

Omgaan met crisis in zorgorganisaties

'Het effect van framing op een organisatieverandering'



Naam: Lisa van der Staaij

Studentnummer: 320526

Adres: Oude binnenweg 44b

3012 JE

Rotterdam

E-mailadres: lisavanderstaaij@gmail.com

Datum: 14-08-2012

Afstudeerbegeleider: Prof. dr. R.A. Bal

Meelezers: Drs. J.W.M. Weggelaar-Jansen

Prof. dr. P.L. Meurs

Voorwoord

Dit afstudeeronderzoek is geschreven ter afronding van mijn Master Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. In de periode dat de afstudeeronderwerpen gekozen dienden te worden, vond de uitbraak met de Klebsiella bacterie plaats in het Maasstad Ziekenhuis waar ik vanaf 2009 als management assistente op de afdeling Radiologie werk. Toen duidelijk werd dat mijn afstudeeronderwerp 'omgaan met crises in zorgorganisaties' zou worden, ben ik direct gaan rondvragen wat de mogelijkheden waren om binnen het Maasstad Ziekenhuis een afstudeeronderzoek te doen. Uiteindelijk kwam ik terecht bij de projectleider van het Bureau Kwaliteit & Veiligheid en mocht ik daar mijn voorstel neerleggen. Bij deze wil ik dan ook in het bijzonder de projectleider en tevens mijn begeleider vanuit het ziekenhuis, Neliën de Vries-Pannekoek, hartelijk danken voor de mogelijkheid die ik van haar heb gekregen om een intern onderzoek te doen naar het effect van framing op een organisatievormgeving. Tijdens mijn afstuderen heeft zij veel tijd geïnvesteerd in het begeleiden van mij en mijn onderzoek. Daarnaast wil ik mijn begeleider vanuit het iBMG, Professor Roland Bal, hartelijk bedanken voor de begeleiding vanuit de universiteit. Vooral in de laatste fase heeft hij mij boven verwachting begeleid en mij door de laatste loodjes heen getrokken, waar ik hem erg dankbaar voor ben. Verder wil ik uiteraard alle respondenten bedanken die dit onderzoek mede mogelijk hebben gemaakt. Tot slot wil ik mijn familieleden en vrienden bedanken voor hun geduld en vertrouwen tijdens het schrijven van mijn afstudeeronderzoek.

Samenvatting

Crisismanagement wordt steeds belangrijker en is in de afgelopen jaren beïnvloed door de opkomst van de risicosamenleving ('t Hart et al., 2001). Ook binnen organisaties is deze verschuiving zichtbaar. Organisaties worden steeds complexer waardoor het effect van een fout op detailniveau ernstige gevolgen kan hebben (Hutter & Power, 2005). Maar de wijze waarop organisaties met crises om gaan is niet overal gelijk. Elke persoon, groep mensen of een organisatie kan een problematische situatie op een verschillende manier bekijken en selecteert en benoemt verschillende zaken uit die situatie die in zijn/haar oogpunt het verhaal 'problematisch' maken en gaat vanuit dat punt op zoek naar een oplossing. Dit proces wordt *framing* genoemd (Schön & Rein, 1994). Vanuit de literatuur is bekend dat de verschillende frames vooral zichtbaar worden in problematische situaties en een crisis een mogelijke aanleiding kan vormen voor *reframing*: de totstandkoming van nieuwe frames. In dit onderzoek staat framing van crises in zorgorganisaties centraal aan de hand van een case studie naar de gang van zaken rond de uitbraak van de Klebsiella bacterie in het Maasstad Ziekenhuis. Ik ben daarbij met name benieuwd hoe framing van kwaliteit en veiligheid van invloed is op de organisatie van het ziekenhuis, in dit geval specifiek de opzet en positionering van een bureau kwaliteit & veiligheid (Bureau K&V) in het ziekenhuis. De probleemstelling die in het onderzoek centraal staat, is: *Op welke manier is de crisis binnen het Maasstad Ziekenhuis, de uitbraak van de Klebsiella bacterie, geframed en hoe vertaalt zich dat in het opzetten van het Bureau Kwaliteit & Veiligheid?*

Om de probleemstelling te beantwoorden is kwalitatief onderzoek gedaan in het Maasstad Ziekenhuis te Rotterdam. Om de data voor het onderzoek te verzamelen is gebruik gemaakt van semigestructureerde diepte interviews.

Uit dit onderzoek blijkt dat er verschillende frames (thema's) gehanteerd worden in het Maasstad ziekenhuis om de uitbraak van de Klebsiella bacterie te definiëren. De frames zijn onderverdeeld in drie hoofdframes: individuele frames, systeem frames en complexiteit frames. Hoewel frames lastig te achterhalen zijn omdat de frames door elkaar heen lopen en met elkaar in verband staan, is er een duidelijk verband te zien tussen de verschillende frames en de ontwikkeling van het Bureau K&V, dat na de uitbraak van de Klebsiella bacterie is opgezet in het ziekenhuis. Daarnaast wordt in dit onderzoek duidelijk dat een achterliggend frame, 'focus op productie', nog steeds dominant in de organisatie aanwezig is. Dit maakt de reframing, verschuiving naar een focus op kwaliteit en veiligheid, waar het Bureau K&V onderdeel van uitmaakt, lastig in te bedden in de organisatie.

Abstract

Crisis management is becoming increasingly important and is influenced by the upcoming risk society over the last few years (t Hart et al, 2001). Even in organizations, this shift is visible. Organizations become more complex and therefore the effect of an error on detail level can have serious consequences. (Hutter & Power, 2005). However the way organizations deal with crises is not equal in every organization. Any person, group or organization can view a problematic situation in a different way and select and appoint different things out of the situation that makes the situation problematic from his/her point of view. From this position they start and look for a solution. This process is being called framing (Rein & Schön, 1994). The literature tells us that different frames are especially visible in problematic situations and a crisis can be a possible occasion for reframing: the creation of new frames. This research focuses mainly on the framing of crisis in health care organizations based on a case study of the events related to the outbreak of the Klebsiella bacteria in Maasstad Ziekenhuis. I'm particular interested in how the framing of hospital quality and safety affects the organization design, in this case especially the design and positioning of a new department quality & safety in Maasstad Ziekenhuis. The main question in this research is: *In which way is the crisis in Maasstad Ziekenhuis, the outbreak of the Klebsiella bacteria, framed and how does this framing relate to the upcoming department of quality and safety?*

In order to answer the research question, qualitative research had taken place. To collect the data, semi structured interviews were taken.

The case study reveals that different frames have been used in Maasstad Ziekenhuis, to define the outbreak of the Klebsiella bacteria. The frames are divided into three main frames: individual frames, system frames and complexity frames. Although frames are difficult to trace, because they are intermingled and interrelated, there is a link between the different frames and the development of the upcoming department of quality and safety, which was started after the breakout with the Klebsiella bacteria.

In addition, this research clears out that an underlying dominant frame; focus on production, still exists in the organization. This makes the reframing, shifting to a focus on quality and safety, difficult to embed in the organization.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	4
Abstract	5
1 Inleiding	7
1.1 <i>Wetenschappelijke relevantie</i>	8
1.2 <i>Maatschappelijke relevantie</i>	9
1.3 <i>Probleemformulering</i>	9
1.4 <i>Leeswijzer</i>	9
2 Theoretisch Kader	11
2.1 <i>Framing</i>	11
2.2 <i>Institutionele context</i>	12
2.3 <i>Reframing</i>	13
2.4 <i>Patiëntveiligheid & framing</i>	14
2.5 <i>Deelvragen</i>	15
3 Methoden van onderzoek	17
3.1 <i>Kwalitatief onderzoek</i>	17
3.2 <i>Instelling</i>	17
3.3 <i>Respondenten</i>	18
3.4 <i>Empirisch onderzoek</i>	19
3.5 <i>Data analyse</i>	21
3.6 <i>Validiteit, betrouwbaarheid & ethische overwegingen</i>	23
4 Resultaten	25
4.1 <i>Framing van de uitbraak</i>	26
4.2 <i>Ontwikkeling van het Bureau K&V</i>	39
4.3 <i>Invloed van de frames op de ontwikkeling van Bureau K&V</i>	44
5 Conclusie & Discussie	53
5.1 <i>Conclusie</i>	53
5.2 <i>Discussie</i>	56
Literatuurlijst	65

1 Inleiding

Op 31 mei 2011 wordt via het NOS journaal bekend gemaakt dat het Maasstad Ziekenhuis kampt met een uitbraak van een Oxa-48 producerende Klebsiella bacterie op de Intensive Care. Vanuit allerlei hoeken van het land wordt getwijfeld aan de aanpak van de uitbraak.

Rampen, fouten of crises in wat voor formaat dan ook, worden gemanaged (Hutter & Power, 2005). Er zijn belangrijke ontwikkelingen gaande op het gebied van crisismanagement. Dit heeft onder andere te maken met een verschuiving van een industriële- naar een risico- samenleving ('t Hart et al., 2001). De maatschappij heeft tegenwoordig sneller en makkelijker beschikking over een overvloed aan informatie. De risico's die met informatie gepaard gaan worden dan ook steeds meer zichtbaar. Ook op het gebied van crisismanagement speelt de beschikbaarheid van informatie een grote rol. De media verzamelt tegenwoordig steeds meer informatie over crises en fouten waarbij kritiek voorop staat. In onze huidige samenleving speelt gelijkheid een grotere rol dan vroeger, toen autoriteit veel belangrijker was (Den Engelsen et. al 2007:59). Fouten worden dan ook steeds meer op de spits gedreven, waarbij de rollen tussen de partijen worden omgedraaid. 't Hart et al. (2001) noemen dit de 'politicisation of victims' en de 'victimisation of politics'. Ook op organisatieniveau is de verschuiving van een industriële samenleving naar een risicosamenleving zichtbaar. Sociale controle en regulering vanuit de overheid zijn nodig, omdat het voornamelijk organisaties zijn die zowel veroorzakers en verspreiders van risico zijn (Hutter & Power, 2005).

't Hart et al. (2001) beschrijven dat de steeds complexer en groter wordende systemen die gebruikt worden in organisaties en overheden van invloed zijn op deze verhoging van de risico's in organisaties. Wanneer er een fout optreedt in een dergelijk complex systeem is de kans dat de impact van die fout verstrekende gevolgen heeft vele malen groter, waardoor een crisis kan ontstaan. Door de groei van samenwerkingsverbanden tussen organisaties, kan een crisis ervoor zorgen dat een crisis grote uitstraling heeft ('t Hart et al., 2001). Ook organisaties in de gezondheidszorg kunnen gezien worden als complexe systemen. Een voorbeeld dat aangeeft dat een zorgorganisatie als een complex systeem gezien kan worden, is de ketenzorg. Het organiseren van de zorg rondom een specifieke patiënt vraagt om goede organisatie van afdelingsoverstijgende processen, waarbij afstemming tussen verschillende afdelingen, disciplines en de overdracht van patiënteninformatie cruciaal zijn. Een fout in één van die schakels, kan verstrekende gevolgen hebben.

Behalve op een 'negatieve' manier kan er echter ook op een 'positieve' manier naar crises worden gekeken. Een crisis wordt soms bijvoorbeeld ook omschreven als een 'window of opportunity' om een probleem op de beleidsagenda te zetten, zodat er een mogelijkheid bestaat tot beleidsverandering. Echter, die mogelijkheid om van crises te leren wordt niet altijd optimaal benut. Dit komt omdat op verschillende manieren naar crises gekeken kan worden. Elke persoon, groep mensen of een organisatie kan een problematische situatie op een verschillende manier bekijken en selecteert en benoemt verschillende zaken uit die situatie die in zijn/haar oogpunt het verhaal 'problematisch' maken en gaat vanuit dat punt op zoek naar een oplossing. Deze denkwijzen worden in het kader van een bepaalde context gekozen, welke ook weer beïnvloed kan zijn door bepaalde opvattingen (Rein & Schön, 1994). Dit proces wordt *framing* genoemd. Een bekend voorbeeld uit de Gestalt psychologie dat framing illustreert, is de tekening waarin zowel een oude als een jonge vrouw gezien kan worden. Hier worden dus twee betekenissen gegeven aan een object. Er vindt als het ware een sociale constructie van de werkelijkheid plaats, waaruit oplossingen en acties voortkomen (Korsten, 2008). Verschillende frames worden vaak zichtbaar in problematische situaties, waarbij een crisis een mogelijke aanleiding vormt voor *reframing* (Boin en 't Hart, 2000). Reframing biedt de mogelijkheid om buiten een bestaand frame te treden en te verplaatsen in een ander frame, waarbinnen een andere zienswijze bestaat die van invloed is op de beslissingen die een organisatie maakt (Rein & Schön, 1994).



