt er gekeken naar de maatregelen die moeten worden genomen om het IMS te optimaliseren.

De theoretische deelvragen kunnen als volgt geformuleerd worden:

1. Wat is er in de literatuur bekend over de organisatie van een ziekenhuis en hoe verhoudt deze organisatievorm zich tot Clinical Governance?
2. Wat is er in de literatuur bekend over barrières die kunnen optreden bij de implementatie van Clinical Governance-beleid?
3. Welke oplossingen worden er in de literatuur over 'de lerende organisatie' aangedragen voor de barrières die

kunnen optreden bij de implementatie van Clinical Governance-beleid?

De empirische deelvragen kunnen als volgt geformuleerd worden:

4. Welke stappen worden er gezet om knelpunten rondom dubbele patiëntnummers ziekenhuisbreed op te lossen en waar loopt deze aanpak vast?
5. Welke barrières doen zich voor bij de CIM aanpak van knelpunten, specifiek gekeken naar dubbele patiëntnummers?
6. Welke maatregelen moeten er worden genomen om de organisatie van het IMS te optimaliseren?

### **1.3 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie**

Voor de Bestuurskunde, het vakgebied dat zich bezighoudt met vraagstukken van bestuur en beleid, is dit onderzoek om de volgende redenen relevant. Er wordt in dit onderzoek gekeken naar een uitwerking van zelfregulering door het ziekenhuis en de mogelijke verbeteringen die in deze procedure kunnen worden aangebracht. De verbeteringen moeten, zoals eerder beschreven, leiden tot een betere ziekenhuisbrede aanpak en als gevolg daarvan een betere patiëntenzorg en meer patiëntveiligheid. Er kan dan ook worden gesteld dat dit onderzoek maatschappelijk relevant is: iedereen is immers gebaat bij een goede patiëntenzorg en patiëntveiligheid. Ook komt de wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek op andere facetten tot uiting. Zo is in de literatuur Clinical Governance vaak gerelateerd aan het National Health System in Groot-Brittannië. In dit onderzoek zal er naar Clinical Governance gekeken worden vanuit het belang van het Universitair Medisch Centrum te Groningen. Ook wordt er in dit onderzoek gekeken of theorieën rondom Clinical Governance en theorieën rondom de lerende organisatie, ondanks tegenstrijdigheden, met elkaar te verenigen zijn. Bovendien wordt er in dit onderzoek een nieuwe vorm van Clinical Governance onderscheiden, te weten Hospital Governance.

#### 1.4 Leeswijzer

In deze paragraaf wordt aangegeven op welke wijze het onderzoek vorm heeft gekregen en welke vraagstukken in de verschillende hoofdstukken worden behandeld. Het eerste hoofdstuk bestaat uit een inleiding op het onderwerp Clinical Governance en de reactie daarop van het UMCG, waarbij specifiek aandacht is besteed aan de opbouw van het verdere onderzoek. Het tweede hoofdstuk bestaat uit het beleidskader, waarin de nationale kaders worden geschetst en wordt gekeken naar de organisatie van het UMCG en de rol van Clinical Governance daarin. Het derde en vierde hoofdstuk bevat het theoretisch kader van dit onderzoek. Hierin wordt allereerst stilgestaan bij de vraag wat er in de literatuur bekend is over de ziekenhuisorganisatie en Clinical Governance en hoe deze twee zich tot elkaar verhouden. Vervolgens wordt er gekeken welke barrières er kunnen optreden bij de implementatie van Clinical Governance-beleid en wat er geleerd kan worden van theorieën rondom de lerende organisatie. In het vijfde hoofdstuk wordt het methodologisch kader dat ten grondslag ligt aan dit onderzoek uiteengezet. In hoofdstuk zes wordt er vervolgens gekeken naar de stappen die worden gezet om problemen rondom dubbele patiëntnummers op te lossen. Hoofdstuk zeven zal zich richten op de barrières die zich voordoen bij de implementatie van oplossingen voor ziekenhuisbrede knelpunten. In hoofdstuk acht worden concrete maatregelen genoemd ter verbetering van het IMS. Het onderzoek wordt in hoofdstuk negen, de conclusie en aanbevelingen, afgesloten met de beantwoording van de hoofd- en deelvragen die centraal staan in het onderzoek.

Onderzoeks- onderdeel	Hoofdstukken	Centraal staat
Inleiding	Hoofdstuk 1	Introductie onderwerp
	Hoofdstuk 2	Beleidskader
Theoretisch kader	Hoofdstuk 3	Deelvraag 1
	Hoofdstuk 4	Deelvraag 2 en Deelvraag 3
Methodologisch kader	Hoofdstuk 5	Onderzoeks- methoden
	Hoofdstuk 6	Deelvraag 4
Datapresentatie en analyse	Hoofdstuk 7	Deelvraag 5
	Hoofdstuk 8	Deelvraag 6
Conclusie en Discussie	Hoofdstuk 9	Hoofd- en deel- vragen en aanbe- velingen

**Tabel 1** Schematische weergave van onderzoeksopzet

## 2 Beleidskader

*“Ik verwacht dat kwaliteit en veiligheid de komende jaren steeds belangrijker worden en dat bestuurders vaker positie zullen innemen ten opzichte van medisch specialisten”  
(Meurs, 2009, Zorgvisie)*

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal worden gekeken naar de organisatie van het UMCG en de kaders waarbinnen deze functioneert. In paragraaf 2.2.1 worden allereerst de nationale kaders van de gezondheidszorg beschreven. Vervolgens wordt er in paragraaf 2.2.2 gekeken naar Governance binnen de gezondheidszorgsector. In paragraaf 2.3.1 wordt de organisatie van het UMCG beschreven. Hierna wordt er in paragraaf 2.3.2 gekeken naar Clinical Governance binnen het UMCG, waarbij het veiligheidsmanagementsysteem, het incidenten managementsysteem en de CIM/DIM organisatie wordt besproken. Daarna wordt er in paragraaf 2.3.3 gekeken naar de casus dubbele patiëntnummers. Het hoofdstuk wordt in paragraaf 2.4 afgesloten met een conclusie.

### 2.2 Nationale kaders en Governance binnen de Nederlandse gezondheidszorg

#### 2.2.1 Nationale kaders gezondheidszorg

Zoals in de inleiding beschreven hebben alle burgers recht op goede gezondheidszorg en is de overheid verantwoordelijk voor het treffen van maatregelen ter bevordering hiervan. Op landelijk niveau worden door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS] de kaders voor ‘goede gezondheidszorg’ gesteld middels wetgeving en regelgeving. De wetgeving en regelgeving is onder andere te vinden in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, Kwaliteitswet Zorginstellingen, Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg [BIG], Wet bescherming Persoonsgegevens, Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector, Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen etc. Deze wetgeving en regelgeving leiden onder andere tot de ver-

plichting om kwalitatief goede zorg te bieden en de patiëntveiligheid te garanderen. Het Ministerie van VWS heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg [IGZ] belast met het handhaven van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid ([www.igz.nl-a](http://www.igz.nl-a)). Er wordt toegezien op het veiligheidsmanagementsysteem en verbeteracties die ziekenhuizen introduceren ([www.igz.nl-b](http://www.igz.nl-b)). Nederland kent een zorgstelsel waarin iedereen verplicht verzekerd is. Er is een basisverzekering die voor iedereen gelijk is en er bestaat de mogelijkheid om aanvullend bij te verzekeren ([www.azm.nl](http://www.azm.nl)). Ziekenhuizen worden gefinancierd door middel van een bekostiging- en honoreringssysteem, welke gebaseerd is op Diagnose Behandeling Combinatie [DBC] en welke het mogelijk maakt om de ‘kosten’ van zorg in kaart te brengen. Het systeem vergemakkelijkt onderhandelingen tussen zorgverzekeraars, ziekenhuizen en medisch specialisten over volume, prijs en kwaliteit doordat producten medisch herkenbaar en kostenhomogeen zijn ([www.dixis.nl](http://www.dixis.nl)). De Nederlandse gezondheidszorg gaat daarmee steeds meer in de richting van een zorgmarkt waarin er verschillende partijen actief zijn: de overheid en de IGZ als toezichthouders, de ziekenhuizen en andere zorginstellingen als aanbieder, de patiënt als cliënt en de zorgverzekeraar als vertegenwoordiger van de cliënt en daarmee als vrager op de zorgmarkt.

#### 2.2.2 Governance binnen de Nederlandse gezondheidszorg

In 1997 zijn door de commissie Peters aanbevelingen gedaan voor Corporate Governance in Nederland. Het gaat dan om beïnvloeding door belanghebbenden over de gang van zaken binnen ondernemingen en ‘checks and balances’ binnen een onderneming. Dit idee van Corporate Governance bleek weinig aftrek te vinden in het Nederlandse bedrijfsleven. Pas na enkele schandalen is de aandacht voor Corporate Governance ontstaan (Aartsen, Keet & Peij, 2006, p.1). De commissie Tabaksblat heeft uiteindelijk in 2003 de Corporate Governancecode gepresenteerd, welke van toepassing is op alle vennootschappen met statutaire zetel in Nederland en waarvan aandelen of certificaten van aandelen zijn toegelaten tot de officiële notering van een door overheidswege erkende effectenbeurs (commissie-

CorporateGovernance.nl, p.5). Ook in de publieke sector ontstaat er steeds meer aandacht voor (Good) Governance. Bij Publiek Governance gaat het om 'het waarborgen van onderlinge samenhang van de wijze van sturen, beheersen en toezicht houden van organisaties in de publieke sector, gericht op efficiënte en effectieve realisatie van beleidsdoelstellingen, alsmede het daarvoor op een open wijze communiceren en verantwoording afleggen ten behoeve van belanghebbenden' (Bossert, in Aartsen, 2006, p.2).

In 1999 is de commissie health care Governance o.l.v. Pauline Meurs in het leven geroepen omdat een aantal toezichthouders en bestuurders binnen en buiten de gezondheidszorg en enkele wetenschappers en bestuurskundigen het de moeite waard achtten Corporate Governance te vertalen naar de gezondheidszorg. Deze behoefte aan health care Governance (ook wel Clinical Governance genoemd) ontstond volgens de commissie door het maatschappelijk belang van gezondheidszorg, toenemende mondigheid van patiënten en de individualisering van het cliëntensysteem, verschuivende patronen in wederzijdse afhankelijkheden tussen de publieke, private en professionele sferen, de wens en de noodzaak belanghebbenden invloed te laten uitoefenen op de beleidskeuzen en de beleidsuitvoering door zorgorganisaties, de schaalvergroting in de zorg en de grotere interne en externe complexiteit van de zorgorganisatie en het ontbreken van wettelijke kaders gericht op het toezicht in en op de instelling (Commissie health care Governance 1999, p.20). De commissie formuleerde vervolgens het concept Health Care Governance als:

*'Een stelsel van spelregels en omgangsvormen voor goed bestuur van en goed toezicht op zorgorganisaties, en van adequate verantwoording aan en beïnvloeding door belanghebbenden van de wijze waarop de zorgorganisatie haar doelen realiseert en kwalitatief verantwoorde en doelmatige zorg levert.'* (Commissie health care Governance 1999, p.20).

Naar aanleiding van de aanbevelingen van de Commissie Meurs heeft de Minister per 1 januari 2006 wettelijke transparantie-eisen over bestuursstructuur en bedrijfsvoering voor zorginstellingen geformuleerd in de Wet Toelating Zorginstellingen [WTZi]. Hierdoor zullen de

zorginstellingen verantwoording afleggen over de wettelijke transparantie-eisen en Governance (www.non-profitGovernance.nl). Ziekenhuizen worden door de overheid gestimuleerd om transparant te zijn en aandacht te besteden aan Good Governance binnen de eigen zorginstelling. Deze eis moet ervoor zorgen dat de kwaliteit van zorg en de veiligheid van de patiënt binnen elke zorginstelling wordt gewaarborgd. Om aan de gestelde overheids-eisen en branche-eisen te voldoen hebben alle UMC's zich in 2005 aangesloten bij de zorgbrede Governancecode (NFU, 2010, p.2). Volgens Putters neemt het toezicht van de markt, de overheid en de samenleving steeds meer toe, wat enerzijds leidt tot meer nadruk op betrokkenheid van stakeholders en anderzijds meer hiërarchische en sanctionerende sturing door toezichthouders van bovenaf (van der Hart, 2011, p. 119).

## 2.3 Universitair Medisch Centrum Groningen

### 2.3.1 Organisatie

Op 9 april 2002 hebben de RijksUniversiteit Groningen [RUG] en het Academisch Ziekenhuis Groningen [AZG] een intentieverklaring getekend om samen het Universitair Medisch Centrum Groningen [UMCG] op te richten (www.rug.nl). Het UMCG is verantwoordelijk voor zorg, onderwijs en onderzoek (www.umcg.nl). Het UMCG geeft aan dat zij een organisatie wil zijn die voldoende aanpassingsvermogen heeft om in te spelen op veranderingen van buitenaf. Deze dynamische organisatie is nodig vanwege veranderende eisen van de buitenwereld, zoals wijzigende ziektepatronen en behandelingswijzen, maar ook toename van marktwerking en meer concurrentie (Nieuwe organisatie UMCG, 2006, intranet). Het UMCG heeft zichzelf als missie het 'Bouwen aan de toekomst van gezondheid' gesteld (UMCG, 2007, p.6). Zij geeft aan dat het belangrijk is om het oordeel van patiënten te kennen over de zorg en om zoveel mogelijk objectief te meten (UMCG, 2007, p.10). Kwaliteit en veiligheid staan in het UMCG centraal bij de keuzes die gemaakt worden. In eerste plaats omdat de organisatie, van gedreven professionals, zelf veel waarde hecht aan deze thema's. Maar ook omdat de overheid, de patiënten en de zorgverzekeraars in toenemende mate vragen om transparantie over prestaties en om geprotocolleerd te werken om op die manier risico's te minimaliseren

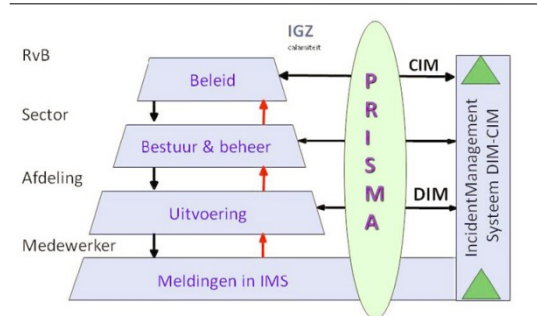
(UMCG, 2010, p.1). In het visiedocument stelt het UMCG zichzelf enkele doelen: zij willen een plaats in de internationale top 50 van wetenschappelijk onderzoek veroveren, goede en veilige patiëntvriendelijke zorg van voorbeeldige kwaliteit bieden, topklinische en topreferente zorg aan de regio en soms landelijk leveren, concurrerende basiszorg leveren, een vooraanstaand onderwijs- en opleidingscentrum blijven, zich inzetten voor samenwerking en een aantrekkelijke werkgever blijven. Al deze doelen monden uit in een driedelige visie: pionieren in onderzoek, kennis toetsen en delen en zorgzaam zijn voor mensen (UMCG, 2007, p.17). In het visiedocument wordt ook aangegeven, dat het vervolgens de kunst is om te zorgen dat de motivatie van medewerkers wordt verbonden met de doelstellingen van het UMCG (UMCG, 2007, p.25). Leiderschap kan een belangrijke rol spelen bij het creëren van een werkklimaat waarin medewerkers hun talenten kunnen ontwikkelen. Vertrouwen in jezelf en anderen en het nemen en geven van verantwoordelijkheid spelen daarbij een belangrijke rol (UMCG, 2007, p.26). Ook moet er meer aandacht komen voor communicatie met de klant en moet er intensiever en bedrijfsmatiger gewerkt worden, waarbij goede prestaties moeten worden beloond (UMCG, 2010, p.2).

### 2.3.2 Clinical Governance binnen het UMCG

Ook binnen het UMCG is Clinical Governance in de loop der jaren een belangrijke rol gaan spelen. Zoals in paragraaf 2.3.1 geschetst staan kwaliteit en veiligheid centraal wanneer er keuzes worden gemaakt. Om deze aspecten te waarborgen is er, zoals in de inleiding beschreven, een veiligheidsmanagementsysteem, incidenten managementsysteem en een CIM/DIM organisatie opgericht.

In 2004 is er door Willems, in het kader van het project 'Sneller Beter', een advies uitgebracht aan de gezondheidszorgsector. Hij adviseerde, om per januari 2008, alle ziekenhuizen verplicht een veiligheidsmanagementsysteem in te laten voeren. Het bleek echter te ambitieus om alle ziekenhuizen aan deze eis te laten voldoen, waardoor er per januari 2008 een nationaal veiligheidsprogramma (Voorom Schade; werk Veilig) van start gegaan is, waar het UMCG aan deelneemt. Een onderdeel van het ingevoerde VMS is het incidenten managementsysteem, waarbij medewerkers digitaal (bijna) incidenten met patiënten melden

(CIM, 2010a, p.4). Elk ziekenhuis kan het VMS op zijn eigen manier inrichten. Het UMCG heeft ervoor gekozen om voor het afhandelen van meldingen van incidenten een Decentrale Incidenten Melding-commissie in te stellen. De DIM maakt kwartaalrapportage over de afhandeling van incidenten inclusief verbetervoorstellen. Dit gaat naar het afdelingshoofd, welke beslist of de rapportage naar de sector gaat en op welke manier. De sectordirecteur ziet toe op het inrichten van de DIMs en maakt op sectorniveau de kwartaalrapportage naar de Raad van Bestuur. Om te zorgen dat een cultuur van veilig melden is gegarandeerd, is er ook een onafhankelijke lijn waarin incidenten gemeld en opgepakt kunnen worden (zie figuur 2). Hier kunnen medewerkers en DIMs advies vragen en geven aan de CIM. Vervolgens kan ervoor gekozen worden om een uitgebreide analyse toe te passen op het knelpunt (PRISMA). De CIM rapporteert gevraagd en ongevraagd aan de Raad van Bestuur en de sectordirecteuren over afdeling- en sectoroverstijgende incidenten en ziekenhuisbrede aandachtspunten (CIM, 2010a, p.5).



**Figuur 1** Incidenten en bijna-incidenten melden in het UMCG

De CIM bestaat uit artsen, verpleegkundigen en inhoudelijk deskundigen op een vakgebied, welke aangesteld worden door de Raad van Bestuur. Het is de taak van de CIM om rapportages naar aanleiding van meldingen te aggregeren en analyseren en de rapportages te beoordelen op kwaliteit. De CIM is daarnaast bevoegd om advies uit te brengen (Raad van Bestuur, 2008, p.2).

In 2010 is het UMCG begonnen met een evaluatie van de CIM/DIM organisatie. Door het opstellen van de analyse zijn hier enkele verbetervoorstellen uit naar voren gekomen. Zo zouden de voorzitter en de leden een dagdeel per week beschikbaar moeten zijn voor de CIM werkzaamheden (Jans, van Huizen & Noord, 2011, p.4). Ook de DIMs zouden moeten bestaan uit minimaal een arts en een verpleegkundige, welke worden aangesteld door het afdelingshoofd. Elke DIM zou een contactpersoon moeten hebben, die als poortwachter optreedt en hier minimaal een dagdeel per week voor beschikbaar heeft. De voorzitter en de leden van de Dim hebben minimaal twee uren per week de tijd voor analyse van meldingen (Jans, van Huizen & Noord, 2011, p.3). Op het moment van evalueren, zijn er 54 DIMs die wisselend functioneren (Jans, van Huizen & Noord, 2011, p.1). De CIM moet, op basis van de ontvangen informatie van de DIMs, een ziekenhuisbrede analyse opstellen en deze beschikbaar stellen voor de Raad van Bestuur en de DIMs. De CIM heeft zich de afgelopen jaren met verschillende thema's beziggehouden. Zo is er door de CIM gerapporteerd over het toedienen van medicatie, ICT ondersteuning en het gebruik van medische hulpmiddelen. De CIM is afgelopen periode onder andere actief bezig geweest met dubbele patiëntnummers (hierover meer in paragraaf 2.3.3). De CIM stelt een keer per jaar een jaarverslag op en vier keer per jaar een kwartaalrapportage (Jans, van Huizen & Noord, 2011, p.3). De visie van de CIM is aangegeven in het visiedocument en luidt:

'Het melden van incidenten zal organisatiebreed een vanzelfsprekendheid zijn. Dit veronderstelt dat de medewerkers in het UMCG de positieve effecten van het melden beseffen en vertrouwen op de veiligheid van "niet-anoniem" melden. Het behandelen van de fouten en bijna-fouten is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle medewerkers van een afdeling. Dit kan alleen als er een bijbehorende cultuuromslag plaatsvindt. De CIM staat garant voor deze doelen, stelt zich voor iedereen zichtbaar en transparant op en timmert samen met de DIMs aan de weg voor verbetering van de patiëntveiligheid in het UMCG' (CIM, 2010b, p.1)

### 2.3.3 Dubbele patiëntnummers

Een voorbeeld van een ziekenhuisbreed knelpunt dat door de CIM gesignaleerd en opgepakt is, is het knelpunt dat optreedt wanneer er (in spoedsituaties) een nieuw nummer aan een patiënt worden toegekend, waardoor deze meerdere patiëntnummers heeft. Een nieuw patiëntnummer wordt bijvoorbeeld gegeven wanneer zich een spoedsituatie voordoet, waardoor de identiteit van de patiënt op het moment van binnenkomst niet met zekerheid kan worden vastgesteld. Ook wordt er een nieuw nummer toegekend wanneer uit de verwijsbrief niet met zekerheid kan worden vastgesteld dat het om dezelfde patiënt gaat als degene die al in het systeem staat (en dus al een UMCG-nummer heeft). Wanneer bij de patiënt zelf geverifieerd kan worden of het UMCG nummer dat al in het systeem staat aan de patiënt toebehoort en dit met zekerheid kan worden vastgesteld, wordt er een koppelingsverzoek ingediend. Er kunnen incidenten ontstaan rondom dit knelpunt wanneer de nummers niet of te laat worden gekoppeld. Ook kan het zo zijn dat er bij behandeling waar apparatuur voor nodig is problemen ontstaan, doordat er in de apparatuur slechts plaats is voor één patiëntnummer.

## 2.4 Conclusie

Het UMCG is als academisch ziekenhuis verantwoordelijk voor zorg, onderwijs en onderzoek en dient een dynamische organisatie te zijn vanwege veranderende eisen van de buitenwereld. In dit hoofdstuk zijn de kaders weergegeven waarbinnen het UMCG zich beweegt. Door het ontstaan van aandacht voor Governance binnen de gezondheidszorgsector zijn er nieuwe regels en richtlijnen ontstaan. Er is door alle UMC's een zorgbrede Governancecode aangenomen en het UMCG heeft het veiligheidsmanagementsysteem, het incidenten managementsysteem en de CIM/DIM organisatie ingevoerd om aan de toenemende eisen te kunnen voldoen. Incidentenmeldingen worden gedeeltelijk via de normale lijnstructuur aangepakt en verlopen gedeeltelijk via de onafhankelijke lijn van de CIM/DIM organisatie. Hierdoor worden verschillende knelpunten ziekenhuisbreed behandeld. Een voorbeeld van een ziekenhuisbreed knelpunt dat door de CIM is gesignaleerd en opgepakt, is de casus betreffende de dubbele patiëntnummers.



## 3 Ziekenhuisorganisatie en Clinical Governance

*"I have long suspected that running even the most complicated corporation must almost be child's play compared to managing almost any Hospital"*

(Mintzberg, 1997, p. 16)

### 3.1 Inleiding

Om Clinical Governance-beleid goed te implementeren en de organisatie zo in te richten dat deze implementatie voorspoedig verloopt, is het van belang om inzicht te krijgen in kenmerken die typerend zijn voor ziekenhuisorganisaties en de manier waarop Clinical Governance vorm krijgt binnen deze organisaties. Er wordt allereerst in paragraaf 3.2.1 gekeken naar kenmerken van ziekenhuisorganisaties. Vervolgens wordt er in paragraaf 3.2.2 gekeken naar professionals binnen de ziekenhuisorganisatie. In paragraaf 3.3.1 wordt er gekeken naar het concept Clinical Governance. Paragraaf 3.2.2 gaat vervolgens in op Clinical Governance binnen de ziekenhuisorganisatie. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie in paragraaf 3.4, waarin deel-vraag 1 zal worden beantwoord.

### 3.2 De ziekenhuisorganisatie

#### 3.2.1 De professionele organisatie

In zijn 'structure in 5's' onderscheidt Mintzberg verschillende organisatievormen. Hij geeft aan dat er binnen een organisatie verschillende elementen zijn: de operating core, strategic apex, middle line, technostructure en supporting staff (zie bijlage 1). De organisatievorm wordt bepaald door de verhouding tussen de elementen, de manier van coördinatie en de context waarin de organisatie zich bevindt (Mintzberg, 1980, p. 330). Mintzberg onderscheidt vijf organisatievormen: de simpele structuur, de machine bureaucratie, de professionele bureaucratie, de divisiestructuur en de adhocratie (Mintzberg, 1980, p. 330). Over het algemeen wordt aangenomen dat een traditioneel ziekenhuis de professionele bureaucratie als organisatievorm heeft.

Ook Mintzberg noemt het ziekenhuis als voorbeeld van een professionele bureaucratie. Dit is een structuur waarin de organisatie goed getrainde specialisten (de professionals) inhuurt in de 'operating core' en ze aanzienlijke autonomie geeft in hun werk (zie bijlage 2). De organisatie wordt gekenmerkt door complexe routinematige taken waarbij de nadruk ligt op professioneel gezag en macht verbonden aan kunde. De cliënten worden onderverdeeld naar de functionele specialisten waar ze gebruik van maken. De structuur van de professionele bureaucratie wordt dus gebaseerd op functie en markt (Mintzberg, 1980, p. 334). Nadeel van de professionele bureaucratie is gebrek aan goede controle, er is alleen controle van de professionals onderling. Wanneer we kijken naar het UMCG, dan kunnen we zien dat ook hier de kenmerken van een professionele bureaucratie terug te vinden zijn (zie bijlage 3). De 'operating core' is het grootste en belangrijkste deel van de organisatie, welke gekenmerkt wordt door veel autonomie. Door de recente ontwikkelingen van meer marktwerking, het DBC en enkele incidenten neemt ook de focus op de markt, de meetbaarheid en de controle van bovenaf toe. Er kan dan ook worden gesteld dat de huidige ziekenhuizen ook steeds meer kenmerken van een divisiestructuur bevatten (zie bijlage 4). In de divisiestructuur krijgen de divisies de bevoegdheid om hun eigen activiteiten te runnen. Deze activiteiten zijn gebaseerd op diversificatie naar klant of specialisme. Daarnaast zijn de doelstellingen operationele doelstellingen die zich lenen voor kwantitatieve metingen voor de controle van resultaten. De voornamelijk formele communicatie tussen de verschillende lagen is duidelijk vastgelegd en beperkt zich grotendeels tot het doorgeven van prestatienormen aan de divisies en van resultaten aan het hoofdkantoor waardoor communicatieproblemen kunnen ontstaan (Mintzberg, 1980, p. 335).

#### 3.2.2 Professionals binnen een organisatie

Professionele organisaties, en dan voornamelijk de ziekenhuizen, worden vaak gezien als complexe organisaties. Zo gaf Mintzberg in het eerder geciteerde citaat al aan: *"I have long suspected that running even the most complicated corporation must almost be child's play compared to man-*

*aging almost any Hospital'* (Mintzberg, 1997, p. 16). Dit komt voornamelijk doordat er binnen deze type organisatie verschillende werelden samenkomen: de wereld van de professionals en de wereld van de managers/bestuurders. Yolande Witman geeft in haar proefschrift 'De medicus maatgevend, over leiderschap en habitus' aan, dat binnen de professionele organisatie, de wereld van de artsen kan worden gezien als clan, volgens de typering van Ouchi. Deze clanvorm wordt gekenmerkt door tradities, wederkerigheid, legitieme autoriteit en gemeenschappelijke waarden en overtuigingen. De managementwereld in een ziekenhuis kan in woorden van Ouchi worden getypeerd als bureaucratie. Hierin spelen vooral wederkerigheid, legitieme autoriteit en regels een belangrijke rol (Witman, 2007, p.15). De medische professie wordt daarentegen gekenmerkt door een grote mate van autonomie, zoals omschreven door Mintzberg. Dit komt tot uiting in de enkele kenmerken van de medische professie. Allereerst gaat de geneeskunde uit van een stelsel van exclusieve kennis en vaardigheden, welke door de maatschappij worden gewaardeerd. Ten tweede beschikt de medische professie over exclusief zeggenschap over het domein van de geneeskunde, welke door de beroepsgroep zelf wordt bepaald. Ten derde is er sprake van zelfregulering, dit houdt in dat de beroepsgroep zelf regels stelt voor de opleiding en toetreding tot het beroep (dit komt tot uiting in de visitaties, die door de beroepsgroep zelf worden gedaan). Bovendien kent de professie een ideologie, welke een groter belang hecht aan het verrichten van goed werk, dan aan het behalen van economisch voordeel. Als laatste kenmerk kan worden genoemd dat de samenwerkingsvorm in de medische wereld kan worden aangemerkt als collegiaal. Dit hangt samen met het gemeenschappelijke belang op het gebied van status, praktijk en economie (Witman, 2007, p.20).

### 3.3 Clinical Governance en de ziekenhuisorganisatie

#### 3.3.1 Clinical Governance

De term Clinical Governance is voor het eerst genoemd in het Britse White Paper 'The New NHS Modern, Dependable' uit 1997. Scally en Donaldson geven aan dat de behoefte aan Clinical Governance is ontstaan door dalende kwaliteit van de gezondheidszorgvoorzieningen (McSherry & Pearce, 2010, p.2). Deze daling wordt waargenomen

doordat gezondheidszorgprofessionals en het publiek beter geschoold en geïnformeerd zijn en meer geïnteresseerd zijn geraakt in gezondheidszorgissues, waardoor zij een hogere kwaliteit eisen. Ook kan worden gesteld dat kwaliteit en klinische standaarden naar achteren geschoven zijn door financiële en management issues. Bovendien hebben politieke en sociale veranderingen geleid tot een consumentgerichte maatschappij waarin patiënten mondiger geworden zijn en bewuster keuzes maken. Als laatste punt kan worden genoemd dat kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg een eis van de moderne samenleving is (McSherry & Pearce, 2010, p.2). Andere auteurs geven aan dat incidenten de nadruk op kwaliteit vergroten (Freedman, 2002, p. 133).

Clinical Governance kent vele definities. Braithwaite en Travaglia geven aan dat het bij Clinical Governance gaat om een set van initiatieven die ontworpen zijn om de zorg te verbeteren en een positieve cultuur te promoten waarin zorg goed kan gedijen (Braithwaite en Travaglia, 2008, p. 11). Freedman spreekt over Clinical Governance als parapubegrip waaronder alle aspecten van kwaliteit kunnen worden geschaard, om vervolgens continu gecontroleerd te worden (Freedman, 2002, p. 134). Ook McSherry en Pearce zien Clinical Governance als een parapubegrip of een robuust framework die het belang erkent van het aannemen van een cultuur van gedeelde verantwoordelijkheid voor het behouden en verbeteren van de kwaliteit van diensten en uitkomsten voor zowel patiënt als staf (McSherry en Pearce, 2010, p. 29). Zij geven aan dat het bij Clinical Governance gaat om het voortbrengen van klinische zorg in een omgeving waarin de veiligheid van patiënten en staf centraal staat (McSherry en Pearce, 2010, p. 31). Klinische excellentie zal floreren in een organisatie die proactief reageert op incidenten, klachten en suggesties door het publiek of de staf. Uit het voorgaande blijkt dat Clinical Governance een holistisch begrip is dat gerelateerd is aan goed bestuur en organisatie, veiligheid en kwaliteit. Freedman en McSherry en Pearce spreken over een parapubegrip waar verschillende aspecten onder geschaard kunnen worden. Clinical Governance is iets dan in alle lagen van de organisatie kan ontstaan en van oorsprong vooral gericht is op het verbeteren van de veiligheid en kwaliteit door individuen, teams en de maatschappij bewust te maken van zijn of haar handelen. Clinical Governance is een idee van ver-

antwoordelijkheid. Zo onderscheidt Nigel Starey zes elementen van Clinical Governance te weten: education en training, Clinical audit, Clinical effectiveness, research en development, openness en risk management (zie figuur 2).



**Figuur 2** Clinical Governance volgens Starey

Bij education en training gaat het voornamelijk om het leren van een clinicus na zijn kwalificatie. Bij Clinical audit gaat het om het reflecteren door de praktijk te vergelijken met gestelde standaarden (Starey, 2001, p.3). Clinical audit kan worden gezien als tool voor het coördineren en het promoten van acties in het kader van Clinical effectiveness. Bij Clinical effectiveness gaat het om de vraag of een bepaalde maatregel werkt. Er wordt daarbij ook gekeken naar efficiëntie en veiligheid (Starey, 2001, p.4). Bij research en development wordt er vaak gezocht naar bewijs voor bepaalde maatregelen. Het gaat daarbij om het onderzoeken van veranderingen en het daadwerkelijk implementeren van veranderingen. Bij openness gaat het om open processen en mogelijkheid tot discussies over het zorgproces (Starey, 2001, p.6). Als laatste element noemt Starey risk management. Bij risicomanagement gaat het om het beperken van risico's voor de patiënt, de aanbieder en de organisatie (Starey, 2001, p.5).

