


# Cultuur continu gericht op beter

## Van keuzemenu naar bijenkorf?



Ruim tien jaar geleden gaf het inmiddels befaamde 'To err is human' een belangrijke impuls in het kwaliteitsdenken binnen de Amerikaanse zorg.<sup>1)</sup> Ook in Nederland werd gereageerd op verontrustende onderzoekscijfers met betrekking tot vermijdbare schade en ondermaatse kwaliteit in de zorg. Zo startte onder meer een landelijk veiligheidsprogramma en kleinschalige initiatieven op gebied van onder meer indicatoren, checklists en trainingen ([www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl)). Inmiddels kent de zorg een keur aan trainingen en instrumenten gericht op veiligheid- en kwaliteit(scultuur). Veel zorgorganisaties hebben veiligheidsfunctionarissen in dienst genomen ten behoeve van ontwikkeling van interne programma's. Is er tussen deze diversiteit een rode lijn te zien? En zo ja, hoe ziet deze er uit en zijn deze aanpakken onderzocht op effectiviteit? Dit artikel gaat in op ervaringen met TeamSTEPPS™, een trainingscurriculum gericht op een verbetercultuur in multidisciplinaire zorgteams.

*Wouter Keijser MD  
Healthcare transformation  
coaching expert, Associate  
researcher, University of  
Twente*

Het zorglandschap lijkt in sneltreinvaart te veranderen, niet in de laatste plaats door de hoge eisen die gesteld worden aan kwaliteit en veiligheid. Terwijl niemand het belang van kwaliteitsbeleid en handhaving zal kunnen tegenspreken, is de vraag hoe kwaliteit in de vaak enorme hectiek van alledag in de zorg nog beter kan. Ontbreekt het immers niet aan geld, tijd en mensen en middelen om 'meer met minder' te realiseren? Intussen neemt de overmaat aan regelgeving op gebied van kwaliteit toe, in sommige gevallen zelfs met defensieve zorg als gevolg.

### **Fragmentarische aanpak**

Goede raad is duur en veel zorgbestuurders zoeken hun heil in allerlei methoden van buiten de zorg. Menige zorgorganisatie heeft al talloze projecten voorbij zien trekken. Van Lean, Six Sigma, cockpit resource management, zelfstandige teams, Rijnlants modeleren en sociaal innoveren, tot allerlei leiderschapsprogramma's. Met enige frequenties worden ook medewerkers van onder meer Disney-pretparken en Mayo Clinic ingevlogen om inspiratie te brengen.

Staan voor eenzelfde dilemma als bestuurders, nam de Amerikaanse overheid circa 10 jaar geleden het besluit tot de ontwikkeling van een volledig trainingscurriculum om zorgteams te helpen in effectieve samenwerking en communicatie.<sup>2)</sup> Mede op basis van ervaringen binnen de militaire en luchtvaartindustrie werd een evidence-based programma ontwikkeld met pijlers binnen onder andere teampsychologie, 'clinical microsystems', verander- en implementatiekunde, proces herontwerp (zoals Lean/Six Sigma), crew resource management en 'human factor'-wetenschappen.

Na uitvoerige veldstudies en de lancering in 2007 is Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (TeamSTEPPS™) inmiddels in gebruik genomen binnen het merendeel van Amerikaanse en een groeiend aantal Nederlandse zorgorganisaties (zie kader *TeamSTEPPS in Nederland*). Dit curriculum kenmerkt zich door: (a) alle onderdelen (trainingsmodules en meetinstrumenten) zijn evidence based en onderzocht op effectiviteit, (b) hoge mate van praktische toepasbaarheid ('easy to use') en (c) implementatie is gebaseerd op coach-de-coach.

## Lessen uit de praktijk

Afgelopen jaren versterken onderzoekers en kwaliteits-experts in de zorg in toenemende mate het inzicht dat een ‘cultuuromslag’ binnen teams en organisaties de grondslag is voor betere samenwerking en communicatie.<sup>3)</sup> Terwijl cultuur wordt gezien als een even veelbesproken als ongrijpbaar begrip, heeft men zich in de zorg de term ‘aanspreekcultuur’ inmiddels eigen gemaakt. Het creëren van een aanspreekcultuur is het eindpunt, waar invoering van het TeamSTEPPS™ curriculum toe moet leiden. In de praktijk blijkt dat echter geen kwestie van een of enkele teamtrainingen of cursussen. Een aantal lessen uit de praktijk (inclusief een aantal nieuwe termen).