In dit onderzoek richt ik me op de framing van crises in zorgorganisaties. Dat doe ik aan de hand van een case studie naar de uitbraak van de oxa-48 producerende Klebsiella bacterie (nader te noemen: 'Klebsiella bacterie') in het Maasstad Ziekenhuis. De leidende vraag in dit onderzoek is welk effect framing van een crisis heeft op de vormgeving van een organisatie. Die vraag spitst zich in dit onderzoek toe op de discussie binnen het ziekenhuis ten aanzien van de rol en positionering van het Bureau Kwaliteit & Veiligheid (nader te noemen Bureau K&V), dat als reactie op de crisis rond de Klebsiella uitbraak wordt opgezet.

1.1 Wetenschappelijke relevantie

Onderzoek naar crises in (zorg)organisaties wordt steeds belangrijker. Volgens 't Hart et al. (2001) is het van belang dat er tijdens onderzoek naar crises niet alleen vanuit een technocratische benadering gekeken wordt naar het probleem. Hierbij hangt de oplossing voor het probleem niet enkel af van een specifieke deskundigheid op dat gebied, maar wordt er ook aandacht besteed aan een meer politieke benadering, waarbij gekeken wordt

naar de institutionele context waarbinnen een probleem zich afspeelt. Enerzijds om inzicht te krijgen in de wetenschappelijke processen rondom crisismanagement, maar anderzijds ook om die inzichten binnen de betreffende organisaties te gebruiken (t' Hart et al., 2001).

De in dit onderzoek gehanteerde casus betreft het Maasstad Ziekenhuis, dat in 2011 geconfronteerd werd met de Klebsiella bacterie. In dit onderzoek worden beide inzichten, aan de hand van deze recente casus uit de praktijk (inzicht binnen de organisatie gebruiken) uitgediept aan de hand van het concept framing (wetenschappelijk proces rondom crisismanagement).

1.2 Maatschappelijke relevantie

In dit onderzoek wordt onderzocht welk effect het proces van framing van crises heeft op vormgeving van organisaties. Hutter & Power (2005) omschrijven dat de aandacht en bewustwording (framing) van problemen en risico's in een organisatie kunnen leiden tot het reorganiseren van activiteiten in een organisatie (reframing). Het Maasstad Ziekenhuis is na de uitbraak van de Klebsiella bacterie gestart met het opzetten van een bureau voor kwaliteit & veiligheid (Bureau K&V), dat onderdeel wordt van de structuur van het ziekenhuis. Door het beschrijven van de invloed van framing van de uitbraak op het opzetten van het Bureau K&V, kunnen andere zorginstellingen meer inzicht krijgen in het effect van processen van framing en reframing van crises op de vormgeving van organisaties.

1.3 Probleemformulering

De vraag die centraal staat in dit onderzoek is als volgt:

Op welke manier is de crisis binnen het Maasstad Ziekenhuis, de uitbraak van de Klebsiella bacterie, geframed en hoe vertaalt zich dat in het opzetten van het Bureau Kwaliteit & Veiligheid?

In de volgende paragraaf wordt in het kort weergegeven hoe er op structurele wijze antwoord gegeven wordt op de bovenstaande vraag.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader uiteengezet, waarin een aantal theoretische concepten nader wordt uitgewerkt. De concepten framing, institutionele context en reframing worden aan de hand van verschillende auteurs verwerkt, waarna een voorbeeld van framing in combinatie met patiëntveiligheid wordt gegeven, om te illustreren op welke manier framing toegepast kan worden op patiëntveiligheid. Het hoofdstuk wordt

afgesloten met de deelvragen die beantwoord moeten worden, om een compleet antwoord te vormen op de probleemstelling. In hoofdstuk 3 wordt de methodologische verantwoording van het onderzoek beschreven, waarna vervolgens in hoofdstuk 4 de resultaten van het onderzoek worden gepresenteerd als beantwoording van de deelvragen. Hoofdstuk 5 bestaat uit een conclusie, waarin antwoord wordt gegeven op de probleemstelling. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een theoretische- en methodologische discussie, gevolgd door een aanbeveling voor de wetenschap en het Maasstad Ziekenhuis.

2 Theoretisch Kader

Voordat er antwoord gegeven kan worden op de probleemstelling is het nodig om aan de hand van literatuur een aantal theoretische concepten te bespreken. In dit hoofdstuk worden de volgende theoretische concepten, die het onderzoek theoretisch afbakenen en de basis vormen voor het onderzoek, respectievelijk besproken: framing, institutionele context en reframing. Vervolgens worden deze concepten gekoppeld aan het thema patiëntveiligheid, om de onderzoekstheorie aan de hand van een voorbeeld te illustreren. Tot slot worden de deelvragen, die vanuit deze theorie de basis vormen voor het onderzoek, weergegeven.

2.1 Framing

Er zijn verschillende definities van framing. Hallahan (1999) omschrijft framing als een proces van het insluiten, uitsluiten en benadrukken van elementen binnen een bepaalde situatie. Door middel van een frame wordt de situatie afgebakend, waarna het gedefinieerd en geïdentificeerd wordt. Korsten (2008) maakt het concept framing duidelijk aan de hand van een voorbeeld uit de wetenschap. Hij beschrijft dat een socioloog, psycholoog of antropoloog elk op een andere manier onderzoek doen naar het begrip 'slaap'. De socioloog is geïnteresseerd in de verschillen tussen slaapedrag in groepen, de psycholoog bekijkt de relatie tussen het aantal uren slaap en prestaties en de antropoloog zoekt naar de verschillen in betekenisgeving van 'slaap' bij verschillende groepen.

Rein & Schön (1994) leggen meer nadruk op het proces van afbakening dan Hallahan, waarbij zij een frame beschrijven als een sociale constructie, die gebaseerd is op verschillende sociale waarheden, welke voortkomen uit normen en opvattingen. Daarbij bepaalt het frame dat wordt gebruikt de manier waarop vervolgens wordt gehandeld. Volgens Rein & Schön (1999) wordt bij problematische situaties duidelijk zichtbaar dat het frame dat gehanteerd wordt, bepalend is voor de oplossing die daaruit voortvloeit. Vaak lijken de diagnoses en keuzes die gemaakt worden binnen een frame logisch en voor de hand liggend. Hoe meer vanzelfsprekend de frames zijn en werken, hoe minder de gebruikers zich bewust zijn van de invloed die een frame op hen kan hebben. Dit worden ook wel retorische frames genoemd (Rein & Schön, 1994).

Naast het feit dat frames vaak onbewust zijn, kan framing ook een manier zijn om juist op een bewuste manier met een situatie om te gaan. Vooral als het gaat om het maken van beleid spelen frames een grote rol in betekenisgeving (Rein & Schön, 1994). Dit worden ook wel actieframes genoemd, welke legitiem worden doordat ze verbonden zijn met een retorisch frame. In de koppeling tussen retorische en actieframes speelt *naming* een

belangrijke rol. Dit kan vergeleken worden met de definitie van framing door Hallahan (1999), waarbij het in- en uitsluiten en benadrukken van elementen centraal staat. Het overtuigen van een bepaalde denkwijze hangt namelijk sterk samen met de taal die gebruikt wordt. De manier waarop het probleem of de situatie geformuleerd wordt, wie het aan moet pakken en de maatstaven die gehanteerd worden, moeten aansluiten bij de groep die met de situatie om moet gaan. De woordkeus is hierbij van essentieel belang (Korsten, 2008).

Het is lastig om de constructie van een frame te achterhalen. Dit kan onder andere komen doordat de normen en sociale opvattingen die vaak als fundament dienen voor een frame, vaak 'tacit' zijn. Dit zijn 'impliciete' beweegredenen die niet gemakkelijk kunnen worden geëxpliciteerd (Rein & Schön, 1994). Daarnaast kan er ook geen uitspraak gedaan worden over de juist- of geldigheid van frames, omdat deze bestaan uit sociale waarheden die subjectief zijn. Deze waarheden zijn door verschillende personen met elk hun eigen normen en waarden gevormd. Binnen een organisatie worden vaak meerdere frames gehanteerd, waardoor er bij het voordoen van een problematische situatie vaak verschillen ontstaan in de visie en opvattingen over de juiste manier om met een probleem om te gaan (Rein & Schön, 1994).

Om de hoofdvraag van het onderzoek te beantwoorden, is voor dit onderzoek een combinatie van de definitie van Rein & Schön (1994) en Hallahan (1999) gebruikt. De frames die binnen de organisatie gebruikt zijn, om betekenis te geven aan de situatie, zijn allereerst zichtbaar geworden, door *naming* van de respondenten, waarbij de contouren van het frame zichtbaar zijn geworden doordat respondenten bepaalde elementen benadrukken door middel van insluiting en uitsluiting. Vervolgens is de definitie van framing, zoals Rein & Schön (1994) deze geven, gebruikt om inzicht te krijgen in het proces van die in- en uitsluiting van bepaalde elementen. Rein & Schön (1994) gaan meer uit van de politieke benadering, waarbij aandacht besteed wordt aan de institutionele context waarbinnen een frame kan ontstaan. In de volgende paragraaf wordt aan de hand van een voorbeeld uitgelegd wat er wordt bedoeld met een institutionele context.

2.2 Institutionele context

Instituties zijn collectieve gedragspatronen, bestaande uit wetten, regels en algemeen geldende normen en waarden die het functioneren van organisaties en individuen beïnvloeden en daarmee kunnen leiden tot stabiliteit en voorspelbaarheid (Scott, 2008). Deze collectieve gedragspatronen ontstaan vaak vanuit een lange geschiedenis waarin keuzes die gemaakt zijn in het verleden van invloed zijn op de huidige situatie. Dit wordt

ook wel institutionele inbedding genoemd, wat vergeleken kan worden met een frame (Rein & Schön, 1994).

Een voorbeeld van institutionele inbedding op meso niveau is bijvoorbeeld een meer egalitaire gerichte samenleving, met 'politicisation of victims' als gevolg, die bepalend is voor de manier waarop beleid rondom crisismanagement wordt gevoerd ('t Hart et. al., 2001).

De institutionele inbedding kan ook zichtbaar worden op organisatieniveau (micro niveau), waarbij de institutionele context vergeleken wordt met een 'verharding' van frames in een organisatie, die lastig zijn om te buigen wanneer een organisatie kiest voor een verandering in de organisatievormgeving.

Het belang van institutionele inbedding kan zichtbaar worden, wanneer er binnen een organisatie twee of meerdere partijen strijd hebben over het definiëren van een probleem (Rein & Schön, 1994). Een gevolg van een dergelijke discussie, kan een aanleiding zijn om het beleid dat in eerste instantie gemaakt is, te wisselen. Er vindt als het ware 'reframing' plaats. Dit kan vervolgens leiden tot een verandering van de institutionele inbedding.

2.3 Reframing

Als gevolg van een discussie die ontstaat doordat verschillende partijen binnen een organisatie vanuit een ander frame naar de situatie kijken, kan er een aanleiding zijn tot reframing. Reframing biedt de mogelijkheid om buiten het eigen denkkader te treden en te verplaatsen in een ander denkkader waarbinnen een andere kijkwijze inzicht geeft in de beslissingen die deze partij maakt (Rein & Schön, 1994). Het moment dat reframing optreedt, ontstaat echter niet zomaar ineens. Er gaat een lange periode aan vooraf.

Rein & Schön (1993) maken een onderscheid in verschillende niveaus waarop deze aanleiding kan ontstaan: het individuele niveau, het 'nabije' omgevingsniveau, het macro niveau, en het 'global' niveau. Een misconsensus over de oorzaak van een probleem tussen individuen, kan zorgen voor aanleiding tot reframing op het individuele niveau. De verschuiving van een industriële samenleving naar een risicosamenleving hoort daarentegen meer thuis binnen een verandering van context op 'global' niveau. Korsten (2008) maakt meer een onderscheid in intensiteit als het gaat om verschil in aanleidingen tot reframing. Hij benadrukt daarbij dat de duidelijkste aanleiding tot reframing een crisis is. Crises maken fundamentele veranderingen mogelijk. Het gaat hierbij om een gedwongen reframing, waarbij door de crisis regels, routines, normen en waarden ten aanzien van het beleid ter discussie worden gesteld (Boin en 't Hart, 2000).

Reframing wordt ook vaak gerelateerd aan het door Thomas Kuhn omschreven proces van een paradigmawisseling. Kuhn beschreef de ontwikkeling van wetenschap als een

opeenvolging van periodes van 'normale' en 'revolutionaire' wetenschap, wat vergeleken kan worden met de 'gedwongen' aanleidingen van reframing, zoals Korsten (2008) en Boin & 't Hart (2000) beschrijven. Tijdens periodes van 'normale' wetenschap is er een bepaald paradigma (frame) dat dominant is. Tijdens een revolutionaire periode kan er een paradigma wisseling optreden (De Vries, 1995). Wanneer er steeds nieuwe waarnemingen aan het licht komen die niet in het bestaande paradigma passen, is er een aanleiding voor wetenschappers om kritisch te zijn. Het bestaande 'frame' wordt als het ware ter discussie gesteld. Een dergelijke revolutionaire periode wordt ook wel een anomalie of crisis genoemd. Een nieuwe groep wetenschappers sluit zich aan bij een nieuwe theorie en wanneer deze groep meer aanhangers krijgt, spreekt Kuhn van een paradigmawisseling (De Vries, 1995). Een crisis leent zich dus voor een paradigmawisseling/reframing.