De door Starey onderscheiden aspecten hebben vooral betrekking op het handelen van de clinicus en dienen ook

voornamelijk door de medici te worden ingezien en uitgevoerd. Er is echter nog een ander aspect van Clinical Governance te onderscheiden, welke steeds meer in opkomst is. Dit aspect heeft te maken met de vraag hoe Clinical Governance binnen de organisatie gemeten, beoordeeld en gecreëerd wordt. Hoe moet de organisatie worden ingericht om proactief te zijn en hoe kunnen medici gemotiveerd worden om te handelen op basis van de elementen van Clinical Governance? En hoe kan de kwaliteit en veiligheid waarborg worden gecheckt? Deze vragen hebben voornamelijk betrekking op de organisatie en op procedures die de organisatie in het leven roept. De onderdelen die te maken hebben met de bovenstaande vragen kunnen worden gezien als onderdeel van het holistische Clinical Governance en kunnen worden aangeduid als Hospital Governance. Waar Clinical Governance meer een 'idee van verantwoordelijkheid' en een 'proces van bewustwording' is, welke kan ontstaan op de werkvloer of in de maatschappij en niet per definitie hoeft te leiden tot procedures en protocollen, gaat het bij Hospital Governance om concretere protocollen en procedures die door een ziekenhuis worden gemaakt. Deze protocollen en procedures zijn vaak een gevolg van oplegging van bepaalde regels en het stellen van bepaalde eisen door bijvoorbeeld de overheid. Hospital Governance is dan ook top-down gestructureerd en dient ter concretisering en objectivering van het bredere idee van Clinical Governance. Clinical Governance is iets dat wel in de private sfeer tot stand komt, maar onder druk van voornamelijk de publieke sfeer (zie figuur 3).

McSherry en Pearce onderscheiden vijf aspecten van Clinical Governance. Deze aspecten hebben voornamelijk betrekking op de organisatie en procedures die er binnen organisaties dienen te zijn ter bevordering van Clinical Governance. Deze onderscheiden aspecten zouden kunnen worden gezien als aspecten gerelateerd aan Hospital Governance. Allereerst benoemen zij een element welke ook door Starey onderscheiden wordt: risicomanagement. Bij risicomanagement gaat het volgens deze auteurs om het verminderen van klinische en niet-klinische risico's die verbonden zijn aan gezondheidszorg (McSherry en Pearce, 2010, p. 56). Zij geven aan dat er bij risicomanagement

	Hospital Governance	Clinical Governance
<b>Oorsprong</b>	Door wetgeving, regelgeving en toezicht door bijvoorbeeld rijksoverheid/IGZ	Door interactie professionals onderling, professionals en de cliënt/maatschappij
<b>Uiting</b>	Regels, procedures, protocollen	Ideeën op de werkvloer en in de rest van de organisatie (die kunnen worden vertaald in procedures en protocollen)
<b>Door</b>	Raad van bestuur	Kan in gehele organisatie ontstaan
<b>Benadering</b>	Top-down	Bottom-up (soms top-down)

**Tabel 2** Hospital en Clinical Governance. Volgens artikel 8 bestuursreglement, de RvB kan deze bevoegdheid ook mandateren aan functionarissen die in het UMCG werkzaam zijn conform artikel 9 bestuursreglement (UMCG, 2009, p.7)

sprake is van vijf standaarden welke nageleefd dienen te worden: Governance (ontwikkelen, implementeren en evalueren van beleid en procedures), werkdruk, veilige omgeving, Clinical care (goede communicatie en informatiestructuren) en het leren van ervaringen (leren van incidenten, door aanneme en structurering van principes van eerlijkheid, openheid en transparantie).

Het tweede element dat McSherry en Pearce noemen is management prestatie. Zij geven aan dat management en leiderschapsstijl voor een groot deel bepalen hoe mensen zich gedragen en hoe zij presteren (McSherry en Pearce, 2010, p. 59). Er moet een 'blame free' cultuur zijn (McSherry en Pearce, 2010, p. 60). Het derde element dat de auteurs onderscheiden is kwaliteitsverbetering. Volgens de auteurs gaat het bij Clinical Governance om het verzekeren van duurzame continue kwaliteitsverbetering. Om dit te bereiken is het van belang dat er vanuit de klinische en niet-klinische staf getracht wordt om best practices te leveren (McSherry en Pearce, 2010, p. 64). Volgens de auteurs speelt lifelong learning and continuing professional development [CPD] hierbij een belangrijke rol. Voor dit levenslange leren en ontwikkelen is het van belang dat men zich eigenaar van het proces voelt (McSherry en Pearce, 2010, p. 67). Het vierde element is de kwaliteit van informatie. Goede communicatie en informatie zijn binnen de gezondheidszorgsector essentieel voor het bereiken van kwalitatief goede gezondheidszorg. Om effectieve informatie te creëren zijn accuraatheid, tijdigheid, toegankelijkheid, relevantie en doelgroepgerichtheid van groot belang (McSherry en Pearce, 2010, p. 76). Het laatste element dat de auteurs noemen is verantwoordelijkheid. Zij geven aan dat Clinical Governance een zaak van iedereen is en dat zowel de klinische als ook de niet-klinische staf verantwoordelijk

is voor het verminderen van klinische risico's (McSherry en Pearce, 2010, p. 78).

Zoals uit het voorgaande blijkt zijn de aspecten die door McSherry en Pearce worden onderscheiden meer op de organisatie gericht dan op het praktische zorgproces, in tegenstelling tot de door Starey onderscheiden aspecten. Hospital Governance kan dus worden gezien als onderdeel van het holistische Clinical Governance, en kan enerzijds wordt aangewakkerd door Clinical Governance ideeën vanuit alle lagen van de organisatie en maatschappij (zoals bij de commissie Meurs, waar de commissie werd ingesteld door behoefte vanuit het werkveld en de maatschappij) en kan anderzijds ook meer aandacht vragen voor het idee van Clinical Governance door deze in procedures en standaarden te vangen en daarmee te structureren.

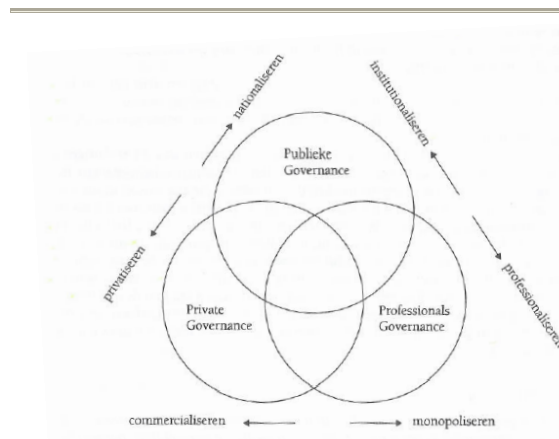
### 3.3.2 Clinical Governance en de ziekenhuisorganisatie

Zoals in paragraaf 3.2.2 uiteen gezet, bestaat de ziekenhuisorganisatie uit verschillende werelden: de voornaamste zijn de wereld van de professionals en werkvloer en de wereld van de bestuurders, beleidsmakers en managers. Bovendien gaan door de huidige ontwikkelingen ook de zorgverzekeraars, de patiënten en de toezichthouders (IGZ en Rijksoverheid) een belangrijkere rol spelen. Hierdoor spelen binnen de Nederlandse gezondheidszorg private (tussen arts en patiënt), publieke (overheid als aanbieder of toezichthouder) en professionele (professionals onderling) invloeden een rol. Ook het idee van Clinical Governance is een verdeeld concept. In paragraaf 3.3.1 zijn twee vormen van gezondheidszorg Governance onderscheiden: Clinical Governance en Hospital Governance. De vraag is vervolgens hoe deze verdeelde concepten zich tot elkaar verhouden.

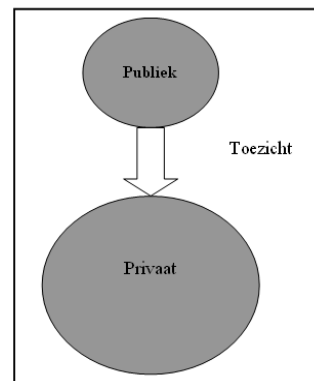
De Professionele en Private Governance zijn vormen van Governance die binnen de sector zelf ontstaan en direct verband houden met de professional (in relatie tot andere professionals, dan wel in relatie tot de patiënt). Deze vormen van Governance ontstaan in de eerder onderscheiden wereld van professionals en zijn niet hiërarchisch opgelegd, waardoor ze kunnen worden gezien als vorm van Clinical Governance. Bij Publiek Governance is er sprake van de overheid die het belang van de burger behartigd en daartoe als regulator of toezichthouder optreedt (Hoek, 2007, p. 36). Er is hier duidelijk sprake van een top-down benadering, welke regulering, protocollen en procedures binnen de ziekenhuizen teweeg brengt. Publiek Governance leidt daarom tot de eerder beschreven Hospital Governance binnen de private sfeer. Volgens Hoek kunnen er verschuivingen optreden tussen de Governance werelden (zie figuur 3).

Zo kan privatisering, nationalisering, institutionalisering, professionalisering, monopolisering en/of commercialisering ervoor zorgen dat een bepaalde vorm van Governance de boventoon voert. Uit onderzoek blijkt dat er steeds meer sprake is van privatisering, commercialisering en internationalisering in de gezondheidszorgsector (Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 2007). Dit betekent dat er een steeds sterkere Private Governance ontstaat, waardoor het belang van de relatie tussen de cliënt en de professional sterk toeneemt (zie figuur 4).

De trend gaat echter wel gepaard met toenemend toezicht en meer geprotocolleerde werkwijze. Dit is te verklaren doordat het marktmechanisme ervoor kan zorgen dat niet alle burgers kunnen deelnemen aan de gezondheidszorg wat leidt tot negatieve maatschappelijke effecten. Omdat het de plicht van de overheid is om voor goede gezondheidszorg voor iedereen te zorgen, zal daarom de toezichthoudende rol van de overheid sterk toenemen (Hoek, 2007, p. 48). Dit leidt tot het opstellen van extra procedures en protocollen door de organisatie, om aan de toezichthoudende regels van de overheid te kunnen voldoen en veroorzaakt daarmee meer bureaucratie en meer vereiste tijd om alle gevraagde gegevens te verwerken.



**Figuur 3** Verschuiving tussen Governance werelden



**Figuur 4** Toename Hospital Governance: toezicht wordt groter (zie dikke pijl), wat leidt tot meer protocollen, regels en procedures binnen ziekenhuis (privaat)

### 3.4 Conclusie

In dit hoofdstuk is deelvraag een 'Wat is er in de literatuur bekend over de organisatie van een ziekenhuis en hoe verhoudt deze organisatievorm zich tot Clinical Governance?' beantwoord. De ziekenhuisorganisatie wordt gekenmerkt door een grote groep autonome professionals. Dit leidt ertoe dat de organisatie bestaat uit verschillende werelden, waarbij de wereld van de professionals en de managementwereld de belangrijkste zijn. Het idee van Clinical Governance is ontstaan als gevolg van een geïnformeerde cliënt, nieuwe technologieën, incidenten, marktwerking etc. Bij Clinical Governance gaat het om een robuust framework dat het belang erkent van het aannemen van een cultuur van gedeelde verantwoordelijkheid voor het behouden en verbeteren van de kwaliteit van diensten en uitkomsten voor zowel patiënt als staf. Er is echter nog een aspect dat geschaard kan worden onder Clinical Governance: Hospital Governance. Deze vorm van Governance wordt gekenmerkt door procedures en protocollen, die worden opgesteld door ziekenhuizen om het idee van Clinical Governance te objectiveren en concretiseren. Deze vorm ontstaat door van hoger hand opgelegde eisen en wordt gekenmerkt door een top-down structuur en dient vaak als meetpunt/aangrijpingspunt voor buitenstaanders, zoals het IGZ. Door privatisering en commercialisering is de Private Governance toegenomen. Deze vergroting van de private sfeer vraagt echter om een sterkere toezichthoudende rol van de overheid waardoor ook Hospital Governance binnen het ziekenhuis toeneemt. Er kan gesteld worden dat Clinical Governance voornamelijk op de werkvloer en de maatschappij ontstaat en dat het management zich voornamelijk bezighoudt met het top-down gestructureerde Hospital Governance.

## 4 Implementatie van Clinical Governancebeleid en de inrichting van de organisatie

*“Clinical Governance has changed the approach for ensuring that patients receive the best possible health care. It recognizes the importance of teams, organizations and systems, rather than just individuals working in isolation. It provides a framework for tying together the different strands of quality – audit and feedback, Clinical effectiveness, error reduction and risk management, evidence-based practice, patient involvement and lifelong learning”.*  
(Wright and Hill, 2003)

### 4.1 Inleiding

Om te kunnen leren van incidenten en om de werking van de CIM/DIM organisatie te optimaliseren, is het van belang om te kijken naar barrières die kunnen optreden bij de implementatie van Clinical Governance-beleid. Vervolgens is het van belang om te bekijken hoe deze barrières aangepakt kunnen worden, waarbij gebruik wordt gemaakt van literatuur betreffende de lerende organisatie. Hierbij wordt er rekening gehouden met de kenmerken van de ziekenhuiswereld en de verdeeldheid binnen het idee van Clinical Governance, zoals in het vorige hoofdstuk weergegeven. Hiertoe wordt in paragraaf 4.2.1 gekeken naar de barrières die kunnen optreden bij de implementatie van Clinical Governance-beleid door verdeeldheid binnen de organisatie. In paragraaf 4.2.2 wordt vervolgens gekeken naar de verschillende facetten waarin deze barrières tot uiting kunnen komen. In paragraaf 4.3.1 wordt vervolgens gekeken naar de lerende organisatie, waarna in paragraaf 4.3.2 de relatie tussen de lerende organisatie en Clinical Governance beschreven wordt. In paragraaf 4.4.1 t/m 4.4.7 wordt vervolgens vanuit verschillende organisatie-theorieën ingegaan op de in paragraaf 4.2.1 genoemde barrières. Het hoofdstuk wordt in paragraaf 4.5 afgesloten met een conclusie, waarin antwoord wordt gegeven op deelvraag 2 en 3.

### 4.2 Barrières bij de implementatie van Clinical Governance-beleid

#### 4.2.1 Potentiële barrières

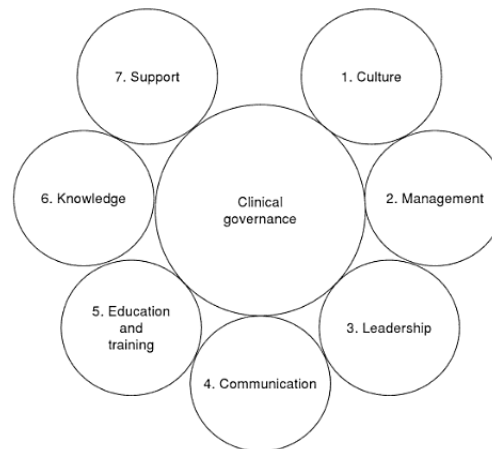
Een barrière kan volgens Collins worden geformuleerd als ‘an obstruction, a fence or wall, anything that holds apart or separates’ (1987, p.67). Er is dus sprake van een blokkade of barrière wanneer iets geen doorgang kan krijgen doordat het tegengehouden wordt door iets dat eerst overwonnen moet worden voordat je verder kunt. Edwards en Packham geven aan dat Clinical Governance-beleid alleen naar tevredenheid kan worden geïmplementeerd op basis van een toegejuicht initiatief welke de potentie heeft om daadwerkelijk de patiëntenzorg te verbeteren, in plaats van een politieke oplegging (1999, p.13). Clinical Governance moet meer zijn dan een bureaucratisch systeem van algemene richtlijnen en protocollen, het moet dokters en verpleegkundigen helpen om de kwaliteit te verbeteren en excellent te zijn in de praktijk (Harvey, 1998, p.8). Ook McSherry en Pearce geven aan dat de werkvloer vanaf het begin betrokken moet worden bij het creëren van een omgeving waarin klinische excellentie kan floreren en dat de Clinical Governance principes moeten worden ingebed in dagelijkse routines. De klinische werkvloer moet Clinical Governance niet als iets ervaren dat door de overheid is opgelegd en niet relevant is voor zichzelf, zij moeten eigenaar worden van het proces en hier positief tegenover staan (McSherry en Pearce, 2010, p. 91). Ook geven zij aan dat de strategie geleid moet worden door een clinicus, welke het respect en vertrouwen van zijn collega’s heeft en het is van belang dat helder is welke individuen verantwoordelijk zijn voor de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van Clinical Governance strategieën (2010, p. 86). Bovendien moeten de plannen realistische verwachtingen hebben waar het gaat om doelen, acties, tijdsschalen, verantwoordelijke individuen en monitoren en evalueren (McSherry en Pearce, 2010, p. 88). De moeilijkheid zit hem volgens McSherry en Pearce voornamelijk in het feit dat het voor organisaties, teams en individuen vaak moeilijk is om de principes van Clinical Governance te relateren aan hun eigen dagelijkse

praktijk (2010, p. 93). Deze barrière wordt aangewakkerd doordat er twee domeinen van Governance zijn: Clinical en Hospital Governance, die elkaar weliswaar overlappen en op elkaar inwerken, maar ook verdeeldheid kunnen veroorzaken. Het kan daardoor zo zijn dat het management zich voornamelijk met richtlijnen en protocollen bezighoudt, terwijl er bij de artsen wel een idee van Clinical Governance leeft, maar zij het opgelegde Hospital Governance niet kunnen relateren aan hun eigen dagelijkse praktijk. Hierdoor vormen de twee vormen van Governance en de scheiding binnen de organisatie een barrière voor goede implementatie.

#### 4.2.2 Facetten van potentiële barrières

De bovengenoemde barrières kunnen vervolgens in verschillende facetten 'tot uiting komen' (zie figuur 5). Zo kunnen er problemen optreden die gerelateerd zijn aan de kernthema's cultuur, management, leiderschap, communicatie, educatie en training, kennis en steun (McSherry en Pearce, 2010, p. 131). Allereerst geven McSherry en Pearce aan dat een effectieve organisatie erkent dat een gedeelde cultuur, gedeeld leren en gedeelde informatie de sleutel is tot productiviteit en kwaliteit (McSherry en Pearce, 2010, p.132). Er moet een proactieve transformationele cultuur zijn waarin leren een belangrijke rol speelt. Een barrière kan zich voordoen in een 'blamecultuur', hierdoor ontstaat geheimzinnigheid, gebrek aan vertrouwen en fouten (McSherry en Pearce, 2010, p. 133). McSherry en Pearce geven aan dat de grote barrière bij managen voornamelijk bestaat uit het managen van veranderingen (McSherry en Pearce, 2010, p. 136). Een verandering is een complex proces, waardoor het handig kan zijn om een veranderingsmodel te gebruiken. Een voorbeeld van een dergelijk verandermodel is het 'Force Field Theory' van Lewin, waarin de verandering word ingedeeld in drie fasen: unfreezing, moving en refreezing (McSherry en Pearce, 2010, p. 138). Ook geven de auteurs aan dat er verschillende mogelijkheden zijn waarom mensen weerstand bieden tegen veranderingen. Zo kan de verandering ingaan tegen het eigen belang van een individu, kan er gebrek aan vertrouwen zijn, kunnen de individuen situaties verschillend beoordelen en kan er een lage tolerantie zijn ten opzichte van verandering (McSherry en Pearce, 2010, p. 139). Volgens de auteurs kunnen er problemen ontstaan wanneer er geen goed leiderschap is. Het is van

belang dat er een leider is die anderen het gevoel geeft dat ze er toe doen en dat ze goed werk doen (McSherry en Pearce, 2010, p. 140). Falen van goede communicatie tussen of binnen de organisaties, teams en individuen kan leiden tot klachten over de gezondheidszorg. Ook gebrekkige educatie en training en gebrekkige kennis kunnen volgens McSherry en Pearce een barrière vormen bij de implementatie van Clinical Governance-beleid (McSherry en Pearce, 2010, p. 145). Als laatste mogelijke barrière noemen de auteurs steun. Zij geven aan dat het belangrijk is dat er binnen de organisatie voldoende steun is om het beleid ten uitvoer te brengen. Deze mate van steun is onder andere afhankelijk van financiële bronnen, de lokale en nationale omgeving en overige hulpbronnen zoals accommodatie, apparatuur, supervisie etc. (McSherry en Pearce, 2010, p. 146).



**Figuur 5** Barrières bij de implementatie van Clinical Governance-beleid

Edmondson geeft aan dat er twee organisatie-issues zijn die ervoor zorgen dat het organisatieleren binnen ziekenhuizen wordt bemoeilijkt. Hij geeft aan dat het inter-persoonlijke klimaat van de patiëntenzorg aan de voorkant ervoor zorgt dat het op hoger niveau bespreken van vragen, zorgen en uitdagingen wordt verhinderd, waardoor het corrigeren van fouten wordt bemoeilijkt. Bovendien zorgen de cultuur en



het design van ziekenhuizen ervoor dat er liever voor een snelle oplossing wordt gekozen bij falen, dan dat er wordt gekozen voor een uitgebreide analyse naar de oorzaken van het falen (Edmondson, 2004, p.5)

### 4.3 Lerende organisatie en Clinical Governance

#### 4.3.1 Lerende organisatie

Om de barrières die bij de implementatie van Clinical Governance-beleid kunnen optreden aan te pakken, om op die manier ziekenhuisbreed van incidenten te kunnen leren, is het van belang om te kijken of er 'geleerd' kan worden van literatuur omtrent de lerende organisatie. Maar nog belangrijker is de vraag in welke mate Clinical Governance bijdraagt aan het lerend vermogen van professionals, managers en bestuurders in een ziekenhuisorganisatie. Clinical Governance draait immers voor een groot deel om het lerende vermogen van de organisatie. Enerzijds veronderstelt Clinical Governance de aanwezigheid van een lerende organisatie, anderzijds draagt Clinical Governance bij aan het lerend vermogen. Zo is een onderdeel van het Clinical Governance-beleid het incidenten managementsysteem, waarbij medisch personeel lessen trekt uit (bijna)incidenten. Daartoe wordt allereerst kort geschetst wat de lerende organisatie precies inhoud.

Argyris en Schön geven aan dat de literatuur betreffende de lerende organisatie te verdelen is in twee stromingen. Allereerst de praktisch georiënteerde voorschrijvende benadering van 'de lerende organisatie', welke voornamelijk wordt vertegenwoordigd door consultant en beoefenaar (Argyris en Schön, 1996, p. 180). Zij geven aan dat elk subveld de lerende organisatie anders benadert. Zo wordt er binnen de sociotechnische systemen gekeken naar de lerende organisatie als idee van collectieve participatie door teams en individuen om nieuwe werkvormen te vinden voor bijvoorbeeld de combinatie tussen werk en familie (Argyris en Schön, 1996, p. 181). Bij Human Resource gaat het om het verbeteren van de menselijke capaciteit (Argyris en Schön, 1996, p. 184) en bij organisatie cultuur gaat het om de vraag welke cultuur op welke manier gecreëerd moet worden om leren binnen organisaties mogelijk te maken (Argyris en Schön, 1996, p. 185). Ten tweede de voornamelijk sceptische wetenschappelijke stroming van

organisatieleren (Argyris en Schön, 1996, p. 180). Deze stroming neemt meer afstand van de praktijk, is neutraler en kijkt naar vragen als: 'Wat wordt er bedoeld met organisatie leren?' of 'Hoe is organisatie leren zichtbaar?' (Argyris en Schön, 1996, p. 188). Lawrence, Mauws, Dyck & Kleysen geven aan dat er bij leren sprake is van vier fasen: 'intuïtief, interpretief, intergratief' en 'institutionalizing'. Allereerst wordt een individu zich bewust van een nieuw idee (intuïtief), vervolgens worden dit idee gecommuniceerd en uitgelegd aan anderen (interpretief) waarna ze wordt vertaald in gecoördineerde actie (intergratief) om vervolgens geïncorporeerd te worden in de organisationele praktijk (institutionalizing) (2005, p.181). Argyris en Schön geven aan dat er bij leren naar het product en naar het proces gekeken kan worden. Bij het product gaat het om de vraag wat er geleerd is en bij het proces om de vraag hoe men datgene geleerd heeft. Organisatieleren bestaat uit een geleerd product, een leerproces en degene die dit geleerd heeft (Argyris en Schön, 1996, p. 3). De auteurs maken onderscheid tussen enerzijds espoused theory en anderzijds theory-in-use. Bij de espoused theory gaat het om de theorie die gebruikt wordt om bepaalde handelingen en patronen te rechtvaardigen en uit te leggen. Bij de theory-in-use gaat het om het actuele gedrag van iemand, welke vaak onbewust en impliciet gebaseerd is op achterliggende structuren. De espoused theory ligt vaak vast en is inzichtelijk, terwijl de theory-in-use impliciet is en door middel van observaties achterhaald moet worden (Argyris en Schön, 1996, p.13). De auteurs geven aan dat alle organisatieleden proberen de theory-in-use van de organisatie in beeld te brengen, maar dat zij altijd een gedeelte van het plaatje zullen missen. Zij zullen daarom proberen zichzelf in relatie tot anderen te bekijken.

Er is volgens Argyris en Schön sprake van organisatieleren wanneer er een individueel en collectief proces gaande is naar de organisationele theory-in-use, waarbij deze geconstrueerd en gewijzigd wordt (Argyris en Schön, 1996, p.16). De auteurs maken onderscheid tussen drie vormen van organisatieleren: single-loop learning, double-loop learning en deuterolearning. Er is sprake van single-loop learning wanneer de actiestrategieën veranderen zonder dat de onderliggende assumpties, strategieën en waarden veranderen (Argyris en Schön, 1996, p.20). Er wordt dan een fout ontdekt en hersteld zonder dat de onderliggende waarden van

het systeem ter discussie worden gesteld. Bij double-loop learning is er sprake van leren waarbij zowel de waarden van de theory-in-use veranderen als ook de strategieën en onderliggende assumpties (Argyris en Schön, 1996, p.21). Er is sprake van een feedbackloop, waardoor de bestaande normen, waarden en strategieën opnieuw worden bezien. Bij deuterolearning gaat het om het 'leren om te leren' en dus om het verbeteren van single-loop en double-loop learning (Argyris en Schön, 1996, p.29). Hierdoor zal het lerende vermogen van de organisatie vergroten doordat ze beter in staat zijn om te leren en om de lessen die geleerd zijn te verwerken. Hoe een organisatie moet worden ingericht om het lerende vermogen te vergroten wordt o.a. beschreven in de kleurdrukken van Caluwé en Vermaak, organisatiekunde van Denhardt en het idee van organisatie-leren in 'community-of-practice' van Brown en Duguid.

Wat betekent dit voor het UMCG? Allereerst kan het leerproces van Lawrence et al. vertaald worden naar het leren via het incidenten managementsysteem. Zo wordt een individu zich bewust van een nieuw idee (intuïtie), waarna dit gecommuniceerd wordt naar anderen (bijvoorbeeld in de DIM). Dit wordt vervolgens vertaald in gecoördineerde actie door bijvoorbeeld de CIM (intergrating) om vervolgens geïncorporeerd te worden in de organisatorische praktijk (institutionalizing) door nieuw beleid van bijvoorbeeld de Raad van Bestuur. Daarnaast zijn ook de vormen van leren van Argyris en Schön te herkennen in het UMCG. Zo kan de evaluatie van de CIM/DIM worden gezien als deuterolearning, kan het incidentenmelden worden gezien als single-loop learning en het analyseren van incidenten tijdens een vergadering van de CIM/DIM als double-loop learning.

#### 4.3.2 De relatie tussen de lerende organisatie en Clinical Governance

Om te bepalen of de literatuur omtrent de lerende organisatie een bijdrage kan leveren aan goede implementatie van het Clinical Governance-beleid, is het van belang om te bekijken hoe deze stromingen zich tot elkaar verhouden.

Zowel de lerende organisatie als ook Clinical Governance gaat er vanuit dat goede scholing niet voldoende is om risico's te vermijden. Hiervoor is het ook noodzakelijk om protocollen en procedures op te stellen (Wilkinson, Rushmer

& Davies, 2004, p. 109). De auteurs geven aan dat zowel bij de lerende organisatie als ook bij Clinical Governance slechte prestaties worden aangegrepen om van te leren in plaats van het bestraffen hiervan (Wilkinson et al., 2004, p. 109). Ook wordt er in beide benaderingen gebruik gemaakt van evidence-based kennis. Beide benaderingen zijn erop gericht om zoveel mogelijk te leren van eerdere succesvolle ervaringen (Wilkinson et al., 2004, p. 110). De cultuur van de organisatie dient ook volgens beide benaderingen open en eerlijk te zijn en leiderschap speelt in de gehele organisatie een belangrijke rol (Wilkinson et al., 2004, p. 110). Door de erkenning van het belang van systemen en processen in beide benaderingen speelt zowel in de lerende organisatie als ook in Clinical Governance informatietechnologie een grote rol: organisatieleden kunnen niet meer in isolatie handelen en staan continu in contact met andere collega's (Wilkinson et al., 2004, p. 110). Als laatste overeenkomst noemen de auteurs coherentie. Zowel bij Clinical Governance als bij de lerende organisatie is er een gedeelde visie en zullen de doelen van individuen, teams en organisatie in een lijn liggen (Wilkinson et al., 2004, p. 111). Naast overeenkomsten tussen beide benaderingen zijn er volgens Wilkinson et al. ook verschillen. Zo verschilt allereerst het punt van ontstaan. Waar de lerende organisatie heel duidelijk vanuit de organisatie zelf is ontstaan, is Clinical Governance meer een oplegging van de overheid. Ook de drive om de kwaliteit te verbeteren is volgens de auteurs anders. De behoefte om te veranderen ontstaat bij Clinical Governance voornamelijk door externe druk, terwijl dit bij de lerende organisatie meer gekoppeld is aan doelen en competitieve voordelen. Het derde verschilpunt dat de auteurs noemen heeft te maken met de context. Zij geven aan dat er bij Clinical Governance sprake is van een hiërarchische structuur, expliciete lijnen van verantwoordelijkheid en klinische autonomie, terwijl er bij de lerende organisatie meer sprake is van gedeelde verantwoordelijkheid. Het vierde punt van verschil is dan ook de benadering. Clinical Governance wordt gekenmerkt door een top-down benadering van implementatie welke gekenmerkt wordt door regels, regulering en standaarden en moeite kan hebben met naleving van regels, het creëren van het gewenste gedrag en gebrek aan eigenaarschap. De lerende organisatie wordt meer gekenmerkt door een bottom-up structuur, waarbij de ideeën en principes vanuit de 'grass roots' van de organisatie ontstaan en een verandering van binnenuit be-

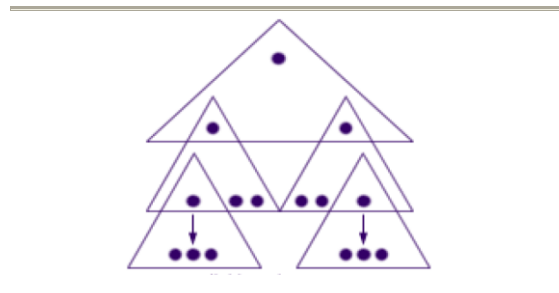
werkstelligingen (Wilkinson et al., 2004, p. 111). De auteurs geven aan dat enerzijds Clinical Governance en de lerende organisatie goed samengaan, maar dat ze anderzijds ook lijnrecht tegenover elkaar staan. Deze paradox binnen de Clinical Governance brengt de uitdaging met zich mee, om het beste van beide benaderingen te combineren (Wilkinson et al., 2004, p. 112). Het door de auteurs geschetste Clinical Governance komt overeen met het in dit onderzoek onderscheiden Hospital Governance. Er kan dan ook gesteld worden dat wanneer men gebruik wil maken van de kennis omtrent de lerende organisatie en organisatiekunde, men een manier dient te vinden om de top-down stroming van Hospital Governance en de bottom-up lijnen van Clinical Governance met elkaar te verenigen.

