Clinical governance en een cultuur continu gericht op verbeteren

Hoofdstuk 20 in: '**Veranderende samenwerking in de zorg**'. Onder redactie van: Ruth Hammelburg, Wiebe Jan Lubbers, Noks Nauta, 1e druk 17-06-2014 9789031399727

- <http://www.bsl.nl/shop/veranderende-samenwerking-in-de-zorg-9789031399727.html>
- <http://assortiment.bsl.nl/files/ae1ed826-6559-4931-858c-0d36b0a0a7a1/veranderendesamenwerkingindezorginhoud.pdf>

TOELICHTING OP DE FIGUREN

Auteur

Wouter A. Keijser arts n.p., TeamSTEPPS Master Trainer en CBO Fellow, Utrecht.

Trefwoorden

TeamSHOPP / TeamSTEPPS, (medisch) leiderschap, clinical governance, responsible autonomy, communicatie, multidisciplinaire samenwerking, alertheid, teamwork training, zorgkwaliteit, patiëntveiligheid.

Inleiding

Een cultuur waarin teams van zorgverleners in de dagelijkse praktijk continu werken aan verbeteren lijkt een utopie. Toch zijn de afgelopen decennia methoden ontwikkeld waarmee zo'n cultuur te realiseren is. Multidisciplinaire zorgteams blijken een niveau van samenwerken te kunnen bereiken waarbinnen men continu gericht is op de vraag: 'Hoe kan het anders, beter?'. Iedere cliënt of patiënt is anders: ieder moment kan wijzigingen vragen in het zorgplan of de behandeling. Daarbij wordt de zorg niet eenvoudiger, maar complexer en vraagt de zorgvrager vraagt niet minder, maar wordt deze juist kritischer. Ontwikkelingen in de zorg vragen juist om meer samenwerking, betere en snellere afstemming en meer zorg 'op maat'. En niet een keer in de week: continu.

Dit artikel gaat in op methoden die teams, teammanagers en artsen zich de afgelopen jaren in toenemende mate inzetten om een cultuur continu gericht op verbeteren te bereiken.

Achtereenvolgens wordt ingegaan op de centrale rol van *clinical governance*, verschillende fundamentele methoden voor cultuurverandering op de zorgwerkvloer en recente praktijkervaringen.

Autonomie en verantwoordelijkheid

Het streven van excellente samenwerking in (keten)zorg kan op vele manieren worden weergegeven, zoals: *zorgprofessionals die multidisciplinair samenwerken in teams en netwerken van continu wisselende samenstelling, allen vanuit een gemeenschappelijk denkkader, uitgaande van kennis, vaardigheden en attitude op het gebied van teamwork en in staat om ongeacht hun individuele discipline, (in)formele grenzen of mandaat autonoom op te komen voor het gemeenschappelijk doel.*

Op basis van meer dan 30 jaar onderzoek naar teamwork, weten we dat goed presterende teams onder meer gekenmerkt worden door een veilig klimaat waarin leren en verbeteren mogelijk is. Met andere woorden: fouten maken mag, mits er van wordt geleerd. Dit vergt wel dat binnen en tussen teams afspraken worden gemaakt en gehouden met betrekking tot gedrag, attitude en wijze van communiceren. Hiervoor zijn verschillende termen in gebruik, zoals: aanspreekcultuur, 'open communicatie', waarderende dialoog of *appreciative inquiry*. Teamsleden moeten ook duidelijk werken vanuit een gemeenschappelijk denkraam: iedereen werkt aan hetzelfde doel: de patiënt / cliënt. Ook het leiderschap verdient daarin de nodige aandacht: zowel het leiderschap van mensen die teams formeel aansturen als die informeel het verschil kunnen maken in welke mate deze teams in staat zijn tot continu verbeteren. Leiderschap dat uitgaat van een gedeeld leiderschap (*shared leadership*) in plaats van formele hiërarchische verhoudingen. Wanneer aan deze kenmerken voldaan wordt, is de kans groot dat collega's elkaar vertrouwen, individuele eigenaarschap en

verantwoordelijkheid delen en nemen (*responsible autonomy*) en elkaar daarbij durven aanspreken, ongeacht rol, persoon of situatie. Een cultuur ('zo doen we het hier') waarbij alle betrokkenen proactief, in teamverband team hun verantwoordelijkheid nemen waar nodig. Deze kenmerken vormen de basiselementen van *clinical governance* [Heineman, 2013]: (1) proces/Systeem bewustzijn, (2) communicatie, (3) teamwork, (4) eigenaarschap en (5) leiderschap. De visie van *good clinical governance* geeft helder en overtuigend richting; de vraag is: helaas blijkt dat de realiteit vaak anders is en niet zelden kennen teams een bepaalde mate van onveiligheid en ontbreekt het aan een 'aanspreekcultuur'. Hoe realiseer je ingrijpende cultuurverbetering op de werkvloer?