Volgens Buse et. al (2005) heeft dit alles te maken met de 'timing' en het samenkomen van bepaalde factoren. Buse et. al (2005) beschrijven in hun boek onder andere het model van Kingdon, waarin het samenkomen van die factoren beschreven wordt als een 'window of opportunity'. Volgens Kingdon geeft een tijd van crisis een 'window of opportunity' waarin nieuwe probleemdefinities en oplossingen naar voren kunnen komen.

De crisis die zich in het Maasstad Ziekenhuis heeft voorgedaan, had voor een groot deel te maken met het onderwerp patiëntveiligheid. Om het concept framing en reframing in combinatie met kwaliteit en veiligheid te verhelderen wordt aan de hand van bestaande literatuur een voorbeeld gegeven. Deze voorbeelden worden niet gebruikt als uitgangspunt bij het achterhalen van de frames in het Maasstad Ziekenhuis, zij dienen hier ter illustratie van verschillende mogelijke frames die rond patiëntveiligheid kunnen worden gehanteerd. Hierdoor wordt duidelijk dat het onderwerp patiëntveiligheid zich leent tot framing.

2.4 Patiëntveiligheid & framing

De afgelopen tien jaar is er een explosie geweest op het gebied van onderzoek naar patiëntveiligheid. Hoewel kwaliteit al langer een grote rol speelt binnen de gezondheidszorg, wordt er op dit moment steeds meer aandacht besteed aan dit onderwerp en het creëren van een 'veiligheidscultuur' (Lilford, 2010:1). Er bestaat inmiddels een brede acceptatie dat ziekenhuizen per definitie een risicovolle plaats zijn (Jensen, 2008:310). Het omgaan met onzekerheden en het nemen van risico's is een van de belangrijkste karakterisering van de geneeskunde. In de zorg heeft men te maken met leven en dood, waarbij het dus belangrijk is dat de patiëntveiligheid verbeterd wordt (Van Everdingen et al., 2007). In 2000 publiceerde het Amerikaanse *Institute of Medicine*

(IOM) het rapport *To Err is Human; Building a Safer Health System*. Het doel van dit rapport is het verbeteren van de patiëntveiligheid in de Westerse Wereld. In dit rapport wordt de gezondheidszorg gezien als een onafhankelijk systeem dat vatbaar is voor interventies en controle (Kohn et al., 2000). In het rapport wordt beschreven dat het van belang is de focus te leggen op het ontwikkelen van een veilig zorgsysteem, als reactie op het groot aantal medische fouten, in plaats van de focus op de schuld van een fout bij het individu neer te leggen (Kohn et al., 2000). Dit wordt omschreven als 'a move from a culture of blame to a culture of safety' (Jensen 2008:311). Deze ontwikkeling is een voorbeeld van een reframing op global 'niveau'.

Vincent (2010) diept deze reframing, het verantwoordelijk stellen van het systeem in plaats van individuen, uit in vier verschillende perspectieven op fouten en foutreductie. De vier perspectieven die Vincent beschrijft zijn een technisch perspectief, een psychologisch perspectief, een individueel perspectief en een organisatie perspectief. Hij geeft aan dat elk perspectief een andere oplossing geeft voor een fout die gemaakt is. Hierdoor leent het begrip patiëntveiligheid zich bijna vanzelfsprekend om vanuit frames te benaderen. De een geeft de arts de schuld, wat leidt tot de oplossing in termen van discipline en nascholing. De ander kiest ervoor om een proces te standaardiseren en weer anderen herleiden het, net zoals gesteld in het rapport van het IOM, tot een fout in het 'systeem' waar een oplossing voor gezocht moet worden (Vincent, 2010). In de literatuur kunnen verschillende frames ten aanzien van patiëntveiligheid worden onderscheiden. In dit onderzoek zal vooral worden gekeken of er ten aanzien van de crisis in het Maasstad ziekenhuis ook sprake is van verschillende frames in relatie tot het Bureau K&V, omdat de gehanteerde frames iets zeggen over het effect van framing op organisatievormgeving. Hoe die frames worden achterhaald wordt in het volgende hoofdstuk beschreven.

2.5 Deelvragen

De theorie over framing en reframing staat centraal binnen dit onderzoek, omdat er vanuit de literatuur bekend is dat de verschillende frames vooral zichtbaar worden in problematische situaties en een crisis een mogelijke aanleiding vormt voor reframing. De nadruk van dit onderzoek ligt dus vooral op het uiteenzetten van de frames binnen de organisatie en de invloed van deze frames op de ontwikkeling van het Bureau K&V.

Naar aanleiding van bovenstaand theoretisch kader, is een aantal deelvragen geformuleerd om de uiteindelijke hoofdvraag te beantwoorden.

1. Welke verschillende frames zijn er binnen het ziekenhuis gehanteerd om de uitbraak van de Klebsiella bacterie betekenis te geven?
2. Wat voor effect hebben de frames op de ontwikkeling van het Bureau K&V?
 - a. Wat is het doel van het Bureau K&V en hoe is het tot stand gekomen?
 - b. Welke positie krijgt het Bureau K&V in de organisatie en welke verantwoordelijkheden en bevoegdheden krijgt het Bureau K&V

In het volgende hoofdstuk wordt uiteengezet welke methoden zijn gehanteerd om bovenstaande deelvragen te kunnen beantwoorden.

3 Methoden van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de methodologisch verantwoording van het onderzoek. Hierbij wordt ingegaan op het soort onderzoek dat gedaan is, de instelling waarbinnen het onderzoek is uitgevoerd, de keuze voor de wijze van onderzoek en de wijze waarop de dataverzameling en analyse heeft plaatsgevonden.

3.1 Kwalitatief onderzoek

Het concept framing geeft al aan dat er verschillende werkelijkheden bestaan, omdat deze geconstrueerd worden door mensen en hun sociale collectieve gedragspatronen, die gebaseerd zijn op de ervaringen, normen en waarden van de betreffende groep mensen of personen. Het onderzoek heeft als doel om deze verschillende waarheden die in een organisatie bestaan weer te geven en te koppelen aan een organisationele ontwikkeling die gaande is op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Om deze reden is er gekozen voor kwalitatief onderzoek.

Het eerste deel van de probleemstelling die centraal staat in dit onderzoek is gericht op een verschijnsel dat zich heeft afgespeeld in een organisatie, namelijk de uitbraak van de Klebsiella bacterie in het Maasstad Ziekenhuis. Ook het tweede deel van de probleemstelling beschrijft een verschijnsel in deze organisatie, namelijk de ontwikkeling van het Bureau K&V. Het onderzoeksdesign kan dan ook omschreven worden als een case studie, waarbij inzicht gegeven wordt in de verschillende frames die gehanteerd worden rondom de uitbraak van de Klebsiella bacterie en de ontwikkeling van het Bureau K&V (Swanborn, 2006:100). Het voordeel van deze vorm van onderzoek is, dat er inzicht gegeven kan worden in het proces waarin het Bureau K&V tot stand is gekomen aan de hand van de verschillende frames die binnen de organisatie bestaan (Swanborn, 2006:119).

3.2 Instelling

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in het Maasstad Ziekenhuis te Rotterdam. Het Maasstad Ziekenhuis is ontstaan uit een fusie tussen het St. Clara Ziekenhuis en het Zuiderziekenhuis in het jaar 2000. De naam van de beide ziekenhuizen, die wel in hun eigen pand gehuisvest bleven, was het MCRZ (Medisch Centrum Rijnmond-Zuid). Sinds 1 september 2008 draagt het de naam Maasstad Ziekenhuis. Op zeventien mei 2011 zijn de twee locaties verhuisd naar de nieuwbouw, wat onderdeel is van de Zorgboulevard. De keuze voor dit ziekenhuis ligt ten grondslag aan de recente crisis die heeft plaatsgevonden: de uitbraak van de Klebsiella bacterie. Daarnaast is de onderzoeker zelf

sinds 2009 werkzaam in het ziekenhuis op de afdeling Radiologie, waardoor de onderzoeker dicht bij de casus staat en daardoor in staat is geweest om van binnen uit de organisatie het onderzoek uit te voeren.

3.3 Respondenten

Aan het begin van het onderzoek heeft de onderzoeker contact gezocht met de adviseurs Raad van Bestuur (RvB) die zijn aangewezen om het Bureau K&V in oprichting te begeleiden. In samenspraak met een van de adviseurs RvB zijn de respondenten voor het onderzoek geselecteerd en benaderd. Uiteindelijk zijn er 15 respondenten geïnterviewd. Om een zo breed mogelijk beeld te krijgen van de diverse frames binnen de organisatie is er gekozen om naast de adviseurs RvB en de projectgroep van het Bureau K&V, ook respondenten uit andere hoeken van de organisatie te interviewen. Uit de literatuurstudie blijkt dat verschillende actoren een grote rol spelen bij de manier waarop een probleem gedefinieerd wordt. Bij het selecteren van de respondenten is dan ook aandacht besteed aan het creëren van zoveel mogelijk spreiding in termen van functie, belangen en plaats in de organisatie. De geïnterviewde respondenten zijn weergegeven in onderstaand schema.

Respondenten	
Groep 1	Assistent programmamanager VMS ¹
	Programmamanager VMS
	Coördinator Auditteam
	Programmamanager JCI ²
	Adviseur RvB 1 – tevens projectleider Bureau K&V
	Adviseur RvB 2
Groep 2	Directeur patiëntenzorg
	Interim bestuurder
	Lid medisch stafbestuur
Groep 3	VAR-lid ³
	Zorgmanager 1
	Zorgmanager 2
	Huidige voorzitter RvB
	Respondent X
	Specialist

¹ VMS staat voor Veiligheidsmanagementsysteem. Dit is een landelijk programma, waarmee de verankering van patiëntveiligheid wordt gewaarborgd.

² JCI staat voor Joint Commission International. Dit is een internationaal accreditatieprogramma voor een kwaliteitskeurmerk.

³ VAR staat voor Verpleegkundige Advies Raad.

3.4 Empirisch onderzoek

Uitgaande van de kwalitatieve aard van het onderzoek is gekozen voor empirische dataverzameling, waarbij drie soorten van dataverzameling zijn toegepast: interviews, documentanalyse en observatie. Omdat het onderzoek vooral gericht is op het opsporen van de frames die heersen binnen de organisatie is er vooral aandacht besteed aan de eerste vorm van dataverzameling, de interviews. De andere twee onderzoeksmethoden dienen voornamelijk ter ondersteuning van de interviews in termen van voorbereiding en achtergrond informatie.

3.4.1 Interviews

In eerste instantie is er voor gekozen om de respondenten op te splitsen in drie groepen. De eerste groep betreft de respondenten die deel uit maken van de projectgroep. Dit zijn de assistent programmamanager van het Veiligheid Management Systeem (VMS), de programmamanager van het VMS, de coördinator van het auditteam, de programmamanager van het accreditatieprogramma Joint Commission International (JCI) en de adviseurs RvB die het Bureau K&V in oprichting begeleiden. De keuze voor deze eerste groep is gemaakt vanuit twee overwegingen. Allereerst omdat het Bureau K&V in oprichting, ten tijde van het onderzoek net van start is gegaan, waarbij de projectgroep is gebruikt om de eerste data te verzamelen rondom de redenen van het oprichten van het Bureau K&V en de framing van de betreffende respondenten van de uitbraak. Vervolgens is er na de afname van deze interviews tijd genomen om de empirie te analyseren en op basis daarvan verder te gaan met de interviews. Ten tweede is deze keuze gemaakt, omdat ten tijde van de eerste periode van de dataverzameling twee belangrijke onderzoeksrapporten nog niet volledig of geheel beschikbaar waren. Dit betrof het onderzoeksrapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het onderzoeksrapport van de commissie Lemstra. De eerste groep respondenten kon zonder informatie van het rapport geïnterviewd worden. De tweede groep respondenten, betrof een groep die dicht bij de onderzoeksrapporten betrokken was en deze is dan ook naderhand geïnterviewd. Het gaat hierbij om de directeur patiëntenzorg, de interim bestuurder en een lid van het medisch stafbestuur. Daarnaast is op basis van de tussentijdse analyse nog een aantal respondenten veranderd en toegevoegd aan de lijst met geïnterviewden. Naast het eerder geplande interview met een lid van de Verpleegkundige Advies Raad (VAR), om ervoor te zorgen dat de medewerkers uit het primaire proces ook vertegenwoordigd zijn in het onderzoek, is er op basis van tussentijdse uitkomsten gekozen om ook twee zorgmanagers te interviewen. Daarnaast heeft er een bestuurswissel plaatsgevonden tijdens het onderzoek, waarop de

onderzoeker gekozen heeft de nieuwe voorzitter van de RvB ook te betrekken bij het onderzoek. In de paragraaf data analyse worden de keuzes nader uitgewerkt.