#### 4.4 Aanpak barrières door de lerende organisatie en organisatiekundige theorieën

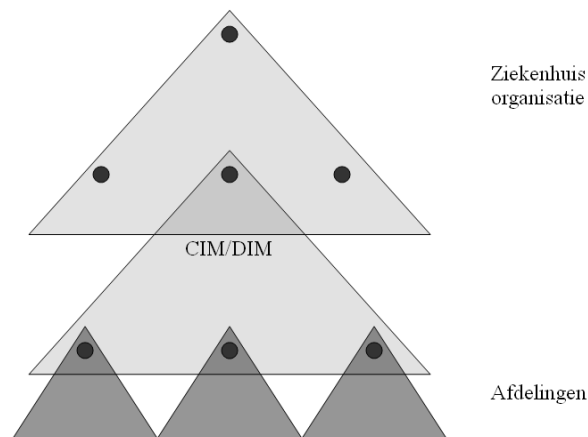
##### 4.4.1 De link tussen verschillende werelden en verschillende Governance vormen

Om te bekijken hoe de werelden van Clinical Governance (de wereld van de professionals) en Hospital Governance (de managementwereld) aan elkaar verbonden kunnen worden, is het van belang om te kijken naar een theorie die verbindingen kan leggen tussen verschillende delen van een organisatie. In 1962 komt Likert in zijn *New Patterns of Management* met het idee van de linking-pin. Volgens Likert zorgt het linking-pin model ervoor dat de barrières die er normaal zijn in top-down benaderingen worden opgelost (Sapru, 2008, p. 238). De linking-pin zorgt voor coördinatie tussen verschillende hiërarchische niveaus binnen een organisatie. De linking-pin is de verbindingsschakel tussen overlappende groepen binnen organisaties (zie figuur 6).

Hierdoor zorgt zij ervoor dat ideeën die op de werkvloer spelen vertaald worden naar het management en dat regels vanuit het management landen op de werkvloer, waardoor er plaats is voor zowel bottom-up als ook top-down stromingen binnen de organisatie (Reijnders, 2006, p. 255). Binnen de organisatie van het UMCG kan de CIM/DIM structuur worden gezien als linking-pin (zie figuur 7). De afdelingen hebben allen de beschikking over een DIM (de zwarte stip binnen de afdelingen driehoek), welke onderdeel uitmaakt van de CIM/DIM structuur. De CIM is ver-



**Figuur 6** De linking-pin van Likert



**Figuur 7** De linking-pin van Likert toegepast op het UMCG

volgens weer een onderdeel van de ziekenhuisorganisatie en staat in contact met bijvoorbeeld de Chefs de Clinique, UMC-staf, ICT, functioneel gegevensbeheer etc. (zwarte stippen onderin bovenste driehoek) en met de raad van bestuur (bovenste stip in bovenste driehoek).

De taak die hieruit voortvloeit, is dat de CIM/DIM de werelden van Clinical en Hospital Governance aan elkaar moet verbinden. Om dit goed te doen, is het van belang dat de verschillende facetten rondom barrières bij de implementatie van Clinical en Hospital Governance-beleid door de CIM worden vormgegeven en geoptimaliseerd, zodat zij geen

barrière kunnen vormen voor verbetervoorstellen en aanpak van incidenten. Omdat het ziekenhuis als professionele organisatie wordt gekenmerkt door een hoge mate van autonomie bij de werknemers, is het lastig om deze groep te managen (Caluwé en Vermaak, 2010, p.30). Hierdoor moet er voor worden gezorgd dat de autonome werknemers eigenaar worden van het proces en actief betrokken worden bij de doorvoering van veranderingen en nieuw beleid. Het gaat er om dat de werknemers geprikkeld worden om actief mee te werken aan het IMS om op die manier open te staan voor verbeterpunten en te leren van elkaar. Caluwé en Vermaak onderscheiden vijf soorten veranderingen: geel-drukken, blauwdrukken, rooddrukken, groendrukken en witdrukken. Om de hierboven benoemde houding binnen het UMCG te creëren, is er in de kleurenmetafoer van Caluwé en Vermaak een rood/groene organisatie nodig. De rooddruk is er op gericht om mensen te motiveren en eigenaar te maken van het proces, de groendruk moet het lerend vermogen van de organisatie ten goede komen. De aanpak van de door McSherry en Pearce onderscheiden barrières zal daarom in de lijn van deze veranderingen liggen.

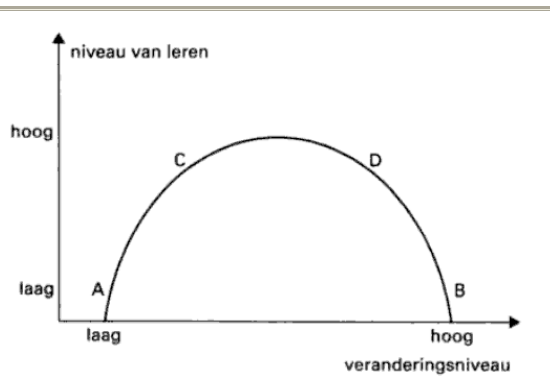
#### 4.4.2 Organisatiecultuur

De eerste barrière die is genoemd door McSherry en Pearce is 'cultuur'. Voor een organisatie waarin er geleerd moet worden van incidenten, is het van belang dat de cultuur het melden van incidenten stimuleert, waardoor leren van incidenten mogelijk wordt gemaakt. Er kunnen problemen ontstaan wanneer er een blamecultuur heerst, waarin het melden van (bijna)incidenten nadelige gevolgen heeft voor de melder of de afdeling. Dit moet dan ook ten allen tijde worden voorkomen, door veiligheid te creëren en (bijna) incidenten positief te benaderen. Dit kan door te laten zien, dat er veel van (bijna) incidenten geleerd kan worden (Caluwé en Vermaak, 2010, p. 79). De organisatiecultuur is belangrijk omdat deze de waarden en houding van leden van de organisatie bepaalt, en daardoor de uiteindelijke actie van deze leden. Het is daarom van belang dat de organisatiecultuur uitgezonden wordt over de gehele organisatie (Caluwé en Vermaak, 2010, p. 75). Het is belangrijk dat er een 'wij-gevoel' ontstaat in de organisatie, waardoor iedereen gemotiveerd raakt om te melden en mee durft te denken, waar het gaat om het aanpakken van een knelpunt

(Caluwé en Vermaak, 2010, p. 76). Dit kan door conversatie en communicatie over 'de manier waarop dingen in de organisatie gedaan worden' (Denhardt, Denhardt en Aristigueta, 2009, p. 343). Ook is het van belang dat successen gevierd worden, waardoor mensen extra gemotiveerd raken (Sheaff en Pilgrim, 2006, p. 4).

#### 4.4.3 Managen

De tweede barrière heeft betrekking op het managen van veranderingen. Zoals eerder beschreven geven McSherry en Pearce aan dat veranderingen complex kunnen zijn, waardoor het handig kan zijn om een verandermodel te gebruiken zoals het model van Lewin (2010, p. 138). In dit geval is het model van Lewin minder toepasselijk vanwege het dynamische karakter van de organisatie. Er wordt daarom in deze situatie vastgehouden aan de rooddruk en groendruk van Caluwé en Vermaak. Denhardt et al. geven aan dat er drie ideeën centraal moeten staan bij het effectief doorvoeren van een verandering. Allereerst moet de manager of 'change agent' het probleem helder communiceren naar de gehele organisatie. Hierdoor worden de organisatieleden zich bewust van het feit dat er een probleem is en er dus een verandering moet optreden. Vervolgens is het aan de manager om zoveel mogelijk mensen bij het veranderproces te betrekken om op deze manier draagvlak te krijgen voor de nieuwe strategieën. Een derde punt is dat de manager zich bewust moet zijn van het feit dat veranderen tijd kost, mensen moeten de mogelijkheid krijgen om aan een verandering te wennen (Denhardt, Denhardt en Aristigueta, 2009, p. 336). Er moet dan ook niet te vaak sprake zijn van verandering omdat dit volgens Fiol en Lyles het niveau van leren in de weg staat (zie figuur 8). Er moet een juiste balans tussen veranderen en leren gevonden worden (Fiol en Lyles, 1985, p. 807).



**Figuur 8** Learning en change volgens Fiol en Leyles

#### 4.4.4 Leiderschap

De derde soort barrière die kan ontstaan, hangt samen met leiderschap. Leiderschap heeft te maken met het richting geven aan een organisatie door het opstellen van een missie of visie, het inrichten van een organisatie om die richting te bereiken en het verrichten van werkzaamheden. Het is van belang dat er een leider is die anderen het gevoel geeft dat ze er toe doen en dat ze goed werk doen (McSherry en Pearce, 2010, p. 140). Er zijn verschillende soorten leiders te onderscheiden. Zo zijn er autocratische leiders, laissez-faire leiders, democratische leiders, transformatieel leider etc. ([www.mindtools.nl](http://www.mindtools.nl)). Mintzberg geeft aan dat veel professionals geen directe supervisie accepteren, omdat zij managers en leiding liever onder zich plaatsen dan boven zich (Mintzberg, 1998, p. 143). Het is daarom van belang dat er een transformatieel leider of een democratische leider is. Een transformatieel leider is interactief, werkt veel samen en deelt zijn/haar visie. Een democratische leider regeert door middel van richtlijnen, creëert up and down communicatie en maakt gebruik van gedeelde besluitvorming (McSherry en Pearce, 2010, p. 142). Ook Caluwé en Vermaak geven aan dat het voor de motivatie van werknemers van belang is dat er een 'servant leader' is, welke toegankelijk is en dat er sprake is van 'management through walking around' (Caluwé en Vermaak, 2010, p. 77). Het is daarom van belang dat de leider bekend is binnen de organisatie. Edmondson geeft aan dat er voor het verwijderen van barrières rondom leren en implementeren binnen de

gezondheidszorg enkele stappen moeten worden gevolgd, waarbij goed leiderschap centraal staat. De leider moet allereerst een gedeelde visie creëren en duidelijk de behoefte aan een oplossing communiceren. Dit is voornamelijk van belang bij het aansturen van de verschillende gremia om tot een oplossing te komen. Vervolgens moet hij een psychologisch veilige omgeving creëren waarin de organisatieleden open en eerlijk durven te zijn en vragen durven te stellen. Daarnaast kunnen leiders teamleren versterken en steunen in de organisatie om op die manier bedreigingen voor de patiëntveiligheid te identificeren, analyseren en te verwijderen. Deze vorm van leiderschap versterkt het lerend vermogen van een organisatie en draagt voornamelijk bij aan het blijven melden van incidenten.

#### 4.4.5 Communicatie

De vierde barrière die genoemd wordt is het falen van goede communicatie tussen of binnen de organisaties, teams en individuen. Communicatie kan worden gezien als een transmissie van informatie van de ene partij naar de andere (Denhardt, Denhardt en Aristigueta, 2009, p. 337). Naast problemen in het faciliteren van informatie, kunnen er ook problemen ontstaan door interpretatieverschillen en strategische communicatie (Denhardt, Denhardt en Aristigueta, 2009, p. 340). Effectieve communicatie en het voorkomen van problemen rondom communicatie kan op verschillende manieren worden gecreëerd. Zo kan er allereerst gebruik worden gemaakt van supportieve communicatie. Men erkent dan allebei de doelen van communicatie: het overbrengen van informatie en het vergroten van interpersoonlijke relaties binnen de organisatie. De communicatie is dan probleem georiënteerd, beschrijvend, specifiek, verbindend, validerend, toegeëigend en tweezijdig (Denhardt, Denhardt en Aristigueta, 2009, p. 347). Ook is het gebruik van overreding, actief luisteren, non-verbale communicatie en elektronische informatie van belang. Het is echter van belang dat er niet alleen elektronisch wordt gecommuniceerd, maar dat dit ook face-to-face gebeurt (Denhardt, Denhardt en Aristigueta, 2009, p. 350). Ook geven McSherry en Pearce aan dat het de communicatie kan worden verbeterd door gedeelde doelen, informatie, leren en rollen en verantwoordelijkheid (McSherry en Pearce, 2010, p. 144). Hierbij is het belangrijk dat alle partijen in staat zijn om goed te luisteren, zorgen uit te drukken, ande-

ren te vertrouwen, in teams te werken, samen te werken etc. (McSherry en Pearce, 2010, p. 145).

#### 4.4.6 Training, educatie en kennis

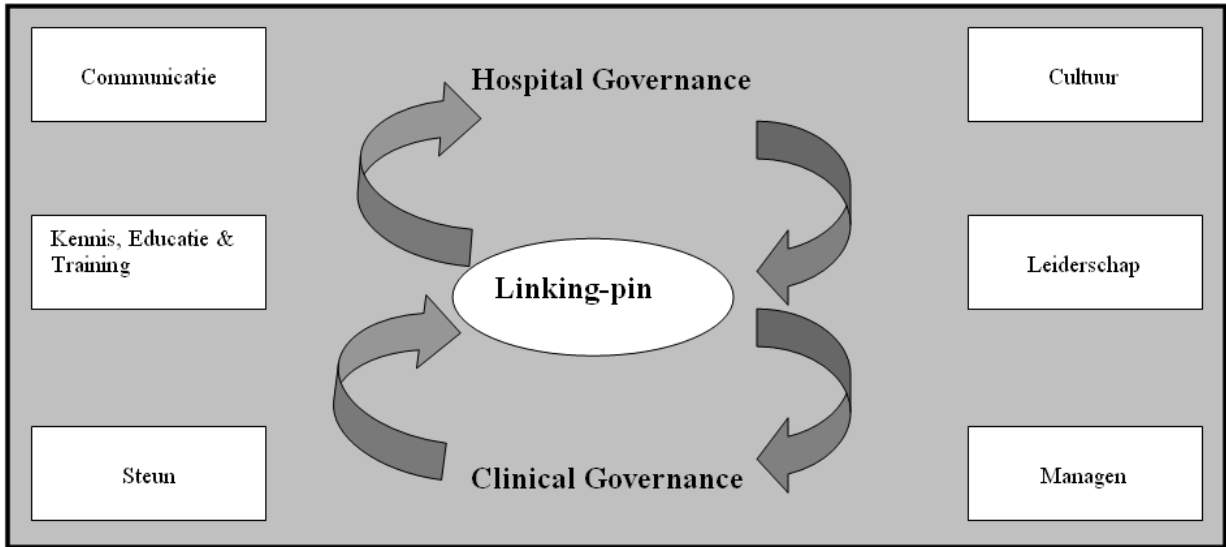
De vijfde barrière is gebrekkige training, educatie en gebrekkige kennis. Brown en Duguid geven aan dat leren voor zowel de werknemers als ook de organisatie noodzakelijk is, maar dat de training van de organisatie vaak niet aansluit bij de dagelijkse praktijk van de werknemers (Brown & Duguid, 1991, p.43). Werknemers leren het meeste van elkaar, doordat de verhalen die zij aan elkaar vertellen de complexe situatie waarin zij zich bevindt weerspiegelt. Door het vertellen van ervaringen ontstaat er een soort 'common law' die toepasbaar is op andere gevallen (Brown & Duguid, 1991, p.44). Brown en Duguid geven aan dat de organisatie de werknemers praktijkgericht moet benaderen, wil men de werknemers daadwerkelijk bereiken en laten leren (Brown & Duguid, 1991, p.45). Bovendien moeten organisaties erkennen dat werknemers meer leren in groepen, dan individueel. Brown en Duguid geven aan dat werknemers vaak het meeste leren in groepen die niet door de organisatie erkend zijn, maar buiten de vaste verbanden om ontstaan. Leren kan gestimuleerd worden door iedereen toegang te geven tot de 'community practice' en mensen van buitenaf te betrekken, omdat dit innovatie stimuleert en deze mensen vaak een rijke ontwikkeling hebben (omdat zij niet meegaan in de organisatie trends), waardoor zij de kloof tussen de statische organisatie en de dynamische werkvloer kunnen overbruggen (Brown & Duguid, 1991, p.50).

#### 4.4.7 Steun

De laatste barrière wordt gevormd door gebrekkige steun. Het is belangrijk om steun te krijgen voor een bepaald beleid dat moet worden uitgevoerd. De implementatie verloopt dan vaak soepeler. Steun kan verkregen worden door organisatieleden een stem in het veranderproces/oplossingsproces te geven (Griffin & Moorhead, 2010, p. 517) Ook goede communicatie over de doelen van de organisatie spelen een belangrijke rol bij het creëren van draagvlak (Griffin & Moorhead, 2010, p. 288). In dit proces is het de bedoeling dat veranderingen en verbeterpunten vanuit de organisatie zelf geïnitieerd worden, hierdoor is er vaak al een draagvlak gecreëerd op de werkvloer.

## 4.5 Conclusie

In dit hoofdstuk is er allereerst antwoord gegeven op de tweede deelvraag 'Wat is er in de literatuur bekend over barrières die kunnen optreden bij de implementatie van Clinical Governance-beleid?'. De belangrijkste barrière bij de implementatie van Clinical Governance-beleid wordt gevormd door de verdeeldheid binnen de ziekenhuisorganisatie. Zoals in hoofdstuk drie beschreven is er enerzijds de wereld van de professionals, waar Clinical Governance een rol speelt, en anderzijds de managementwereld waar Hospital Governance de boventoon voert. Dit kan ertoe leiden dat er twee aparte stromingen in de organisatie lopen, waardoor de werkvloer niet goed betrokken is bij de uitgezette activiteiten van Hospital Governance. De barrières die kunnen optreden bij het aanpakken van knelpunten, komen tot uiting in zes verschillende facetten: organisatiecultuur, managen, leiderschap, communicatie, steun en kennis, training en educatie. Vervolgens is er ook een antwoord geformuleerd op de derde deelvraag 'Welke oplossingen worden er in de literatuur over 'de lerende organisatie' aangedragen voor de barrières die kunnen optreden bij de implementatie van Clinical Governance-beleid?'. Door enerzijds de overeenkomsten tussen de lerende organisatie en gezondheidszorg Governance (voornamelijk in het Clinical Governance aspect) en anderzijds de verschillen (voornamelijk in het Hospital Governance aspect), kan er wel geleerd worden van de lerende organisatie, mits de werelden van Clinical en Hospital Governance aan elkaar gekoppeld worden. Deze koppeling wordt gevonden in de linking-pin van Likert, welke binnen het UMCG vertolkt kan worden door de CIM/DIM organisatie. Wanneer deze werelden aan elkaar gekoppeld worden door de linking-pin, is het belangrijk dat deze linking-pin zo wordt ingericht, dat de potentiële barrières worden vermeden (zie figuur 9). Hierbij kan geleerd worden van literatuur omtrent de lerende organisatie, door gebruik te maken van de organisatie-inrichting van Caluwé en Vermaak, welke gericht is op het motiveren van werknemers en het verbeteren van het lerende vermogen van een organisatie en de ideeën m.b.t. organisatieleden van Brown en Duguid.



**Figuur 9** De uitdaging





## 5 Methodologisch kader

*“People are not billiard balls, but have complex intentions operating in a complex web of other’s intentions and actions.”*

*(Miles & Huberman, 1994, p. 143)*

### 5.1 Inleiding

Het empirische deel van dit onderzoek vindt plaats in de eerder geschetste complexe context van het ziekenhuis. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de methoden die zijn gehanteerd ter beantwoording van de empirische deelvragen. Allereerst wordt er in paragraaf 5.2 gekeken naar de gehanteerde onderzoeksdesign. Paragraaf 5.3 gaat vervolgens in op de onderzoeksaanpak, hierin wordt de ‘theorie U’ van Schramer besproken als leidinggevende methode van dit onderzoek. In paragraaf 5.4 worden de concepten die centraal staan in dit onderzoek geoperationaliseerd. In paragraaf 5.5 wordt de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek besproken en in paragraaf 5.6 de beperkingen van het onderzoek.

### 5.2 Onderzoeksdesign

In de wetenschap worden verschillende soorten onderzoeksdesigns gehanteerd. De casestudy is een van deze onderzoeksdesigns. Volgens Vennix is er slechts onder bepaalde omstandigheden sprake van een casestudy. Zo moet een casestudy voldoen aan de volgende kenmerken:

1. Er is sprake van één of meerdere dragers van informatie
2. Deze worden in hun natuurlijke omgeving geïnterviewd
3. Er wordt of op meerdere tijdstippen gemeten, of er wordt informatie over achterliggende periode verzameld
4. Er worden meerder databronnen/interviews gebruikt
5. De onderzoeker is gericht op een gedetailleerde beschrijving van tal van variabelen om zo de beschrijving compleet te maken (Vennix, 2007, p.281).

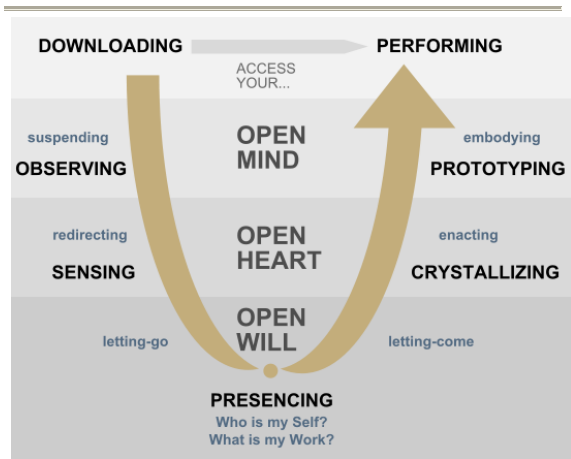
Bij dit onderzoek zijn er meerdere personen en documenten betrokken die mogelijk relevante informatie bevatten. Deze ‘dragers van informatie’ zullen in hun natuurlijke omgeving, dat wil zeggen in de functie en het organisatieonderdeel waarin zij werkzaam zijn, geïnterviewd worden. Ook wordt er informatie verzameld over de achterliggende periode: zo worden de stappen die gezet zijn in de casus dubbele patiëntnummers achterhaald en wordt er gekeken naar historische gebeurtenissen die de organisatie gevormd hebben tot hetgeen het nu is. Er wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van triangulatie, wat betekent dat er meerdere databronnen en verzamelingmethoden worden gebruikt (hierover meer in paragraaf 5.3). Dit alles wordt gedaan met als doel een gedetailleerde beschrijving te geven van de situatie, door naar zoveel mogelijk variabelen te kijken die van invloed zijn op de situatie. Er is hier dus sprake van een casestudy, zoals door Vennix beschreven.

### 5.3 Onderzoeksaanpak

#### 5.3.1 Theorie U

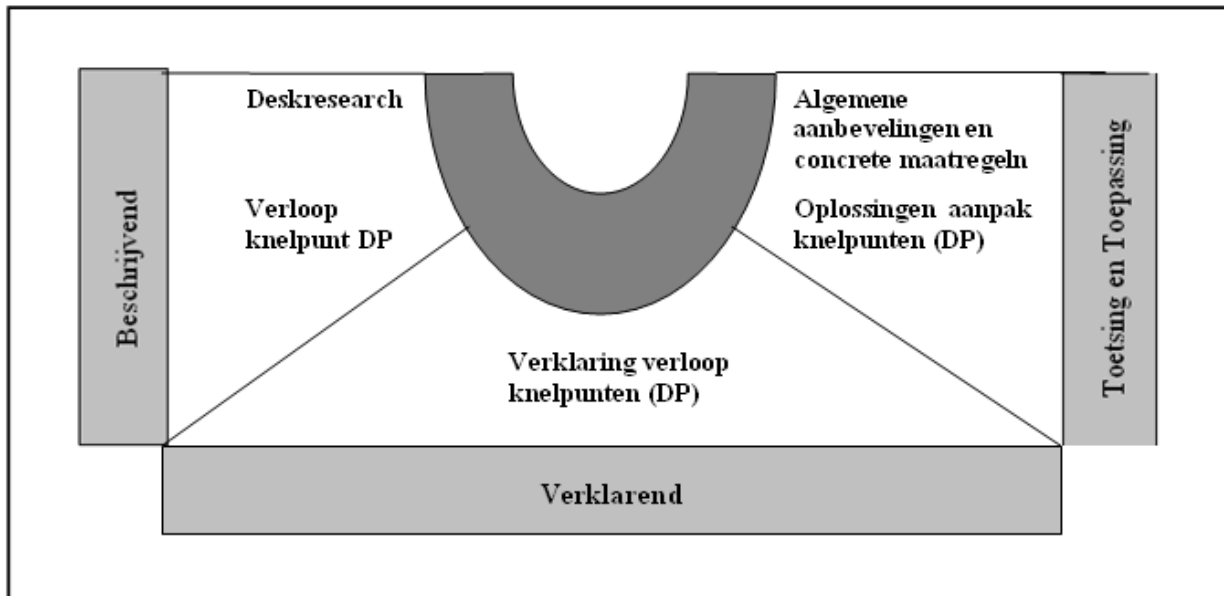
In zijn boek ‘Theory U’ gaat Scharmer in op wat hij de ‘theorie U’ noemt. Dit is een theorie die er vanuit gaat dat mensen te vaak problemen oplossen op basis van ervaringen uit het verleden (downloaden) en daardoor te weinig fundamentele wijzigingen afwegen (De Roode, 2010, p.30). Het is de bedoeling dat mensen met een ‘open mind, open heart en open will’ observeren en voelen wat er speelt om op die manier via de U-vorm weer bij het uitkristalliseren van ideeën en het maken van prototypen uit te komen (zie figuur 10).

Ook in dit onderzoek zal er gebruik worden gemaakt van het idee van de U-vorm in het zoeken naar verbeteringen voor het traject dat de CIM moet inzetten nadat zij een ziekenhuisbreed knelpunt signaleerd heeft. Het empirische deel van het onderzoek kent drie fasen: het beschrijvende deel, verklarende deel en het toetsende/toepassingsdeel (zie figuur 11).



**Figuur 10** Theory U volgens Scharmer

In het beschrijvende deel wordt beschreven hoe het ziekenhuisbrede knelpunt omtrent dubbele patiëntnummers is verlopen en hoe de CIM organisatie is gestructureerd. Er zal vervolgens in de tweede fase worden geprobeerd te verklaren waarom de CIM organisatie functioneert zoals zij functioneert, en hoe het IMS geoptimaliseerd kan worden. Deze ideeën worden vervolgens in de laatste fase uitgekristalliseerd en vormen uiteindelijk een prototype van aanpassingen dat ook op andere knelpunten toepasbaar is. Er wordt zowel gebruik gemaakt van deductie (de algemene literatuur wordt toegepast op de specifieke organisatie van het UMCG) als ook inductie (de oplossingen voor het knelpunt dubbele patiëntnummer worden toegepast op andere ziekenhuisbrede knelpunten).



**Figuur 11** Theory U gebruikt als onderzoeksanpak

### 5.3.2 Dataverzameling

Er zal bij de uitvoering van het onderzoek gebruik worden gemaakt van verschillende methoden van dataverzameling, waarbij vanuit zoveel mogelijke verschillende kanten naar het onderzoeksveld gekeken wordt (zie figuur 12). Tijdens de beschrijvende fase van het onderzoek zullen de data worden verzameld door gebruik te maken van deskresearch en interviews. Bij deskresearch worden documenten, zoals eerdere onderzoeken, notities en correspondenties, geanalyseerd. De interviews tijdens de beschrijvende fase worden gehouden met medewerkers, welke direct betrokken zijn bij het knelpunt dubbele patiëntnummers. Daarnaast zal er middels een oriënterend gesprek met betrokkenen en korte observatie/rondleiding (over afdeling en systemen) worden getracht dit traject goed in kaart te brengen. De interviews zullen standardised open-ended interviews zijn, die ongeveer 45 minuten zullen duren. Dit houdt in dat de formulering en volgorde van de vragen vooraf vast staan, maar dat de antwoordmogelijkheden worden opengelaten (Vennix, 2007, p.261). Er is namelijk in deze fase bekend welke vragen er gesteld moeten worden, omdat het onderzoeksterrein (de stappen die zijn gezet in het proces van de dubbele patiëntnummers) vrij beperkt is (zie bijlage 5 en 6 voor interviewguides beschrijvende fase).

Tijdens de verklarende fase wordt er ook gebruik gemaakt van interviews. Deze interviews zijn standardised open-ended interviews, waarbij aan het einde van het interview de mogelijkheid gecreëerd wordt om zaken die niet aan bod gekomen zijn in de vragen aan te kaarten (zie bijlage 7 voor interviewgide verklarende fase). Dit om ervoor te

zorgen dat er ook plaats is voor niet verwachte verklaringen voor het verloop van het traject. De interviews zullen worden gehouden met sleutelpersonen die betrokken zijn bij het knelpunt dubbele patiëntnummers, sleutelpersonen binnen de CIM/DIM organisatie en overige medewerkers, welke vanuit hun functie een bepaalde visie hebben op het functioneren van de CIM/DIM (afdelingshoofden, Chefs de Clinique etc.). Het doel van deze interviews is om te achterhalen waarom dit knelpunt niet is 'opgelost' en om te achterhalen welke barrières het optimaal functioneren van het IMS belemmeren. Ook deze interviews zullen ongeveer 45 minuten duren. Ook zal er tijdens de verklarende fase gebruik worden gemaakt van korte standardised open-ended interviews, welke worden gehouden onder de medewerkers op de werkvloer (artsen en verpleegkundigen). Deze interviews zullen ongeveer 10-15 minuten in beslag nemen (zie bijlage 8). De bedoeling van deze interviews is om te achterhalen wat er in de organisatie bekend is over de CIM en DIM, hoe men hier tegen aankijkt en wat men verwacht van deze organisaties. Op deze manier kan het idee van Clinical Governance, welke speelt op de werkvloer, inzichtelijk worden gemaakt. De CIM/DIM organisatie zal immers een koppeling moeten maken tussen de richtlijnen van bovenaf (die hebben geleid tot het IMS) en de ideeën die er op de werkvloer spelen.

De laatste fase van het onderzoek zal toepassing en toetsing zijn. De resultaten uit de eerdere twee fasen zullen dan gebruikt worden om te komen tot algemeen toepasbare aanbevelingen. Deze algemene aanbevelingen zullen in een focusgroep worden getoetst, waarbij getracht wordt om de algemene aanbevelingen te concretiseren naar praktische

Fase	Techniek	Bron	Aantal
<b>Beschrijvend</b>	Desk research	Notities, correspondentie, jaarverslagen etc.	12
	Face-to-face Interviews	Respondenten	2
<b>Verklarend Toetsen/Toepassen</b>	Face-to-face interviews (lang)	Respondenten	13
	Face-to-face interviews (kort)	Respondenten	18
	Focusgroep	Respondenten	8

**Tabel 3** Dataverzameling empirische deel onderzoek

maatregelen. Een focusgroep is een kwalitatieve onderzoeksmethode waarbij de gespreksleider op zoek gaat naar de meningen van de deelnemers over geagendeerde onderwerpen. Een focusgroep wordt veelal gebruikt in de beleidsontwikkeling om suggesties te verkrijgen voor verbeteringen. Om het middel van de focusgroep op de juiste wijze te inzetten wordt er gewerkt volgens de 'Handleiding focusgroep onderzoek' (www.cbo.nl). Hierbij wordt er voorafgaand aan de focusgroep een onderzoeksopzet en handleiding geschreven (zie bijlage 9 en 10).

### 5.3.3 Respondenten

In dit onderzoek speelt de informatie die via respondenten naar voren komt een belangrijke rol. Voor het goed onderzoeken van de casus is het dan ook van belang dat de juiste respondenten worden benaderd (zie bijlage 11). In de eerste fase van het onderzoek zullen er voornamelijk interviews worden gehouden met de sleutelpersonen rondom het knelpunt dubbele patiëntnummers. Deze respondenten worden gekozen op basis van de rol die zij bij dit knelpunt gespeeld hebben. Ook worden er sleutelpersonen rondom de CIM/DIM en overige medewerkers geïnterviewd. Bij de presentatie van de resultaten wordt er onderscheid gemaakt tussen CIM-leden, DIM-leden en overige medewerkers. De CIM-leden die zijn benaderd zijn voor de interviews zijn niet allemaal formeel lid van de CIM, maar zijn lid van de CIM of werkzaam voor de CIM. Zij worden bij de resultaten wel aangeduid als CIM-lid. De benadering van de respondenten is gedeeltelijk, voornamelijk in het begin van het onderzoek, via netwerken verlopen en later ook aselekt en middels het 'sneeuwbaaleffect' (via via). Daarnaast is er voor de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoeken gekeken naar de eisen die Yin stelt aan geïnterviewden bij een casestudy. Hij geeft aan dat een respondent:

1. Toegang moet hebben tot het onderwerp
2. Geïnteresseerd moet zijn in het onderwerp
3. Bereid moet zijn en in staat moet zijn om informatie over te brengen aan de onderzoeker
4. Onpartijdig informatie aan de onderzoeker kunnen geven, ondanks zijn betrokkenheid (Yin, 1992)

De eerste twee voorwaarden van Yin zijn geborgd door bij het maken van een afspraak te verifiëren of de respondent

waar nodig toegang heeft tot het onderwerp en hier ook in geïnteresseerd is. De bereidheid van de respondent blijkt uit het feit dat deze vrijwillig medewerking verleent. De mogelijkheid om informatie over te dragen wordt vergroot door goede inleidingen op de vragen te geven en de respondenten bij de verwerking in het onderzoek te anonimiseren. De laatste eis van Yin, de onpartijdigheid, is lastig te borgen in een dynamische en complexe organisatie zoals het UMCG. Mede hierdoor is er voor gekozen om respondenten uit zoveel mogelijke verschillende functies te benaderen en deze functiespreiding enigszins een afspiegeling te laten zijn van de organisatie. Op deze manier is getracht de invloed van partijdigheid te minimaliseren. In de derde fase zal er een focusgroep worden georganiseerd om te bekijken of de voorgestelde aanbevelingen haalbaar zijn en deze verder te concretiseren. De deelnemers van deze focusgroep zullen worden geselecteerd op basis van beschikbaarheid en de voorwaarden van Yin, waarbij een zo goed mogelijke spreiding over de functies wordt nagestreefd.