### Wederzijds commitment

Medewerkers van zorgafdelingen en -organisaties leiden vaak aan training- en cursus-‘fatigue’ en ‘projectisme’ door een veelheid van vaak kortere projecten en sessies. Deze natuurlijke maar hardnekkige ‘weerstand tegen verbetering’ is een van de eerste veranderkundige uitdagingen. Een beproefde tactiek is de combinatie van dialoog (op basis van onder meer ‘sense making’ en ‘appreciative inquiry’). Hierbij krijgen en nemen medewerkers de ruimte om ideeën en suggesties zelf in te brengen en uit te voeren. Enige randvoorwaarde daarbij is dat besluiten en activiteiten continu plaatsvinden op basis van multidisciplinaire afstemming en samenwerking. De waarde hiervan is met name terug te vinden in een (her)activering van de intrinsieke motivatie, onderling respect en samenwerking tussen disciplines. Daarnaast is de inzet door zogenaamde ‘champions’ van belang. Dit zijn vaak informele leiders in een organisatie: medewerkers met een hoge organisatie sensitiviteit en een hoge ‘gunfactor’ bij collega’s.<sup>4)</sup> Het ombuigen van veranderweerstand naar (her)nieuwe motivatie kent vaak een climax, wanneer helder wordt dat het gemeenschappelijke doel (belang van patiënt/cliënt) alleen kan worden behaald op basis van daadwerkelijke samenwerking. Niet zelden is daarvoor een multidisciplinair samenzijn nodig van verpleegkundigen, paramedici, artsen, managers en andere (ondersteunende) disciplines, waarbij vooral artsen en management zich unaniem en expliciet uitspreken over het belang van multidisciplinaire samenwerking. Dat wil zeggen dat zij hun werk niet kunnen doen zonder de andere disciplines, dit ook expliciet verkondigen en met anderen daarover in dialoog willen en kunnen gaan. Menig Amerikaans zorginstituut heeft zich op dit aspect verkeken. Meer dan zelden komen Amerikaanse artsen daar niet opdagen tijdens TeamSTEPPS™ bijeenkomsten.\* In Nederland is dit echter zonder meer een reden om de sessie af te blazen. Zelfs wanneer bijvoorbeeld electieve OK-kamers werden gesloten ten behoeve van de bijeenkomst en de organisatie daarmee grote sommen geld verliest. Uiteraard wordt deze reden vooraf en uiterst helder onder deelnemers gecommuniceerd. Met de gewenste effecten: 100 procent opkomst bij de bijeenkomsten.

## TeamSTEPPS in Nederland

Het Amerikaanse kwaliteits- en patiëntveiligheidsprogramma Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (TeamSTEPPS™) is een voorbeeld van een breed toegepast en onderzocht teamtrainingsprogramma in de gezondheidszorg.<sup>2)</sup> Het programma ondersteunt het creëren van een cultuur continu gericht op verbeteren, onder meer uitgaande van een open werksfeer op basis van het introduceren van effectieve communicatievaardigheden. Het TeamSTEPPS™ curriculum werd enkele jaren geleden doorontwikkeld voor de Nederlandse zorg en daarbij uitgebreid met een ontwikkelprogramma voor leiderschap, in het bijzonder voor medisch specialisten.

Sinds 2009 wordt de evidence-based aanpak in Nederlandse zorgorganisaties toegepast onder de naam ‘Team Strategieën & Hulpmiddelen voor Optimalisatie van Prestaties en Patiëntveiligheid’ (TeamSHOPP). Het curriculum is inmiddels toegepast binnen het VWS-programma *In voor Zorg!* (langdurige zorg), revalidatiezorg, chirurgie, interne geneeskunde en nucleaire geneeskunde.<sup>12-14)</sup> TeamSHOPP werd in 2013 door de IGZ als ‘best practice’ benoemd binnen cultuurontwikkeling en sluit sinds 2015 aan op het Raamwerk Medisch Leiderschap van de KNMG.<sup>15,7)</sup>

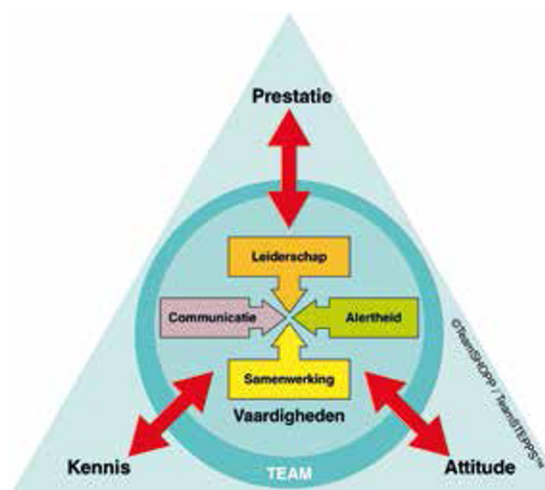
[www.teamworkindezorg.nl](http://www.teamworkindezorg.nl)