De interviews die zijn afgenomen zijn face-to-face diepte interviews, die semigestructureerd zijn, waarbij voorafgaand aan het interview de vragen zijn voorbereid aan de hand van een topic list. De interviews zijn niet volledig gestructureerd, zodat er ruimte bleef voor de respondenten om niet vooraf gestelde onderwerpen naar boven te laten komen, waar vervolgens op doorgevraagd kon worden. Hierdoor was het mogelijk om de frames naar boven te halen (Cresswell, 2003). Nadat de eerste groep was geïnterviewd, is er door middel van tussentijdse analyse al een aantal thema's naar boven gekomen, waarbij alle voorgaande interviews steeds een nieuwe basis vormden voor het volgende interview. Zo is er voor elk interview van te voren een topic lijst opgesteld, aangepast aan het type functie van de persoon, de rol die degene gespeeld heeft tijdens de uitbraak en de rol die de respondent heeft ten opzichte van het Bureau K&V. Er is dus sprake geweest van een afwisseling van dataverzameling en data-analyse, die door elkaar heen liepen. Dit wordt ook wel cyclisch, iteratief of hermeneutisch onderzoek genoemd, waarbij er in de nieuwe rondes van dataverzameling steeds meer gericht gegevens verzameld kunnen worden (Boeije, 2006: 73). Dit iteratieve proces was er, gedurende de dataverzameling, vooral op gericht de analyse van framing van de crisis te verfijnen, door verschillende frames op het spoor te komen en met elkaar te confronteren.

3.4.2 Documentenanalyse

Ter voorbereiding van de interviews is gekozen om de beschikbare informatie over de uitbraak van de Klebsiella bacterie te bestuderen, uit zowel interne als externe bronnen. De volgende documenten zijn bestudeerd wanneer het gaat om de uitbraak van de Klebsiella bacterie op zich: het tussenrapport van de IGZ, het eind rapport van de IGZ en het rapport van de onderzoekscommissie Lemstra (Lemstra, 2012). Omdat het doel van het onderzoek gericht is op het achterhalen van frames binnen de organisatie is er geen analyse uitgevoerd op de onderlinge verschillen tussen de documenten. Wel is er in de analyse gebruik gemaakt van de documenten, omdat tijdens de interviews bleek dat een aantal respondenten de onderzoeken vaak gebruikte als referentie ter ondersteuning van een frame.

Daarnaast is er voor de beschrijving en ontwikkeling van het Bureau K&V gebruik gemaakt van de door de organisatie ter beschikking gestelde documenten waarin de plannen voor het Bureau K&V besproken worden. Het gaat hierbij om het plan van aanpak Bureau K&V en het projectplan Bureau K&V (Bureau K&V, 2012), beide geschreven door de adviseurs RvB.

3.4.3 Observaties

De onderzoeker is tijdens het onderzoek, naast onderzoeker ook medewerker van de organisatie. Tijdens de uitbraak fase is de onderzoeker dan ook getuige geweest van interne informatie bijeenkomsten over de uitbraak. Via deze manier is er ook op een toegankelijke manier contact gelegd met respondenten in de organisatie. Naast de observaties tijdens de informatie bijeenkomsten, heeft de onderzoeker ook wekelijks overleg gehad met een van de adviseurs RvB over de voortgang van het onderzoek en het Bureau K&V, waardoor veel achtergrond informatie voor het onderzoek is verzameld. Deze informatie is bijgehouden in een logboek met aantekeningen, maar heeft vooral gediend ter ondersteuning van de interviews en komt daarom minimaal terug in de resultaten. Naast de wekelijkse overleggen heeft de onderzoeker ter informatie ook twee keer een overleg bijgewoond van de projectgroep die het opzetten van het Bureau K&V begeleidt.

3.5 Data analyse

Eerder in het hoofdstuk is aangegeven, dat er vanuit theoretische motivatie is gekozen om tijdens de analyse vooral gericht te zijn op de data die voort is gekomen uit de interviews die zijn afgenomen. Het doel van deze analyse was de interpretatie van de verkregen gegevens. Vanuit dit doel is gekozen om de opgenomen interviews te transcriberen, zonder letterlijke weergave van de conversatie. Dit wordt ook wel een interpretatieve analyse genoemd (Boeije, 2006: 61).

Tijdens de analyse en dataverzameling van de interviews is gebruik gemaakt van open codering, axiale codering en selectieve codering. Dit wordt ook wel de 'onderzoeksslang' genoemd (Boeije, 2006:83). Op deze manier zijn de resultaten van de interviews op een cyclische wijze geanalyseerd. Deze drie vormen van codering worden in het kort toegelicht vanuit vier fases, die tijdens het onderzoek hebben plaatsgevonden: de exploratiefase, de specificatie fase, de reductiefase en de integratiefase (Boeije, 2006:106).

Tijdens de exploratiefase zijn vanuit de getranscribeerde semigestructureerde interviews een aantal *sensitizing concepts* gedefinieerd: organisatie inrichting, organisatiecultuur, focus, omgevingsfactoren, historie, leiderschap en Bureau K&V. Dit is gedaan door middel van open codering, waarbij de eerste interviews uiteengerafeld zijn. Vervolgens zijn de topic lijsten van de interviews die volgden aangevuld met de *sensitizing concepts* en is vervolgens in de specificatie fase met behulp van axiaal codering een aantal begrippen

gedefinieerd, waar de data vervolgens op gerubriceerd zijn. Een voorbeeld van twee uitgewerkte *sensitizing concepts* is:

Sentisizing concepts/hoofdcodes	Subcodes
Organisatieinrichting	Reactief vs. proactief
	Plan Do Check Act cyclus (PDCA)
	Verantwoordelijkheid
Andere focus	Productie
	Extern gericht
	Keuzes kwaliteit & veiligheid

Vervolgens is in de reductiefase van de analyse, structuur aangebracht in de hoofdconcepten en is een aantal hoofdcodes subcodes geworden en/of onder gebracht bij eerder genoemde hoofdconcepten. De uiteindelijke rubricering die overblijft zijn de frames (organisatie inrichting, focus niet op kwaliteit & veiligheid, veiligheidsdenken en aanspreekcultuur) en de ontwikkeling van het Bureau K&V (leiderschap, cultuurverandering, rol en positie Bureau K&V). Tot slot is in de integratiefase door middel van selectieve codering van de bovenstaande rubricering, de belangrijkste boodschap geselecteerd en in verband gebracht met de theorie. Tijdens de analyse werd aan de hand van de beschreven literatuur steeds meer zichtbaar dat de frames onder verdeeld konden worden in verschillende niveaus waarop frames gehanteerd kunnen worden. Dit heeft uiteindelijk geleid tot een matrix verhouding waarin de frames (nader te noemen 'thema's') zijn onderverdeeld in drie kerncategorieën frames: individuele frames, systeemframes en complexiteit frames. Deze drie hoofdframes worden nader toegelicht in het volgende hoofdstuk.

Matrix	Individuele frames	Systeem frames	Complexiteit frames
Inrichting van de organisatie	§4.1.1	§4.1.2	n.v.t.
Focus niet op kwaliteit & Veiligheid	§4.1.1	§4.1.2	§4.1.3
Veiligheidsdenken ontbreekt	§4.1.1	§4.1.2	n.v.t.
Aanspreekcultuur ontbreekt	§4.1.1	§4.1.2	§4.1.3

Op deze manier zijn de data vanuit de *zooming out - zooming in* benadering geanalyseerd, waarbij als het ware boven de data uit geredeneerd is in de vorm van soorten frames (*zooming out*) ondersteund met concrete voorbeelden van frames (thema's) die binnen de organisatie aanwezig zijn en die specifiek gericht zijn op de

besproken casus (*zooming in*) (Nicolini, 2009). Om vervolgens het effect van de verschillende frames op het Bureau K&V weer te geven wordt eerst de ontwikkeling en het doel van het Bureau K&V beschreven. De analyse eindigt met een paragraaf die de ontwikkeling van het Bureau K&V en de taken en bevoegdheden beschrijft vanuit de bovenstaande matrix.

3.6 Validiteit, betrouwbaarheid & ethische overwegingen

Door middel van de extra twee ondersteunende onderzoeksmethoden (document analyse en observaties), waarbij meerdere manieren van dataverzameling worden toegepast, is het onderzoek transparant wat de validiteit van het onderzoek vergroot. Daarnaast is de interne validiteit vergroot doordat er een mogelijkheid was om citaten te gebruiken uit de uitgewerkte interviews. De externe validiteit van het onderzoek is lastig te waarborgen, omdat het onderzoek tijdsgebonden is en er relatief weinig respondenten zijn geïnterviewd. Daarnaast is het onderzoek gevoelig voor sociaal wenselijke antwoorden, wat de validiteit heeft kunnen aantasten. De sociaal wenselijke antwoorden zijn in eerste instantie beperkt gebleven, doordat de onderzoeker van binnenuit de organisatie het onderzoek heeft uitgevoerd. Tijdens het onderzoek zijn de respondenten erg open geweest. Daarnaast heeft de diversiteit van de respondenten voor een verhoging van de externe validiteit in de mate van generaliseerbaarheid gezorgd.

De betrouwbaarheid van het onderzoek is verbeterd door het letterlijk transcriberen van de opgenomen interviews. Daarnaast is de betrouwbaarheid vergroot door de methode van coderen voor de analyse van de gegevens volgens de bekende 'onderzoeksslang' (Boeije, 2006:83). Ook is er gekozen om naast interne respondenten, ook een respondent te interviewen, die op het moment van de dataverzameling geen onderdeel meer is van de organisatie, zodat de kans op 'toevalsfactoren' verkleind wordt.

De ethische overwegingen die gemaakt zijn hebben vooral te maken met het wel of niet anonimiseren van de gegevens. Uiteindelijk is er aan de respondenten voorgelegd, of men bezwaar had tegen het vrijgeven van de functie. Privacy is belangrijk, zeker wanneer het over een intern onderzoek gaat. De gebruikte citaten zijn per respondent apart voorgelegd met de vraag voor akkoord. Daarnaast is er akkoord gevraagd voor het benoemen van de functie. Een van de respondenten heeft aangegeven anoniem te willen blijven, mede omdat deze persoon als enige deze functie bekleedt en zo gemakkelijk te achterhalen is in het ziekenhuis. De uitgewerkte interviews, zijn vanwege privacy redenen alleen beschikbaar voor de onderzoeker en zullen na afronding van het onderzoek vernietigd worden. Aangezien het onderzoek vooral gericht is op het beschrijven van de

bestaande frames, is de validiteit van het onderzoek door eventuele anonimiteit niet aangetast.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk wordt de framing van de uitbraak van de Klebsiella bacterie in relatie gebracht tot de ontwikkeling van het Bureau K&V. Deze relatie wordt op een structurele wijze besproken. De eerste paragraaf 4.1, beschrijft aan de hand van de matrix de manier waarop de respondenten de uitbraak van de Klebsiella bacterie hebben geframed. Deelvraag 1 (*Welke verschillende frames zijn er binnen het ziekenhuis gehanteerd om de uitbraak van de Klebsiella bacterie betekenis te geven?*) wordt in deze paragraaf beantwoord. Om vervolgens antwoord te geven op de tweede deelvraag (*Wat voor effect hebben de frames op de ontwikkeling van het Bureau K&V?*), is eerst in paragraaf 4.2 subvraag a uitgewerkt: *Wat is het doel van het Bureau K&V en hoe is het tot stand gekomen?* In paragraaf 4.3 wordt dan tot slot de tweede deelvraag beantwoord vanuit de matrix en de tweede subvraag (*Welke positie krijgt het Bureau K&V in de organisatie en welke verantwoordelijkheden en bevoegdheden krijgt het Bureau K&V*). In deze paragraaf staat de interactie van de frames in relatie tot het Bureau K&V centraal.