### 5.3.4 Data-analyse

Alle interviews die in het kader van dit onderzoek worden gehouden, worden opgenomen. De opnames worden letterlijk uitgewerkt. Vervolgens worden de interviews aan de hand van de eerder onderscheiden concepten een de operationalisatie gecodeerd, waarbij ook een codering overig is toegevoegd. Aan de hand van deze codering worden de verzamelde gegevens geanalyseerd om vervolgens gepresenteerd te worden als onderzoeksresultaten. De focusgroep wordt geanalyseerd op de wijze die omschreven is in de 'handleiding focusgroep'. Dit houdt in dat de focusgroep wordt opgenomen. Tevens zijn er twee procesbegeleiders. Een van deze begeleiders zal de focusgroep leiden, de andere begeleider zal aantekeningen maken en observeren. De focusgroep wordt niet letterlijk uitgewerkt, maar wordt door middel van notulen direct verwerkt naar onderzoeksresultaten. Hierbij dient de opname als geheugen. Na de presentatie en analyse van de resultaten zullen deze ter verificatie aan de tweede begeleider worden voorgelegd, dit om de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek te borgen.

## 5.4 Operationalisatie

In deze paragraaf zullen de potentiële barrières die in dit onderzoek centraal staan, en benoemd zijn in paragraaf 4.4, meetbaar worden gemaakt. Op deze manier kan worden gekeken welke van deze concepten een verklaring vormen voor het functioneren van het IMS. De meting van deze concepten zal middels interviews worden gedaan, waardoor bij deze operationalisatie de elementen zullen worden genoemd die samen het concept vormen. Naar deze elementen zal vervolgens in de interviews worden gevraagd.

### Organisatiecultuur

Organisatiecultuur is het feitelijke gedrag van de medewerkers van een organisatie, dat voortkomt uit een stelsel van impliciete en expliciete veronderstellingen, waarden en normen (Caluwé en Vermaak, 2010, p.261). In dit onderzoek wordt er bij de organisatiecultuur gekeken of er een 'blame free' cultuur is, om te bepalen of cultuur een barrière kan vormen voor Clinical Governance-beleid. Dit wordt gedaan door te vragen of:

- Medewerkers en afdelingen (bijna) incidenten durven te erkennen, durven aan te pakken en waar deze blame (vrije) cultuur uit blijkt.
- Medewerkers zich vrij voelen om (bijna) incidenten op de afdeling te bespreken.  
Er wordt gevraagd hoe vaak dit wordt gedaan en wat barrières zijn om vrij te melden.
- Medewerkers zich vrij voelen om (bijna) incidenten in het IMS te melden  
Er wordt gevraagd hoe vaak dit wordt gedaan en wat barrières zijn om een melding te maken.

### Managen veranderingen

Bij managen gaat het om het leiden van een groep mensen om gezamenlijk een bepaald doel te bereiken. Bij management veranderingen wordt er leiding gegeven aan een verandering. Om te bepalen of management een barrière vormt in het functioneren van het IMS wordt er gekeken of het een taak is van de CIM om veranderingen te managen, welke activiteiten de CIM onderneemt om dit te doen en wat eventueel andere taken van de CIM zijn. Er wordt gekeken naar:

- Activiteiten die worden ondernomen door de CIM om veranderingen te ondersteunen
- De vraag of het de taak van de CIM is om veranderingen te managen.
- Taken en verantwoordelijkheden van de CIM in algemenere zin

### Leiderschap

Leiderschap kan op verschillende manieren worden bekeken. In dit onderzoek wordt er onder leiderschap verstaan: 'het succesvol implementeren van verandering door invloedrijke en inter-persoonlijke relaties op te bouwen, om veranderingen door te voeren met een sterke visie en het bouwen van een sterk netwerk om dingen gedaan te krijgen door anderen' (Goodwin, 2006, p.9). Om te bepalen of leiderschap een barrière vormt in het optimaal functioneren van het IMS, wordt er gekeken of:

- De leden van de CIM (er is op dit moment geen voorzitter) bekend zijn binnen de organisatie
- De missie en de visie van de CIM bekend zijn binnen de organisatie
- De (toekomstige) voorzitter van de CIM via netwerken de verschillende gremia kan motiveren om actie te ondernemen. Er wordt gekeken of dit in het verleden is gebeurd, of dit moet gebeuren en welke maatregelen er moeten worden genomen om dit in de toekomst te laten gebeuren.

### Communicatie

Communicatie kan worden gezien als een transmissie van informatie van de ene partij naar de andere (Denhardt, Denhardt en Aristigueta, 2009, p. 337). In dit onderzoek zal er bij communicatie gekeken worden naar:

- De tevredenheid over de communicatie vanuit de CIM naar de verschillende gremia/ actiehouders
- De tevredenheid over de communicatie tussen de CIM en de DIM
- De tevredenheid over de communicatie van de CIM naar de werkvloer (algemeen en na doen melding). Er wordt bij al deze drie communicatievormen gekeken hoe de communicatie nu verloopt, of men hierover tevreden is en wat men denkt dat noodzakelijk is qua communicatie om het IMS te optimaliseren.

### Training, educatie en kennis

De barrière training en educatie en de barrière kennis zijn in dit onderzoek samengetrokken. Het gaat dan om de mate van informatie en vaardigheden waarover medewerkers beschikken. Om te bepalen of training, educatie en kennis een barrière vormt in het IMS wordt er gekeken of:

- De DIMs in staat om zelf knelpunten te analyseren, dit wordt gevraagd aan de respondenten, waarbij ook gevraagd wordt waar dit wel/niet aan ligt.
- Zijn de DIMs waar nodig bereid om training te volgen en onder welke voorwaarden
- Hoe kunnen DIMs van elkaar leren en wat is de rol van de CIM daarbij (focusgroep aan bod)

### Steun

Steun houdt in dat medewerkers ergens achter staan. In dit onderzoek wordt er bij steun gekeken of er:

- Vanaf de werkvloer voldoende steun is voor de CIM/DIM organisatie (aandacht en betrokkenheid, bijvoorbeeld hoe vaak de CIM/DIM aan bod komt in een werkoverleg, hoe vaak wordt er gemeld en wordt melden gestimuleerd op de afdeling)
- Er binnen de rest van de organisatie voldoende steun is voor de CIM/DIM organisatie (middelen die beschikbaar worden gesteld, mate van integratie binnen de organisatie)

### 5.5 Betrouwbaarheid, validiteit en beperkingen van het onderzoek

Validiteit en betrouwbaarheid zijn twee belangrijke eigenschappen van een wetenschappelijk onderzoek. Zij spelen een grote rol bij de vraag of een onderzoek bruikbaar is en hoe deze uiteindelijk wordt ontvangen. Bij validiteit wordt gekeken of het gekozen meetinstrument meet wat de onderzoeker wil dat het meet (Vennix, 2007, p.199). Bij betrouwbaarheid wordt gekeken in welke mate de meetresultaten stabiel zijn. Het gaat hier om de vraag, in welke mate er bij herhaling van de meting, dezelfde resultaten worden waargenomen (Vennix, 2007, p.200). Zoals in paragraaf 5.3.2 vermeld wordt er in dit onderzoek gebruik gemaakt van interviews met open vragen. Deze keuze heeft gevolgen voor de validiteit en voor de betrouwbaarheid van het onderzoek. Omdat het interview open vragen bevat

kunnen we stellen dat de validiteit hoog is. Dit is het geval omdat de geïnterviewde personen exact kunnen aangeven wat zij bedoelen en wat zich heeft afgespeeld. Door het niet te hoeven kiezen uit antwoordcategorieën wordt exact gemeten wat er gemeten moet worden. Echter het kiezen van een interview met open vragen heeft, zoals hierboven genoemd, ook gevolgen voor de betrouwbaarheid van het onderzoek. Doordat de interviewer niet simpel een antwoordcategorie kan aankruisen, moeten de gegeven antwoorden worden gecodeerd. Hierbij kan het zijn dat de interviewer de antwoorden, gegeven door de respondent, verkeert interpreteert. Hierdoor kan het zo zijn dat bij het herhalen van de meting, bijvoorbeeld wanneer een andere interviewer hetzelfde interview afneemt, er andere antwoorden ontstaan. Een standardized open-ended interview verhoogt dus de validiteit maar kan problemen opleveren voor de betrouwbaarheid.

Een beperking van dit onderzoek is dan ook dat het door één persoon wordt uitgevoerd. De interviews zijn door één persoon afgenomen en verwerkt, wat door interpretatie ten koste kan gaan van de betrouwbaarheid. Om dit op te vangen worden de interviews zo goed mogelijk uitgewerkt aan de hand van geluidsopname. Door het maken van geluidsopname wordt allereerst gezorgd dat de vertaling van het interview naar de weergave op papier zo goed mogelijk verloopt. Vervolgens is het van belang zo goed mogelijk verslag te doen van het interview op papier zodat de juiste interpretaties en conclusies volgen. Ook bij de focusgroep geldt dat de vertaling naar resultaten door één persoon zal worden verricht. Om de validiteit en betrouwbaarheid te waarborgen zal de vertaling van de focusgroep naar de resultaten worden gecontroleerd, door een medewerker die heeft deelgenomen aan de focusgroep. Ook wordt bij de keuze van de respondenten voor zowel de interviews als ook de focusgroep een zo goed mogelijke spreiding nagestreefd en worden de respondenten gekozen op basis van de kenmerken van Yin. Dit om de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek te waarborgen.

## 6 Traject van de dubbele patiëntnummers

*“Het lijkt mij belangrijk dat er geen gegevens verloren gaan doordat er dubbele nummers zijn en er eentje niet meer gebruikt wordt”.*

*(DIM Lid)*

### 6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt gekeken naar het traject rondom het knelpunt dubbele patiëntnummers en de rol die de CIM daarbij speelt. Er wordt specifiek gekeken naar de vraag hoe het traject is verlopen en waar het vastgelopen is. De CIM heeft zich twee maal beziggehouden met knelpunten rondom dubbele patiëntnummers. Een keer naar aanleiding van een melding van de DIM Radiotherapie en een keer naar aanleiding van een vraag vanuit de KNO. Om dit knelpunt en de rol van de CIM in kaart te brengen wordt allereerst in paragraaf 6.2 gekeken naar het knelpunt dubbele patiëntnummers bij de Radiotherapie. Vervolgens wordt in paragraaf 6.3 gekeken naar het knelpunt dubbele patiëntnummers bij de KNO. De informatie die de basis vormt voor deze paragrafen is voornamelijk verkregen via deskresearch en interviews. In paragraaf 6.4 wordt de aanpak van het knelpunt dubbele patiëntnummers beschreven, waarbij gekeken wordt waar dit knelpunt vastloopt en wat de voornaamste redenen hiervoor zijn. Dit wordt gedaan door de resultaten uit de interviews te presenteren en te analyseren. Het hoofdstuk wordt in paragraaf 6.5 afgesloten met een conclusie, waarin de eerste empirische deelvraag wordt beantwoord.

### 6.2 Knelpunt dubbele patiëntnummers Radiotherapie

De CIM is voor het eerst aan de slag gegaan met dubbele patiëntnummers aan de hand van een signalering van de DIM Radiotherapie. In een email aan de CIM geeft de DIM Radiotherapie aan dat UMCG patiënten op dit moment meerdere UMCG-nummers kunnen hebben (zie bijlage 12). Aangezien op de afdeling Radiotherapie de patiënten op diverse informatiesystemen worden geïdentificeerd aan

de hand van dit UMCG-nummer, kunnen dubbele nummers tot problemen leiden bij de identificatie van een patiënt of de communicatie tussen informatiesystemen. Dit knelpunt wordt opgepakt door de ICT-deskundige van de CIM, welke in februari 2010 contact opneemt met de DIM Radiotherapie. Hieruit volgt een analyse van de casus (Moorlag, 2010). Deze analyse wordt op 15 oktober 2010 opgestuurd naar de directeur ICT, FGB en MT en de directeur Medische Zaken. Hierin wordt de aanbeveling gedaan om voor het gebruik van UMCG-nummers, waar mogelijk, centrale en decentrale applicaties patiëntinformatie volgens de juiste procedure uit het ZIS te halen. Hierop moet actief worden gestuurd. Ook wordt de aanbeveling gedaan om het feit dat niet alle apparatuur gegevens uit een andere omgeving kan inlezen in organisatorische procedures kan worden gewaarborgd en of er bij aanschaf van medische apparatuur rekening kan worden gehouden met bovengenoemde problematiek. De CIM krijgt vervolgens een reactie van de directeur ICT, waarin hij aangeeft dat het maken van beleid omtrent organisatorische procedures het terrein is van de directeur Medische Zaken en dat het beleid voor aanschaf van nieuwe apparatuur al in bovengenoemd vraagstuk voorziet. Het probleem zit volgens de directeur ICT niet in de ICT-systemen, maar in het gebruik daarvan en daar is hij niet verantwoordelijk voor. Met het doen van deze aanbevelingen is voor de CIM het knelpunt afgerond. Zij berichten de Radiotherapie over de aanbevelingen die zij aan beide directeurs gedaan hebben.

### 6.3 Knelpunt dubbele patiëntnummers KNO

Op 24 september 2010 kwam de CIM opnieuw in aanraking met een knelpunt rondom dubbele patiëntnummers (zie bijlage 13). In dit geval werd er een melding gedaan in het IMS van een melder die te maken heeft gehad met een patiënt met twee UMCG-nummers. Bij het indienen van het koppelverzoek is er het een en ander verkeerd gegaan, waardoor de melder besloot een melding te maken in het IMS. Ook dit knelpunt is toegewezen aan de ICT-deskundige van de CIM, welke na correspondentie met functioneel gegevens beheer een analyse heeft opgesteld.

In de analyse wordt de normale gang van zaken rondom de koppeling beschreven:

Na het indienen van een koppelvoorstel is Sector A verantwoordelijk voor de afhandeling van de koppelvoorstellen. Er dienen alvorens de voorstellen te beoordelen controles plaats te vinden op de mutaties van persoonsgegevens (dit om onterechte overschrijving van persoonsgegevens te kunnen vast stellen en om eventueel onterecht koppelvoorstel eruit te halen). Hiervoor is een aparte lijst aanwezig. Als er kan worden gekoppeld, voert Sector A (registratie) een dubbele autorisatie uit. De koppelactie zal dan de eerst volgende avondverwerking worden uitgevoerd. Tijdens deze avondverwerking kan een koppeling worden tegen gehouden om meerdere afwijsredenen (bv. er is een inconsistentie tussen de bloedgroepgegevens tussen beide patiëntnummers). Sector A neemt hiervoor de benodigde acties. In totaal kan een koppelactie om 70 verschillende afwijsredenen niet doorgaan. De instellingen zijn zodanig dat er geen nadelige effecten zullen optreden in de zorg en in de administratieve gegevens van de patiënt (Moorlag, 2011, p. 2)

Naar aanleiding van de analyse wordt er een brief gestuurd vanuit de CIM naar de directeur Medische Zaken en kwaliteit en veiligheid en naar de directeur Sector A. Hierin worden vier aanbevelingen gedaan: het vaststellen van een eenduidige procedure voor inschrijving en identificeren van patiënten, eisen stellen aan proces rondom koppelverzoek (maximale doorlooptijd), vastgestelde eisen borgen in afspraken en reden van afwijzing accorderen en prioriteren en als laatste een spoedprocedure opstellen en het daarbij behorende protocol vaststellen. De directeur Sector A geeft in een reactie aan de CIM aan niet over de expertise te beschikken om dergelijke procedures op te stellen, maar wel te willen meewerken wanneer de daarvoor geschikte gremia actie onderneemt. Op het moment van schrijven wacht de CIM nog op een reactie van de directeur Medische Zaken.

## 6.4 De aanpak van het knelpunt dubbele patiëntnummers door de CIM

### 6.4.1. Verloop van het knelpunt volgens respondenten

Het knelpunt rondom dubbele patiëntnummers is voor het eerst aangekaart door de DIM Radiotherapie en doorgegeven aan de CIM.

*“Ik dacht, ik ben niet de enige met dubbele UMCG-nummers bij patiënten, dit speelt verder in het ziekenhuis ook een rol. Het lijkt mij belangrijk dat er geen gegevens verloren gaan doordat er dubbele nummers zijn en er eentje niet meer gebruikt wordt”.*

Vervolgens is er een analyse van het knelpunt gemaakt door de CIM, in samenwerking met de DIM. Uiteindelijk zijn er aanbevelingen gedaan aan de directeur Medische Zaken en de directeur ICT. Deze zijn volgens de CIM deskundige verantwoordelijk voor respectievelijk de patiëntveiligheid en de aanschaf van nieuwe apparatuur, vandaar dat de aanbevelingen aan deze twee directeurs zijn gedaan. Volgens de DIM Radiotherapie is het knelpunt nog niet opgelost, maar heeft de CIM wel voldoende respons gegeven. De DIM Radiotherapie geeft aan dat het een ingewikkeld punt blijft. Dit komt voornamelijk doordat de CIM als aanbeveling heeft gedaan, dat er bij de aanschaf van nieuwe apparatuur, rekening met de dubbele nummers moet worden gehouden. Maar dat is natuurlijk niet het belangrijkste doel van de apparatuur.

*“Het feit dat de apparaten dubbele nummers aankan, dan ondergeschikt aan de kwaliteit van het apparaat voor de directe doelen die het moet dienen”.*

De DIM Radiotherapie gaat er vanuit dat er nu wel beleid op het knelpunt gemaakt zal worden, doordat het nu bij de directeur medische zaken en ICT is neergelegd. Ook de CIM deskundige is van mening dat het nu aan de twee directeurs is om het punt verder op te pakken. De CIM is een adviserend orgaan, en die taak is vervuld, dus kan de CIM zich op een volgend knelpunt richten.



Enige tijd later treed er nogmaals een knelpunt op met dubbele patiëntnummers. Hier gaat het voornamelijk om de koppeling van deze nummers. De CIM deskundige geeft aan dat deze twee knelpunten niet echt aan elkaar gekoppeld zijn.

*“Er is alleen in de brief aan de directeur Medische Zaken aangegeven, dat er al eerder een knelpunt met dubbele patiëntnummers is geweest, maar dat dit knelpunt anders van aard is”.*

Naar aanleiding van het knelpunt rondom de koppeling van dubbele patiëntnummers wordt er door de CIM een brief gestuurd aan de directeur medische zaken en de directeur sector A. De CIM heeft daarop een mail ontvangen van de directeur sector A, die aangeeft dat hij niet over de expertise beschikt om een procesinrichting te creëren. Volgens de CIM is de directeur medische zaken nu aan zet

*“Hij moet dit nu oppakken en de expertise leveren om vervolgens in samenwerking met sector A tot een oplossing te komen”.*

Wanneer de directeur medische zaken niet reageert, dan zal de CIM om een reactie vragen. De CIM zal dan aangeven, dat zij denken dat het aan hem is om met een oplossing te komen. Daar houdt de rol van de CIM, volgens de CIM deskundige, op.

#### 6.4.2. De aanpak van het knelpunt

Het vastlopen van de casus dubbele patiëntnummer van de Radiotherapie wordt duidelijk doordat het knelpunt nog niet is opgelost. Dit komt volgens de respondenten echter niet door het proces van de CIM, maar doordat het probleem ondergeschikt is aan andere belangen binnen de organisatie. De melder kan zich daar in vinden en ziet zelf ook de complexiteit van de keuze voor apparatuur in. Hij gaat er vanuit dat er nog beleid op wordt gemaakt waarin hierover het een en ander wordt vastgelegd door de directeur ICT en de directeur Medische Zaken. De aanpak van het knelpunt KNO is nog volop in beweging. Toch spelen er al enkele moeilijkheden bij de aanpak van dit knelpunt, maar van een problematische aanpak willen de respondenten niet spreken. Een van de redenen waardoor de aanpak van

dit knelpunt niet soepel verloopt, heeft te maken met de tijd die er gaandeweg de communicatie tussen partijen en bij het opstellen van een analyse verstrijkt.

*“De communicatie van een knelpunt alleen duurt al zeven maanden. Eigenlijk moet een knelpunt binnen een maand of 2 a 3 zijn aangepakt. Er is geen maximale reactietijd in de statuten vastgelegd, dat zou misschien wel moeten”.*

Ook wordt door de respondenten aangegeven, dat een bewerkstelling van de aanpak van het knelpunt uitblijft doordat dit niet aan de CIM is.

*“Het is niet aan de CIM om een oplossing af te dwingen. Wij geven als CIM slechts advies en de verschillende gremia moeten vervolgens zelf een knelpunt aanpakken”*

*“De CIM is een adviserend orgaan en die taak is in deze vervuld, daar houdt de formele rol van de CIM dan ook op. Informeel wil je nog wel in de gaten houden wat er daarna gebeurt.”*

## 6.5 Conclusie

In dit hoofdstuk is er antwoord gegeven op de vierde deelvraag ‘Welke stappen worden er gezet om knelpunten rondom dubbele patiëntnummers ziekenhuisbreed op te lossen waar loopt deze aanpak vast?’. Allereerst is het verloop van de aanpak van het knelpunt rondom de dubbele patiëntnummers in kaart gebracht. Uit interviews en deskresearch is gebleken dat na de vraag van de DIM Radiotherapie door de CIM deskundige, in samenwerking met de DIM Radiotherapie, een analyse van het knelpunt is gemaakt. Bij het maken van deze analyse is er met de verschillende betrokken partijen gesproken. Naar aanleiding van deze analyse is er door de CIM een brief met aanbevelingen gestuurd naar de directeur Medische Zaken en de directeur ICT. Dit knelpunt is volgens de respondenten nog niet opgelost doordat het in de toekomst nog steeds voor problemen kan zorgen. Maar de respondenten geven aan dat het knelpunt door de CIM goed is opgepakt. Het uitblijven van een oplossing heeft te maken met de ondergeschiktheid van het belang aan andere belangen binnen de organisatie. Vervolgens is er een knelpunt opgetreden rondom de koppeling van dubbele patiëntnummers. Dit knelpunt is

door de CIM niet echt gekoppeld aan het eerdere knelpunt, maar wel is er kort gerefereerd naar het vorige knelpunt. Ook hier heeft de CIM deskundige, naar aanleiding van de melding, een analyse gemaakt van het knelpunt. Ook deze analyse heeft geleid tot een brief met aanbevelingen, welke ditmaal aan de directeur Medische Zaken en de directeur Sector A is gestuurd. De directeur Sector A heeft aangegeven niet over de expertise te beschikken om de gedane aanbevelingen tot een vervolg te brengen. De CIM verwacht dan ook dat de directeur Medische Zaken dit knelpunt verder op zich zal nemen. Ondanks het feit dat de betrokkenen de aanpak van dit knelpunt niet als problematisch willen duiden, zien zij toch enkele punten die het soepele verloop in de weg staan. Zo speelt het feit dat er geen maximale reactietijd is een belemmerende rol, waardoor er in dit geval maandenlang over het knelpunt gecommuniceerd wordt, zonder dat er iets concreets gebeurt. Ook het feit dat CIM 'slechts' een adviserende rol heeft zorgt ervoor dat een daadwerkelijke aanpak van dit knelpunt niet kan worden gewaarborgd.

## 7 De barrières die optreden bij de aanpak van een knelpunt door de CIM

*“Als we zo blijven hangen in de structuur dan verliezen we het en dan kunnen we net zo goed volgend jaar stoppen met de CIM/DIM. Wil de CIM echt een functie hebben dan moet er een voorzitter met statuur komen en moet er geen discussie zijn over tijd en geld”.*

*(Afdelingshoofd UMCG)*

*“Als je niet weet wat het oplevert, dan doe je ook niet mee als je de mensen ook nog eens niet kent”.*

*(CIM-lid)*

### 7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de tweede empirische deelvraag en wordt er gekeken naar de barrières die een goede aanpak van knelpunten door de CIM in de weg staan. Daartoe wordt allereerst in paragraaf 7.2 gekeken naar de visie op het huidige functioneren van de CIM/DIM. Vervolgens wordt er in paragraaf 7.3 gekeken naar de, in de literatuur onderscheiden, barrières die de aanpak van de CIM in de weg kunnen staan. In paragraaf 7.2 en 7.3 wordt bij de presentatie van de resultaten onderscheid gemaakt tussen CIM-leden, DIM-leden en overige medewerkers. Vervolgens wordt er in paragraaf 7.4 gekeken naar de ideeën die er leven op de werkvloer ten aanzien van de CIM en de DIM. Het hoofdstuk wordt in paragraaf 7.5 afgesloten met een conclusie.

### 7.2 Het functioneren van de CIM/DIM en de taken van de CIM

#### 7.2.1 Functioneren en de taken volgens CIM-leden en ondersteuning

Een van de CIM-leden geeft aan dat de CIM/DIM structuur zoals deze nu bestaat goed functioneert, maar dat deze zich nog in de beginfase bevindt. Een ander lid geeft aan dat er heel veel tijd is besteed aan het zoeken naar de rol van de

CIM, het ontwikkelen van een reglement etc. Deze fase van had meer door de afdeling Kwaliteit gedaan moeten worden en heeft voor de CIM teveel tijd gekost, waardoor de CIM zich pas in een latere fase kon richten op de incidenten. De CIM moet zich nu vooral gaan richten op de vraag, hoe informatie uit het IMS organisatiebreed kan worden opgepakt. De afdeling Kwaliteit zou daar een ondersteunende rol in moeten spelen. De CIM moet zorgen dat er de komende tijd daadwerkelijk verbeterpunten geïmplementeerd gaan worden. Ook geeft een van de CIM-leden aan dat het moeilijk is geweest voor de CIM om zichzelf ‘neer te zetten’ doordat er, vanwege persoonlijke omstandigheden, al twee keer een wisseling van de voorzitter is geweest.

*“Ik heb twee wisselingen van voorzitter meegemaakt en je ziet dat dit soort wisselingen altijd wel zijn effect op de organisatie, in dit geval de CIM, heeft”*

Ook geeft een van de CIM-leden aan dat er nog veel verbeteringen moeten worden doorgevoerd als het gaat om de DIMs.

*“Ik vraag me af of alle DIMs wel functioneren zoals zou moeten. Dus zoals bedoeld was; dat zij incidenten analyseren, aanbevelingen doen aan het management en goed overleg hebben met hun afdelingen en dat daaruit ook dingen verbeteren”.*

De DIMs zijn op dit moment nog heel erg aan het zoeken naar hoe ze moeten werken en hoe ze moeten communiceren met andere DIMs. Daar is volgens een van de CIM-leden ook een taak weggelegd voor de CIM. Maar de uitvoering en implementatie daarvan zou door de afdeling Kwaliteit moeten worden gedaan. De CIM-leden geven aan dat er enkele ziekenhuisbrede knelpunten zijn opgepakt door de CIM. Zo worden knelpunten rondom medicatie en ICT genoemd. Opvallend is, dat bijna alle CIM-leden verwijzen naar het jaarverslag. Zij geven aan dat de rest van de knelpunten daar te vinden zijn.

*“Een zwakte van de CIM is dat wij niet voldoende bekendheid geven in wat wij opgepakt hebben. Bijvoorbeeld over de dubbele patiëntnummers, wat nu weer heel erg leeft in de CIM, daar is eigenlijk niemand van op de hoogte. En dat is jammer”.*

De CIM leden geven aan dat een knelpunt op afdelingsniveau door de DIM kan worden geanalyseerd. Wanneer dit echter gaat om een knelpunt dat ziekenhuisbreed speelt, dan moet de CIM dit oppakken. De CIM kan ook optreden als coördinator en de verschillende experts van de afdelingen of DIMs inschakelen om te helpen bij de analyse. Een ander CIM lid geeft aan dat dit ook tot problemen kan leiden doordat DIMs geen recht hebben op alle incidenten in de database, waardoor zij geen centraal overzicht hebben: de afdeling Kwaliteit zou voor betere ondersteuning kunnen zorgen. Ook geeft een van de CIM-leden aan dat sommige DIMs teveel met losse incidenten bezig zijn, in plaats van het analyseren van trends. Zij kijken ook te weinig of iets ziekenhuisbreed kan spelen en geven dus niet vaak genoeg knelpunten door aan de CIM. Bovendien is het lastig om uit het IMS gegevens te halen over gelijksoortige incidenten.

*“Je moet zoeken op trefwoord. Op het moment dat de melder een typefout maakt dan vind je de melding niet. Of als mensen verschillende termen gebruiken, zoals sticker/etiket”.*

De CIM-leden geven verder aan dat de CIM te lang bezig is geweest met het signaleren en het doen van aanbevelingen, en dat men er nu voor moet zorgen dat er iets gaat gebeuren en dat de uitkomsten worden uitgedragen. De CIM moet meer bovenop de uitvoer zitten.

*“Het gebeurt onvoldoende dat wij als CIM ook voldoende het proces bewaken en een reactie terug verwachten. We zetten nu soms dingen uit, maar mensen komen daar zelf niet op terug. De CIM krijgt ook nooit post, dat is best raar”.*

### 7.2.2 Functioneren en de taken volgens DIM-leden

Volgens enkele van de DIM-leden functioneert de CIM/DIM redelijk. Anderen geven aan dat de huidige orga-

nisatie nog in zijn ‘babyschoenen’ staat en dat er nog erg veel verbeteringen mogelijk zijn. Voornamelijk in de onderlinge samenwerking en continuïteit zijn veel verbeteringen mogelijk om uiteindelijk te bereiken wat beoogd is.

*“Uiteindelijk wil je een samenhangend systeem waardoor structurele risico’s geïnventariseerd worden en leiden tot verbetermaatregelen. Die verbetermaatregelen moeten dan ook geïmplementeerd worden en er moet worden getoetst of het ook verbeterd is”.*

Er moet nog echt een balans gevonden worden tussen de zaken die direct op de werkvloer geregeld kunnen worden en de zaken die door de DIM en eventueel door de CIM moeten worden opgepakt. Dat is nu nog kunstmatig. Een van de DIM-leden geeft aan dat er op het moment veel afstand is tussen de CIM en de DIM.

*“Ik zit hier en zij zitten daar. Er is heel duidelijk afstand tussen twee werelden. Ik wil het geen ivoren toren noemen maar het is gewoon puur dat er heel erg veel afstand is”.*

*“Als ik iets open zet, is het een beetje alsof ik iets open zet naar Oeganda of Australië”.*

De DIM-leden kunnen alleen voorbeelden geven van zaken die door de CIM zijn opgepakt, die vanuit de eigen DIM zijn doorgegeven.

*“Dit zijn alle drie incidenten die uit mijn DIM kwamen. Daarmee geef ik gelijk de beperking aan, ik heb dus geen beeld van wat er verder gedaan wordt”.*

De DIM-leden geven aan dat lokale problemen door de DIM moeten worden geanalyseerd en ziekenhuisbrede problemen door de CIM. De CIM zit op een hoger niveau en kan meer overzien, dat is voor de DIM niet mogelijk. Ook mag de CIM wel meer de coördinerende rol oppakken en de verschillende DIMs vragen om mee te werken aan een analyse. De DIM-leden geven aan dat een goede analyse enorm van belang is, maar dat de rol van de CIM daar niet ophoudt.

*“De CIM staat nog meer buiten de lijn dan de DIM en kan daardoor vaak goed zien waar de schoen wringt en wat er*

*moet gebeuren. Ze zouden dan gemakkelijk de verschillende ondersteunende diensten kunnen aanspreken en van mij mogen ze daarin ook voorschrijvend zijn. Er moet iemand de verantwoordelijkheid op zich nemen. Zij mogen met de vuist op tafel slaan en zorgen dat er een oplossing komt". "Het lijkt mij dat als je goede analyses hebt gemaakt, je vanzelf ook iets wilt afdwingen. Dan ga je er als CIM toch achteraan om te zorgen dat er wat gebeurt zou ik zeggen".*

### 7.2.3 Functioneren en de taken volgens overige medewerkers

Een van de medewerkers geeft aan dat de structuur wel redelijk werkt: 'de structuur bereikt het hele ziekenhuis, alle afdelingen kunnen een DIM oprichten en dat is dus vrij positief. Een andere medewerker geeft aan dat men pas halverwege is. Op afdelingsniveau wordt er redelijk veel gedimd, maar er is duidelijk verschil per afdeling en beroepsgroep. De verpleegkundigen melden voornamelijk, de artsen minder. Volgens deze medewerker heeft dit te maken met het feit dat de artsen een eigen complicatie meldsysteem hebben en twee systemen naast elkaar werkt niet. De andere medewerkers geven aan dat de eigen DIM goed functioneert: er wordt gesignaleerd, geanalyseerd en adviezen worden daadwerkelijk opgepakt. Maar de CIM is onduidelijk: de CIM is te weinig zichtbaar en bekend en pakt te weinig ziekenhuisbrede knelpunten op.