### Monodisciplinaire ‘grondverf’

Peer-coaching (collega’s van dezelfde discipline leren van en met elkaar) lijkt een vanzelfsprekendheid. Collega’s in hetzelfde vak maken vergelijkbare situaties mee en kunnen veel van elkaars ervaringen leren. In de zorgpraktijk ontbreekt het echter in veel maatschappen en teams aan een optimaal (veilig) leerklimaat. Dit kent een verscheidenheid aan oorzaken. In sommige gevallen is hard disciplinair ingrijpen door (vroeger) management bij incidenten (op non-actief stellen, ontslag enzovoort) reden voor een hoge psychologische onveiligheid. Door ontbreken van onderling vertrouwen is men weinig geneigd om feil- en kwetsbaarheid te delen, om daarmee onderling te leren. Implementatie trajecten starten binnen alle disciplines met monodisciplinaire ‘priming’, door middel van een teamklimaat nulmeting en daarop aansluitende team coaching.<sup>5)</sup> Daarbij komen soms conflicten aan de orde die zich over jaren ontwikkelden en die communicatie en al die tijd houding van teamleden hevig ondermijnen. Deze situaties zijn meestal een publiek geheim van een afdeling of organisatie: iedereen weet ervan, niemand spreekt er (meer) over. Mits succesvol, verhogen de priming-activiteiten het implementatie succes op de gehele afdeling. Zeker wanneer andere disciplines zien dat het met het ‘zwarte schaap’ dus ook nog goed komt.

### Zachte kant het hardst

Grofweg is de uitrol van een TeamSTEPPS™ traject te zien als een combinatie van het herontwerp van (werk) processen (de ‘harde’ kant) en van houding en gedrag (de ‘zachte’ kant). Het collectieve pallet van houding en gedrag binnen een afdeling of organisatie vormt een groot deel van de lokale cultuur. Tegelijkertijd zijn het juist de processen die kaders geven voor het werk dat



**Figuur 1.** Kennis, vaardigheden en attitude als basis-ingredienten

iedere dag gedaan moet worden. De mate waarin dit (werk) ook optimaal gedaan wordt, is weer grotendeels afhankelijk van de onderlinge samenwerking en, dus, van houding en gedrag. Kennis, vaardigheden en attitude vormen dan ook de basale ingrediënten waarmee teamleden met elkaar aan de slag gaan (zie figuur 1). Met als doel om ongeacht aard of complexiteit samen problemen aan te kunnen ('met minder meer bereiken'), oefenen teams met kortcyclische verbeteropdrachten, die zij zelf (niet het management!) definiëren en prioriteren. Dit lijkt een eenvoudige oefening. De uitdaging in de praktijk is echter dat 'schreeuwers' (die doorgaans het voortouw nemen en altijd een mening hebben) minder schreeuwen en 'zwijgers' (die vaak minder uitgesproken zijn en afwachten) meer van zich laten horen. Mits aan randvoorwaarden voldaan is (onder andere vertegenwoordiging van alle disciplines is aanwezig) en na initiële onwennigheid, groeit al snel onderling vertrouwen, respect en waardering voor het perspectief van 'de ander'. Deze verbeteringen worden gemeten door teamklimaat meetinstrumenten zoals de Teamwork Attitude Questionnaire.<sup>17)</sup>

#### Top-down en/of bottom-up

Implementatie van TeamSTEPPS™ gericht op verbetering van veiligheid van patiënten in twaalf ziekenhuizen werd onlangs onderzocht via kwalitatieve analyse (semigestructureerde interviews; n=21).<sup>6)</sup> Deze onderzoekers onderscheidden drie implementatie strategieën:

- Top-down: het management zorgde voor initiatie en uitrol.
- Bottom-up: de 'werkvloer' deed dit voornamelijk zelf.
- Een combinatie.

Uit dit onderzoek bleek dat louter een top-down benadering ontoereikend was voor succesvolle implementatie. Ook de bottom-up aanpak was niet in staat tot het bundelen van mensen en middelen om te komen tot optimale implementatie. Een combinatie van top-down en

bottom-up processen bleek de beste strategie bij de verspreiding van het initiatief.