Zoals eerder beschreven, werd op 31 mei 2011 via het NOS journaal bekend gemaakt dat het Maasstad Ziekenhuis kampte met een uitbraak van een Klebsiella bacterie op de Intensive Care. Onder toezicht van externe partijen werd geprobeerd de uitbraak onder controle te krijgen. Een van die externe partijen die op 1 augustus werd aangesteld, was een interim bestuurder. Op 1 augustus 2011, trad deze aan als lid van de RvB, met als opdracht de uitbraak onder controle te krijgen, zodat de zittende RvB zich kon richten op de dagelijkse aansturing van het ziekenhuis. Echter, het enige RvB lid, dat het Maasstad Ziekenhuis op dat moment had, legde een week later op 9 augustus zijn functie neer. De interim bestuurder was vanaf dat moment verantwoordelijk voor het gehele ziekenhuis (Lemstra, 2012). Om de situatie rondom de uitbraak overzichtelijk te maken, deelde hij het plan van aanpak op in vier blokken: A: directe hulp aan de getroffen patiënten, B: voorlichting, onderwijs en communicatie rondom de bacterie voor medewerkers, verwijzers en omringende collega-ziekenhuizen, C: duidelijkheid bieden over hoe dit heeft kunnen gebeuren, en D: een optimaal kwaliteit- en veiligheidssysteem opzetten (Maasstad Ziekenhuis, 2012). Blok A en B waren na een korte tijd al onder controle en op 15 september werd de uitbraak door de IGZ onder controle verklaard, omdat er vanaf 18 juli 2011 geen nieuwe onverklaarbare besmettingen zouden zijn geweest (IGZ, 2012). Los van het feit of de zittende RvB of anderen wel of niet in hun functie bleven, behoort de verantwoordelijkheid om te vinden wat er mis gegaan is en een systeem achter te laten dat veiligheid biedt, tot de taken die de interim bestuurder tot de zijne zag. Met deze motivatie werd in overleg met de Raad van Toezicht (RvT) een externe

onderzoekscommissie aangesteld voor waarheidsvinding. Nog voordat dit rapport werd gepubliceerd, had de interim bestuurder al een sterke visie over wat er in dit rapport aan het licht zou komen. Hij begon daarom alvast aan Blok D: het opstarten van een Kwaliteit & Veiligheidsinstituut dat zo sterk en deskundig zal zijn dat de problemen zich niet zullen herhalen.

In de tijd die volgde presenteerde de interim bestuurder zijn visie aan de organisatie en stelde hij twee medewerkers, die bij het managen van de uitbraak een grote rol hebben gespeeld, aan om het Bureau K&V vorm te geven. Met de inzichten en indruk die de interim bestuurder op dat moment had van de organisatie, werden de eerste plannen voor het Bureau K&V opgesteld.

De uitbraak van de Klebsiella bacterie en de gevolgen die dit met zich meebracht waren niet alleen bij de nabestaanden zichtbaar. Ook de hele organisatie moest kort na een verhuizing omgaan met een situatie die niemand had voorzien. In de volgende paragraaf wordt uiteengezet welke frames in de organisatie gehanteerd zijn om de uitbraak betekenis te geven.

4.1 Framing van de uitbraak

Welke verschillende frames zijn er binnen het ziekenhuis gehanteerd om de uitbraak van de Klebsiella bacterie betekenis te geven?

Voor de ordening van de resultaten is gebruik gemaakt van drie hoofdframes die in de interviews naar boven komen: individuele frames, systeem frames en complexiteit frames. Hoewel de bestaande theorie over framing en patiëntveiligheid, beschreven in paragraaf 2.4, niet het uitgangspunt was voor de data verzameling, waren het individuele frame en het systeem frame tijdens de data analyse wel herkenbaar. Er is dan ook gekozen om deze twee hoofdframes te gebruiken tijdens de resultatenbeschrijving. Daarnaast is er een derde hoofdframe aan toegevoegd die minder expliciet in het theoretisch kader is besproken, maar wel duidelijk naar voren kwam in de data: het complexiteit frame. Deze drie hoofdframes zullen nader toegelicht worden in de onderstaande paragrafen.

Vrijwel alle geïnterviewden delen de mening dat een besmetting met de Klebsiella bacterie niet te vermijden viel. Het is inherent aan het ziekenhuiswezen, dat elk ziekenhuis te maken heeft met bacteriën. Echter, de manier waarop met de uitbraak van de Klebsiella bacterie is omgegaan en de omvang van de uitbraak worden wel ter discussie gesteld. Binnen deze discussie komt een viertal thema's in de data bovendien, die elk terug zullen komen in de hoofdframes. De thema's zijn: inrichting

van de organisatie, onvoldoende focus op kwaliteit & veiligheid, het ontbreken van een veiligheidsdenken en het ontbreken van een aanspreekcultuur.

Het doel van de resultaten is om te laten zien dat er verschillende frames binnen de organisatie bestaan. De reden voor de schifting in individuele frames, systeem frames en complexiteit frames is een analytische keuze, die bijdraagt aan een helder beeld op de verschillende frames die kunnen ontstaan over dezelfde thema's en dus ook in strijd met elkaar kunnen zijn. Het doel is dus niet om de nadruk te leggen op de personen die de frames hanteren. Allereerst omdat de respondenten van het onderzoek vaak meerdere frames hanteren tijdens het interview. De gehanteerde frames worden door deze analytische weergave zo objectief mogelijk besproken, te meer omdat er geen uitspraak gedaan kan worden over de juist- of geldigheid van een frame aangezien deze bestaan uit sociale waarheden die subjectief zijn. Deze waarheden zijn door verschillende personen met elk hun eigen normen en waarden gevormd (Schön & Rein, 1994).

4.1.1 Individuele frames

Binnen dit frame wordt de oorzaak van de omvang van de uitbraak vooral gezocht bij het individu. Het valt of staat, wanneer een persoon iets wel of niet doet. Er zijn verschillende soorten oorzaken te onderscheiden. Reason (2000) geeft een uitleg van een menselijke benadering bij fouten die gemaakt worden. Het gaat hierbij vooral om onveilig handelen door bijvoorbeeld vergeetachtigheid, nalatigheid of onzorgvuldigheid. Reason (2000) geeft aan dat deze benadering vooral gaat over werknemers in het primaire proces. Uit de interviews blijkt echter dat er ook vanuit een individuele benadering naar individuen in hogere managementposities in de organisatie wordt gekeken.

Daarbij moet wel opgemerkt worden dat de individuele frames niet de enige frames zijn die door de respondenten gebruikt zijn. Bij een groot deel van de interviews, wordt een individualistische manier van betekenisgeving gecombineerd met betekenisgeving vanuit de systeem frames.

Inrichting van de organisatie

Het rapport van de onderzoekscommissie Lemstra geeft aan dat het ziekenhuis sinds 2004 een constructie heeft gekozen van een eenhoofdige RvB, met daaronder een driehoofdige directie (Lemstra, 2012). Tijdens de uitbraak van de Klebsiella bacterie werd voor een aantal respondenten duidelijk dat de verantwoordelijkheid rond kwaliteit en veiligheid niet duidelijk was belegd en dat men het vermogen om de situatie te beheersen kwijt was.

“Dat die uitbraak kwam oké, maar dat je er niet op kan anticiperen, dat geeft gewoon aan dat er geen slagkracht was in de organisatie.” (VAR-lid)

Deze opvatting is vooral gericht naar de directie leden en de RvB. Juridisch gezien is de RvB eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van het ziekenhuis. Vanuit deze opvatting wordt de mening door een aantal respondenten gedeeld dat de RvB dus ook verantwoordelijk was voor de uitbraak en had moeten reageren op de signalen uit de organisatie dat er iets niet in orde was. Er zijn verschillende ideeën over waarom er niet gereageerd werd. Dat de RvB dit niet wist, komt volgens een van de respondenten, doordat de toenmalige RvB niet beschikte over medisch inhoudelijke kennis.

“Je hebt kennis van zaken nodig om de signalen goed te kunnen interpreteren. Als je niks van de zorg weet dan kun je niet alle signalen op juiste waarde schatten, dan kun je ook niet doorvragen en dan weet je dus niet of je dus hier wel of geen actie moet ondernemen.” (Respondent X)

Daarnaast wordt de rolverdeling van personen binnen het ziekenhuis (verschillende specialismen, de RvT, de RvB en de medische staf) als vrij machtsgeoriënteerd benoemd.

“Machtsgeoriënteerde mensen, zien de wereld als een soort slangenkuil en die communiceren heel vaak in staccato. Dus dat is heel veel in korte termijnen denken, in het hier en nu. *Let's do it to them, before they do it to us.*” (Specialist)

Door deze houding was het voor de organisatie moeilijk om zichzelf kwetsbaar op te stellen en met patiëntveiligheid aan de slag te gaan. Patiëntveiligheid zou in de ogen van de RvB betekenen dat het ziekenhuis zou moeten toegeven dat het ziekenhuis een onveilige omgeving was, volgens de specialist. Dit heeft volgens een aantal respondenten vooral te maken met de focus die de RvB op dat moment voor ogen had.

Focus niet op kwaliteit & veiligheid

Dat de focus onvoldoende op kwaliteit & veiligheid gericht was, omdat de RvB de aandacht vooral op andere zaken had, is voor vrijwel alle respondenten duidelijk. Hiermee wordt een van de conclusies die de onderzoekscommissie Lemstra heeft getrokken bevestigd.

“De aandacht was vooral gericht op het herstel van financiële stabiliteit en op het versterken van de concurrentiepositie van het ziekenhuis door actieve marketing, schaalvergroting, het binnenhalen van bijzondere functies en het aangaan van een samenwerkingsverband met het internationaal gerenommeerde John Hopkins Hospital in Baltimore, USA.” (Lemstra, 2012)

De urgentie om meer te doen met kwaliteit en veiligheid was dus wel aanwezig. Kwaliteit levert uiteindelijk wel wat op, maar het vraagt volgens meerdere respondenten wel een

stap op de plaats en een reflectiemoment, terwijl de RvB en de directieleden veel meer in de modus van vernieuwing en productie draaien zaten.

Veiligheidsdenken ontbreekt

Naast de focus van de RvB, wordt de focus op kwaliteit en veiligheid van de werkvloer ook benoemd. Het handelen in termen van kwaliteit en veiligheid wordt onder andere ter discussie gesteld in termen van hygiëne, als belangrijke oorzaak voor de uitbraak.

“Het blijft primair dat door de verpleegkundigen en dokters niet goed de handen gewassen is.” (Lid medisch stafbestuur)

Daarnaast wordt er vanuit de directie verwacht dat wanneer mensen zich realiseren dat er iets afwijkt van het normale dat je dan een inschatting moet kunnen maken dat iets dan risicovol kan zijn en dat moet escaleren naar een hoger managementniveau in de organisatie.

Aanspreekcultuur ontbreekt

Binnen het individualistische frame wordt in eerste instantie gesproken over de manier waarop individuen hebben gecommuniceerd rondom de uitbraak. Verschillende respondenten geven aan dat ze niets wisten van een besmetting. Dit wordt meerdere malen gewijd aan het feit dat er niet is gecommuniceerd door verschillende personen in de organisatie, wat wel van hen verwacht werd als professionals. Een van de respondenten bemerkt dat het ‘onder de pet houden’ van het probleem een van de grote oorzaken is geweest dat men van de uitbraak niets wist en dus ook niets kon ondernemen. Meerdere respondenten delen deze opvatting en ook hier wordt regelmatig gerefereerd aan het rapport van de onderzoekscommissie Lemstra.

“Een aantal beroepsbeoefenaren in casu, de microbiologen, hebben uiteindelijk toen er al een verdenking was van een oxa-48, niet adequaat gehandeld en dan moet je niet denken dat dit specialisten eigen is, dat heeft gewoon met mensen te maken die niet professioneel hebben gehandeld. Lees het rapport commissie Lemstra.” (Lid medisch stafbestuur)

Naast het niet communiceren, wordt het “té lang doorrommelen” door de microbiologen ook door een aantal respondenten aangegeven als iets dat hen mogelijk te verwijten valt.

Ook de IGZ is hier duidelijk over. In het rapport dat in januari 2012 verscheen, wordt vermeld dat het falen rondom de aanpak van de uitbraak verwijtbaar is geweest. Vooral de medisch microbiologen hebben hun verantwoordelijkheid laten liggen. Er wordt een tuchtklacht ingediend tegen de microbiologen, omdat zij niet hebben gehandeld zoals verwacht (IGZ, 2012).

Concluderend kan gesteld worden dat in aanvulling op Reason (2000) de thema's in deze casus niet alleen toegepast worden op medewerkers uit het primaire proces, maar dat de individuele benadering ook toegepast wordt op hogere managementlagen. Wat verder opvalt, is dat een aantal opvattingen heel dicht bij elkaar ligt maar dat er toch kleine nuances verschillen in zinnen, die belangrijk zijn wanneer het gaat over de frame analyse. Bij het thema inrichting van de organisatie komt bijvoorbeeld duidelijk naar voren dat er vanuit de individuele benadering verschillende opvattingen bestaan. Hoewel meerdere respondenten het eens zijn over het feit dat de inrichting van de organisatie op hoger management niveau niet op orde was, is er wel een verschil in uitleg van dit thema. De ene respondent benoemt het ontbreken van kennis als oorzaak, terwijl een andere respondent de oorzaak meer legt bij de machtsgeoriënteerde eigenschappen van de RvB en RvT. Hieruit blijkt dat het heel lastig is om een frame te achterhalen.