Kwaliteitsindicatoren in de zorg 'keken' tot voor kort voornamelijk naar harde uitkomsten van zorgorganisaties, maar aandacht voor wat er gebeurt in de 'black box' die daadwerkelijk de zorg maakt: de zorgteams, groeit. In de zorg is een gestage maar onomkeerbare verschuiving gaande van verzuiling naar ketensamenwerking. Daarnaast is ook een maatschappelijke nivellering terig te vinden in de zorg: waar voorheen duidelijke scheiding was tussen bijvoorbeeld verpleegkundigen en artsen, werken verschillende disciplines ongeacht hiërarchie of positie steeds meer samen. Deze bewegingen worden versterkt door toenemende ervaring met succesvolle verbetermethoden die zorgteams, -medewerkers en -leiders op een duurzame wijze naar een verbetercultuur helpen.

Fundamenten

Meer dan 30 jaar onderzoek en praktijk ervaring op gebied van verbetering in industrieën buiten de zorg, hebben de afgelopen jaren ook in de zorg in toenemende mate bijgedragen aan verbetering. Wetenschappelijke kennisgebieden zoals human factor science, procesverbetering, implementatie- en veranderkunde, psychologie en teamdynamica zijn toenemend terig te vinden in verbeterprogramma's. Veel zorgverleners hebben de afgelopen jaren kennis kunnen maken met projecten op het gebied van bijvoorbeeld: crew resource management, Lean, Six Sigma, Kaizen en sociale innovatie. Veel Nederlandse zorgbestuurders en -managers hebben daarnaast kennis opgedaan in (veelal Amerikaanse) toonaangevende instituten en ziekenhuizen, zoals bijvoorbeeld Institute for Healthcare Improvement (USA), Johns Hopkins, Dartmouth Medical Center (*clinical microsystems*) en de Engelse National Health Service. (Vooralsnog kent Nederland nog geen instituut waarbinnen deze kennis en ervaring wordt verzameld).

Een aantal van deze organisaties heeft in de afgelopen 10 jaar initiatieven ontplooid om best practises op gebied van zorgverbetering te combineren tot praktisch een eenvoudig inzetbare verbeterprogramma of curriculum. Directe aanleiding van deze programma's was om efficiëntie van teams te verbeteren en de veiligheid van zorg te verhogen, in het bijzonder gestimuleerd door een groeiende (media)aandacht voor vermijdbare fouten en schade in de zorg. Programma's zoals TeamSTEPPS (AHRQ), CUSP (Johns Hopkins) en Productive Ward (NHS) zijn allen voorbeelden van evidence based, beproefde programma's die een variatie aan instrumenten en technieken bieden om op maat (o.b.v. van lokale wensen, mogelijkheden van teams) te worden ingezet om zorgkwaliteit te verbeteren. De inhoud van deze programma's is grotendeels gericht op procesverbetering, in sommige gevallen gecombineerd met teamwork trainingen.

Combinatie

Zorg is in nagenoeg alle situaties het 'product' van meerdere disciplines: zo is verbetering van zorg. In het creëren van een continu lerende en verbeterende cultuur staan steeds twee verbeter actoren samen aan het roer: het team en het 'leiderschap'. Veel onderzoek laat een belangrijke relatie zien tussen de rol en betrokkenheid van artsen en (team)managers op het succes van zorgverbeterinitiatieven. Onderzoek laat ook zien dat gebrek aan draagvlak bij artsen en managers een negatief effect heeft op verbetering. Van nature is de zorg ook hiërarchisch georganiseerd, niet in de laatste plaats door de eindverantwoordelijkheid die artsen beroepshalve dragen. Het ligt dan ook voor de hand om bestaande programma's gericht op teamwork optimalisatie en

procesverbetering te combineren met het (door)ontwikkelen van de formele en informele leiderschapscompetenties van dokters en managers.