Dit komt overeen met de Nederlandse ervaringen. In alle trajecten waarbij management (altijd eindverantwoordelijk opdrachtgever) te weinig commitment liet zien, verliep het traject stroef en vaak met ondermaats resultaat. Een eenvoudige verklaring hiervoor is dat veranderen op het niveau van houding en gedrag zonder meer en onveilig proces is. Dit vergt voortdurend transformationeel en richtinggevend leiderschap, met name van formele en informele leiders van een organisatie. Voorbeeld gedrag met betrekking tot gedragsverandering bij artsen en managers is dan ook vaak indicatief voor een succesvolle omslag in cultuur.

#### Medisch leiderschap

Nederland wordt in de Verenigde Staten TeamSTEPPS™ 'super-user' genoemd, door de combinatie die in ons land wordt gemaakt tussen het oorspronkelijk curriculum en de ontwikkeling van leiderschapcompetenties. Onder meer in navolging van internationale ontwikkelingen op het gebied van verpleegkundig leiderschap ontwikkeling, werd medisch leiderschap in Nederland recent nader vorm gegeven met de komst van het Raamwerk Medisch Leiderschap.<sup>7)</sup> Hoewel veel medisch specialisten tijdens hun opleiding weinig tot geen training in leiderschap hebben gekend, staat vast dat deze competenties van artsen een cruciale impact hebben op de (ontwikkeling van) zorgkwaliteit.<sup>8)</sup> Uitgaande van de monodisciplinaire voorbereiding in het team met directe collega's (zie eerder) doorgaan medisch specialisten verschillende individuele kwalitatieve en kwantitatieve 360-graden feedback assessments en aansluitend terugkoppeling door een arts-coach op hun functioneren vanuit leiderschap. Deze intensieve aanpak doet niet onder voor assessments van topmanagers en overstijgt in diepgang en impact mogelijk ook de huidige methoden voor artsen, die nog in de kinderschoenen staan.<sup>9)</sup>

#### Train de trainer, coach de coach

De TeamSTEPPS™ aanpak is gericht op een 'do-it-yourself' principe en ook in Nederland voorziet het TeamSHOPP curriculum in een mastertrainer opleiding. Dit voorkomt een afhankelijkheid van dure externe adviseurs: medewerkers die de mastertrainer opleiding volgen, voorzien binnen hun organisatie in begeleiding van uitrol (vaak per afdeling). In de meeste gevallen is het wel raadzaam om externe begeleiding te laten participeren in de eerste afdeling(en). Daarnaast wordt een externe ervaren TeamSHOPP coach veelal ingezet voor de begeleiding van medici en management. Naast de coaching vaardigheden (en specifieke certificatie) die deze begeleiding vergt, vraagt de hoge mate van vertrouwelijkheid tijdens assessments en coaching van individuele medisch specialisten en managers een onafhankelijke specialist van buiten.

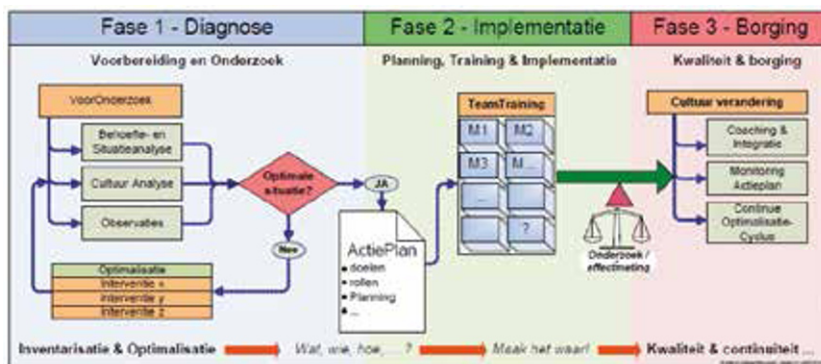
Uitrol van een TeamSHOPP traject vergt gemiddeld 1 tot 1,5 jaar – afhankelijk van de grootte van de afdeling(en), lokale vraagstelling en complexiteit van problematiek in samenwerking, leiderschap en/of cultuur.