In de volgende paragraaf wordt de systeembenadering besproken, waarbij fouten die gemaakt worden, vooral te wijten zijn aan de condities waarbinnen de individuen zich bevinden.

4.1.2 Systeem frames

De frames die besproken worden binnen het systeemframe gaan vooral over de condities en factoren die aanwezig zijn geweest binnen het ziekenhuis, die ervoor gezorgd hebben dat individuen in de organisatie niet hebben kunnen handelen zoals dat had moeten gebeuren. Hierbij wordt dus niet gefocust op een individu die een fout heeft gemaakt, maar wordt er meer gekeken naar fouten binnen het systeem. Dezelfde fout kan namelijk door verschillende mensen gemaakt worden (Reason, 2000).

Inrichting van de organisatie

Een van de zorgmanagers maakt duidelijk dat het ziekenhuis de uitbraak van de Klebsiella bacterie niet had kunnen voorkomen, maar dat het effect en de omvang van de uitbraak wel beperkt hadden kunnen blijven als het ziekenhuis beter was voorbereid op een dergelijke interne calamiteit. Een andere respondent geeft aan dat de organisatie blijkbaar niet in staat is om op tijd te signaleren dat er wat aan de hand is, doordat het kwaliteitssysteem niet goed in elkaar stak. Een onderwerp dat meerdere keren binnen de interviews naar boven kwam, is het ontbreken van een verbetercyclus over de gehele organisatie, wat te maken heeft met de inrichting van de organisatie op systeem niveau.

Bij een PDCA cyclus van Deming (Plan, Do, Check, Act) gaat het, volgens de nieuwe voorzitter van de RvB die sinds 1 februari 2012 de plek van de interim bestuurder heeft

overgenomen, om ontwikkelen, borgen en iedere keer weer een verbeterslag maken door gebruik te maken van de spiegelinformatie die de organisatie verkrijgt.

“Een Kwaliteit & Veiligheidscyclus was niet aanwezig in het Maasstad Ziekenhuis.” (Huidige voorzitter RvB)

De coördinator van het auditteam onderschrijft deze constatering. Hij geeft aan dat er binnen het ziekenhuis nooit of nauwelijks een PDCA verbetercyclus aanwezig is geweest. Er heerste volgens hem vooral een mentaliteit, waarin continue gewisseld werd tussen ‘plan’ en ‘do’, waardoor de mogelijkheid om de plannen daadwerkelijk te toetsen in de praktijk en deze daarop aan te passen niet aanwezig was.

“Voldoet het niet, schrijf je toch wat anders. Wanneer je het checkt, en het voldoet niet? Vul het aan met die ervaring en verbeter het en kijk dan hoe het werkt. Ga niet steeds opnieuw het wiel uitvinden, maar ga er mee aan de gang.” (Coördinator auditteam)

Een van de adviseurs RvB die het Bureau K&V opstart, omschrijft de huidige manier van werken als een taakgerichte manier van werken, waarbij niet gekeken wordt naar het gehele proces. Ook het VAR-lid, spreekt in het interview uit dat het in het ziekenhuis ontbrak aan een kwaliteitssysteem. De audits die gedaan worden, zijn volgens hem goed maar er moet vervolgens wel controle worden uitgeoefend of dat wat er op papier is afgesproken ook daadwerkelijk nageleefd wordt in de praktijk.



Focus niet op kwaliteit & veiligheid

Meerdere respondenten geven te kennen dat doordat er meer aandacht werd gegeven aan andere zaken, zoals de nieuwbouw, verhuizing, productiestijging en marketing, automatisch minder ruimte was om de werkinhoud en de kwaliteit en veiligheid hiervan aandacht te geven. Kwaliteit en veiligheid stonden niet hoog op de agenda, omdat er andere zaken belangrijker waren op dat moment.

In de aanloop naar de nieuwbouw werd bijvoorbeeld gemakkelijker gedacht over de veiligheid van het gebouw, omdat de verhuizing naar een schoon en nieuw gebouw steeds dichterbij kwam. Een van de respondenten geeft aan dat de nieuwbouw en

financiën een grote rol hebben gespeeld bij het maken van de keuzes en de gepaard gaande risico's die dat met zich mee zou brengen.

“Ik weet wel dat men ooit gezegd heeft, dat de IC in het Zuider een hele oude IC was, dus dat men een heleboel voorzorgsmaatregelen moest inbouwen om hem nog goed te kunnen laten functioneren, maar als je op een gegeven moment weet dat we over één jaar gaan verhuizen dan wordt daar geen geld voor vrijgemaakt. Je moet keuzes maken: waar leggen we de nadruk op? En de nadruk in dit ziekenhuis heeft meer op de financiën gelegen dan op kwaliteit, daar ben ik ook wel van overtuigd.” (Respondent X)

In de voorbereiding van de verhuizing moest er zoveel geregeld worden, dat er was gekozen om het VMS programma even tijdelijk te laten voor wat het was.

De productiestijging was volgens een van de respondenten ook nodig, omdat het ziekenhuis de productiestijging had ingecalculeerd om de nieuwbouw te financieren. Dat dit weerslag heeft gehad op de kwaliteit en vooral de veiligheid is voor deze respondent heel duidelijk.

“De productiedruk was zo groot, dat er van alles mis ging. Iedereen doet zijn best om zijn werk goed te doen, maar de ziekenhuisbacterie heeft duidelijk gemaakt dat deze oude manier van werken niet meer verantwoord is ten aanzien van problemen op het gebied van veiligheid. Produceren is niet meer van deze tijd en daar word je door een ander op gewezen.” (Specialist)

Het is niet dat het ziekenhuis helemaal niets aan kwaliteit en veiligheid deed. Een van de directeuren patiëntenzorg geeft aan dat kwaliteit en veiligheid wel op de agenda stond maar alleen onder een ander kopje van de agenda viel.

“We hebben de afgelopen jaren heel veel geld uitgegeven aan allemaal nieuwe apparatuur en dat heeft natuurlijk ook alles te maken met veiligheid: het feit dat je investeert in nieuwe apparatuur en een nieuw gebouw.” (Directeur patiëntenzorg)

Een ruime tijd voor de uitbraak van de Klebsiella bacterie is het programma VMS opgestart. Echter vertelt het VAR lid, dat het programma in dezelfde tijd speelde als het investeren in de PR en marketing, waardoor het VMS niet van de grond kwam. De externe focus was op dat moment een belangrijk aandachtspunt, wat ook door andere respondenten werd bevestigd.

“Het ziekenhuis is wel heel sterk gefocust geweest op concurrentie, marketing en PR. Er is geen Ziekenhuis in Nederland geweest dat met zijn dokters op een abri van de tram heeft gestaan of een hele tram oranje heeft gekleurd. Dus die focus was heel duidelijk op dat stuk van de organisatie.” (Zorgmanager 1)

Het programma VMS werd destijds opgezet door de toenmalige voorzitter van de OR en coördinator infectiepreventie. Zij was vanaf dat moment verantwoordelijk voor het

implementeren van de tien thema's die het VMS beslaat. In het interview geeft ze aan dat ze aanschoof bij de *board review*, waarin de maandelijkse voortgang werd besproken op het gebied van allerlei projecten. Tijdens deze *board review*, waarbinnen financiën en de nieuwbouw destijds een belangrijke rol speelde, kon de programmamanager de stand van zaken en de dingen waar ze tegen aanliep kwijt, alleen werd dat niet altijd direct opgepakt.

“Sommige dingen dat weet ik wel. Dan was het wacht nog even, even geduld en we hebben niet zoveel tijd, maar ja dat heb je altijd. Het is natuurlijk een complex gebeuren zo'n ziekenhuis. En wat voor jou heel belangrijk is kan voor anderen even niet zo'n hoge prioriteit hebben.” (Programmamanager VMS)

In het directie overleg worden besluiten genomen die van invloed zijn op de sturing van een organisatie. Deze besluiten hebben volgens een van de zorgmanagers hun weerslag op de werkvloer. Wanneer de aansturing van de RvB is gefocust op doorstroom en productie, dan wordt er ook op deze manier gewerkt.

“We zijn allemaal meegegaan in die focus, waarbij het alleen maar ging om productie, productie, productie. Zoveel FTE medewerkers op zoveel patiënten... Allemaal belangrijke zaken, maar zo strikt en zo gefocust dat iedereen alleen maar bezig was met de doorstroming van het proces en het ontslag van de patiënt.” (Zorgmanager 1)

Dit betekent automatisch volgens de respondent dat er op de werkvloer ook minder tijd voor reflectie en kwaliteit was. Er gebeurde en moest volgens de respondent ontzettend veel, waardoor het op een gegeven moment onmogelijk werd voor de medewerkers om ook nog aan kwaliteit te denken.

Veiligheidsdenken ontbreekt

Wanneer vanuit de top van de organisatie geen focus ligt op kwaliteit en veiligheid, werkt dit een organisatiecultuur in de hand die niet doordrongen is van een kwaliteitsbesef. Volgens de assistent programmamanager VMS, is dat op dit moment nog steeds zichtbaar op sommige afdelingen.

“Ik denk dat men op de afdelingen nog steeds het idee heeft dat er nog steeds van hen wordt verwacht dat ze heel veel doen in een korte tijd.” (Assistent programmamanager VMS)

De assistent programmamanager VMS geeft aan dat aandacht voor kwaliteit en veiligheid voor meer bewustwording zal zorgen in het primaire proces en dat het werk dan meer zal gaan over de manier waarop patiënten benaderd worden in plaats van de focus op zoveel mogelijk gewassen mensen op één dag.

Daarnaast wordt er, wanneer het gaat over de hygiëne van de medewerkers, door een aantal respondenten aangegeven, dat de oudbouw een omgeving was, waarin hygiënisch werken niet werd bevorderd en de uitbraak op deze manier wel heeft plaats kunnen vinden in een dergelijke omvang.

“De afstand op de bedden van de IC, maar ook op andere kamers was erg klein waardoor je dan geneigd bent om heel snel te handelen; je zet iemand recht en je helpt eventjes en je gaat vervolgens weer terug naar je eigen patiënt. Dat er niet altijd even zorgvuldig handen gewassen wordt tussen de ene en de andere patiënt is dan ook begrijpelijk.” (Respondent X)

Aanspreekcultuur ontbreekt

Zoals eerder beschreven geven meerdere respondenten aan dat het ontbreekt aan een aanspreekcultuur in het ziekenhuis. De meeste respondenten geven aan dat dit komt doordat de medewerkers nooit gewend zijn geweest om elkaar aan te spreken. Eerder is aangegeven dat een aantal respondenten aangaf dat er geen beleid was op een verbetercyclus en de regie daarop, wat zorgt voor het elke keer herschrijven van protocollen. Het missen van duidelijke afspraken zorgde er volgens een aantal respondenten voor dat het lastig was om mensen aan te spreken.

“Het hele protocol beheer is in het hele ziekenhuis gewoon niet eenduidig, waardoor dus situaties van hoe ga je melden nooit boven water zijn gekomen. Het aanspreken van personeel op de regels die er zijn, vond men gevoelig en moeilijk.” (VAR-lid)

Het niet aanspreken, had volgens een aantal respondenten ook te maken met hetgeen eerder al besproken is: er werd van bovenaf niet gestuurd op een verbetercyclus. Door het ontbreken van een medisch inhoudelijk lid van de RvB, was het lastig om na een verslag van een kwaliteitsvisite van een vakgroep verbeterpunten te bespreken.

“Normaal gesproken heb je een medisch inhoudelijk lid van de RvB, wat het gemakkelijker maakt omdat zij dokters kunnen aanspreken want dokters wensen vaak niet aangesproken te worden door niet dokters.” (Adviseur RvB 1)

De manager pikte het verslag op en er werd een analyse gemaakt, maar voor de rest werd er geen actie ondernomen. Een van de respondenten geeft dit aan als het probleem van een maatschapstructuur, waarbij iedereen gewoon zijn ‘ding’ kan doen.

Concluderend kan gesteld worden dat de uitbraak van de Klebsiella door veel van de respondenten verklaard wordt vanuit de systeembenadering. Het ontbrak in het ziekenhuis aan een verbetercyclus en er was structureel minder tijd en aandacht in de werkprocessen voor kwaliteit en veiligheid doordat de prioriteiten lagen op de nieuwbouw, productie en PR. Dit zorgde mede voor een verminderd veiligheidsdenken van de

medewerkers in het ziekenhuis. Daarnaast zorgde het ontbreken van een verbetercyclus en het huidige protocolbeheer voor het ontbreken van een aanspreekcultuur. Elke respondent is het eens met het feit dat er iets gedaan moet worden met kwaliteit en veiligheid naar aanleiding van de uitbraak. Echter de manier waarop dat moet gebeuren verschilt wel van elkaar. Een voorbeeld dat dit illustreert gaat over de betekenis die gegeven wordt aan kwaliteit en veiligheid. Kwaliteit en veiligheid stonden wel op de agenda, maar de invulling die aan kwaliteit en veiligheid werd gegeven verschilt. De ene respondent geeft betekenis aan kwaliteit en veiligheid in de vorm van nieuwe apparatuur, waarbij de ander de implementatie van de tien thema's belangrijk vindt als het over kwaliteit en veiligheid gaat. Daarnaast is in het laatste thema aanspreekcultuur goed te zien dat dit thema moeilijk lost te koppelen is van het thema inrichting. Door het missen van een verbetercyclus is men nooit gewend geweest om elkaar aan te spreken.