Het is relatief eenvoudig om team van zorgverleners op te leiden en te oefenen in beter samenwerken. Het optimaliseren van kennis, vaardigheden en attitudes binnen een team zorgen er voor dat teams optimale prestaties werken volgens een gemeenschappelijk mentaal denkraam (zie: figuur 1). Genoemde programma's zoals TeamSTEPPS bieden uiteenlopende praktische instrumenten en technieken om teamleden te onderwijzen en te trainen in competenties en gedrag (zie: Tabel 1). Hierdoor worden teamleden zich collectief meer bewust van de taken van het team en elkaar(s werk), vallen teamleden meer voor elkaar in en leren zij constructieve methoden van communicatie. Intussen is veel ervaring opgedaan met teamwork verbetering in zorgteams: de uitdaging is om tegelijkertijd ook het leiderschap binnen teams te optimaliseren. Het eerder genoemde gedeeld leiderschap (*shared leadership*) doelt op de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van teamleden als het gaat om het opkomen voor het belang van de patiënt / cliënt. Het formele leiderschap ligt echter meestal in handen van een of hooguit twee disciplines: de manager en de dokter. Teams die werken volgens de basiselementen van clinical governance en daarbij dus uitgaan van gedeeld leiderschap worden bij voorkeur aangestuurd uitgaande van dienend (*servant*) en coachend leiderschap.

Sinds 2009 is in Nederland in toenemende mate ervaring met het TeamSTEPPS verbetercurriculum. TeamSTEPPS werd in 2008 door de Amerikaanse overheidsinstanties Department of Defense (DoD) en Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) gelanceerd is sindsdien in vele honderden zorginstelling in de Verenigde Staten en daarbuiten geïmplementeerd. Het programma combineert procesverbetering met teamontwikkeling en ondersteunt daarmee het verbeteren van multidisciplinaire teamprestaties. Na de Nederlandse (tevens Europese) introductie van het programma in 2008 wordt het programma gecombineerd met leiderschap programma voor artsen en managers¹, mede op basis van het *Leadership Framework* (NHS). Dit leiderschapsprogramma is nauw vervlochten in de proces- en teaminterventies, waardoor het managers en artsen helpt in het aansturen van teams op een coachende, richtinggevende wijze. Door middel van 360-graden assessment en individuele coaching worden artsen en managers begeleid in het versterken van competenties op vijf leiderschapsdomeinen (zie: Tabel 2), waarin 1-op-1 coaching en intervisie worden afgewisseld met teaminterventies die door de artsen / managers zelf worden georganiseerd. In de afgelopen jaren werd deze gecombineerde aanpak in Nederland onder meer ingezet in langdurige ouderenzorg, revalidatie zorg, chirurgische zorgketen en binnen de nucleaire geneeskunde (Klein Ikkink, 2013)(Keijser, 2012)². In deze cultuur trajecten blijken de vijf basiselementen van clinical governance een goede kapstok te zijn voor het gefaseerd implementeren van leiderschapontwikkeling en teamwork optimalisatie (zie: Tabel 3).

¹ Team Strategieën & Hulpmiddelen voor Optimalisatie van Prestaties en Patiëntveiligheid (TeamSHOPP)(zie: www.teamworkindezorg.nl).

² Inspectie van Gezondheidszorg (IgZ) m.b.t. verbeteraanpakken in perioperatieve keten: http://www.igz.nl/Images/2013-06%20Rapport%20Operatief%20proces%20beter%20gestructureerd_tcm294-342200.pdf.

Praktijkervaringen

Op basis van praktijkervaringen in de afgelopen jaren is het mogelijk enkele succesfactoren te onderscheiden in de praktische uitrol van deze relatief complexe verandertrajecten.

Uitgaande van de huidige inzichten en aanpakken die hierboven worden genoemd, wordt gedurende die periode op meerdere niveaus gewerkt. Monodisciplinaire teaminterventies in het begin kunnen de 'grondverf' zetten (het zogenaamde *priming effect*) voor verbeteren van het multidisciplinaire teamwork. Door een optimaal teamklimaat tussen teamleden van dezelfde 'soort', worden (leer)ervaringen in de praktijk optimaal gedeeld. Verder komt het voor dat het disfunctioneren van multidisciplinaire teams wordt gevoed vanuit een van de disciplines. Bij voorkeur participeren alle teamleden van een multidisciplinair team niet alleen in de gemeenschappelijke teamsessies, maar ook op het gebied van persoonlijk leiderschap. In multidisciplinaire teams van grote omvang is het praktisch niet haalbaar om hiervoor (kostbare externe) coaching in te schakelen: gestructureerde intervisie in kleine groepen, inhoudelijk in lijn met de plenaire, multidisciplinaire teamsessies, bieden dan een effectief alternatief.