*"Als je kijkt naar de CIM, die zou ziekenhuisbrede trends moeten onderscheiden, maar daar heb ik eigenlijk nog niet echt iets van gehoord".*

*"De CIM zou de rapportages van de DIM moeten scannen en kijken of er knelpunten bij meerdere DIMs leven. Dat gebeurt nu te weinig, of eigenlijk helemaal niet. En als het wel gebeurt, dan zie ik dat in elk geval niet".*

Het is voor de meeste medewerkers onduidelijk wat de CIM doet en wat de CIM in de afgelopen tijd heeft opgepakt. Een van de medewerkers geeft aan ooit een rapport te hebben gezien van de CIM met een grote hoeveelheid aanbevelingen, waar vervolgens geen prioriteit of urgentie in aangegeven was. Er moet door de CIM een aggregatie en prioritering worden aangebracht, waarna dit volgens de

medewerkers meer zichtbaar zou moeten worden gemaakt. Wanneer het gaat om het maken van de analyse geeft een van de medewerkers aan dat de DIM dit normaliter moet doen, maar als iets afdelingsoverstijgend is, dan moet de CIM dit doen. De CIM moet dan niet alleen maar coördinator zijn, maar zelf de analyse uitvoeren. Anders heeft de CIM geen bestaansrecht. Andere medewerkers geven aan dat de CIM bij afdelingsoverstijgende knelpunten als coördinator kan optreden en verschillende mensen aan het werk kan zetten. De medewerkers verschillen van mening waar het gaat om de vraag of de CIM ook een aanpak, naar aanleiding van een aanbeveling, moet kunnen afdwingen. De medewerkers zijn het met elkaar eens over het feit dat de CIM een reactie moet kunnen terugverlangen van een actiehouders wanneer ze iets neergelegd hebben, maar verschillen over het traject daarna.

*"De CIM is er niet om mensen achter de broek aan te zitten, de CIM hoeft niet noodzakelijke wijs over de vloer te komen".*

*"Ik denk dat de CIM een aanpak moet afdwingen van de verschillende gremia, dit kan een rol voor de voorzitter zijn. Die moet gewoon dingen in beweging kunnen zetten".*

*"Ik vind dat de CIM kan vragen om een soort voortgangsrapportage van een onderwerp, om op de hoogte gehouden te worden van de aanpak. Ook moet de CIM kunnen zeggen 'het is misschien niet duidelijk geregeld, maar het zit in uw portefeuille, dus u zorgt maar dat u het oplost of dat u een andere functionaris aan het werk zet".*

*"De CIM mag een reactie terug verwachten, maar de controletaak ligt niet bij de CIM. De CIM moet bewust zijn in de lijn creëren, die moet dat oppakken en er iets mee doen".*

### 7.2.4 Conclusie functioneren en taken van de CIM

De resultaten van de interviews laten zien dat de mensen die dichterbij de CIM staan meer in termen van verbeteringen spreken dan de mensen die verder van de CIM afstaan. De DIM-leden geven aan dat de afstand tussen de DIM en de CIM groot is en dat er veel in onderlinge relaties

verbeterd kan worden. De overige medewerkers zijn voornamelijk tevreden over de DIMs, al zien zij qua functioneren wel veel verschil tussen de DIMs onderling. De CIM is voor veel medewerkers onzichtbaar en onduidelijk. De verschillende groepen zijn het er over eens dat de DIM knelpunten op afdelingsniveau moet aanpakken en de CIM afdelingsoverstijgende knelpunten. Er is wel verschil van mening over de rol die de CIM moet spelen: als coördinator of analist. Ook zijn de verschillende respondenten het niet helemaal met elkaar eens waar het gaat om het traject na het signaleren en analyseren. De meeste CIM-leden en DIM-leden geven aan dat de CIM een aanpak, naar aanleiding van aanbevelingen mag afdwingen. De overige medewerkers zijn op dit punt sterker verdeeld.

### 7.3 Barrières bij de aanpak van de CIM

#### 7.3.1 Organisatiecultuur

##### CIM-leden

Alle CIM-leden geven aan dat er steeds meer een cultuur begint te komen waarin men gemakkelijk durft te melden en durft te erkennen dat er incidenten en bijna-incidenten kunnen ontstaan door eigen tekortkomingen. Dit blijkt ook uit het feit dat de afgelopen jaren het aantal meldingen is toegenomen en dat er binnen het ziekenhuis steeds meer aandacht is voor het melden en leren van incidenten. Wel geeft een van de CIM-leden aan dat het gemakkelijk is om een fout bij een ander neer te leggen. Men weet vaak al gauw wat de andere moet veranderen, terwijl het best lastig is om in je ‘eigen keuken’ te roepen wat er anders moet.

*“Volgens mij is er een cultuur ontstaan waarbij je niet meldt om mensen de schuld te geven, maar om het proces te verbeteren.”*

##### DIM-leden

Ook de DIM-leden geven aan dat iedereen wel durft te erkennen dat er (bijna) incidenten zijn, mede door eigen tekortkomingen. Zij geven aan dat mensen nooit ontwijkend zijn als je ze benadert over een incident, maar dat ze er graag wat aan willen doen. Wel valt of staat de acceptatie van actiehouders volgens DIM-leden met de presentatie van de CIM. Zij geven aan dat de presentatie van de CIM

waardevrij moet zijn en dat er een goede onderbouwing moet zijn op basis van incidentanalyses. Bovendien is er nu nog een beetje een cultuur waarin het loont om de door de CIM gedane aanbevelingen te laten liggen, omdat je er toch niet op aangesproken wordt wanneer je het knelpunt niet oplost.

*“Als het op grond van incidentanalyses aangetoond kan worden dan kan een afdeling er niet om heen, de onderbouwing moet gewoon heel goed zijn vanuit de CIM”.* Ook geeft een van de DIM-leden aan dat de organisatiecultuur heel duidelijk zichtbaar is in het melden vanuit de werkvloer. De mensen doen gelukkig meldingen, ondanks het feit dat het doen van een melding vaak de sluitpost van de dag is en het systeem gebruiksonvriendelijk is.

*“Mensen vinden het gelukkig nog wel belangrijk om te melden, maar je kunt je voorstellen dat er ook heel veel niet gemeld wordt. Mensen geven de voorkeur aan het primaire proces en er is niet altijd genoeg tijd. Ik prijs ze de hemel in als ze melden, wij zijn daar dan heel blij mee. Als wij merken dat mensen over zichzelf een melding hebben gedaan, dan maken wij er altijd een extra positieve opmerking bij. Dat zijn de mensen die intrinsiek bezig zijn met patiëntveiligheid en die wil je koesteren”.*

##### Overige medewerkers

Ook de overige medewerkers geven aan dat er binnen het UMCG een cultuur heerst waarin men durft te melden en durft te erkennen dat er (bijna) incidenten kunnen ontstaan door eigen tekortkomingen. Een van de medewerkers geeft aan dat bij een daling van het aantal meldingen, men zich zorgen maakt. De medewerkers zijn dagelijks bezig met patiëntveiligheid. Ook geeft een van de overige medewerkers aan dat iemand met een bepaalde functie soms niet door heeft wat de gevolgen zijn als iets niet wordt opgelost, waardoor er geen prioriteit aan gegeven wordt. Het gaat hier dan niet om het niet durven erkennen, maar de regie is dan zoek.

*“Het is soms onvoldoende helder wie er verantwoordelijk is en omdat de regie ontbreekt, gebeurt er niks. Hier zou de CIM in moeten springen door die regie op zich te nemen”.*

### 7.3.2 Managen

#### **CIM-leden**

De CIM-leden zijn het met elkaar eens dat het een taak is van de CIM om verschillende zaken te signaleren en om vervolgens aanbevelingen te doen. De implementatie van veranderingen moet volgens deze leden aan de lijn worden overgelaten.

*“Het is de taak van de CIM om het proces in de gaten te houden, maar niet om zaken te implementeren. De CIM kan bepaalde dingen in de lijn uitzetten maar de lijn moet dat zelf oppakken. De CIM mag wel kijken of het van de grond komt”.*

Over de vraag of de CIM ook degene is die de knelpunten zou moeten coördineren, om te voorkomen dat er teveel bij een bepaalde actiehouders terecht komt, is men het niet helemaal eens. De CIM-leden geven aan dat de CIM geen informatie moet achterhouden voor de actiehouders totdat eerdere zaken zijn opgelost. Maar wel geeft een van de CIM-leden aan dat men samen met de actiehouders een prioriteit kan aangeven. Als men samen kijkt hoe het knelpunt kan worden opgepakt, dan is de kans op het opvolgen van aanbevelingen groter. Andere CIM-leden vinden dat dit meer aan de afdelingen is om zelf te doen.

#### **DIM-leden**

Ook de DIM-leden zijn van mening dat de CIM de daadwerkelijke implementatie van verbetervoorstellen aan de lijnorganisatie moet laten. Wel zou de CIM het proces moeten managen en als een soort coördinator op centraal niveau de touwtjes in handen moeten houden. De CIM zou een soort knooppunt of zenuwcentrum moeten zijn die de organisatie in beweging zet en houdt. De CIM zou volgens een van de DIM-leden niet te inhoudelijk moeten analyseren, maar dit aan anderen overlaten en zelf coördineren.

*“Je hebt een centraal orgaan om te overzien en dus ook om te coördineren wat er gebeurt, zowel op de werk vloer als ook op een hoger niveau”.*

*“Ik denk dat de CIM wel een rol moet hebben, omdat zij over alles heen kunnen bij de Raad van Bestuur, dat zij de boel als het echt niet wil vlot moeten kunnen trekken. De CIM moet het procesbewaken”.*

#### **Overige medewerkers**

Ook de overige medewerkers zijn het er over eens dat het niet aan de CIM is om de daadwerkelijke implementatie van verbetervoorstellen op zich te nemen, dit is aan de lijnorganisatie. Wel zou het volgens enkele medewerkers een taak van de CIM moeten zijn om te zorgen dat er iets mee gebeurt. Een andere medewerker geeft aan dat de CIM kan proberen de kans op aanpak te vergroten, door de actiehouders in de analysefase al te betrekken bij het knelpunt en door analyses goed te onderbouwen. Verder is de lijn verantwoordelijk voor het oppakken van verbetervoorstellen. Volgens een van de medewerkers zou de CIM niet moeten coördineren wat er op het bordje van een actiehouders terecht komt.

*“Als er teveel op het bordje van bijvoorbeeld een sector directeur komt, dan heeft diegene zijn werk niet goed gedaan en moet dus veel adviezen opvolgen. De CIM is dan geen hulppost om taken op zich te nemen”.*

Wel zou de CIM meer coördinerend moeten zijn waar het gaat om de DIMs. De CIM zou het gemeenschappelijk in knelpunten vanuit de DIMs moeten zoeken en dat zal moeten oppakken. De CIM moet meer doen, met de data die ze binnenkrijgen. Dit moeten ze niet aan de DIMs overlaten door deze bijvoorbeeld trefwoorden te laten invullen. Op die manier krijg je interpretatieverschillen tussen DIMs, dit zal je dus centraal moeten doen. Bovendien zou het volgens de DIM-leden een taak van de CIM moeten zijn om opstartende DIMs te begeleiden.

*“Je moet dan als CIM naar een DIM toegaan en zeggen ‘julie hebben geen rapportage ingeleverd terwijl jullie wel de uren krijgen, hoe komt dat en kunnen wij jullie ergens me helpen’. Je moet positief stimuleren”.*

### 7.3.3 Leiderschap

#### **CIM-leden**

Twee CIM-leden geven aan dat de CIM binnen de ziekenhuisorganisatie niet echt bekend is. Een ander CIM-lid geeft aan dat de bekendheid niet heel groot is, maar dat de mensen uit de DIMs waarschijnlijk wel CIM-leden kennen, maar niet iedereen. Dit CIM-lid geeft aan dat de missie en visie van de CIM bij de DIMs waarschijnlijk wel bekend is. Een

ander CIM-lid geeft aan dat enkele mensen rondom de CIM wel bekend zijn en dat de deskundigen steeds bekend worden. Wel is men het met elkaar eens dat bekendheid cruciaal is.

*“Er zou een voorzitter moeten zijn die op een bepaald niveau binnen de organisatie staat, dan wordt de CIM vanzelf bekender. Het moet een charismatische voorzitter zijn, die hoog in de organisatie mee doet”.*

De CIM-leden zijn het met elkaar eens dat de voorzitter meer moet netwerken bij de verschillende gremia, om op deze manier meer te motiveren om actie te ondernemen op een bepaald knelpunt. Een van de CIM-leden geeft aan dat er rondom patiëntveiligheid heel erg veel zaken lopen en dat de CIM daar maar een klein gedeelte van doet, daarom zou het belangrijk zijn als de CIM op hoger niveau ook meedoet bij de verschillende gremia. Op deze manier wordt er geen dubbel werk gedaan en kan er beter prioriteit worden gesteld. Leiderschap en bekendheid van de voorzitter, de leden en de missie en visie, vergroten de kans dat er iets gebeurt.

*“De visie moet bij verschillende gremia worden uitgelegd en duidelijk gemaakt dat als er wat is dat we daar gezamenlijk over communiceren en dat de CIM ook mee doet”.*

### **DIM-leden**

De DIM-leden geven aan dat de leden van de CIM en ook de missie en de visie van de CIM binnen de organisatie niet bekend zijn. Ook weten zij niet hoe vaak de CIM vergadert, wat zij dan bespreken en hoe ver het mandaat van de CIM reikt.

*“De gemiddelde medewerker heeft geen idee wat de CIM is en wie er in zitten. Ook de missie en de visie zijn onbekend”*

*“De CIM moet de PR goed regelen en uitstralen naar het ziekenhuis dat we in een tijdperk zijn belandt waarin patiëntveiligheid een heel wezenlijk punt is. Daar word je als ziekenhuis op afgerekend. Daar moet de CIM handen en voeten aan geven en de PR voor zijn. Bewustzijn creëren door bekendheid en jezelf te profileren”.*

Ook geven de leden van de DIM aan dat het belangrijk is dat de CIM voorzitter bekend is in de organisatie en dat de voorzitter de juiste wegen kent en via netwerken probeert de actiehouders en gremia bewustzijn bij te brengen en aan het werk te zetten. De ene keer moet de voorzitter een benadering kiezen van gedeelde smart en ‘we zetten samen de schouders eronder’ en de andere keer ‘de rapen zijn nu gaar, in het hok met de verantwoordelijken en nu maar uitvechten hoe het knelpunt opgelost gaat worden’. De CIM moet daarvoor ook overleg hebben met sectordirecteuren, de raad van bestuur etc. De leiderschapskwaliteiten van de voorzitter moeten er volgens de DIM-leden voor zorgen dat de CIM zichtbaar en bekend wordt en serieus wordt genomen door de verschillende actiehouders en gremia.

### **Overige medewerkers**

Ook de meerderheid van de overige medewerkers geeft aan de CIM-leden niet te kennen. En ook de missie en de visie van de CIM is bij de meerderheid niet bekend. Ook geven de overige medewerkers aan dat het van belang is dat de voorzitter van de CIM een belangrijke positie inneemt in de ziekenhuisorganisatie. Op die manier kan de CIM op een gemakkelijkere manier dingen bereiken. De voorzitter moet een bepaald mandaat krijgen en door bijvoorbeeld de lijnorganisatie uitgenodigd worden.

*“De missie en die visie staan allemaal op papier, maar daar blijft het bij. Het gaat er om hoe het leeft op de werkvloer en dat kan alleen maar door zichtbaar te zijn en door duidelijk te maken wat je doet. Je moet jezelf presenteren en helder maken wat je bereikt hebt. Dat gebeurt nu onvoldoende”.*

*“Je kunt de voorzitter wel naar allerlei overleggen sturen en overal bij betrekken, maar dan wordt hij alleen gehoord en daar blijft het bij”. De voorzitter moet mandaat hebben om dingen voor elkaar te krijgen en de organisatie in beweging te zetten”.*

Wel geven de overige medewerkers aan dat de voorzitter van de CIM daarbij niet voorbij moet gaan aan de lijnorganisatie. De CIM moet niet los van de rest van de organisatie aan de slag gaan maar zaken afstemmen met bijvoorbeeld de afdeling Kwaliteit of Expertgroep Kwaliteit. Een van de medewerkers suggereert dan ook dat het wellicht goed zou



zijn als de CIM voorzitter zitting neemt in de Expertgroep Kwaliteit, waar ook het hoofd van de afdeling Kwaliteit en de voorzitter van de Chefs de Clinique in zit. Ook geeft een van de medewerkers aan dat het van belang is dat er een transformatie leider is, omdat dit melden en leren stimuleert.

#### 7.3.4 Communicatie

##### **CIM-leden**

Een van de CIM-leden geeft aan dat de CIM naar behoren communiceert met de verschillende gremia en actiehouders. Er wordt altijd een formele brief gestuurd met daarin aanbevelingen. De overige CIM-leden geven aan dat de communicatie nog best beperkt is. De CIM stuurt wel brieven naar actiehouders, maar krijgt zelf nooit post. Bovendien communiceert de CIM niet met de verschillende gremia, zoals de Chefs de Clinique, stafconvent en de Expertgroep Kwaliteit. De CIM wordt door deze gremia ook niet gezien. Het was wel de bedoeling dat de CIM met de visie op zak de verschillende gremia zou gaan bezoeken, maar door onder andere een wisseling van de voorzitter is besloten dit in eerste instantie niet te doen totdat er een nieuwe voorzitter is. Ook is er gesproken over een nieuwsbrief en incident van de maand. Een CIM-lid geeft aan dat dit voornamelijk blijft vastzitten op tijd. Wel communiceert de CIM via het jaarverslag.

*“Als je goed wilt communiceren met de sectordirecteuren, afdelingshoofden etc. dan moet je daar ook tijd in investeren”.*

Ook geeft een van de CIM-leden aan, dat wanneer de CIM zich proactiever opstelt er waarschijnlijk meer werk komt voor het CIM-secretariaat. Het zou dan niet verkeerd zijn als iemand full time met de CIM bezig is. De communicatie tussen de CIM en de DIM is volgens een van de CIM-leden erg afhankelijk van personen. Alleen de communicatie met bekenden verloopt soepel. Dit zou men moeten verbeteren, door meer bekendheid te geven aan de CIM, om ook mensen te bereiken die de CIM nog niet kennen. Een ander CIM-lid geeft aan dat de communicatie nu vooral reactief is.

*“Als ik kijk wat wij als CIM doen met de kwartaalrapportages van de DIM dan is dat nog beperkt. Je kunt als CIM*

*vragen stellen aan de DIM, dat gebeurt nu te weinig. Het is nu vooral eenrichtingsverkeer van de DIM naar de CIM. De deskundige zouden zelf veel meer moeten uitpluizen en zelf contact op moeten nemen met DIMs, maar dat kost tijd”.*

Ook geven de CIM-leden aan dat zij de output en outcomes van de werkzaamheden nog onvoldoende communiceren richting de rest van de organisatie. Op dit moment verschijnt er wel een jaarverslag en is er een intranetsite, maar deze wordt onvoldoende gebruikt. De CIM-leden geven aan dat het waardevol zou zijn als de CIM intranetsite actueler is en dat daar ook de output en outcomes beter gecommuniceerd worden. Dit zou door de groep kwaliteit moeten oppakken. Er wordt nu nagedacht over een soort teamsite, waar dan niet iedereen bij kan, want je wilt incidenten niet altijd ‘aan de grote klok hangen’. De leden geven aan dat de CIM door communicatie de drempel naar de CIM kan verlagen, waardoor motivatie en participatie worden vergroot.

##### **DIM-leden**

De DIM-leden geven aan niet echt zicht te hebben op de communicatie tussen de verschillende gremia en de CIM. Een van de DIM-leden geeft aan goede communicatie te hebben met de CIM. Dit komt voornamelijk doordat hij de oud-voorzitter en ambtelijk secretaris kent en aangeeft dat korte lijntjes het beste werken. De overige DIM-leden geven aan dat de communicatie tussen de CIM en de DIMs gestructureerder moet. Op dit moment komt er een rapportage uit, welke per mail wordt toegestuurd. Een DIM-lid geeft aan deze rapportage ook graag op intranet terug te kunnen vinden. Op dit moment is de DIM een toeleverancier van kwartaalrapportages, het zou goed zijn als je als DIM ook af en toe iets hoort van de CIM. De CIM is nu te veel een blackbox, terwijl de DIM-leden willen weten wat de CIM doet en waar de CIM zich mee bezighoudt. Bovendien heeft de melder er behoefte aan om te horen wat er met de melding gebeurt.

*“Ik heb heel erg vaak dat ik denk ‘dit speelt niet alleen bij ons, maar dit is ziekenhuisbreed’, dan meld ik dat, maar dan hoor ik er nooit meer wat van. Dat ergert je en dat zorgt ervoor dat je de volgende keer niet nog een keer iets aankaart”.*

De DIM-leden geven aan dat het best zo kan zijn dat de CIM de output en outcomes van haar werkzaamheden communiceert, maar dat het niet structureel is en niet landt op de werkvloer. Doordat de input en output niet centraal inzichtelijk worden gemaakt, lijkt het voor de mensen op lokaal niveau een beetje alsof het dweilen met de kraan open is. Op die manier wordt melden niet gestimuleerd. Je moet mensen het gevoel geven dat er iets met de melding gebeurt.

*“Er zou een vaste plek moeten zijn waar je de CIM kunt benaderen, teruzgiet wat de speerpunten zijn en dat je de stand van zaken van knelpunten die de CIM oppakt kunt inzien. Dan kun je zien bij wie de aanpak van een kne punt ligt en diegene benaderen, mocht je vragen hebben”.*

*“De CIM kan het jaarverslag of belangrijke resultaten wel publiceren in de polsslug om nieuwsgierigheid te wekken, maar er moet gewoon een goede intranetsite zijn waar je de status van alles kunt bekijken en echt wijzer van wordt. Bovendien is de website nu bijna niet te vinden. Na enkele minuten zoeken houd ik echt op hoor”.*

### **Overige medewerkers**

De overige medewerkers geven aan geen zicht te hebben op de communicatie van de CIM richting de verschillende gremia en actiehouders en richting de DIMs. Wel geven zij aan dat ze in de verschillende gremia vrij weinig horen van de CIM en dat veel DIMs niet gelukkig zijn met de communicatie vanuit de CIM. Een van de medewerkers geeft aan dat de CIM wel goed communiceert met de DIMs, maar dat veel DIMs niet goed communiceren met de CIM. Veel DIMs rapporteren niet aan de CIM. De medewerkers zijn het met elkaar eens dat de CIM de output en de outcomes onvoldoende rapporteert aan de rest van de organisatie.

*“Ik denk dat de CIM meer moet communiceren. Dat kan via de intranetsite, maar ook via de verschillende overleggen die dit huis kent”.*

Een van de medewerkers geeft aan dat de CIM niet naar de hele organisatie hoeft te communiceren. De CIM moet goed communiceren met de DIM en die communiceert wel weer naar de werkvloer. Een andere medewerker geeft aan

dat de CIM voornamelijk naar de lijnorganisatie moet communiceren over wat er moet veranderen. De lijnorganisatie zou ook moeten bepalen in welke mate de CIM verder moet communiceren.

### **7.3.5 Training, educatie en kennis**

#### **CIM-leden**

De CIM-leden geven aan dat de DIM het beste enkele knelpunten in de diepte kan analyseren in plaats van alle knelpunten oppervlakkig. Zij geven aan dat DIMs nu soms nog te veel per incident analyseren in plaats van te kijken naar globalere trends van incidenten die op de afdeling voorkomen. De CIM-leden geven aan dat er duidelijk professionele en minder professionele DIMs zijn en dat op echte deskundigheidsgebieden de DIMs niet altijd over voldoende deskundigheid bezitten. Dit is volgens een van de CIM-leden vooral zichtbaar bij medicatie-incidenten. Volgens dit CIM-lid zal de DIM dan niet de vragen moeten neerleggen bij de DIM apotheek, maar meer in de lijn, dus bij de apotheek zelf. De meeste CIM-leden denken dat de DIMs wel bereid zijn om waar nodig extra trainingen te krijgen over hoe je moet analyseren en hoe je van elkaar kunt leren. De groep kwaliteit zou daarbij een belangrijke rol moeten spelen. Ook geeft een van de CIM-leden aan dat er wellicht een competentieprofiel moet worden gemaakt voor leden van de CIM en DIMs. Ook wordt het maken van een toolkit voor DIMs genoemd. Het zou de kwaliteit van DIMs bevorderen en zorgen voor een meer uniforme werkwijze en de analyse van de data voor de CIM ook weer vergemakkelijken.

#### **DIM-leden**

De DIM-leden zijn van mening dat bij alle incidenten even kort naar de oorzaken gekeken moet worden, maar dat er vervolgens een paar met ernstige gevolgen of grote herhalingskans uitgepakt moeten worden om verder geanalyseerd te worden. Ook geeft een van de DIM-leden aan dat het handig kan zijn om te weten wat andere DIMs doen, zodat er van elkaar geleerd kan worden en er niet binnen het ziekenhuis dubbel werk wordt verricht. Het zou volgens dit lid een taak van de CIM moeten zijn om DIMs die met dezelfde problemen worstelen aan elkaar te koppelen en om het gemeenschappelijke en overstijgende zelf op te pakken. Dit gebeurt nu te weinig. Enkele DIMs geven aan

wel over voldoende kennis te beschikken om de analyses te kunnen uitvoeren. Andere DIMs geven aan gebrek te hebben aan kennis en tijd. Als er trainingen zouden zijn, en er tijd voor vrijgemaakt wordt om deze te volgens, dan zijn de DIM-leden bereid om mee te doen.

*“Wij maken te weinig vlieguren, waardoor we niet echt in staat zijn om alles goed aan te pakken. We weten bijvoorbeeld iets over PRISMA, maar eigenlijk zijn we helemaal niet in staat om allesdaarmee goed aan te pakken. Er is behoefte aan meer tijd”.*

### **Overige medewerkers**

De overige medewerkers geven aan dat de DIMs zich vooral moeten richten op het maken van diepteanalyses van enkele knelpunten. Wel is het dan belangrijk dat DIMs op de hoogte zijn van wat de andere DIMs doen, dat is nu niet het geval. Een van de andere medewerkers geeft aan dat DIMs inderdaad van elkaar moeten weten wat ze doen, maar dat de communicaties tussen DIMs niet via de CIM moet verlopen. Hierbij zou de afdeling Kwaliteit bijvoorbeeld kunnen faciliteren. Verder geven de medewerkers allen aan dat de DIMs redelijk functioneren, maar dat er wel duidelijk professionele en minder professionele DIMs zijn. Ook wordt aangegeven, dat DIM-leden waarschijnlijk open staan voor trainingen. Het moet dan geen trainingen van dagen zijn, maar meer een middagcursus. Het zou ook zonde zijn om de DIM-leden een volledige opleiding aan te bieden, daarvoor wisselen de posten te vaak.

### **7.3.6 Steun**

#### **CIM-leden**

Een van de CIM-leden geeft aan dat er binnen de organisatie voldoende steun is voor de CIM en DIM. Een ander CIM-lid geeft aan dat de CIM niet leeft binnen de organisatie en dat er dus ook weinig steun voor is. Mensen in de uitvoering zijn volgens een van de CIM-leden waarschijnlijk wel erg blij met de CIM/DIM organisatie, maar op de afdeling is vaak niet bekend dat je voor patiëntveiligheid een aantal dingen zou moeten doen. Dit zou je kunnen afdwingen door een sterke voorzitter die het een en ander kan afdwingen of door bepaalde procedures te hebben waardoor je sancties kunt opleggen om toch te handhaven dat mensen meedenken en meedoen. Ook geven de meeste

CIM-leden aan dat de uren die nodig zijn om goed te kunnen Cimmen en Dimmen vaak bevochten moeten worden bij het afdelingshoofd. Volgens de CIM-leden zou de Raad van Bestuur onder ogen moeten zien dat deze uren nodig zijn en dan stappen moeten zetten.

*“Als de Raad van Bestuur het ook echt belangrijk vindt dat de CIM/DIM goed werkt, dan maken ze personen vrij voor deze taken en compenseren ze de afdelingen”.*

#### **DIM-leden**

Een van de DIM-leden geeft aan dat er binnen de organisatie voldoende steun is voor de CIM/DIM organisatie. De andere leden geven aan dat deze steun er niet is. Allereerst wijzen zij op het gebrek aan betrokkenheid vanuit de Raad van Bestuur en het gebrek aan structurele aandacht voor patiëntveiligheid. Er is volgens DIM-leden wel morele steun, maar er worden geen tijd en middelen vrij gemaakt.

*“Je moet nu een beetje gekke Henkie zijn om in de DIM te zitten. Dat houdt op een gegeven moment op, dan kun je geen gekke Henkies meer vinden. De randvoorwaarden moeten beter worden vastgelegd, die zijn nu afhankelijk van de poppetjes op de afdeling. Dat komt doordat we een lijnorganisatie zijn. Het hele CIM/DIM hoeft niet binnen de lijnorganisatie geplaatst te worden, maar de randvoorwaarden moeten geformaliseerd worden. Je hebt recht op een bureau en op zoveel uren, dat is bepaald door de Raad van Bestuur en daar moet het afdelingshoofd zich aan houden zo zou het moeten zijn”.*

Ook geven de DIM-leden aan dat er op de werkvloer geen aandacht is voor de CIM. De CIM/DIM voelt als iets dat van bovenaf is opgelegd en moet, wil het goed werken, een goede connectie met de werkvloer krijgen.

*“Op zoveel terreinen is er sprake van window dressing. Ook bij de Raad van Bestuur, die zegt dan ‘we hebben toch zo’n systeem dus we doen toch aan patiëntveiligheid’. Maar daar gaat het natuurlijk niet om, het moet vertaald worden naar de werkvloer en de CIM/DIM is een instrument dat je daarvoor kunt inzetten, maar dat ziet men nog niet”.*

## Overige medewerkers

De overige medewerkers geven aan dat men zich op de werkvloer vaak niet eens realiseert dat er een CIM is. Dit komt volgens enkele medewerkers voornamelijk door gebrek aan communicatie en leiderschap. Er is vanuit de werkvloer wel enige steun voor de CIM/DIM organisatie, dat blijkt uit het aantal meldingen dat enorm is toegenomen, in vergelijking met de FONA-commissie. Wel geven de medewerkers aan dat je er voor moet oppassen dat je deze steun op de werkvloer niet gaat verliezen. Mensen die een melding doen, willen de indruk krijgen dat daar ook iets mee gebeurt en dat zij een nuttige bijdrage hebben geleverd. Dus daar moet de CIM nu heel hard aan werken, anders raak je de melders kwijt. Ook geeft een van de medewerkers aan dat er formeel wel steun is voor de CIM organisatie, maar dat dit niet betekent dat er in de praktijk ook steun is

*“De steun op bestuurlijk niveau is er natuurlijk omdat het voor een ziekenhuis verplicht is om een CIM en DIM te hebben, daar is geen discussie over. Maar of men voldoende realiseert wat het betekent om een goede CIM/DIM te hebben, ja.....dat is de vraag”.*

## 7.4 De wereld van de professionals

### 7.4.1. Inleiding

Uit het voorgaande en uit de literatuur is gebleken dat er een goede connectie moet komen met de werkvloer, wil het IMS goed kunnen functioneren. De vraag is dan echter hoe de werkvloer, die niet direct betrokken is bij de CIM en DIM, aankijkt tegen de CIM en de DIM en hoe zij deze in de toekomst het liefst zien functioneren. In paragraaf 7.4.2. wordt gekeken naar de ideeën van de verpleegkundigen, in paragraaf 7.4.3. naar de ideeën van de artsen en arts-assistenten.

### 7.4.2 De ideeën met betrekking tot de CIM/DIM van verpleegkundigen

De verpleegkundigen geven aan dat zij zich vrij voelen om incidenten te bespreken op de afdelingen. Wel geven zij aan dat het gemakkelijker is om incidenten waar je zelf niet ‘fout bent geweest’ te melden dan incidenten die ontstonden door eigen tekortkomingen. Maar ook de laatste cate-

gorie incidenten bespreekt men wel, maar dan vaak met de leidinggevende en niet direct in het team. Ook geven de meeste verpleegkundigen aan dat zij zich ook vrij voelen om incidenten in te voeren in het IMS. Wel geven zij aan dat dit erg veel tijd kost en soms een beetje rigide is. Vaak is het te druk om een melding te doen en stelt men het melden een paar dagen uit. Veel van de verpleegkundigen geven aan dat van uitstel ook regelmatig afstel komt. Enkelens geven aan dat het handig zou zijn om ook vanuit thuis te kunnen melden. Op die manier kun je sneller na een incident een melding doen en kun je er iets meer de tijd voor nemen waardoor de melding nauwkeuriger kan worden ingevoerd. Hierdoor is de kans dat de DIM vraagt om extra uitleg minder groot. De meeste verpleegkundigen geven aan dat zij wel denken dat het melden van incidenten de kans op (bijna) incidenten in de toekomst vermindert. Zij geven wel aan dat dit per incident heel erg verschillend is.