Veel respondenten hebben vanuit het systeem frame oorzaken benoemd die de uitbraak van de Klebsiella zouden kunnen verklaren. Er is ook een aantal respondenten geweest dat in hun verklaring nog een stap verder gaat en de context waarbinnen het ziekenhuis zich bevindt, aanhaalt om uit te leggen hoe de crisis heeft plaats kunnen vinden. Dit frame wordt het complexiteit frame genoemd.

4.1.3 Complexiteit frames

De complexiteitstheorie van Dekker (2010) stelt dat het van belang is om 'omhoog en buiten' de beschreven context te gaan om deze te begrijpen. Binnen deze theorie wordt onderzocht hoe bepaalde dingen met elkaar verbonden zijn en tegengehouden worden door grotere systemen van druk, belemmering en verwachtingen (Dekker, 2010). Het thema inrichting van de organisatie komt in deze paragraaf niet meer terug. De complexiteitstheorie uitgaat van invloeden van buiten de organisatie die de uitbraak van de Klebsiella zouden kunnen verklaren. Echter gebruiken de respondenten de complexiteitsbenadering niet om de inrichting van de organisatie te verklaren. Ook het thema veiligheidsdenken wordt in dit frame niet specifiek benoemd.

Focus niet op kwaliteit & veiligheid

Zoals eerder beschreven was het ziekenhuis extern gericht en gaf het daar veel aandacht aan. Een aantal respondenten geeft aan dat dit deels ook komt doordat de overheid dit van hen vraagt. Er wordt steeds meer transparantie vereist vanuit de samenleving, waarbij transparante zorg ook steeds belangrijker wordt. Daarnaast willen zorgverzekeraars steeds meer informatie over behandelingen waarop ze de zorginkoop kunnen baseren. Dit betekent dat de ziekenhuizen gegevens moeten aanleveren,

wanneer ze gefinancierd willen worden en meer patiënten willen krijgen. Het ziekenhuis was wel bezig met kwaliteitsindicatoren te verzamelen, maar veel meer om de buitenwereld te overtuigen, dan om de kwaliteit daadwerkelijk te verbeteren.

“Ze hadden alles ingericht om hoog te scoren op de lijstjes van de Elsevier en het AD en dat lukte ook goed, maar dat was volkomen cosmetisch. Die data werd ook door de afdeling marketing en communicatie verzameld.” (Specialist)

Marktwerking maakt bovendien dat het loont om niet bezig te zijn met patiëntveiligheid. Niemand ziet daadwerkelijk wat er echt speelt.

“Wanneer er maar genoeg extern gericht wordt gewerkt en de marketing op orde is, dan komen de patiënten toch wel naar je ziekenhuis”. (Specialist)

De druk van de omgeving waarbinnen het ziekenhuis zich bevindt, maakt dat het ziekenhuis daar op een bepaalde manier op reageert, waardoor het begrip van de crisis over het gehele zorgsysteem dient te worden getrokken. De complexiteit frames gaan daarmee dus een stap verder dan de systeemframes, omdat het de context van de organisatie in de framing betreft. Ook wanneer het gaat over het ontbreken van een aanspreekcultuur, wordt de verklaring gezocht vanuit de politieke en sociaal culturele context waarin de organisatie zich bevindt. Het ontbreken van de aanspreekcultuur komt dus niet door het ziekenhuis zelf, maar door de socialisatie van de artsen in het algemeen. Dit valt dus buiten het bereik van het ziekenhuis en kan gezien worden als druk van buitenaf.

Aanspreekcultuur ontbreekt

Zoals eerder aangegeven is men het niet gewend om elkaar aan te spreken op de werkvloer. Een van de respondenten geeft aan dat het ontbreken van een aanspreekcultuur te wijten is aan een algemene acceptatie van fouten die heerst binnen de zorg.

“De geweldige hoeveelheid compassie die getoond wordt aan de patiënt en de familieleden, verhoogt het risico dat je die compassie ook op je medecollega toepast [...] Er is een acceptatie ontstaan van gedrag en activiteiten wat eigenlijk niet kan in dit type organisatie.” (Huidige voorzitter RvB)

Dit geldt volgens de huidige voorzitter van de RvB ook voor de aanspreekcultuur bij specialisten. Als arts ben je vaak bovengemiddeld geschoold en moet je beslissende besluiten nemen in spannende situaties. Het is dan lastig wanneer iemand die niet de, gemiddeld tien jaar durende, opleiding die jij gehad hebt, gaat vertellen wat je verkeerd doet. De hiërarchische verhoudingen die binnen de zorg nog steeds bestaan, zorgen ervoor dat het lastig is om specialisten aan te spreken. Deze verhouding geldt voor zowel

de verpleegkundige-arts relatie als de assistent-arts relatie. Daarnaast wordt er ook door een aantal respondenten aangegeven dat het voor een specialist soms lastig is om zich kwetsbaar op te stellen, waardoor de aanspreekcultuur onder artsen ook niet zo sterk aanwezig is.

“Door opgeleid te worden met de leer dat jij verantwoordelijk bent, jouw individuele beslissingen bepalend zijn en mensen op jou moeten rekenen, worden individuele vaardigheden ontwikkeld, waarbij fouten herkennen, erover praten, zwakheid of kwetsbaarheid laten tonen, niet in de basale vaardigheden zit.” (Huidige voorzitter RvB)

De nieuwe voorzitter van de RvB noemt het cultuur dominante trajecten die ervoor zorgen dat het ‘systeem’ bijna verstijft, wanneer iemand zegt dat het ook anders kan.

“Het bestaande ter discussie stellen is heel moeilijk voor mensen.” (Huidige voorzitter RvB)

Waarom dat zo moeilijk kan zijn, heeft volgens een van de respondenten te maken met het feit, dat wanneer men echt met patiëntveiligheid aan de slag gaat, dit appelleert met insufficiëntie gevoelens van artsen dat je iets fout doet. Dit past binnen de individuele benadering, waarin je als persoon wordt afgerekend, maar dat is volgens de respondent een gevolg van een cultuur die heerst onder specialismen in het algemeen.

“Ik denk dat het in de huidige cultuur zo is, dat als je je kwetsbaar opstelt en over een incident praat, je reputatie naar je directe collega minder wordt.” (Specialist)

Doordat er verschillende incidenten openbaar worden, wordt het aanspreekgedrag op professionaliteit onder artsen meer gestimuleerd. Dit beperkt zich echter nog te veel binnen de specialismen. De communicatie tussen de verschillende specialismen blijft nog onvoldoende.

“Het is echt nog ongehoord dat een cardioloog iets vindt van een intensivist, want die heeft er geen verstand van.” (Huidige voorzitter RvB)

Hiermee wordt dus aangegeven dat de cultuur in het Maasstad niet direct debet is aan de uitbraak, omdat deze slechts een reflectie is van de bredere opvattingen met betrekking tot de aanspreekbaarheid van specialisten.

Concluderend kan gesteld worden dat vanuit het complexiteit frame een breder beeld uiteengezet wordt over de gezondheidszorg in het perspectief van marktwerking en de keuzes die ziekenhuizen daardoor moeten maken, wat gezien kan worden als een systeem van druk. Daarnaast wordt het ontbreken van een aanspreekcultuur onder specialisten verklaard vanuit een opleidingsachtergrond die van invloed is op hun aanspreekgedrag. Ook hier beïnvloedt een druk van buitenaf, het dominante cultuurtraject van de opleiding, de situatie in het ziekenhuis. Het complexiteit frame is een veel minder

dominant frame is onder de respondenten dan de vorige twee hoofdframes. Er is maar een beperkt aantal respondenten die vanuit dit hoofdframe de uitbraak van de Klebsiella bacterie verklaart.

4.1.4 Conclusie

In deze eerste paragraaf stond de eerste deelvraag centraal, waarin antwoord gegeven is op de volgende vraag: *Welke verschillende frames zijn er binnen het ziekenhuis gehanteerd om de uitbraak van de Klebsiella bacterie betekenis te geven?*

De voorgaande paragrafen beschrijven het antwoord op de eerste deelvraag, waarin duidelijk is geworden, dat er binnen de organisatie een aantal thema's (frames) gehanteerd is. Daarnaast is er overstijgend nog een onderscheid gemaakt in drie hoofdframes. Deze combinatie van frames heeft als resultaat een matrix van waaruit de deelvraag is beantwoord. In de onderstaande matrix zijn de resultaten samengevat weergegeven.

Matrix	Individuele frames	Systeem frames	Complexiteit frames
Inrichting van de organisatie	Verantwoordelijkheid niet goed belegd vanuit de RvT en RvB/ geen kennis van zaken	Ontbreken van structurele verbetercyclus	n.v.t.
Focus niet op kwaliteit & Veiligheid	Bestuurders die gericht waren op productie en groei en herstellen financiële stabiliteit	Focus op andere onderwerpen, zoals nieuwbouw, verhuizing, financiën, productie i.p.v. focus op kwaliteit & veiligheid	Marktwerking werkt een onjuiste manier van het gebruik van patiëntveiligheid in de hand
Veiligheidsdenken ontbreekt	Geen handhygiëne in het primaire proces	De organisatiecultuur was niet ingericht op kwaliteit en veiligheid / oude locaties waren geen plek voor veiligheidsdenken	n.v.t.
Aanspreekcultuur ontbreekt	'Onder de pet houden' van microbiologen	Onduidelijke protocollen, geen verbetercyclus maakten dat het minder gemakkelijk was om aan te spreken.	De compassie die centraal staat in de zorgsector, maakt dat problemen soms versimpeld worden. En de opleidingscultuur van specialisten stimuleert niet om elkaar aan te spreken of fouten te bespreken.

Vanuit de interviews wordt duidelijk dat er in de organisatie meerdere frames gehanteerd worden en dat deze framing op verschillende niveaus kan plaatsvinden. Een voorbeeld

dat dit goed illustreert kan uitgelegd worden aan de hand van een van de thema's: het ontbreken van een aanspreekcultuur. Vanuit een individueel frame wordt het ontbreken van de aanspreekcultuur uitgelegd als het niet communiceren door bepaalde individuen binnen de organisatie. Vanuit een systeemframe wordt het ontbreken van een aanspreekcultuur uitgelegd aan de hand van het ontbreken van duidelijke afspraken en protocollen, die het aanspreken van elkaar moeilijk maakte. Het verschil met het individuele frame is dat het gedrag van mensen wordt beïnvloed door de context waarin zij zich bevinden, wat ervoor zorgt dat het niet zozeer de mensen te verwijten is dat er fouten zijn gemaakt (individueel), maar dat het hele systeem in de organisatie niet is ingericht om de kwaliteit en veiligheid te verbeteren, prioriteit te geven en bespreekbaar te maken. Vanuit het complexiteitsframe wordt het ontbreken van de aanspreekcultuur vooral benaderd vanuit een meer politiek sociaal culturele context, waar bijvoorbeeld de opleiding van de medisch specialisten als argument aangehaald wordt.

Tijdens de data analyse is zichtbaar geworden dat een individu meerdere frames kan hanteren. Wat verder opvalt, is dat een aantal frames heel dicht bij elkaar liggen maar dat er toch kleine nuance verschillen in zitten. Dit geeft aan dat de frames heel persoonsgebonden zijn en dus moeilijk te achterhalen en te groeperen. Daarnaast maakt dit het ook lastig om van bovenstaande frames een dominant frame aan te tonen. Wel wordt duidelijk dat het laatste overkoepelende frame: het complexiteit frame het minst dominant is. Twee van de vier thema's komen hier niet in terug.

De verschillende frames die gehanteerd zijn in de organisatie worden in het volgende hoofdstuk in relatie gebracht met het opzetten van het Bureau K&V. Op deze manier wordt duidelijk of de frames de onderliggende keuzes voor het Bureau K&V reflecteren. Voordat dit wordt uitgewerkt, zal er een korte beschrijving plaatsvinden van de ontwikkelingen die het Bureau K&V ondergaan heeft sinds het project is gestart, waarna vervolgens deze ontwikkelingen, doelen, positionering en de taken en bevoegdheden van het Bureau K&V geanalyseerd worden vanuit de eerder benoemde hoofdframes.