Wanneer leidinggevendenden juist meer 'vanuit vertrouwen loslaten' beoefenen kunnen teamcoaches afkomstig vanuit de eigen teams in een meer informele brugfunctie voorzien. Door een coach-de-coach aanpak ontstaat ook wat sommigen wel informele 'leidende coalitie' noemen. Teams en afdelingen in de zorg zijn niet gebaat bij een grote afhankelijkheid van trainers van buitenaf: middels een train-de-trainer programma wordt de benodigde kennis en ervaring binnen het team zelf geborgd. Bovendien wordt training en begeleiding door 'eigen mensen' als plezieriger ervaren, mogelijk met een positieve invloed op het leereffect.

Verantwoord

Het realiseren van blijvende (cultuur)verandering in een multidisciplinair team van gemiddelde grootte vergt gemiddeld 1 tot 1,5 jaar. Het implementeren van uitgebreide verbeterprogramma's kost veel tijd, geld en aandacht. Door tal van verbeterprojecten in het verleden en centrale (over)regulering in de zorg, hebben veel zorgteams in meer of mindere mate last van 'verbetermoeheid'. Op een 'traininkje-hier-en-daar' zitten zorgteams vaak niet te wachten: dan is meer overtuigingskracht nodig. Daarnaast, in het tijdgewricht waar de zorg zich in bevindt, kunnen investeringen conflicteren met financiële mogelijkheden en (psychologische) spankracht van een zorgteam en/of de leidinggevendenden. De verantwoording voor een langdurig en intensief cultuurtraject waarin alle teamleden zonder uitzondering betrokken worden en waarbij artsen en managers gecommiteerd zijn tot intensieve (zelf)ontwikkeling is dan ook niet eenvoudig. De urgentie om structureel aan 'de cultuur' te werken kunnen zo groot zijn dat budgettaire afwegingen snel gemaakt zijn. Immers: een disfunctionerend team kent vaak veel verzuim en verloop en heeft grotere risico's op fouten, die weer leiden tot (juridische) kosten (Seabury, 2012). Zowel een psycho-emotionele als een financiële 'business case' vormt dan ook onderdeel van goede voorbereiding van succesvolle uitrol van deze programma's.

Referenties

- Heineman E, Welker, GA, Goudswaard AP, Dirkse ME (2013). Governance op de werkvloer. KiZ, 4;20-4.
- Klein Ikkink AJ, Keijser WA (2013). Multidisciplinary teamwork, leadership and TeamSTEPPStm. First experiences in cardio-thoracic surgical teams in UMC Groningen. Poster International Forum on Quality and Safety in Healthcare, London.
- Keijser, (2012). Multicomponent intervention to transform (home)care for a sustainable future. Poster. International Forum on Quality and Safety in Healthcare, Paris.
- Baker DP, Gustafson S, Beaubien J, Salas E, Barach P. (2005) *Medical Teamwork and Patient Safety: The Evidence-based Relation*. Literature Review. AHRQ Publication No. 05-0053.

Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.

<http://www.ahrq.gov/qual/medteam/>.

- Seabury S et al (2012). Defense Costs of Medical Malpractice Claims. N Engl J Med 2012; 366:1354-1356.

Figuur 1: De 'TeamSHOPP-driehoek' (TM, AHRQ/DoD).

Tabel 1. Teamwork competenties en vaardigheden en gerelateerde instrumenten en strategieën*.

Teamwork Competenties	Gedrag en vaardigheden	Instrumenten en strategieën
Leiderschap		
De capaciteit om: te leiden en te coördineren, taken te delegeren, teamleden te motiveren, middelen goed in te zetten optimale teamprestaties te faciliteren.	Helder kunnen definiëren van individuele teamrollen; Prestatieverwachtingen kunnen communiceren; Actief initiëren van en participeren in teamwork activiteiten; Faciliteren probleemoplossend vermogen binnen team.	Resource Management Delegeren Brief Huddle Debrief
Situatie Alertheid		
De capaciteit om begrip en inzicht te ontwikkelen van context en omstandigheden van het team. Het kunnen toepassen van benodigde strategieën en vaardigheden om de prestaties van teamgenoten te monitoren. De capaciteit om proactief te werken met het gezamenlijke gedachtegoed (shared mental model).	Anticiperen op en kunnen inschatten van behoeften (o.a. aan hulp) van mede teamleden, onder meer door monitoren van onderlinge activiteiten; Tijdig geven van feedback gericht op tijdige zelfcorrectie; Elkaars 'ogen in de rug' zijn.	Situatie bewustzijn Cross Monitoring STEP I'M SAFE
Onderlinge support		
Capaciteit om te anticiperen op andere teamgenoten en hun behoeften door middel van: accurate kennis werkbelasting proactief onderling te spreiden met oog op een juiste balans tijdens perioden met piekbelasting of werkstress.	Proactief corrigeren van deficiënties in de werkbelasting door onderling schuiven in taakverantwoordelijkheden naar onder belaste teamleden; Geven en ontvangen van constructieve en evaluerende feedback; Conflicten oplossen; het geven van support en bevestiging aan anderen.	Taakverlichting/-ondersteuning Geven en ontvangen van feedback Support en bevestiging Two-Challenge Rule CUS DESC Script Samenwerken
Communicatie		
Capaciteit om effectief informatie uit te wisselen tussen teamleden onderling, onafhankelijk van het gebruikte medium.	Communiceren van belangrijke en relevante informatie door middel van gestructureerde communicatie technieken. Inschatten of overgedragen informatie adequaat is aangekomen en de inhoud is begrepen door middel van methoden van follow-up en bevestiging.	SBAR Call-Out Check-Back Handoff I Pass the Baton