*“Uit sommige incidenten kun je weinig winst halen, dus dan meld je meer voor de statistieken. Maar bij andere incidenten kun je procesmatig iets verbeteren en dan heeft melden zin”.*

Een van de verpleegkundigen geeft aan door de aanpak van de DIM gedomotiveerd te worden.

*“De DIM zorgt ervoor dat ik steeds minder meld. Je doet een melding en besteed daar aandacht aan en dan krijg je een mail dat het onduidelijk is, dan denk ik: ‘hoe duidelijk wil je het hebben?’ Dat leidt tot ergernis. Ik wil concreet horen wat er gedaan wordt anders meld ik niet”.*

De meeste verpleegkundigen die ooit een melding deden geven aan dat ze een bevestigingsmail ontvingen. De meesten ontvingen echter geen bericht over de maatregelen die naar aanleiding van de melding werden genomen. Soms krijgen ze wel te horen dat het in een vergadering werd besproken of dat men het bij iemand anders neerlegt, maar er is geen communicatie over concrete maatregelen. Alle verpleegkundigen geven aan wel te willen weten wat men met de melding deed.

*“Ik vind wel dat je er wat van moet horen, dat doen ze nu niet. Als ze er niks mee doen, wil ik weten waarom. Anders ga je de volgende keer niet weer melden”.*

*“Je voelt je toch verantwoordelijk en je wilt er van leren. Dan hoop je ook dat er iets mee gedaan wordt. Ook al mailen ze van ‘we nemen het op en mocht het vaker voorkomen, dan gaan we verder kijken, of er een procedure of protocol veranderd moet worden’. Dat wil je dan gewoon even per mail horen”.*

De meeste verpleegkundigen geven aan dat zij bereid zijn mee te werken aan de analyse van een knelpunt, wanneer dit de kans op een goede aanpak bevordert. Het grootste gedeelte van de verpleegkundigen is niet bekend met de CIM. Zij kennen de commissie, de missie en de visie en de leden niet. Slechts enkele van de verpleegkundigen weten dat de CIM bestaat, maar ook zij zijn niet echt bekend met de leden of de missie en visie van de CIM. Op de vraag of de bekendheid van de CIM zou moeten veranderen wordt erg wisselend gereageerd. Sommige verpleegkundigen geven aan dat zij met de DIM te maken hebben en die leden dus ook willen kennen, maar dat zij geen behoefte hebben aan kennis over de CIM. Anderen geven aan daar wel behoefte aan te hebben en geven aan dat dit wellicht in een inwerk cursus aan bod zou kunnen komen.

*“Ik zou wel willen weten wat zo’n CIM doet. Uiteraard wil je weten wat er in de hele organisatie speelt. Ik vind het wel waardevol om ook te weten welke naam daar bij hoort en dat het een gezicht krijgt. Je bent toch benieuwd of bepaalde zaken ook breder spelen en dat is natuurlijk aan zo’n centraal orgaan om te bekijken. Die mag daar dan ook wel over vertellen vind ik. Dan krijg je echt het idee dat er ook op hoger niveau iets gebeurt”.*

De meeste verpleegkundigen geven aan dat zij nog nooit iets van de CIM hebben gehoord. De meeste communicatie over incidenten verloopt via de afdeling en de DIM. Over de vraag of de communicatie van de CIM richting de werkvloer zou moeten veranderen wordt heel verschillend gedacht. Er is een groep die eigenlijk niks hoeft te horen van de CIM en het alleen maar verwarrend vindt als er nog een organisatie bijkomt waar zij iets van horen. Mocht een knelpunt vanuit de DIM worden doorgegeven aan de CIM, dan horen zij dat liever via de DIM of het afdelingshoofd. Opvallend is dat vooral de jongere verpleegkundigen wel aangeven iets te willen horen van de CIM. Zij geven aan dat wanneer de DIM iets doorspeelt aan de CIM, zij graag op

de intranetsite van de CIM het vervolg hierop willen terugzien. Wel geven zij aan hier dan op gewezen te willen worden door de eigen DIM of tijdens overleg. Ook op dit punt wordt aangegeven, dat er veel meer op intranet gekeken wordt, wanneer dit vanuit huis gedaan kan worden.

*“Als problemen grootschalig zijn en de CIM het oppakt en als wij resultaten zien van wat de CIM oppakt dan gaan wij vaker melden. Dan heb je echt het idee dat er wat gebeurt. Dat zou via de email of intranet kunnen. Ik zou daar zelf ook wel naar gaan kijken”.*

*“Ik zou wel via de intranetsite willen horen wat de CIM aan het doen is. Dan kan je tijdens een rustige dienst of een nachtdienst even kijken of de CIM met iets bezig is dat jou interesseert. Het is niet zo dat we heel vaak achter de computer kruipen hoor. Ik zou er zelf wel op kijken, maar dan vooral als de DIM even de link doorstuurt als er iets op de CIM site staat dat vaak bij ons voorkomt. Dan zou ik het echt leuk vinden om daar even naar te kijken. Zo blijf je ook een beetje op de hoogte van wat er in het ziekenhuis gebeurt”.*

De meeste verpleegkundigen geven aan dat er binnen de organisatie wel steun is voor het IMS. Zij geven aan dat dit wel heel erg per persoon verschilt, maar dat het steeds meer begint te komen omdat er steeds meer aandacht aan besteed wordt. Het IMS voelt toch voor sommigen verpleegkundigen als een opgelegd systeem. Ook wordt aangegeven, dat er over het algemeen onder de verpleegkundigen, meer bereidheid en steun is dan onder de artsen. Over het taakveld van de CIM kunnen de meeste verpleegkundigen geen uitspraak doen. Wel wordt aangegeven, dat de CIM zich niet met de implementatie van verbetervoorstellen zou moeten bezighouden.

#### 7.4.3 De ideeën met betrekking tot de CIM/DIM van artsen en arts-assistenten

Ook de artsen geven aan zich vrij te voelen om incidenten te bespreken en om ze in te voeren in het IMS. Wel geeft men aan, dat het IMS voor de artsen erg onhandig is, omdat zij ook een complicatieregistratiesysteem hanteren. Dit zorgt voor dubbel werk en daardoor van het doen van minder meldingen in het IMS. Ook geven alle artsen aan te

denken dat het melden van incidenten de kans op (bijna) incidenten in de toekomst vermindert. Alle artsen geven aan van dat zij graag van de afhandeling van de melding op de hoogte worden gehouden. Dit gebeurt nu niet altijd. Zij geven aan via de mail bericht te willen ontvangen en wanneer het gaat om een groter probleem, graag een rapportage te ontvangen.

*“Ik zou graag een reactie via de mail willen ontvangen. En als het echt een DIM-melding is die vaak voorkomt dan zou ik wel een rapportage willen ontvangen om in te zien waardoor dat ontstaat. Je wilt dan wel de oorzaken en de acties weten”.*

*“Uiteindelijk wil je een schriftelijke rapportage ontvangen. Je doet zelf moeite en neemt het serieus door te melden. Dan verlang je ook een serieuze terugkoppeling. Je wilt het in de toekomst voorkomen, daarom meld je. Dan wil je ook weten wat er gedaan wordt”.*

De meeste artsen geven aan wel te willen meewerken aan de analyse van en knelpunt, als dat niet te veel tijd kost. Ook geven de meeste artsen aan geen leden van de CIM te kennen. Ook zijn zij niet bekend met de missie en de visie van de CIM. Een van de artsen is hier wel bekend mee, maar geeft aan dat dit waarschijnlijk komt doordat hij zelf in de DIM gezeten heeft. De meeste artsen geeft aan dat zij het niet nodig vinden om meer van de CIM te weten te komen. Slechts twee artsen geven aan het wel belangrijk te vinden om te weten wie er in de CIM zit, hoe zij daar terecht komen en waar zij zich mee bezig houden. Qua communicatie horen de artsen ook vrij weinig van de CIM. Enkelen geven aan hier ook geen behoefte aan te hebben. Anderen geven aan dat het wel belangrijk is om de concrete maatregelen te kennen die door optreden van de CIM ontstaan. Ook geeft een van de artsen aan de boodschap belangrijker te vinden als deze van de CIM komt in plaats van de DIM.

*“Ik wil gewoon iets horen en of dat nu van de DIM of de CIM is, dat maakt niet zoveel uit. Al vind ik wel dat bij ernstige zaken met verstrekkende gevolgen de CIM eigenlijk zou moeten communiceren. Op die manier geef je het wat meer belangrijkheid, doordat het op een hoger niveau besproken wordt. Dat kan dan door een rapportage op intranet, waarop gewezen wordt”.*

De artsen geven aan dat er op de werkvloer wel voldoende steun is voor de CIM/DIM, maar dat het dubbel is, naast de andere systemen die er al zijn. Alle artsen geven aan dat de CIM geen verbetervoorstellen naar aanleiding van knelpunten moet gaan implementeren. Dit is duidelijk aan de lijnorganisatie. Wel geven enkele artsen aan dat het een rol van de CIM zou moeten zijn om het proces te bewaken.

*“Ze moeten een oogje in het zeil houden om te kijken of er ook echt iets gebeurt”.*

## 7.5 Conclusie

Op basis van de resultaten uit de interviews kan worden gesteld dat alle respondenten het er over eens zijn dat de organisatiecultuur niet echt een barrière vormt voor de CIM om knelpunten aan te pakken. Zij geven aan dat er een cultuur heerst waarin men durft te melden en durft te erkennen dat er (bijna) incidenten kunnen ontstaan door eigen tekortkomingen. Wel geeft men aan, dat de CIM de aanbevelingen goed moet onderbouwen aan de hand van incidentanalyses. Bovendien heerst er nog wel een cultuur waarin het loont om de knelpunten niet aan te pakken, doordat er geen sancties volgen bij het laten liggen. Bij de barrière managen zijn de meeste medewerkers het met elkaar eens dat het aan de CIM is om te signaleren en aanbevelingen te doen, maar dat men de implementatie aan de lijn moet overlaten. Wel is er onenigheid over de vraag of het aan de CIM is om het proces rondom de aanpak van een knelpunt te coördineren. Enkele CIM-leden geven aan dat het waardevol kan zijn als de CIM tijdens de analyse de actiehouders al betreft en samen met hen een prioritering aanbrengt. De DIM-leden geven aan dat de CIM een soort knooppunt of zenuwcentrum moet zijn die het proces coördineert. De overige medewerkers zijn van mening dat de CIM de voortgang wel in de gaten moet houden, maar dat de lijn geen verantwoording hoeft af te leggen aan de CIM. Ook geven zij aan dat de CIM zich meer moet richten op de data die zij binnenkrijgen vanuit de DIMs. Sterk leiderschap is van essentieel belang voor de optimalisering van het IMS. De CIM-leden geven aan dat de CIM niet heel bekend is in het ziekenhuis, maar dat de DIMs waarschijnlijk wel enkele leden en de missie en visie kennen. De DIM-leden geven echter aan dat de leden en de missie en de visie van de CIM

onbekend zijn. Ook de meerderheid van de overige medewerkers kent de CIM-leden en de missie en visie van de CIM niet. Allen geven aan dat de voorzitter van de CIM een belangrijke netwerkfunctie zou moeten hebben en dat hiervoor statuut voor nodig is. De CIM moet een leider hebben die binnen de organisatie bekend is en aanzien heeft en meedoet bij de verschillende gremia.

Ook de communicatie vormt een duidelijke barrière voor het functioneren van de CIM/DIM. Er vindt geen communicatie plaats tussen de CIM en de overige gremia van het ziekenhuis. De CIM zou volgens alle medewerkers zichzelf moet plaatsen binnen de organisatie en structureel contact moeten hebben met de verschillende gremia. Ook de communicatie tussen de CIM en de DIM verloopt niet naar behoren. De CIM-leden geven aan alleen van bekende DIMs iets te horen, terwijl de DIM-leden aangeven te weinig te horen van de CIM. De DIM-leden geven aan dat de CIM een black box is, waardoor niet duidelijk is wat de CIM doet. Doordat de CIM de output en outcomes niet helder communiceert, leidt dit tot ergernis bij de DIMs, welke het doorgeven van meldingen in de toekomst in gevaar brengt. Training, educatie en kennis vormen voornamelijk een barrière bij enkele DIMs. Alle medewerkers geven aan dat er duidelijk professionele en minder professionele DIMs zijn. Medewerkers staan absoluut open voor trainingen en hulp. Ook de steun binnen de organisatie vormt een duidelijke barrière voor de optimalisering van de CIM/DIM. De CIM geeft aan dat er wel steun is binnen de organisatie, maar dat de uren die men krijgt voor de CIM nog wel zwaar bevochten moeten worden. De DIM-leden geven aan dat de steun binnen de organisatie ontbreekt. De werkvloer is nauwelijks betrokken bij de CIM/DIM en veel zaken worden nog steeds niet gemeld. Bovendien geeft de DIM aan dat er duidelijk gebrek aan betrokkenheid is bij de Raad van Bestuur. Nog steeds krijgen veel DIMs de uren niet die ze nodig hebben voor 'goed Dimmen', de Raad van Bestuur zou hier duidelijk afspraken voor moeten maken en dit moeten vastleggen. Ook de overige medewerkers geven aan dat de steun van 'bovenaf' misschien ontbreekt. Zij geven aan dat het de vraag is of de Raad van Bestuur beseft wat er nodig is voor een goede CIM/DIM organisatie. Uit de interviews met de professionals kan geconcludeerd worden dat medewerkers zich over het algemeen vrij voelen om incidenten te bespreken op de afdeling of in te voe-

ren in het IMS. Wel geven de medewerkers aan dat het invoeren in het IMS erg tijdrovend is, waardoor veel medewerkers niet alles melden. Het niet thuis kunnen invoeren van een melding versterkt dit probleem, waardoor veel meldingen blijven liggen. Bovendien geven de artsen aan een complicatieregistratiesysteem te hebben, waardoor het invullen in het IMS als 'extra werk' aanvoelt. Wanneer een medewerker een melding doet in het systeem, verwacht hij/zij niet alleen een bevestigingsmail, maar ook dat de DIM/CIM de medewerker op de hoogte houdt van de afhandeling van het knelpunt, dit gebeurt nu niet altijd. De leden en de missie en visie van de CIM zijn onder bijna alle medewerkers onbekend. Iets meer dan de helft van de medewerkers geeft aan genoeg te nemen met kennis over de DIM en is verder niet geïnteresseerd in de leden, missie en visie van de CIM. Opvallend is dat vooral de jongere generatie wel meer willen weten van de CIM en ook wil dat de CIM beter communiceert. Een groot deel van de medewerkers geeft aan dat de CIM de output van knelpunten op de intranetsite zou moeten publiceren en dat de DIM de medewerkers moet attenderen op de aanpak van deze knelpunten, wanneer deze gelieerd zijn aan de werkzaamheden van de betreffende afdeling. Ook zijn de respondenten het met elkaar eens over het feit dat de CIM zich niet met implementatie moet bezig houden. Wel geeft een deel van de artsen aan dat de CIM het proces rondom de aanpak van knelpunten zou moeten bewaken en 'een oogje in het zeil' zou moeten houden. Het grootste gedeelte van de medewerkers geeft aan mee te willen werken aan de analyse van een knelpunt wanneer dit de aanpak bevordert en ook geeft het merendeel aan dat er voldoende steun is voor de CIM/DIM op de werkvloer. Toch voelt het IMS voor sommigen als een opgelegd systeem. Er blijkt dus binnen het UMCG sprake te zijn van Clinical en Hospital Governance. Er leven duidelijk andere ideeën op de werkvloer, dan de ideeën die er zijn in de beleidswereld en het IMS voelt voor een deel van de werkvloer als een opgelegd systeem. Toch lijken de twee werelden elkaar niet extreem tegen te spreken: er is op de werkvloer duidelijk steun voor het IMS en ook heerst er hier en daar het gevoel meer te willen weten van het IMS. Toch zou het voor een optimalisering van het IMS goed zijn, wanneer men deze twee werelden meer aan elkaar relateert. Hoofdstuk 8 vertaald de barrières die het optimaal functioneren van het IMS belemmeren in concrete voorstellen voor maatregelen.





## 8 Concrete maatregelen ter optimalisering van het IMS

*“Door te leren van anderen, krijg je als DIM ook meer niveau”.*

*(Lid Focusgroep)*

### 8.1 Inleiding

Op basis van de informatie uit de interviews en de terugkoppeling naar de literatuur kunnen enkele maatregelen worden aangedragen. Dit wordt in paragraaf 8.2 per barrière gedaan. Toch kunnen bepaalde vragen verder geconcretiseerd worden. Deze concretisering heeft plaatsgevonden in de focusgroep. Tijdens de focusgroep zijn de resultaten uit de interviews gepresenteerd, waarna bij drie vragen is stilgestaan: de CIM als black box, de niet-professionele DIMs en de interactie tussen DIMs. Deze kernvragen worden in dit hoofdstuk uitgediept, waarna in hoofdstuk negen aanbevelingen worden gedaan.

### 8.2 Concrete maatregelen per barrière

#### 8.2.1 Managen

Bij de barrière managen, werd door de respondenten aangegeven, dat de CIM op dit moment niet in staat is om te borgen dat een oplossing voor een knelpunt ook wordt omgezet in concrete maatregelen. De daadwerkelijke implementatie wordt ook niet als taak van de CIM gezien. Wel is het van belang dat de CIM het proces rondom de aanpak van een knelpunt coördineert. Het uitblijven van een aanpak wordt door de respondenten gezien als ‘doodsteek voor de motivatie’. Om deze managementtaak van de CIM goed te vervullen is het van belang dat er een maximale reactietijd wordt vastgesteld en dat de CIM het mandaat krijgt om na het verstrijken van deze reactietijd de actiehouders aan te spreken en waar nodig melding te maken bij de Raad van Bestuur. Ook dient de CIM op de hoogte te worden gehouden van het vervolg op de aanbevelingen, zodat de CIM dit in het eigen dossier kan verwerken en kan doorgeven aan de melder. De literatuur betreffende de lerende organisatie laat zien dat het van belang is om niet te

vaak te veranderen (Fiol en Leyles, 1985, p. 807). Het is daarom raadzaam om niet te veel veranderingen tegelijkertijd door te voeren, maar met de verschillende gremia af te stemmen op welk thema de organisatie zich zal gaan richten. In de praktijk betekent dit, dat het van belang is dat de verschillende gremia weten wie wat doet. Deze afstemming zou vorm kunnen krijgen door de voorzitter van de CIM zitting te laten nemen in de Expertgroep Kwaliteit, waar onder andere het Hoofd kwaliteit en de voorzitter van de Chefs de Clinique zitting in heeft.

#### 8.2.2 Leiderschap

Leiderschap vormt een grote barrière in de optimalisering van het IMS. De CIM is als organisatie vaak onbekend binnen het ziekenhuis. Zowel de leden, en dan voornamelijk de voorzitter, als ook de missie en de visie van de CIM dienen meer bekendheid te verkrijgen. Deze bekendheid is om meerdere redenen van belang. Allereerst geeft een deel van de professionals aan dat zij meer zullen doen met richtlijnen en uitkomsten van de CIM wanneer de CIM een bepaalde status heeft binnen de organisatie. Het is van belang dat de CIM duidelijk wordt gesteund door de Raad van Bestuur en dat de CIM wordt gezien en erkent als gesprekspartner van de verschillende gremia. Zoals in hoofdstuk vier geschetst, moeten er voor goede implementatie binnen de gezondheidszorgsector volgens Edmondson enkele stappen worden gezet, waarbij leiderschap cruciaal is. De leider moet een gedeelde visie creëren en deze communiceren, er moet een veilige omgeving gecreëerd worden en er moet steun worden verkregen. De CIM heeft een missie en visie op papier gezet, maar deze is onvoldoende bekend binnen de organisatie. Ook is er een veilige omgeving gecreëerd is binnen het UMCG. Om de literatuur van de lerende organisatie goed toe te passen binnen het UMCG, betekent dit dat het van belang is dat de CIM voorzitter de missie en visie van de CIM communiceert naar de rest van de organisatie. Dit kan door bij de verschillende gremia langs te gaan in vergaderingen, door de DIMs te informeren en door een stukje op intranet te plaatsen. Daarnaast moet er steun voor de organisatie en veranderingen gecreëerd

worden. Dit kan worden gedaan door de actiehouders die bij een bepaald knelpunt betrokken zijn in een vroegtijdig stadium bij de aanpak van een knelpunt te betrekken. Zodat de aanbevelingen niet 'uit de lucht komen vallen' maar een product zijn van coöperatie van de CIM en de betreffende actiehouders. Dit vergroot de kans op succesvolle implementatie.

### 8.2.3 Communicatie

Ook de communicatie vormt een barrière voor het goed functioneren van het IMS. Bijna alle respondenten zijn het er over eens dat de communicatie tussen de CIM en de verschillende gremia enerzijds en tussen de CIM en de DIMs anderzijds onder de maat is. Ook geeft een deel van de professionals aan waarde te hechten aan communicatie met de DIM en CIM. Er is behoefte aan een lage drempel richting de DIM door persoonlijk contact. De DIMs zouden er daarom voor kunnen kiezen om een keer per jaar en bij inwerkprogramma's de eigen afdeling(en) te bezoeken en kort te vertellen wat de DIM inhoudt en wat de DIM het afgelopen jaar heeft gedaan. Op deze manier wordt door het, door Denhardt benoemde, supportive management de inter-persoonlijke relatie versterkt. Op deze manier wordt de drempel richting de DIM verlaagd en worden werknemers gemotiveerd om meldingen te doen, doordat zij horen wat er zoal mee gedaan wordt. Ook de communicatie van de CIM moet worden verbeterd. Om effectief te communiceren is het van belang dat er verschillende methoden van communicatie worden gebruikt. Zo moet er naast elektronische communicatie ook face-to-face communicatie zijn (Denhardt, Denhardt en Aristigueta, 2009, p. 350). De CIM zou ervoor kunnen kiezen om de face-to-face communicatie vooral te gebruiken om contact te leggen met de verschillende gremia. Op deze manier krijgt de CIM voor deze gremia 'een gezicht'. De CIM zou de missie en visie bij de verschillende gremia moeten toelichten en ook de jaarverslagen presenteren. Daarnaast zou de CIM bij bepaalde dossiers de daarvoor geschikte gremia moeten benaderen om de aanbevelingen die zij doet toe te lichten. Ook kan de face-to-face communicatie worden gebruikt bij de contacten tussen de CIM en de DIM, in de vorm van de CIM-DIM bijeenkomsten. Naast face-to-face contact zou de CIM ook elektronisch beter moeten communiceren. Zo heerst er zowel bij de DIMs als ook bij de werkvloer de behoefte aan

een goede en vindbare intranetsite waarop de knelpunten die de CIM oppakt staan vermeld. Er moet actief voor gezorgd worden dat de intranetsite van de CIM beter te vinden is. Ook zou de CIM in de gaten kunnen houden hoe vaak de eigen intranetsite bezocht wordt. Er zou per knelpunt een soort dossier moeten komen, waar de status van het knelpunt en contactpersoon in staan vermeldt. Na afronding van een knelpunt kan er dan kort in een kopje actueel worden gepresenteerd wat de genomen maatregelen zijn en kan het knelpunt worden geplaatst in een mapje 'opgepakte knelpunten'. Op deze manier wordt voor de organisatie inzichtelijk wat de CIM doet en hoe het ervoor staat met een bepaald knelpunt. Ook zou de DIM wanneer deze een knelpunt doorgeeft aan de CIM, daar graag een inhoudelijk reactie op ontvangen. Het zou daarom een idee zijn, dat de CIM wanneer zij een knelpunt oppakt en een dossier aanmaakt, de link doorstuurt naar DIMs die om de aanpak van dat knelpunt hebben gevraagd. Mocht de CIM een knelpunt doorkrijgen die zij niet oppakken, dan zou de DIM het op prijs stellen om daar een korte toelichting op te ontvangen. Hierdoor krijgen zij niet het idee dat de CIM slechts sporadisch zaken oppakt, maar worden zij op de hoogte gesteld van de afwegingen die de CIM maakt, waardoor er geen demotivatie ontstaat. De CIM kan er voor kiezen om bij vertrouwelijke dossiers slechts een contactpersoon te vermelden, waardoor informatie op aanvraag toegestuurd wordt.

### 8.2.4 Training, educatie en kennis

Training, educatie en kennis vormen voornamelijk een barrière bij enkele DIMs. Alle medewerkers geven aan dat er duidelijk professionele en minder professionele DIMs zijn. Uit de literatuur van de lerende organisaties blijkt dat werknemers het meeste leren van elkaar, doordat de verhalen die zij aan elkaar vertellen, de complexe situatie waarin zij zich bevindt weerspiegelt. Door het vertellen van ervaringen ontstaat er een soort 'common law' die toepasbaar is op andere gevallen (Brown & Duguid, 1991, p.44). Brown en Duguid geven aan dat de organisatie de werknemers praktijkgericht moet benaderen, wil men de werknemers daadwerkelijk bereiken en laten leren (Brown & Duguid, 1991, p.45). Het zou daarom een idee kunnen zijn om de niet-professionele DIMs in contact te brengen met profes-

sionele DIMs, om op die manier van elkaar te kunnen leren (verder paragraaf 8.4).

### 8.2.5 Steun

Ook steun vormt een barrière voor de optimalisering van het IMS. De werkvloer geeft aan dat er wel steun is voor het dimmen, maar dat men wel graag wil horen wat er met de melding gebeurt, wat niet altijd het geval is. Bovendien kost het melden teveel tijd en is het erg lastig als de DIM om aanvulling vraagt. De medewerkers willen graag dat zij de DIM gemakkelijk kunnen opbellen om aanvullingen door te geven of vragen te stellen over het invullen van het formulier. Een soort telefonisch spreekuur/inloopuur zou daarvoor een oplossing zijn, waarbij deze onderaan de mail (waarin om aanvulling gevraagd wordt) worden vermeld. Daarnaast wordt door de respondenten aangegeven, dat er te weinig betrokkenheid is vanuit de Raad van Bestuur. Nog steeds krijgen veel DIMs de middelen niet waar ze recht op hebben, dit is nu teveel afhankelijk van de personen in de lijn. Om een optimale IMS in het gehele ziekenhuis te waarborgen is het van belang dat de Raad van Bestuur vaststelt welke middelen er per afdeling beschikbaar moeten zijn (uren, werkruimte etc.). Hoe deze uren vervolgens ingericht worden is aan de DIMs zelf, maar een vereiste om de uren te krijgen zou kunnen zijn dat er een kwartaalrapportage moet worden ingeleverd bij de CIM. Op deze manier kan elke DIM op de uren rekenen die nodig zijn om goed te Dimmen, waardoor de CIM ook meer input krijgt en beter kan functioneren. Ook voor de CIM dienen middelen te worden vastgesteld en te worden gehandhaafd. Er zal daartoe een afweging moeten worden gemaakt tussen werkzaamheden ter optimalisering van het IMS en de bezuinigingen. De Raad van Bestuur kan ervoor kiezen om de randvoorwaarden vast te stellen per afdeling en deze als verplichting op te leggen, zodat DIM-leden zich daarop kunnen beroepen.

### 8.3 De CIM als black box

Tijdens de focusgroep is er bij drie verschillende kernvragen stilgestaan. De eerste kernvraag luidt: 'Is het wenselijk dat de CIM, die nu door DIMs als black box wordt gezien, wordt opengesteld en op welke manier zou dit kunnen?'.

De leden van de focusgroep geven aan dat het van belang is dat de CIM meer wordt opengesteld, maar niet per definitie voor iedereen. Zij geven aan dat het van belang is dat de CIM voor de stakeholders open is. Deze stakeholders bestaan uit de Raad van Bestuur, de sectordirecteuren, de afdelingshoofden, de Chefs de Clinique, het stafconvent, de Expertgroep Kwaliteit, hoofdverpleegkundigen en de DIMs. Daarnaast kunnen ook andere medewerkers die geïnteresseerd zijn meer te weten komen, maar hier moet geen primair beleid op worden gevoerd. De CIM moet meer open worden door informatie te verstrekken en actief te zorgen dat zaken die in de CIM spelen op de verschillende agenda's komen om deze vervolgens toe te lichten bij de verschillende stakeholders. Ook zou de CIM bij alle DIMs langs kunnen gaan om op die manier meer bekendheid en openheid te creëren. Ook geven de leden van de focusgroep aan dat niet alle inhoudelijke cijfers en analyses van de CIM op een openbare site moeten staan, om op die manier de kans op imagoschade te voorkomen. Er moet wel openbaarheid zijn, maar niet met betrekking tot alles, omdat er in de 'buitenwereld' nog altijd een afstraffingcultuur heerst en het verkrijgen van een slecht imago en een slechte naam het leerproces van de organisatie alleen maar kan verstoren.

### 8.4 De niet-professionele DIMs

De tweede kernvraag die in de focusgroep is besproken luidt: 'Is het aan de CIM of aan bijvoorbeeld de staf kwaliteit om te zorgen dat de verschillende DIMs op niveau komen? En op welke manier kan dit het beste bereikt worden?'. Allereerst wordt binnen de focusgroep aangegeven, dat de reguliere lijn de eindverantwoordelijkheid heeft, over het niveau van de eigen DIM. Daarnaast wordt er aangegeven, dat wanneer een DIM zoekt naar inhoudelijke ondersteuning of naar een tool die zij kunnen gebruiken, de staf kwaliteit dat dan moet faciliteren. Dat kan door een cursus te ontwikkelen voor DIMs en door een toolkit te ontwikkelen, waarbij wordt geleerd van best practices onder de DIMs. De CIM zou kunnen signaleren welke DIM wel en welke DIM niet goed functioneert omdat de CIM eigenlijk de enige is die daar zicht op heeft. Het afdelingshoofd heeft alleen zicht op de eigen DIM en kan daardoor moeilijk het niveau van de DIM vergelijken met andere DIMs. Wanneer een

DIM precies 'op niveau is', is moeilijk te bepalen. Dit komt omdat de CIM wel weet hoe de DIM presteert waar het gaat om kwartaalrapportages ten opzichte van andere DIMs, maar dat de CIM geen zicht heeft op de relatie tussen de DIM en de werkvloer en de DIM en het management. Het afdelingshoofd heeft alleen zicht op de relatie tussen de DIM en de werkvloer en de DIM en het management, maar weer geen zicht op de relatie tussen de DIM en de CIM en geen vergelijkingsmateriaal omdat hij/zij maar een DIM ziet. De leden van de focusgroep zijn het met elkaar eens over het feit dat de CIM zou moeten signaleren welke DIMs wel en welke DIMs niet goed functioneren en dat zij de afdeling Kwaliteit om ondersteuning kunnen vragen om deze DIMs te helpen. De vraag wie er voor verantwoordelijk is voor het niveau van de DIMs, blijft lastig te beantwoorden. Er wordt aangegeven, dat de lijn in principe verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de DIM. Maar de afdelingshoofden en sectordirecteuren hebben geen goed zicht op het functioneren van de DIM, omdat dit functioneren in relatie tot andere DIMs moet worden bekeken en de sectordirecteur voornamelijk feitelijke cijfers ontvangt en geen procesbeschrijving van de DIM. Bovendien wordt er aangegeven, dat het een bepaalde investering kost om een DIM op niveau te krijgen, en dat het aan de afdeling zelf is of zij die investering willen doen. Duidelijk is dat de verschillende partijen voor en ander deel van het proces verantwoordelijk zijn. Wel komt uit de focusgroep naar voren dat het van belang is dat exact duidelijk wordt wie waar verantwoordelijk voor is en dat dit ook bekend en erkend wordt bij en door de verschillende partijen. Ook op de vraag wanneer een DIM op niveau is, moet een concreet antwoord schuldig blijven. Er wordt aangegeven, dat er gekeken kan worden naar de kwartaalrapportages, hoe lang een melding open staat en of en DIM zijn positie in de organisatie, doel en missie duidelijk voor ogen heeft. Ook hier wordt door de focusgroep aangegeven, dat er een indicatorlijst moet komen voor DIMs en dat er een bepaalde groep aangewezen moet worden die deze lijst opstelt en bijhoudt.

### 8.5 Interactie tussen DIMs

De derde kernvraag van de focusgroep gaat over de relatie tussen de DIMs en luidt: 'De DIMs hebben er behoefte aan

om te weten wat er bij andere DIMs speelt om op die manier het lerende vermogen te stimuleren. Wie zou dit moeten faciliteren en op welke manier?'. Door de focusgroep wordt aangegeven, dat de derde kernvraag voortkomt uit de tweede; door te leren van anderen, krijg je als DIM zelf ook meer niveau. Er wordt door een van de DIM-leden aangegeven, dat er behoefte is om te weten wie 'je burens zijn' en dat de CIM dit zou moeten faciliteren. De CIM geeft aan dat er een overzicht van DIMs op de intranetsite staat. Ook hier komt de onbereikbaarheid en onbekendheid van de CIM intranetsite naar voren. Er wordt aangegeven, dat er een soort intranetsite zou moeten zijn waarop de DIMs kunnen inloggen en zij kunnen invullen waar zij mee bezig zijn. Op die manier kan een DIM die tegen een bepaald knelpunt loopt eerst kijken of andere DIMs dat knelpunt in het verleden al een keer opgepakt hebben om op die manier niet zelf 'het wiel uit te vinden' terwijl dit al gedaan is. Ook hier is het lastig om te bepalen wie er verantwoordelijk is voor het ontwikkelen van een dergelijke site en wie er verantwoordelijk is voor het invullen van de intranetsite door de DIMs. Het ontwikkelen van de intranetsite lijkt te liggen bij de staf kwaliteit, in opdracht van de CIM. Maar de vraag of de CIM en staf kwaliteit ook verantwoordelijk zijn voor het invullen van deze site door de DIMs is lastig te bepalen. Deze verantwoordelijkheid ligt weer dicht tegen de verantwoordelijkheid van het niveau van de DIM aan en is binnen de focusgroep lastig te bepalen.