### Keuzemenu en bijenkorf?

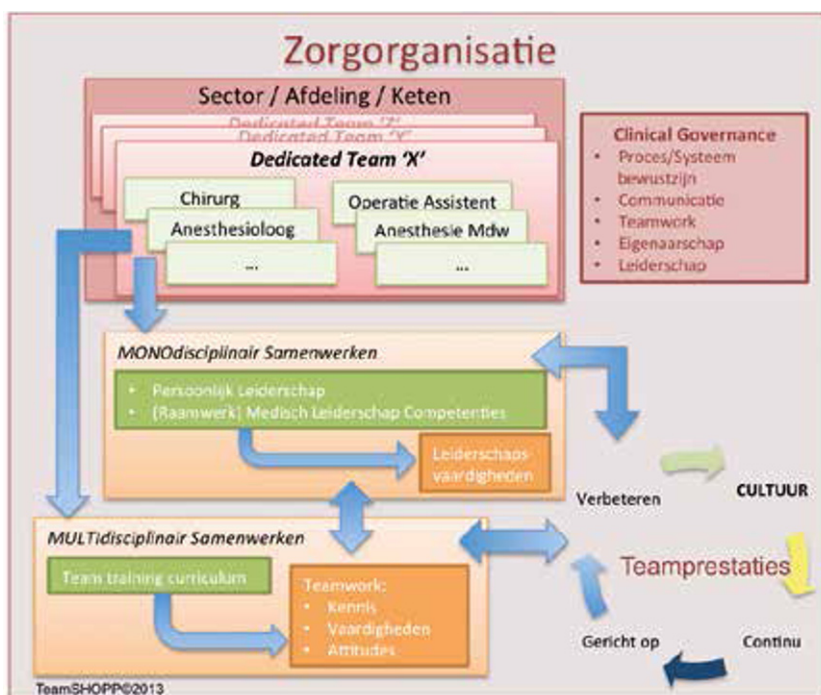
Is er een rode lijn te zien in interventies gericht op cultuurverbetering binnen teams en afdelingen? De praktijk laat zien dat er een succesvol en gefaseerd 'recept' lijkt te zijn (zie figuur 2). Gedrag volgt proces, medisch leiderschap, top-down en bottom-up gaan hand in hand en er is een internationaal curriculum dat je kunt volgen en van waaruit je tal van beproefde aanpakken en trainingen kunt gebruiken. De principes van clinical governance komen in belangrijke mate overeen met de in dit artikel kort beschreven principes.<sup>3)</sup> Systeembewustzijn, teamwork, communicatie, autonome verantwoordelijkheid en leiderschap lijken bestuurlijke terminologieën om een ideale zorgwereld te schetsen. De afgelopen jaren leverden rijke ervaring met een doorontwikkelde Team-STEPPS aanpak, die de hierboven beschreven complexe en organisatiebrede uitdaging op concrete wijze aanpakt.<sup>10)</sup>

Maar is het allemaal zo simpel? Neen. Ieder zorgteam kent een eigen cultuur en context waar rekening mee gehouden dient te worden. Coaching en leiderschap van binnenuit is een principe dat van alle betrokkenen vele vergt. Een regel is dat aanpassingen in een bestaande cultuur gebeuren niet door anderen dan het team en haar leden zelf. Alle goedbedoelde pogingen van 'buiten' hebben minder tot geen kans van slagen.

Inmiddels, nu bijna 10 jaar na de eerste lancering van het originele curriculum lijkt de zorgpraktijk weer nieuwe eisen te stellen aan zorgteams. De rol van de patiënt en mantelzorgers wordt toenemend prominent: onder meer met behulp van informatie technologie vormen zij binnenkort collega's in zorgteams.<sup>11)</sup> Daarnaast vergt de doorvoering van geïntegreerde zorg dat zorgteams niet alleen open staan voor partnerschap van patiënten en hun naasten. Werken in de toenemend complexe zorg, gaat toenemende lijken op werken in wijdvertakte netwerken. Het zorglandschap verschuift daardoor steeds meer van de oude organisatie vormen zoals we die kennen, naar zogenaamde complex adaptieve systemen (verzameling 'bijenkorven?'). Hierin werken professionals, mantelzorgers en patiënten/cliënten samen, ondersteund door informatietechnologie en op basis van continue flexibiliteit naar elkaar en steeds in het belang van een goede (zelf)zorg.<sup>16)</sup> Dit alles vergt, eerder dan menigeen zal verwachten, paradigmatische verschuiving in de (gedrags)patronen van zorgprofessionals en een aanpak die dit faciliteert (zie figuur 3). Het succes waarmee deze veranderingen worden doorgevoerd, is mede afhankelijk van de mate waarin de aanpak ervan goed onderbouwd, evidence-based, is.



Figuur 2. Drie fasen



Figuur 3. De nieuwe zorgorganisatie

### Literatuur

De literatuurlijst is op te vragen bij het redactiesecretariaat: ebp@bsl.nl.

\*Mondelinge communicatie door verschillende deelnemers en organisatoren (onder anderen dr. D. Baker) tijdens het Team-STEPPS National Conference, Denver (2013).