*Gebaseerd op: 'Medical teamwork and patient safety: The evidence-based relation' (Baker, 2005).

Tabel 2: Vijf competentie categorieën van het (Medisch) Leiderschap Programma (MLP).

1. Richting geven
<ul style="list-style-type: none">• Impact inschatten• Besluitvorming• Toepassen kennis en evidence• Identificeren van verandercontexten
2. Persoonlijke kwaliteiten
<ul style="list-style-type: none">• Werken vanuit integriteit• Gericht op continue persoonlijke ontwikkeling• Zelfmanagement• Ontwikkelen van zelfbewustzijn
3. Met anderen werken
<ul style="list-style-type: none">• Werken in teams• Deelname van anderen stimuleren• Bouwen en behouden van relaties• Ontwikkelen van netwerken
4. Managen van zorgverlening
<ul style="list-style-type: none">• Managen van prestaties• Managen van mensen• Managen van middelen• Planning
5. Verbeteren van zorgverlening
<ul style="list-style-type: none">• Faciliteren van transformatie (duurzame ontwikkeling)• Stimuleren van verbetering en innovatie• Kritisch evalueren• Patiëntveiligheid borgen.

Tabel 3 – De vijf basiselementen van clinical governance als ‘kapstok’ voor leiderschapsontwikkeling en teamwork optimalisatie.

Clinical Governance	TeamSHOPP curriculum
1. Proces/Systeem Bewustzijn	<p>Teams en teamleden leren denken en werken vanuit een gemeenschappelijk doel en volgens een ‘shared mental framework’.</p> <p>Motto: “Ons doel is ook mijn doel.”</p> <p>Concreet voorbeeld: Het werken volgens een gedeeld denkraamwerk (zorgsysteem-‘denken’).</p>
2. Communicatie	<p>Creëren van een aanspreekcultuur. (Leren) open staan voor, geven van en krijgen van feedback. Continue zelfreflectie op houding en gedrag.</p> <p>Motto: “Veranderen is in de spiegel blijven kijken.”</p> <p>Concreet voorbeeld: Tijdens teamtrainingen en -simulaties staan communicatie strategieën en technieken centraal. In leiderschapsontwikkeling is gericht op zelfreflectie en voorbeeldgedrag.</p>
3. Teamwork	<p>Optimaal presterende teams beschikken over de juiste Kennis, Vaardigheden en Attitude (KVA): deze zijn trainbaar. Optimalisatie van proces en houding/gedrag gaan hand-in-hand.</p> <p>Motto: “1+1=3”.</p> <p>Concreet voorbeeld: Uitgaande van specifieke zorgproces(sen) komen voor het team relevante KVA’s aan de orde.</p>
4. Eigenaarschap	<p>Teams en teamleden leren in gezamenlijkheid en vanuit wederkerigheid als collectief ‘veiligheidsnet’ te functioneren om werk(over)belasting en voorkombare fouten op te vangen.</p> <p>Motto: “Wie het weet, moet het zeggen”. “Onze patiënt is ook mijn patiënt.”</p> <p>Concreet voorbeeld: Teams leren zelfstandig(er) te werken; ‘leiders’ en managers geven leiding op coachende wijze.</p>
5. Leiderschap	<p>Metten en verbeteren van (medisch) leiderschapscompetenties volgens vooropgezet plan en zonder voorbehoud.</p> <p>Motto: “Zonder leiders geen volgers. En vice versa.”</p> <p>Concreet voorbeeld: Individuele coaching van artsen en managers o.b.v. 360-graden assessments.</p>