## 9 Conclusie en aanbevelingen

*“Twijfel is het begin van wijsheid”.*

*(René Descartes)*

### 9.1 Inleiding

Het onderzoek begon in hoofdstuk 1 met de vraag hoe Clinical Governance in het UMCG vorm kan krijgen en hoe het IMS geoptimaliseerd kan worden. In dit hoofdstuk worden de conclusies gepresenteerd naar aanleiding van het theoretische en empirische onderzoek dat is uitgevoerd. Allereerst worden in paragraaf 9.2.1 tot en met 9.2.6 de verschillende deelvragen beantwoord. Vervolgens wordt in paragraaf 9.2.7 antwoord gegeven op de hoofdvraag van het onderzoek. In paragraaf 9.3 worden aanbevelingen aan de verschillende actoren gedaan. Het hoofdstuk wordt in paragraaf 9.4 afgesloten met aanbevelingen voor verder onderzoek.

### 9.2 Beantwoording hoofd- en deelvragen

#### 9.2.1 Literatuur omtrent ziekenhuisorganisatie en de relatie met Clinical Governance

Deelvraag 1 ‘Wat is er in de literatuur bekend over de organisatie van een ziekenhuis en hoe verhoudt deze organisatievorm zich tot Clinical Governance?’

Uit de literatuur rondom organisaties en ziekenhuizen blijkt dat de ziekenhuisorganisatie wordt gekenmerkt door een grote groep autonome professionals. Dit leidt ertoe dat de organisatie bestaat uit verschillende werelden, waarbij de wereld van de professionals en de managementwereld de belangrijkste zijn. Hoofdstuk drie liet zien dat er twee soorten van Governance in ziekenhuizen aanwezig zijn: Clinical Governance en Hospital Governance. Bij Clinical Governance gaat het om een robuust framework die het belang erkent van het aannemen van een cultuur van gedeelde verantwoordelijkheid voor het behouden en verbeteren van de kwaliteit van diensten en uitkomsten voor zowel patiënt als staf. Hospital Governance wordt gekenmerkt

door procedures en protocollen, die worden opgesteld door ziekenhuizen om het idee van Clinical Governance te objectiveren en concretiseren. Deze vorm ontstaat door van hoger hand opgelegde eisen en wordt gekenmerkt door een top-down structuur en dient vaak als meetpunt/aangrijpingspunt voor buitenstaanders, zoals het IGZ. Er kan worden gesteld dat Clinical Governance voornamelijk op de werkvloer en de maatschappij ontstaat en dat het management zich voornamelijk bezighoudt met het top-down gestructureerde Hospital Governance.

#### 9.2.2 Literatuur omtrent barrières bij Clinical Governance-beleid

Deelvraag 2 ‘Wat is er in de literatuur bekend over barrières die kunnen optreden bij de implementatie van Clinical Governance-beleid?’

De belangrijkste barrière bij de implementatie van Clinical Governance-beleid wordt gevormd door de verdeeldheid binnen de ziekenhuisorganisatie. Dit kan ertoe leiden dat er twee aparte stromingen in de organisatie lopen, waardoor de werkvloer niet goed betrokken is en wordt bij de uitgezette activiteiten van Hospital Governance. De barrières die kunnen optreden bij het aanpakken van knelpunten, komen tot uiting in zes verschillende facetten: organisatiecultuur, managen, leiderschap, communicatie, steun en kennis, training en educatie.

#### 9.2.3 Oplossingen voor barrières uit de literatuur omtrent de lerende organisatie

Deelvraag 3 ‘Welke oplossingen worden er in de literatuur over ‘de lerende organisatie’ aangedragen voor de barrières die kunnen optreden bij de implementatie van Clinical Governance-beleid?’

Door enerzijds de overeenkomsten tussen de lerende organisatie en gezondheidszorg Governance (voornamelijk in het Clinical Governance aspect) en anderzijds de verschillen (voornamelijk in het Hospital Governance aspect), kan

er wel geleerd worden van het idee van de ‘lerende organisatie’, mits de werelden van Clinical en Hospital Governance aan elkaar gekoppeld worden. Deze koppeling wordt gevonden in de linking-pin van Likert, welke binnen het UMCG vertolkt kan worden door de CIM/DIM organisatie. Wanneer deze werelden aan elkaar gekoppeld worden door de linking-pin, is het belangrijk dat deze linking-pin zo wordt ingericht, dat de potentiële barrières die worden genoemd bij deelvraag twee worden vermeden. Hierbij kan geleerd worden van literatuur omtrent de lerende organisatie, door gebruik te maken van de organisatie-inrichting van Caluwé en Vermaak, welke gericht is op het motiveren van werknemers en het verbeteren van het lerende vermogen van een organisatie en de ideeën m.b.t. organisatieleren van Brown en Duguid. Ook bij het ontwikkelen van concrete maatregelen om de barrières die optreden binnen het UMCG aan te pakken is gebruik gemaakt van de literatuur omtrent de lerende organisatie (zie paragraaf 9.2.6).

#### 9.2.4 Het traject rondom de dubbele patiëntnummers

Deelvraag 4 ‘Welke stappen worden er gezet om knelpunten rondom dubbele patiëntnummers ziekenhuisbreed op te lossen waar loopt deze aanpak vast?’

Uit interviews en deskresearch is gebleken dat na de melding van de DIM Radiotherapie er door de CIM deskundige, in samenwerking met de DIM Radiotherapie een analyse van het knelpunt is gemaakt. Bij het maken van deze analyse is er met de verschillende betrokken partijen gesproken. Naar aanleiding van deze analyse is er door de CIM een brief met aanbevelingen gestuurd naar de directeur Medische Zaken en de directeur ICT. Dit knelpunt is volgens de respondenten niet verdwenen, maar wel naar tevredenheid opgepakt. Vervolgens is er een knelpunt opgetreden rondom de koppeling van dubbele patiëntnummers. Dit knelpunt is door de CIM niet echt gekoppeld aan het eerdere knelpunt, maar wel is er kort gerefereerd naar het vorige knelpunt. Ook hier heeft de CIM deskundige, naar aanleiding van de melding, een analyse gemaakt van het knelpunt. Ook deze analyse heeft geleid tot een brief met aanbevelingen, welke ditmaal aan de directeur Medische Zaken en de directeur Sector A is gestuurd. De directeur Sector A heeft aangegeven niet over de expertise te be-

schikken om de gedane aanbevelingen tot een vervolg te brengen. De CIM verwacht dan ook dat de directeur Medische Zaken dit knelpunt verder op zich zal nemen. Ondanks het feit dat de betrokkenen de aanpak van dit knelpunt niet als problematisch willen duiden, zien zij toch enkele punten die het soepele verloop in de weg staan. Zo speelt het feit dat er geen maximale reactietijd is een belemmerende rol, waardoor er in dit geval maandenlang over het knelpunt gecommuniceerd wordt, zonder dat er iets concreets gebeurt. Ook het feit dat CIM ‘slechts’ een adviserende rol heeft zorgt ervoor dat een daadwerkelijke aanpak van dit knelpunt niet kan worden gewaarborgd.

#### 9.2.5 Barrières die zich voordoen bij de aanpak van knelpunten door de CIM

Deelvraag 5 ‘Welke barrières doen zich voor bij de CIM aanpak van knelpunten, specifiek gekeken naar dubbele patiëntnummers?’

Op basis van de resultaten die verkregen zijn uit interviews, kan worden geconcludeerd dat organisatiecultuur niet echt een barrière vormt voor het functioneren van het IMS. Managen vormt wel een barrière. Het gaat hier niet zozeer om de daadwerkelijke implementatie, omdat deze volgens de respondenten niet door de CIM moet worden gedaan, maar meer om de vraag of het een taak van de CIM is om als procesbegeleider en coördinator op te treden. Ook leiderschap en communicatie vormen duidelijk een barrière voor het goed functioneren van de CIM. Deze barrières worden zowel door leden van de CIM/DIM onderscheiden als ook door overige medewerkers en de professionals. Training, educatie en kennis vormen voornamelijk een barrière bij enkele DIMs, waardoor het een barrière vormt voor het optimaal functioneren van het IMS. En ook de laatste barrière, steun, die in de literatuur onderscheiden is, is terug te vinden binnen het UMCG. Het gaat dan voornamelijk om gebrek aan steun van hogere gremia binnen de organisatie; de werkvloer geeft aan wel voldoende steun te bieden voor het IMS. Daarnaast is er nog een barrière die het optimaal functioneren van het IMS belemmert, maar welke niet in de literatuur wordt benoemd. Dit is de barrière verantwoordelijkheid. Voornamelijk uit de focusgroep komt duidelijk naar voren dat bij veel zaken rondom het

IMS onduidelijkheid bestaat over de verantwoordelijkheid. Dit heeft vooral betrekking op wie ervoor moet zorgen dat de DIMs op niveau komen, wie bepaalt wanneer een DIM op niveau is en wie de interacties tussen DIMs zou moeten coördineren en faciliteren. Bij de casus dubbele patiëntnummers ontstaan problemen door het feit dat er geen maximale reactietijd is en het feit dat CIM slechts advies uitbrengt en geen verdere stappen zet. Er kan worden gesteld dat men hier voornamelijk tegen de barrière managen aanloopt: de CIM vervult geen coördinerende taak en heeft niet de mogelijkheid om een maximale reactietijd te handhaven en verdere stappen te ondernemen. Ook de barrières leiderschap en communicatie spelen een rol. Doordat de CIM geen statige voorzitter heeft en minimaal communiceert met de verschillende gremia en actiehouders, gaan de verschillende actiehouders niet automatisch aan de slag wanneer de CIM aanbevelingen doet. Wanneer de CIM een statige voorzitter zou hebben en de CIM in een vroegtijdig stadium communiceerde met de actiehouders, dan zouden zij wellicht meer prioriteit geven aan de aanbevelingen van de CIM. Hierdoor zal het knelpunt waarschijnlijk sneller worden aangepakt.

#### 9.2.6 Maatregelen ter optimalisering van het IMS

Deelvraag 6 ‘Welke maatregelen moeten er worden genomen om de organisatie van het IMS te optimaliseren?’.

Voor de barrière management is het van belang dat de CIM de aanpak van een knelpunt coördineert. Daartoe moet er een maximale reactietijd worden vastgesteld en moet de CIM het mandaat krijgen om na het verstrijken van deze reactietijd de actiehouders aan te spreken. Ook dienen de actiehouders de CIM op de hoogte te houden van de aanpak en dient de CIM dit door te geven aan de melder en te verwerken in het dossier van het knelpunt. Om niet teveel te veranderen moet de CIM, in afstemming met andere gremia, prioritering aanbrengen in de aan te pakken knelpunten. Daartoe moet de voorzitter van de CIM zitting nemen in de Expertgroep Kwaliteit, waar onder andere het afdelingshoofd Kwaliteit en de voorzitter van de Chefs de Clinique zitting in neemt. Voor de barrière leiderschap is het van belang dat de CIM een prominentere plaats krijgt binnen de organisatie, gesteund wordt door de Raad van

Bestuur en een gesprekspartner is voor de verschillende gremia. De CIM moet daarom de middelen krijgen van de Raad van Bestuur om zich te profileren en mandaat krijgen om actiehouders aan te spreken op een passieve houding. Daarnaast moet de CIM voorzitter de missie en visie van de CIM communiceren naar de stakeholders. Dit kan door bij de verschillende gremia langs te gaan in vergaderingen en door de DIMs te informeren via een bezoek. Ook moet de CIM de actiehouders die bij een bepaald knelpunt betrokken zijn in een vroegtijdig stadium bij de aanpak van een knelpunt te betrekken. Zodat de aanbevelingen van de CIM niet ‘uit de lucht komen vallen’ maar een product zijn van coöperatie van de CIM en de betreffende actiehouders.

Bij de barrière communicatie is het van belang dat de DIMs zorgen voor een goede inter-persoonlijke relatie met de werkvloer. Zij kunnen de afdelingen periodiek bezoeken om te melden wat de DIM inhoudt en wat de DIM heeft gedaan. Ook moet de DIM de concrete maatregelen die voortvloeien uit een melding communiceren via de mail, wanneer iets niet wordt opgepakt moet de DIM kort melden waarom de melding niet wordt opgepakt en als iets is doorgegeven aan de CIM, dan moet de DIM de link naar het dossier dat de CIM aanmaakt (of een reactie van de CIM waarom ze er niks mee doet) naar de melder mailen. De CIM moet per knelpunt een dossier aanmaken op de intranetsite, waarin de aanpak en contactpersoon worden vermeld. Na afronding van een knelpunt kan er dan kort in een kopje actueel worden gepresenteerd wat de genomen maatregelen zijn en kan het knelpunt worden geplaatst in een mapje ‘opgepakte knelpunten’. Mocht de CIM een knelpunt doorkrijgen die zij niet oppakken, dan moet de CIM de DIM daar een korte toelichting op geven. Ook moet de intranetsite beter toegankelijk worden gemaakt. Daarnaast is het belangrijk dat de CIM-DIM bijeenkomsten blijven bestaan.

Bij de barrière training, educatie en kennis is het belangrijk dat de DIMs op niveau komen. Wanneer een DIM op niveau is moet bepaald worden middels een indicatorenlijst. Er moet worden vastgesteld wie deze lijst opstelt en wie de DIMs hierop toets en bij helpt. Er moet worden vastgelegd, wie er voor welk deel van het proces rondom de kwaliteit van de DIMs verantwoordelijk is. Dit kan worden gedaan door een focusgroep te organiseren, waarbij de verschil-

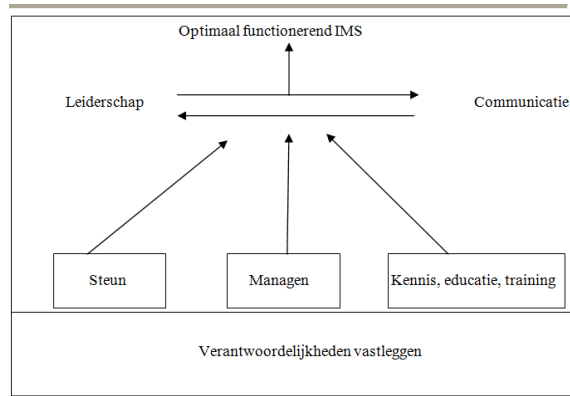
lende kandidaat verantwoordelijke aanwezig zijn. Een idee is om de DIMs een cursus en een toolkit aan te bieden, waarbij moet worden geleerd van best practices onder de DIMs. Ook kunnen DIMs op niveau komen door van elkaar te leren. Dit kan door onderlinge interactie. Er moet een intranetsite komen waarop DIMs dossiers plaatsen waar zij aangewerkt hebben. Wie dit moet faciliteren en verantwoordelijk is moet worden bepaald en vastgelegd. Bij de barrière steun is het belangrijk dat er zowel vanuit de werkvloer, als ook vanuit de raad van bestuur steun is. Om de steun bij de werkvloer te waarborgen moet het IMS formulier verbeterd worden, moet er de mogelijkheid bestaan om vanuit huis te melden, moet er een telefonisch inloopuur/spreekuur zijn waarbij DIMs de medewerkers kunnen helpen bij aanvullingen omtrent hun melding. Om een optimale IMS te waarborgen is het van belang dat de Raad van Bestuur vaststelt welke middelen er per afdeling beschikbaar moeten zijn (uren, werkruimte etc.). Op deze manier kan elke DIM op de uren rekenen die nodig zijn om te Dimmen, waardoor de CIM ook meer input krijgt en beter kan functioneren. Ook voor de CIM dienen de middelen te worden vastgesteld en te worden gehandhaafd.

### 9.2.7 Beantwoording hoofdvraag

Welke maatregelen moeten er worden genomen in het UMCG om de aanpak van ziekenhuisbrede voorstellen en de implementatie van verbetervoorstellen te bevorderen en het IMS optimaler te laten functioneren, meer specifiek ten aanzien van knelpunten rondom dubbele patiëntnummers?

Uit de interviews en gesprekken is gebleken dat er binnen het UMCG sprake is van Hospital Governance en Clinical Governance. De professionals geven echter wel aan dat er behoefte is aan structuur en dat er wel steun is voor het IMS, maar dat de huidige CIM/DIM toch als opgelegd aanvoelt. Het is daarom belangrijk dat de CIM/DIM organisatie als linking-pin functioneert, met de voeten in de aarde en het hoofd in de lucht. De CIM/DIM moet daarvoor een goede inter-persoonlijke relatie opbouwen met zowel de professionals als ook met de verschillende gremia. Om deze linking-pin optimaal te laten functioneren is het van belang dat de verantwoordelijkheden worden vastgelegd (zie figuur 12). Daarnaast moeten de randvoorwaarden om

goed te functioneren zoals steun, managen en kennis, educatie en training helder zijn en moet er door de CIM actief worden ingezet op leiderschap en communicatie. Deze twee laatste variabelen zullen elkaar moeten versterken en uiteindelijk leiden tot een optimaal functionerend IMS. Dit alles gebeurt door de maatregelen (genoemd in 9.2.6) te nemen en te prioriteren.



Figuur 12 Optimaal functionerend IMS

## 9.3 Aanbevelingen

### 9.3.1 Aanbevelingen voor de CIM

De kern van de aanbevelingen voor de CIM is dat de CIM zichzelf moet profileren binnen de ziekenhuisorganisatie door verantwoordelijkheden beter vast te leggen en maatregelen te nemen in het kader van steun, managen, kennis, educatie en training en voornamelijk leiderschap en communicatie. Aanbevelingen voor de CIM:

- De CIM kan de knelpunten die zij aanpakken en de thema's die zij centraal stellen, afstemmen met andere gremia. Tevens is het aan te raden dat de CIM meer zichtbaar wordt voor de verschillende gremia en wordt erkend als gesprekspartner. De voorzitter van de CIM kan daartoe zitting nemen in de Expertgroep Kwaliteit, waarin o.a. het Hoofd van de staf Kwaliteit en de voorzitter Chefs de Clinique zitting in heeft.
- De CIM zal wanneer de DIM een knelpunt heeft doorgegeven aan de CIM kunnen aangeven wat er mee gedaan wordt. Wanneer de CIM dit niet oppakt, zal zij



kort moeten toelichten waarom dit zo is, om demotivatie bij de DIMs te voorkomen. Wanneer de CIM dit wel oppakt, is het aan te raden dat de CIM een dossier aanmaakt op intranet voor het knelpunt en een contactpersoon aanwijst. De CIM kan dan een link hiervan naar de betreffende DIM/melder sturen.

- De CIM zal de bij de aanpak van een knelpunt meer een coördinerende rol op zich kunnen nemen door meer gebruik te maken van leden van DIMs en kennis van experts. Ook kan de CIM een maximale reactietijd afdelingen en actiehouders vragen om de genomen stappen/voortgang van knelpunten terug te koppelen aan de CIM. De CIM kan dit vervolgens toevoegen aan het dossier dat zij voor het knelpunt heeft gemaakt, zodat voor alle betrokkenen duidelijk is waar het knelpunt toe heeft geleid.
- De CIM de missie en visie laten communiceren naar de eerder genoemde stakeholders, door bij de stakeholders/gremia langs te gaan.
- De CIM voorzitter goed contact laten hebben met de verschillende actiehouders en waar nodig via lobby de aanbevelingen van de CIM door de betreffende actiehouder meer prioriteit te laten geven.
- De CIM in een vroegtijdig stadium van de aanpak van een knelpunt de betreffende actiehouder laten betrekken en de analyses goed onderbouwen, om zo de kans op een goed en spoedig vervolg van het traject te vergroten.
- De CIM kan waar nodig ondersteuning van de afdeling Kwaliteit vragen en in overleg met de Raad van Bestuur de benodigde middelen per gremia vaststellen en bepalen.

#### 9.3.2 Aanbevelingen voor de afdeling Kwaliteit

- De afdeling Kwaliteit ervoor laten zorgen dat de intranetsite van de CIM beter te vinden is en meer bekend wordt binnen het UMCG. Ook moet de intranetsite meer up to date worden gemaakt en kan in de gaten worden gehouden hoe vaak de site wordt bezocht.
- De afdeling Kwaliteit in het kader van de evaluatie van het IMS, onderzoek laten doen naar de vraag wie er verantwoordelijk is voor de verschillende onderdelen in het bewaken van het niveau van de DIMs en wie er

verantwoordelijk is voor de interacties tussen DIMs en wie dit op welke manier kan faciliteren.

- De afdeling Kwaliteit kan overwegen om een stagiair kunstmatige intelligentie aan te trekken om te bekijken welke mogelijkheden er zijn om voor de CIM de analyse van de database te vergemakkelijken, waardoor gelijksoortige knelpunten gemakkelijker aan elkaar gerelateerd kunnen worden.

#### 9.3.3 Aanbevelingen voor de DIMs

- Zorg voor bekendheid op de afdelingen en een goede inter-persoonlijke relatie tussen de DIM en de eigen afdeling. Bezoek daartoe periodiek de eigen afdeling om aan de hand van aangepakte knelpunten het belang van melden te benadrukken.
- Zorg dat de melder na het doen van een melding niet alleen een bevestigingsmail krijgt, maar ook een inhoudelijke mail om te vertellen wat er mee wordt gedaan. En wat de uiteindelijke 'afronding' van de melding is (na bespreken in overleg/maken analyse). Wanneer de melding niet wordt opgepakt, zorg dan voor een korte toelichting richting de melder. Wanneer de melding wordt doorgestuurd naar de CIM, stuur de melder dan de link naar het dossier op de intranetsite, zodat de melder zelf de afronding in de gaten kan houden.
- Probeer zo vaak mogelijk een kwartaalrapportage af te leveren aan de CIM en het management.
- Kijk bij aanpak van een knelpunt eerst of er al andere DIMs bezig zijn geweest met soortgelijke knelpunten, en geef zelf ook aan waar je als DIM mee bezig bent (faciliteren hiervan wordt bepaald door afdeling Kwaliteit).
- Bekijk de mogelijkheid voor hulp bij het invullen IMS (en dan voornamelijk bij aanvullingen die aan de melder gevraagd worden).

#### 9.3.4 Aanbevelingen voor de Raad van Bestuur

- In samenwerking met de CIM prioriteit aanbrengen in de stappen die gezet moeten worden door de CIM en de DIMs en bekijken welke middelen daarvoor nodig zijn.
- Kijken of er ondanks bezuinigingen en het karakter van een lijnorganisatie mogelijkheden zijn om een mini-

maal aantal uren en middelen per DIM of afdeling beschikbaar te stellen en te waarborgen.

- De CIM de middelen en het mandaat geven dat zij nodig hebben om zichzelf binnen de organisatie te profileren om een optimalisering van het IMS in werking te zetten.
- Beleid maken op de vraag of er een mogelijkheid bestaat om de intranetsite en het IMS formulier ook vanuit huis te kunnen bekijken/invullen.

#### 9.3.5 Aanbevelingen voor het knelpunt dubbele patiëntnummers

Voor de casus dubbele patiëntnummers kunnen enkele aanbevelingen worden gedaan voor het handelen van de CIM.

- De CIM een maximale reactietijd voor actiehouders laten instellen en handhaven.
- De CIM een coördinerende rol laten oppakken en de actiehouders benaderen, om samen rond de tafel te gaan om te bekijken wie er verantwoordelijk is voor het nemen van de vervolgstap en hoe dit het beste gedaan kan worden.
- De CIM kan aangeven, dat zij op de hoogte gehouden wil worden van de vervolgstappen.

#### 9.4 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Door het doen van dit onderzoek zijn er enkele interessante onderzoeksvragen ontstaan voor vervolgonderzoek. Allereerst zijn er enkele onderzoeksvragen die kunnen bijdragen aan de optimalisering van het IMS. Zo zou het waardevol zijn om te bekijken op welke manier de CIM beter kan omgaan met de data die zij vanuit de DIMs binnenkrijgt. Ook zou er gekeken kunnen worden naar de aanpak van de aanbevelingen die worden gedaan aan de verschillende groepen binnen het UMCG. Als laatste kan er worden gekeken hoe er bepaald kan worden welke DIMs goed functioneren en hoe daarvan geleerd kan worden. Ook zou het een interessante vraag zijn of Clinical Governance en Hospital Governance dicht bij elkaar gaan liggen en wellicht in elkaar opgaan naarmate het IMS steeds optimaler gaat functioneren.

## Referenties

### Boeken

- Argyris, C. & Schön, D. (1996) *Organizational learning II: Theory, method and practice*, Reading, Mass: Addison Wesley.
- Caluwé, L. de, & Vermaak, H. (2010). *Leren veranderen: een handboek voor de veranderkundige*. Deventer: Kluwer.
- Collins, W. (1987) *Collins Universal English Dictionary*. Readers Union Ltd: Glasgow.
- Denhardt, R.B., Denhardt, J.V. & Aristigueta, M.P. (2009). *Managing Human Behavior in Public and Non-profit Organizations*. Los Angeles: Sage
- Goodwin, N. (2006). *Leadership in Healthcare: A European perspective*. London: Routledge
- Griffin, R.W., & Moorhead, G. (2010). *Organizational behavior: managing people and organizations*. Boston : Houghton Mifflin Co.
- Hoek, H. (2007). *Governance en gezondheidszorg*. Assen: van Gorcum.
- Hoogerwerf, A. & Herweijer, M.(2003). *Overheidsbeleid: Een inleiding in de beleidswetenschap*. Alphen aan de Rijn: Kluwer.
- McSherry, R. & Pearce, P. (2010). *Clinical Governance: A Guide to Implementation for Healthcare Professionals*. Oxford: Blackwell science.
- Reijnders, E. (2006). *Basisboek Interne Communicatie*. Assen: Van Gorcum.
- Sapru, R.K. (2008) *Administrative Theories and Management Thought*. New Dehli: Prentice Hall of India.

- Vennix, J. (2007). *Theorie en praktijk van empirisch onderzoek*. Harlow: pearson education limited.
- Witman, Y. (2007). *De medicus maatgevend: over leiderschap en habitas*. Assen: van Gorcum.
- Wright, J & Hill, P (2003) *Clinical Governance*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Yin, R. (1992). *Case study research - Design and Methods*. Beverly Hills, CA: Sage Publications. In M. van Schoote. (2006). *Business Process Outsourcing in Control*. Voorburg: auteur.

### Artikelen

- Aartsen, O., Keet, B. & Peij, S. (2006). *Public Governance bij woningcorporaties, zorginstellingen en ZBO's*. In: *Management Executive*, maart/april 2006.
- Braithwaite, J. & Travaglia, J.F. (2008). *An overview of Clinical Governance policies, practices and initiatives*. *Australian Health Review*, 2008, 32, nr. 1, 10-22.
- Brown J., Duguid P. (1991) *Organisational Learning and Communities of Practice: toward a unified view of working, learning and innovation*. *Organisation Science*, nr.1, 40-57.
- Edmondson, A.C. (2004). *Learning from Failure in Health Care: Frequent Opportunities, Pervasive Barriers*. *Quality and Safety in Health Care* 13, nr. 6, 3-9
- Edwards, J. & Packham, R. (1999). *A model for the practical implementation of Clinical Governance*. *Journal of Clinical Excellence*, nr. 1, 13-18.
- Fiol, C.M. & Lyles, M.A. (1985). *Organizational learning*. *Academy of Management Review*, nr.10, 803-813.

- Freedman, D.B. (2002). Clinical Governance: bridging management and Clinical approaches to quality in the UK. *Clin Chim Acta*, 319, nr. 2, 133-41
  - Hart- Zwart, van der P. (2011). Verslag Najaarsvergadering Vereniging voor Gezondheidsrecht 2010. In: *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 2011, nr. 2, 119-125.
  - Harvey, G. (1998). Improving patient care. *RCN Magazine*, Autumn, 8-9.
  - Kievitsen, F. & Adriaanse, M.T. (2007). Gezondheidszorgtrends in Europa. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 2007;151:716-7.
  - Lawrence, T.B., Mauws, M.K., Dyck, B.& Kleysen, R.F. (2005). The politics of organizational learning: integrating power into the 41 framework. *Academy of Management review*, nr.1, 180-191.
  - Meurs, P. (2009). Meer toezicht is niet altijd beter. In: *Zorgvisie*, 2009, 39, nr.2.
  - Miles, M.B., & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis, An expanded sourcebook*. California: Sage.
  - Mintzberg, H. (1997). Toward Healthier Hospitals. *Health Care Management Review*, 22, nr. 4, 9-18.
  - Mintzberg, H. (1998). Covert leadership: Notes on managing professionals. *Harvard Business Review*, 140-147
  - Mintzberg, H. (1980). Structure in 5's: A synthesis of the research on organizational design. *Management Science*, 26, 322-341.
  - Starey, N. (2001). What is Clinical Governance?. [www.evidence-based-medicine.co.uk](http://www.evidence-based-medicine.co.uk), nr. 12, 1–8.
  - Sheaff, R. & Pilgrim, D. (2006) Can Learning Organisations in The Newer NHS, *Implementation Science*.1/27, pp.1-11
  - Wilensky, H.L. (1964). The professionalization of everyone?. *American Journal of Sociology*,70 (2), pp. 137-158
  - Wilkinson, J.E., Rushmer, R.K., & Davies, H.T.O. (2004). Clinical Governance and the learning organization. *Journal of Nursing Management*, nr. 12, 105-113.
- Wetten en regelgeving**
- Kwaliteitswet zorginstellingen. (1996). *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden*, jaargang 1996, 13-02-1996, nr. 80.
  - Notities, rapporten en beleidsdocumenten
  - Branche Organisatiezorg (2009). *Zorgbrede Governancecode 2010*. Bunnik: Drukkerij Libertas BV.
  - Centrale incidenten meldingscommissie. (2010a). *Jaarverslag 2009 Centrale Incidenten Meldingscommissie UMCG*. Groningen: auteur.
  - Centrale incidenten meldingscommissie. (2010b). *CIM visie*. Groningen: auteur
  - Commissie Health Care Governance (1999). *Health care Governance; Aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording in de Nederlandse gezondheidszorg*. Hilversum: de Toekomst.
  - Jans, J.K., Huizen van L.S., & Noord, J. (2011). *Evaluatie Veilig (Incidenten) Melden 2010-2011*. Groningen: auteur.
  - Moorlag, B. (2010). *Meerdere UMCG-nummer bij een patiënt*. Groningen: auteur.
  - Moorlag, B. (2011). *Analyse koppel proces meerdere UMCG-nummers*. Groningen: auteur.
  - Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (2010). *Governancecode UMC's*. Utrecht: auteur.

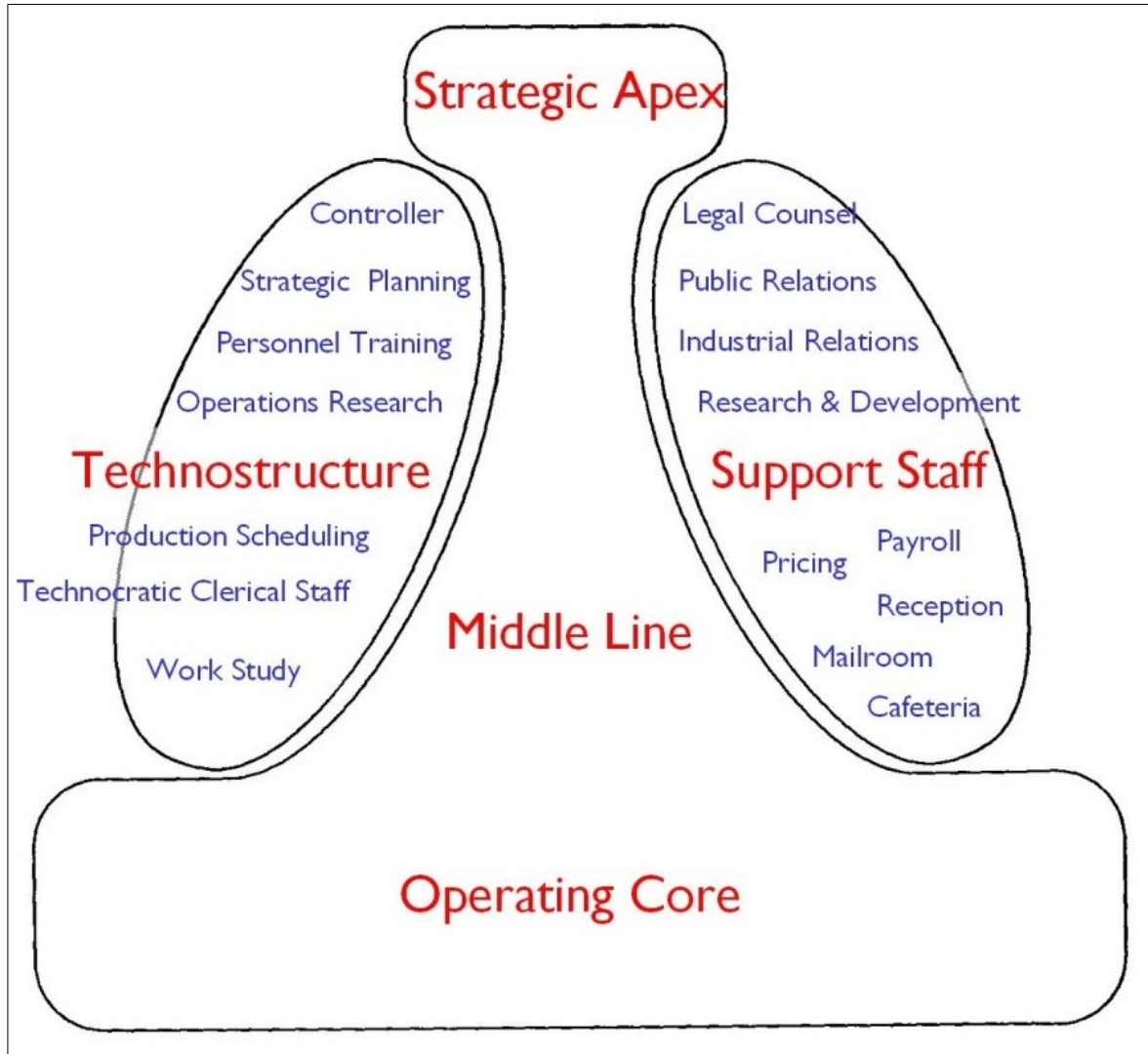
- Raad van Bestuur. (2008). Reglement Centrale Incidenten Melding-Commissie. Groningen: auteur.
- Smissen, P.J.A.M. van der, Kok, H.H., Velden, G.C.A. van der, & Warmenhoven, N.E. (2007). De rol van leiderschap binnen gezondheidsbevordering: Een nadere onderbouwing en uitwerking. Breda: GGD West-Brabant.
- Universitair Medisch Centrum Groningen. (2006). Nieuwe organisatie UMCG. Groningen: intranet (Projectinformatie> Raambesluit> Waarom).
- Universitair Medisch Centrum Groningen. (2007). Visie 2007-2011: Bouwen aan de toekomst van de gezondheid. Groningen: auteur.
- Universitair Medisch Centrum Groningen. (2009). Bestuursreglement. Groningen: auteur.
- Universitair Medisch Centrum Groningen. (2010). Beleidsbrief en begroting 2011. Groningen: auteur.
- Universitair Medisch Centrum Groningen. (2011). Notitie Clinical Governance voor UMCG. Groningen: auteur
- Universitair Medisch Centrum Groningen. (2011). Kwaliteit. Groningen: intranet (AZG organisatie> sect-staf> onderdelen> kwaliteit).
- Willems, R. (2004). Hier werk je veilig, of hier werk je niet. Sneller Beter - De veiligheid in de zorg. Eindrapportage Shell Nederland. Den Haag: Shell Nederland.
- A Inspectie voor de gezondheidszorg (2011). Organisatie. Vinddatum: 1 maart 2011, op: <http://www.igz.nl/organisatie/>
- B Inspectie voor de gezondheidszorg (2011). Ziekenhuizen. Vinddatum: 1 maart 2011, op:<http://www.igz.nl/onderwerpen/curatieve-gezondheidszorg/ziekenhuizen/index.aspx>
- Centraal BegeleidingsOrgaan (2004). Handleiding focusgroep onderzoek. Vinddatum 8 juni 2011, op: <http://www.cbo.nl/algemeen/Over-het-CBO/>.
- Commissie Corporate Governance (2008). De Nederlandse Corporate Governance code: Beginselen van deugdelijk ondernemingsbestuur en best practice bepalingen. Vinddatum: 26 april 2011, op: [http://commissieCorporateGovernance.nl/page/downloads/Dec\\_2008\\_Code\\_NL.pdf](http://commissieCorporateGovernance.nl/page/downloads/Dec_2008_Code_NL.pdf)
- Dixis. Vinddatum: 2 maart 2011, op: <http://www.dixis.nl/dbc.htm>
- Ebbemunk. Galbraith's and Mintzberg's Technostructure. Vinddatum:22 juni 2011, op: <http://www.ebbemunk.dk/technostructure/technostructure3.html>
- Gude, R. (2011). Europese denkers-Geschiedenis van de filosofie, wetenschapsfilosofie. Kan het niet wat efficiënter. Vinddatum: 20 juni 2011, op: [http://www.filosofimagazine.nl/00/fm/nl/121/artikel/print/4358/Descartes:-\\_onderwijshervormer.html](http://www.filosofimagazine.nl/00/fm/nl/121/artikel/print/4358/Descartes:-_onderwijshervormer.html)
- Health Care Governance. Vinddatum: 2 maart 2011, op:<http://www.nonprofitGovernance.nl/Health%20care%20Governance.doc>

#### Internetsites

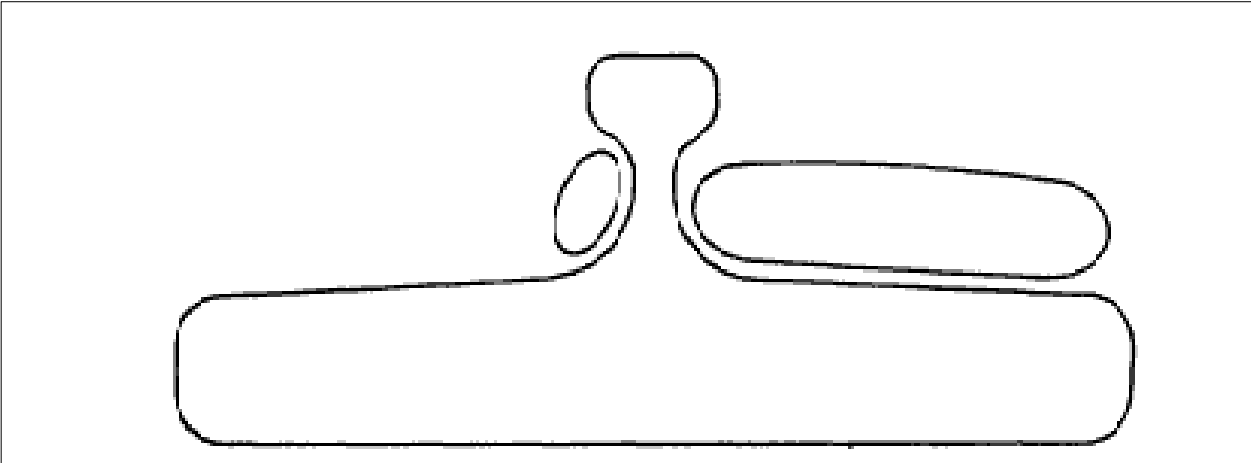
- Academisch Ziekenhuis Maastricht (2006). Verandering in de zorg: stelselherziening, identificatieplicht en DBC's. Vinddatum: 2 maart 2011, op: [http://www.azm.nl/5490/60321/Informatie\\_over\\_DBC\\_s.pdf](http://www.azm.nl/5490/60321/Informatie_over_DBC_s.pdf)
- Mindtools. Leadership Styles: Using the Right One for the Situation. Vinddatum: 12 april 2011, op: [http://www.mindtools.com/pages/article/newLDR\\_84.htm](http://www.mindtools.com/pages/article/newLDR_84.htm)

- Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra. Vinddatum: 9 mei 2011, op: <http://www.nfu.nl/index.php?id=16>
- RijksUniversiteit Groningen (2009). Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG): Het samenwerkingsverband tussen RUG en AZG. Vinddatum: 18 maart 2011, op: <http://www.rug.nl/Corporate/Universiteit/samenwerking/regionaal/umcg>
- Roode, P. de (2010). Leren met behulp van de U-theorie. Vinddatum: 20 april 2011, op: <http://www.pderoode.com/Leren-met-de-U-theorie.pdf>
- Thesaurus zorg en welzijn. Vinddatum: 9 mei 2011, op: <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/perifereziekenhuizen.htm>
- Universitair Medisch Centrum Groningen. (2011). Het UMCG. Vinddatum: 2 maart 2011, op: <http://www.umcg.nl/NL/UMCG/overhetumcg/organisatie/Pages/default.aspx>
- Veilige zorg, ieders zorg. Patiëntveiligheidsprogramma GGZ 2008-2011. Vinddatum: 9 mei 2011, op: <http://www.veiligezorgiederszorg.nl/index.php?p=486207>

**Bijlage 1 De elementen van een organisatie  
volgens Mintzberg**

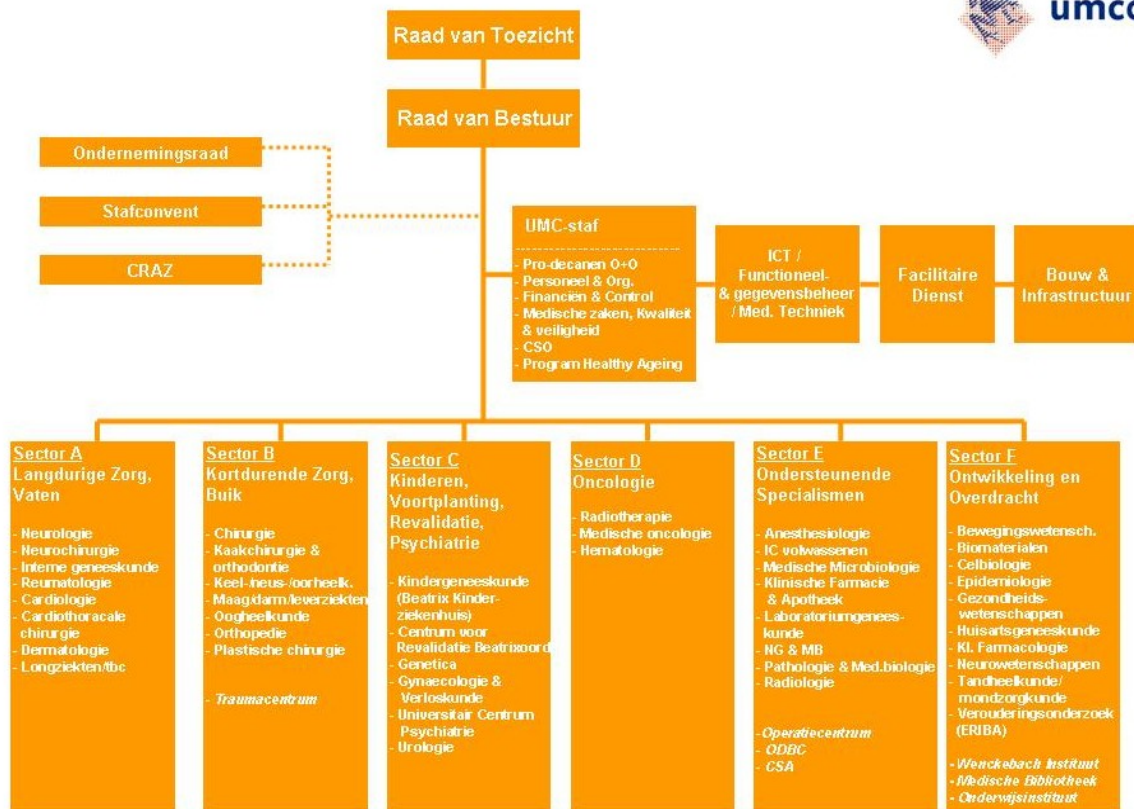


Bijlage 2 De professionele bureaucratie



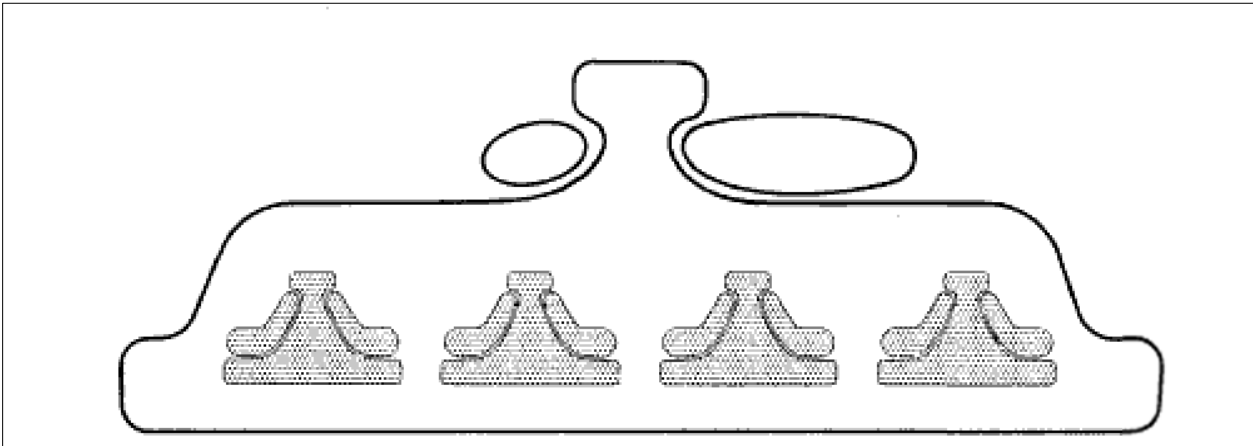


## Bijlage 3 Organogram UMCG



(www.UMCG.nl)

Bijlage 4 De divisiestructuur



## Bijlage 5 Interviewguide knelpunt Radiotherapie

### A. Introductie

- Uitleg onderzoek/studie achtergrond
- Opbouw interview: - algemene vragen
- over ontstaan CIM/DIM
- over casus dubbele patiëntnummers

### B. Inleidende vragen

1. Hoe lang bent u al werkzaam binnen het UMCG?
2. Kunt u kort uitleggen wat u functie, op de afdeling Radiotherapie, precies inhoudt?
3. Bent u hiervoor in andere ziekenhuizen werkzaam geweest?

### C. CIM/DIM

4. Wanneer hoorde u voor het eerst over het incidenten managementsysteem en de CIM/DIM structuur?
5. Wanneer is de DIM Radiotherapie gestart?
6. Bent u vanaf het begin betrokken geweest bij deze DIM?
7. Kunt u kort het functioneren van de DIM Radiotherapie beschrijven en daarbij ingaan op u rol binnen deze DIM?

### D. Dubbele patiëntnummers

8. Kunt u het knelpunt dat optreedt wanneer patiënten dubbele UMCG-nummers hebben kort beschrijven?
9. Wat kan dit knelpunt voor consequenties hebben voor patiënten en medewerkers op de afdeling Radiotherapie? En ziekenhuisbreed op andere afdelingen?
10. U hebt in december 2009 het knelpunt rondom dubbele patiëntnummers aangekaart bij de CIM, wat waren u verwachten op dat moment?
11. Hebt u het idee dat de CIM voldoende vervolg heeft gegeven aan het knelpunt?
  - Zo ja, waar merkt u dat aan
  - Zo nee, wat zou u willen zien/horen van de CIM?

12. Wat is volgens u op dit moment de status van het knelpunt dubbele patiëntnummers (het laatste dat u van de CIM aanpak vernomen heeft)?

## Bijlage 6 Interviewguide analist knelpunten Radiotherapie en KNO

### A. Introductie

- Uitleg onderzoek/studie achtergrond
- Opbouw interview
- Radiotherapie
- KNO
- Algemeen

### B. Radiotherapie

1. Kunt u mij kort het knelpunt dat is opgetreden bij de Radiotherapie schetsen?
2. Klopt het dat er vooral problemen optreden wanneer de gegevens niet uit ZIS worden gehaald, maar wanneer UMCG nummers rechtstreeks in applicaties worden ingevoerd?
3. Zou het een oplossing zijn wanneer bij het indienen van een koppelverzoek ook meteen een wijziging in Mosaïq wordt aangemaakt?

Na het maken van een analyse is er vanuit de CIM een brief gestuurd naar Dhr. De Vink, met de vraag

- of het feit dat niet alle apparatuur gegevens uit een andere omgeving kan inlezen in procedures kan worden gewaarborgd
- en of er bij aanschaf van medische apparatuur rekening kan worden gehouden met bovengenoemde problematiek

4. Op basis van welke idee van verantwoordelijkheid is deze brief van de CIM naar deze directeur gestuurd?

Dhr. De Vink heeft aangegeven dat het maken van beleid omtrent organisatorische procedures het terrein is van de directeur Medische Zaken en dat het beleid voor aanschaf van nieuwe apparatuur al in bovengenoemd vraagstuk voorziet. Het probleem zit volgens Dhr. De Vink niet in de ICT-systemen, maar in het gebruik daarvan en daar is hij niet verantwoordelijk voor.

5. Wat heeft de CIM in reactie op deze brief gedaan?

6. Is de directeur Medisch Zaken benaderd over dit specifieke knelpunt

7. Is dit knelpunt nu door de CIM als afgehandeld beschouwd, of zijn er nog actie die ondernomen dienen te worden?

### C. KNO

8. Wanneer en waarom is door de CIM besloten om dit knelpunt te koppelen aan het eerder genoemde knelpunt van de Radiotherapie?

9. Op welke manier is deze koppeling van knelpunten vormgegeven? (is dit alleen binnenshuis, dus binnen CIM, aan elkaar gekoppeld om bijvoorbeeld tegelijkertijd te bespreken, of is dit ook in brieven 'naar buiten' gebeurd)?

10. De CIM schrijft naar aanleiding van het KNO knelpunt een brief aan de directeur Medische Zaken en verwijst daarbij naar de brief van 15 oktober, maar deze was aan de directeur ICT, FGB, MT gestuurd...

Dr. De Waal geeft aan dat het niet realistisch is om procedures patiëntadministratiegroep te herzien, maar dat het wel noodzakelijk is om te beginnen met een procesherontwerp. Sector A beschikt echter niet over de expertise voor het creëren van een procesinrichting. Zij zijn echter wel bereid om input te leveren voor een procesinrichting uitgevoerd door het juiste gremium.

11. Hebt u een idee welk gremium deze procesinrichting zou moeten uitvoeren?
12. Is er ook al een reactie van de directeur medische zaken geweest op de brief van 3 mei?
13. Wat zijn de vervolgstappen van de CIM in reactie op deze brief?

### D. Algemene vragen

14. Hebt u de meeste tijd besteed aan het analyseren van de knelpunten, of aan het bepalen naar welk gremium er een brief gestuurd moest worden?

15. Is het naar uw mening een taak van de CIM om het knelpunt in kaart te brengen, of dient de CIM de juiste gremia te benaderen en is het aan de DIMs om deze analyse te maken?

16. Wat is volgens u de reden dat er door de CIM nog geen echte aanpak van het knelpunt bewerkstelligd is (de verschillende gremia wijzen naar elkaar in het geval van beide knelpunten)?

## Bijlage 7 Interviewguide verklarende fase

### A. Introductie

- Uitleg onderzoek/studie achtergrond
- Kern interview: functioneren CIM/DIM structuur

### B. Inleidende vragen

1. Hoe lang bent u al werkzaam binnen het UMCG?
2. Kunt u kort uitleggen wat u functie precies inhoudt?
3. Bent u hiervoor in andere ziekenhuizen werkzaam geweest?

### C. Algemeen CIM/DIM

4. Bent u van mening dat de huidige CIM/DIM structuur goed functioneert?
5. Wat zijn door de CIM opgepakte knelpunten die bekend zijn binnen het ziekenhuis (soort paradepaardje van de CIM/DIM)?

Nadat de CIM een ziekenhuisbreed knelpunt heeft doorgerekend van de DIM wordt er een analyse gemaakt en wordt er vervolgens advies uitgebracht aan de verschillende gremia.

6. Is het naar uw mening een taak van de CIM om het knelpunt te analyseren of is dit aan de DIMs? Waarom?
7. Ziet u de CIM liever goede analyses maken en hieruit aanbevelingen doen voor de verschillende gremia, of dient de CIM de juiste gremia te benaderen en een aanpak door deze gremia af te dwingen?

### D. Organisatiecultuur

8. Hebt u het idee dat de verschillende gremia binnen het ziekenhuis durven te erkennen dat er (bijna) incidenten (kunnen) ontstaan door tekortkomingen van eigen afdeling/sector?

### E. Communicatie

9. Wat vindt u van de communicatie tussen de CIM en de verschillende gremia?
10. En wat vindt u van de communicatie tussen de CIM en de DIMs?

11. Bent u van mening dat de CIM de output en outcomes van de werkzaamheden voldoende richting de rest van de organisatie communiceert?

### F. Steun

12. Bent u van mening dat er binnen de organisatie van het UMCG voldoende steun is voor de CIM/DIM organisatie?

### G. Leiderschap

13. Bent u van mening dat de leden van de CIM binnen het ziekenhuis voldoende bekend is? Geldt dit ook voor de missie en visie van de CIM?
14. Hebt u het idee dat de voorzitter van de CIM via netwerken de verschillende gremia kan motiveren om actie te ondernemen?

### H. Management

15. Bent u van mening dat de CIM voldoende activiteiten onderneemt om n.a.v. de ziekenhuisbrede knelpunten veranderingen te creëren?
16. Ziet u dit als een taak van de CIM?
17. Zou het naar u mening een taak van de CIM moeten zijn om de aan te pakken knelpunten te coördineren, zodat er niet teveel op het bordje van bepaalde gremia komt?

### I. Expertise, kennis en training

Eerder heb ik het al even kort gehad over de analyses en de vraag of deze door de DIM gemaakt kunnen worden.

18. Bent u van mening dat de DIM beter alle knelpunten een beetje kan analyseren of dat de DIM beter enkele knel-

punten (selectie: die passen bij door CIM onderscheiden trends) via bijvoorbeeld een prisma kan analyseren?

19. Denkt u dat de DIM beschikt over voldoende expertise, kennis en training om analyse van deze knelpunten te doen?

20. Denkt u dat enkele DIM-leden waar nodig bereid is een training te volgen om deze knelpunten

J. Overig

21. Zijn er nog verdere opmerkingen over het functioneren van de CIM/DIM die hier niet aan bod gekomen zijn, maar u nog kwijt wilt?

## Bijlage 8 Interviewguide werkvloer

1. Voelt u zich vrij om incidenten te bespreken op de afdeling?
2. Voelt u zich vrij om incidenten te melden in het IMS?

### CIM/DIM en meldingen

3. Hebt u het idee dat het melden van bijna-incidenten bij de DIM/CIM de kans op (bijna) incidenten in de toekomst verminderd?
4. Hebt u wel eens een melding gedaan die is opgepakt door de DIM en doorgestuurd naar de CIM?
5. Bent u op de hoogte gehouden van de afwikkeling van de melding?
6. Wilt u op de hoogte worden gehouden van de afwikkeling van de melding?  
- Zo ja; op welke manier

### Analyseren melding

7. Wanneer vindt u dat de DIM en wanneer vindt u dat de CIM een melding moet analyseren?
8. Zou u bereid zijn om mee te helpen aan het analyseren van een knelpunt wanneer dit de aanpak bevordert?

### Steun en Leiderschap

9. Kent u de leden van de CIM? En de missie en visie?
10. Denkt u dat de zichtbaarheid en bekendheid van de CIM voor de werkvloer zou moeten veranderen? En hoe?
11. Denkt u dat er op de werkvloer voldoende steun is voor de CIM/DIM structuur?

### Communicatie

12. Wat vindt u van de communicatie van de CIM richting de werkvloer?
13. Denkt u dat de communicatie van de CIM richting de werkvloer zou moeten veranderen?  
- Zo ja: waar is behoefte aan?  
- Zo nee: Is er geen behoefte aan informatie vanuit de CIM?

### Taakveld CIM

14. Moet de CIM naast het signaleren, analyseren en het doen van aanbevelingen ook een aanpak afdwingen bij de gene aan wie zij een aanbeveling doen?
15. Ziet u het als een taak van de CIM om maatregelen ook in de dagelijkse praktijk te brengen (managen, communiceren, draagvlak creëren)?

### Algemeen

16. Bent u tevreden over de huidige CIM/DIM organisatie?
17. Wat vindt u dat de CIM dingen anders moet doen



## Bijlage 9 Onderzoeksplan Focusgroep

### 1. Wat is het onderwerp/probleem?

De focusgroep vindt plaats in het kader van een afstudeeronderzoek naar de optimalisering van de CIM/DIM. De focusgroep vormt het sluitstuk van het onderzoek en valt in de toetsing en toepassingfase. Doel van de focusgroep is om door middel van interactie een beter zicht te krijgen op de verbeterrichting die men prefereert bij drie vragen die centraal staan. Uiteindelijk zal de focusgroep moeten leiden tot concrete aanbevelingen voor deze optimalisering. De focusgroep zal zich richten op de kernvragen:

- Is het wenselijk dat de CIM, die nu door DIMs als black box wordt gezien, wordt opengesteld en op welke manier zou dit kunnen?
- Is het aan de CIM of aan bijvoorbeeld de staf kwaliteit om te zorgen dat de verschillende DIMs op niveau komen? En op welke manier kan dit het beste bereikt worden?
- De DIMs hebben er behoefte aan om te weten wat er bij andere DIMs speelt om op die manier het lerende vermogen te stimuleren. Wie zou dit moeten faciliteren en op welke manier?

### 2. Wie moeten er bevroegd worden?

Om de kans op een vervolg van de aanbevelingen te vergroten is het onder andere van belang om een zo groot mogelijk draagvlak te creëren. Dit wordt gedaan door zoveel mogelijk mensen uit verschillende lagen en delen van de organisatie bij de focusgroep te betrekken. Wanneer de CIM/DIM als linking-pin wil functioneren is het van belang dat zij zowel weet wat de wensen in de beleids wereld zijn als ook de wensen in de wereld van de professionals. Er zal daarom worden gekozen voor de volgende samenstelling:

- Lid CIM
- Lid CIM
- Lid DIM
- Lid DIM
- Werkvloer
- Werkvloer
- Afdelingshoofd staf
- Voorzitter gremia

Om de focusgroep in goede banen te leiden en te komen tot de gewenste resultaten is ervoor gekozen om de leiding van de focusgroep in handen van een deskundige te leggen. In dit geval zal de focusgroep worden geleid door een hoogleraar gezondheidspsychologie welke zich ook bezig houdt met medische communicatie.

### 3. Welke praktische zaken moeten er geregeld worden?

En het maken van een planning.

Om een focusgroep in goede banen te leiden is het van belang dat praktische zaken worden geregeld. Daarom dient er, volgens de 'handleiding focusgroep', een to do list gemaakt te worden, waarin wordt aangegeven wat er wanneer moet worden geregeld.

- 1) Gespreksleider vinden
- 2) Nodig de deelnemers uit
- 3) Regelen van locatie en lunch
- 4) Regelen opnameapparatuur
- 5) Voorbereiden van de focusgroep inhoudelijk
- 6) Maken van handleiding focusgroep
- 7) Voorbereiding samen met gespreksleider
- 8) Houden van de focusgroep
- 9) Verwerken van de resultaten
- 10) Rapportage (ook richting respondenten)

## Bijlage 10 Handleiding Focusgroep

### 1. Agenda

Tijdstip focusgroep 17:00-18:30

Locatie: Lokaal 8 onderwijscentrum UMCG

17:00-17:10	Binnenkomst/voorstellen
17:10-17:15	Presentatie resultaten tot dusver door C. Luyckx
17:15-17:20	Introductie onderwerpen en uitleg gang van zaken (verdelen groepjes)
17:20-18:00	Broodjes + discussie in groepjes van vier personen
18:00-18:05	Terugkoppeling groepje 1
18:05-18:10	Terugkoppeling groepje 2
18:10-18:25	Plenaire bespreking voorgestelde maatregelen o.l.v. prof. v/d Wiel
18:25-18:30	Afronding

### 2. Uitgebreide omschrijving begeleiders

#### A. Binnenkomst

- Hand geven bij binnenkomst
- Woord van welkom door prof. v/d Wiel, korte introductie
- Voorstellen, allereerst door Charlotte Luyckx (kort vertellen afstudeeronderzoek)
- Prof. v/d Wiel geeft Charlotte het woord om presentatie te houden

#### B. presentatie

- Korte presentatie over resultaten

#### C. Uitleg en gang van zaken

- In twee groepjes uiteen, samen drie vragen bespreken
- Een iemand per groepje aanwijzen die ideeën op flip-over noteert en plenair even toelicht
- Tot ongeveer 18:00 de tijd, terugkoppeling 5 minuten
- Verdelen van de groepjes

Groepje 1 (observatie: prof. v/d Wiel)

- Afdelingshoofd
- CIM-lid
- DIM-lid
- Verpleegkundige

Groepje 2 (observatie C.S.M. Luyckx)

- Afdelingshoofd
- CIM-lid
- DIM-lid
- Verpleegkundige

#### D. Terugkoppeling

- Prof v/d Wiel geeft aan dat de groepjes moeten afronden en weer plenair zitting nemen
- Groepje 1 geeft korte toelichting op ideeën
- Groepje 2 geeft korte toelichting op ideeën

#### E. Plenaire discussie

- Prof. v/d Wiel geeft korte samenvatting van de geopperde ideeën en laat overeenkomsten en verschillen tussen groepjes in
- Groepjes vragen op elkaars ideeën te reageren (per vraag doorlopen)
- Open discussie, eventueel op gang houden

#### F. Afronding

- Prof. v/d Wiel rond af door kort de bevindingen van de focusgroep samen te vatten
- Geeft nog keer woord aan Charlotte (bedanken aanwezigen, presentatie bevindingen etc.)

## Bijlage 11 Lijst respondenten naar functie

### Beschrijvende deel

Medewerker DIM

CIM lid

### Verklarende deel lange interviews

Medewerker DIM                      CIM lid

Medewerker DIM                      CIM lid

Medewerker DIM                      CIM lid

Medewerker DIM                      CIM lid

Afdelingshoofd                      Chefs de Clinique

Afdelingshoofd                      Expertgroep Kwaliteit

Afdelingshoofd

### Verklarende deel korte interviews

Om een goede afspiegeling te hebben van de professionals is er gekeken naar de kengetallen per functiegroep (zie figuur 13). In totaal zijn er 2885 medewerkers die tot de 'werkvloer' worden gerekend. Dit zijn 33% artsen en arts-assistenten en 66% verpleegkundigen. In dit onderzoek zijn er 18 respondenten gesproken, waaronder 6 artsen/arts-assistenten en 12 verpleegkundigen.

<i><b>Functiefamilie</b></i>	<i><b>Aantal mdw</b></i>	
1. Verpleging & Verzorging	2249	2250
2. Klinisch ondersteunen	1016	
3. Klinisch (mede) behandelen	523	
4. Analytisch	699	
5. Wetenschappelijk Onderzoek en Onderwijs	817	
6. Management	283	
7. Staf, Administratie & Secretariaat	2438	
8. Facilitair	1403	
9. Arts - Assistenten	482	1120
10. Medisch Specialisten	636	
11. Leerlingen	55	
Onbekend	274	
UMCG Totaal	10875	

**Figuur 13** Kengetallen per functiegroep

**Bijlage 12 Communicatie knelpunt dubbele patiëntnummers Radiotherapie**

Datum	Correspondentiemiddel	Van	Aan	Inhoud
09-12-2009	Email	DIM Radiotherapie	CIM	Signalering ziekenhuisbreed knelpunt: dubbele patiëntnummers
08-02-2010 t/m 15-06-2010	Email/telefonisch, over en weer correspondentie	CIM ( <i>ICT deskundige</i> )	DIM Radiotherapie	Analyseren van knelpunt (analyse 03/05/2010)
15-10-2010	Brief	CIM)	Directeur ICT, FGB & MT  Directeur Medische zaken en kwaliteit en veiligheid	Advies CIM: patiënt onder meerdere nummers bekend binnen UMCG
02-03-2011	Brief	Directeur ICT, FGB & MT	CIM	Reactie op Advies CIM: patiënt onder meerdere nummers bekend binnen UMCG

**Bijlage 13 Communicatie knelpunt dubbele patiënt-  
nummers KNO**

<b>Datum</b>	<b>Corresponden- tiemiddel</b>	<b>Van</b>	<b>Aan</b>	<b>Inhoud</b>
24-09-2010	IMS Melding	KNO arts	CIM (doorgespeeld aan ICT-deskundige)	Signalering ziekenhuisbreed knelpunt: dubbele patiëntnummers
03-03-2011	Email en overig over en weer correspondentie	CIM (ICT-deskundige)	Functioneel gegevens beheer	Opstellen analyse knelpunt
03-05-2011	Brief	CIM	Directeur Medische zaken en kwaliteit en veiligheid	Advies CIM: Koppelproces UMCG nummers
09-05-2011	Mail	Directeur Sector A	Directeur Sector A CIM	Reactie Advies CIM: Koppelproces UMCG nummers