4.2 Ontwikkeling van het Bureau K&V

Wat is het doel van het Bureau K&V en hoe is het tot stand gekomen?

Om de relatie tussen de frames en de ontwikkeling van het Bureau K&V goed uit te kunnen werken, wordt de ontwikkeling van het Bureau K&V eerst uiteengezet in deze paragraaf aan de hand van subvraag a.

Al ruim voordat de uitbraak met de Klebsiella plaatsvond, is door verschillende partijen aangegeven dat de borging van kwaliteit en veiligheid binnen het ziekenhuis verbeterd moest worden. Een van de leden van het medisch stafbestuur gaf in een interview aan dat een Bureau K&V een langgekoesterde wens was van het stafbestuur, waarop de adviseurs RvB opmerkten dat het Bureau K&V er waarschijnlijk ook wel was gekomen. Sterker nog: men was daar al mee bezig, alleen werd het ziekenhuis ingehaald door de realiteit. Wel gaf adviseur RvB 1 aan dat het Bureau K&V er anders had uitgezien en dat het veel langer had geduurd voordat het vorm had gekregen.

Zoals eerder beschreven werden onder leiding van de interim bestuurder de eerste contouren van het Bureau K&V gevormd, naar aanleiding van Blok C en D van het plan van aanpak. Er wordt een adviseur RvB aangesteld om het Bureau K&V op te zetten. In het vast wekelijks overleg met de twee adviseurs RvB houdt de interim bestuurder hen continu voor, hoe hij het uiteindelijke Bureau K&V voor zich ziet.

“Een K&V instituut houdt voortdurend proactief controle en heeft daartoe voldoende instrumenten tot zijn beschikking, zoals de bevoegdheid om direct te corrigeren wanneer de veiligheid of kwaliteit bedreigd wordt.” (Interim bestuurder)

Vanaf het begin af aan is de interim bestuurder duidelijk over het mandaat dat het Bureau K&V moet krijgen. Hij geeft aan dat het succes van het Bureau K&V mede in belangrijke mate afhangt van het mandaat dat het Bureau K&V krijgt. Omdat het binnen een jaar opgezet en functioneel moet zijn, is het volgens hem van belang dat indien er belangrijke veranderingen nodig zijn, de weerstand daartegen vanuit de organisatie niet te veel ruimte krijgt, omdat anders het proces gefrustreerd zou kunnen raken.

“De interim bestuurder kwam in een redelijke chaos terecht toen hij hier binnen kwam. Na de eerste week ben je ineens voorzitter van de RvB en moet je alles doen. De chaos was compleet op dat moment; er was geen sturing. Managers liepen en deden maar wat ze wilden, artsen liepen en deden wat ze wilden. Het eerste wat in je op komt is dan: het enige wat hier helpt is teugels heel hard aantrekken en even de koers aangeven.” (Adviseur RvB 2)

De adviseurs RvB moeten tot een zeker niveau het mandaat krijgen om direct in te grijpen en daar in tweede instantie op vaste basis verantwoording over afleggen aan de RvB, Stafbestuur en VAR. Alle afdelingen moeten volgens de interim bestuurder via een vastliggende systematiek op kwaliteit en veiligheid doorgemeten worden. Indien daarbij belangrijke zaken aan het licht komen, moet er mandaat aanwezig zijn bij het Bureau K&V om of met voorstellen of met directe maatregelen te komen.

Ook over de rol van de medisch specialisten werden duidelijke afspraken gemaakt. Er worden een kwaliteit- en een veiligheidsraad benoemd, waarbij in iedere raad 3

verpleegkundigen, 3 mensen van (medisch) ondersteunende afdelingen en 3 specialisten zitting zullen nemen. Een snijdend specialist, een beschouwend specialist en een diagnostisch specialist, welke gemandateerd moeten worden vanuit de organisatie. Uiteindelijk moeten het de medewerkers zijn die veiligheid moeten neerzetten. De kwaliteit- en veiligheidsraad zijn er alleen voor de richtlijnen.

Deze aanpak vraagt om attitude en loyaliteit aan het plan. Wanneer die niet aanwezig zijn, is de interim bestuurder duidelijk in zijn aanpak:

"Ik zou als ik RvB was, keihard reageren als ze het niet zouden doen. Ik zou degene die niet perfect meegaat in het systeem vertellen dat ik niet boos ben, maar dat er voor hem geen plaats meer is in de organisatie. Dat is een kwestie van bestuurskracht: iemand die rechtvaardig is, maar niet mild. Dat is wat er nu nodig is." (Interim bestuurder)

De adviseurs RvB starten met het Bureau K&V en gaan samen met de programma managers van het VMS, de programma manager van JCI en de coördinator van het auditteam om de tafel. Onder leiding van de interim bestuurder is de opzet opgeschreven in een plan van aanpak.

Het Bureau K&V heeft drie doelen:

1. centraal *borgen* van Kwaliteit en Veiligheid
2. juiste *positionering* van deze onderwerpen binnen de organisatie, met als directe consequentie juiste *prioritering*.
3. bieden van *transparantie* op kwaliteit- en veiligheidscriteria c.q. indicatoren.

Het uiteindelijke resultaat dat het Bureau K&V daarmee moet opleveren, is de organisatie weer 'in control' laten zijn. Men weet wat er speelt, waar zich de risico's bevinden en hoe er gehandeld moet worden om dit aan te pakken (ingrijpen, sturen, coachen, inspireren). Een zeer belangrijke taak van het Bureau K&V zal zijn om het kwaliteitsdenken en veiligheidsbesef bij elk lid van de organisatie eigen te maken. Er wordt daarbij uitgegaan van het volgende principe: "kwaliteit is het doel en veiligheid is een voorwaarde!" (Bureau K&V, 2012). De interim bestuurder geeft aan dat een Bureau K&V een kwaliteitssysteem kan hanteren, waarbij het Bureau K&V er op toe ziet en begeleidt dat de organisatie zichzelf corrigeert. De reden van deze aanpak is volgens hem een focus die gericht is op het belang van de patiënt en niet zozeer op het onjuiste gedrag van de medewerker.

Wanneer het Bureau K&V een aantal weken van start is gegaan, wordt besloten om het Bureau K&V als project te benoemen, dat in september 2012 afgerond moet zijn, met als doel vanaf dat moment een vaste afdeling te zijn. Tijdens de onderzoeksperiode heeft de

onderzoeker wekelijks contact gehad met een van de adviseurs RvB over de voortgang van het onderzoek. Tijdens deze gesprekken werden ook de ontwikkelingen rondom het project Bureau K&V besproken. Uit de gesprekken en uit de interviews bleek dat er vanuit de organisatie al vrij snel weerstand kwam.

“De interim bestuurder is hier driekwart jaar geweest en heeft een grote stempel gedrukt op hoe we er nu voor staan, maar je merkt wel dat we op sommige dingen wel al afwijken van wat hij had bedacht.” (Adviseur RvB 1)

De directeur patiëntenzorg geeft aan dat de adviseurs RvB gesprekken hebben gevoerd met deze en gene in huis om input te krijgen voor de organisatie van het Bureau K&V. Door middel van feedback vanaf de werkvloer zijn er taken bijgekomen zoals het Veilig Incident Melden & de Arbo dienst.

“Het ontbreken van de Arbo dienst in het Bureau K&V, geeft heel duidelijk aan dat er niet stilgestaan is bij het feit dat er meer is dan alleen de patiënten maar dat het personeel net zo veel risico loopt.” (VAR-lid)

Het grootste kritiekpunt dat uit de interviews en gesprekken naar boven kwam, was de positie die het Bureau K&V zou krijgen in de organisatie. Waar de interim bestuurder doelbewust had gekozen om het Bureau K&V direct onder de RvB te laten vallen en hen mandaat te geven om in te grijpen, werd dit op de werkvloer in eerste instantie als negatief ervaren. Ook de adviseurs RvB hebben tijdens de startfase getwijfeld of dit de juiste manier was om het Bureau K&V te positioneren. Tijdens het onderzoek was nog niet duidelijk welke positie het Bureau K&V zou krijgen. Er is dan ook veel discussie geweest of het Bureau K&V een lijnfunctie zou vervullen direct onder de RvB of dat het Bureau K&V een ondersteunende rol zou krijgen en de regie in de lijn (RvB → directie → managers → teamleiders → teams) moet liggen.

“De eerste insteek was een redelijke hiërarchisch autoritair systeem. Een bureau, dat kwaliteit en veiligheid zou gaan toetsen en niet de verantwoordelijkheden juist decentraal zou beleggen. Naar mijn idee blijft het acteren van de lijn nog steeds de valkuil.”(Zorgmanager 1)

Het werd van bovenaf opgelegd volgens het VAR-lid, zoals bepaalde dingen altijd van bovenaf opgelegd werden, zonder feedback van de werkvloer. De feedback vanaf de werkvloer over de positionering van het Bureau K&V was vooral dat er meer input vanuit de werkvloer vandaan gehaald moet worden, zodat er meegedacht kan worden.

“Ze moeten zich als Bureau K&V willen richten naar de onderkant. Naar de werkvloer, maar hoe krijg je die mensen vooruit.” (VAR-lid)

Ook de kans op het afschuiven van de verantwoordelijkheid, wanneer één bureau het overzicht bewaart, wordt als argument gebruikt tegen de positionering van het Bureau

K&V in de lijn. Naarmate de tijd verstreek kwamen de adviseurs RvB erachter dat het voor de organisatie toch beter was om het Bureau K&V puur ondersteunend neer te zetten, waarbij de lijn verantwoordelijk blijft.

“We zijn begonnen met de wenselijke situatie ten tijde van de rommelige periode, maar uiteindelijk zijn we erachter gekomen dat we niet moesten uitkomen op hoe het op dat moment moest zijn, maar hoe we het zouden willen hebben. Als we het bureau gaan invullen op hoe het moest zijn, dan gaan we weer compenseren in plaats van dat we de mensen gaan leren hoe ze het zelf kunnen doen.”
(Adviseur RvB 2)

Ondanks het feit dat het Bureau K&V juist de kwaliteit- en veiligheidsraad bedoeld had om het primaire proces te betrekken in het Bureau K&V en de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid in de lijn is teruggelegd, wordt het initiatief van het Bureau K&V nog steeds ervaren als iets dat is opgelegd van bovenaf.

Gaande weg kwam men erachter dat met het opzetten van een Bureau K&V een cultuuromslag gepaard gaat, waarbij het ziekenhuis als het ware een reframing moet ondergaan van een centraal gestuurde en prestatiegerichte organisatie met een focus op productie, naar een decentrale, lerende organisatie met een veiligheidscultuur waarbij de focus ligt op kwaliteit en veiligheid. Het Bureau K&V zal uiteindelijk een rol gaan krijgen van puur controleren en regisseren, maar zal in deze tijd vooral ook als instrument dienen om die reframing in gang te zetten, waarbij men vanzelf dat veiligheidsdenken gaat voelen zodat het straks normaal is dat er een audit gedaan wordt en dat iedereen elkaar aanspreekt.

Per 1 februari draagt de interim bestuurder zijn taak als voorzitter RvB over aan de huidige voorzitter RvB, die vanaf dat moment het ziekenhuis zal gaan besturen. Ook hij is het eens met deze extra functie die het Bureau K&V in de komende periode zal vervullen.

“Je geeft hiermee als organisatie aan dat je K&V dus echt heel belangrijk vindt, dat je er zelfs een bureau van maakt.” (Huidige voorzitter RvB)

Kwaliteit en veiligheid staan vanaf nu als nummer één op de beleidsagenda van het ziekenhuis, waardoor de langgekoesterde wens van een Bureau K&V dat alle zaken rondom kwaliteit en veiligheid coördineert, in vervulling is gegaan. Het lijkt alsof er een ‘window of opportunity’ heeft plaatsgevonden waarbij de drie stromen van Kingdon bij elkaar komen. De drie stromen die in dit model beschreven worden zijn een probleemstroom, een beleidsstroom (oplossing) en een politieke stroom. De probleemstroom is een verwijzing naar het inzicht van een bestaand probleem waar de beleidsmakers aandacht aan moeten besteden en welke beïnvloed wordt door de

pogingen om daar iets aan te doen (Buse et. al, 2005). Dit kan vergeleken worden met de pogingen van de medewerkers om iets aan de kwaliteit en veiligheid te doen.

“Natuurlijk hebben ze binnen de groep Team Advies en Ontwikkeling ook het een en ander ontwikkeld op het gebied van K&V en doorgetrokken, maar als je de groep mensen hebt en je hebt alle middelen en een goede voorbereiding maar de beleidskeuze wordt; we gaan niet, dan ga je niet.”
(Zorgmanager 2)

De beleidsstroom gaat over die continue analyse van het probleem en de mogelijke oplossingen ervoor (ibid). De oplossing was al in ontwikkeling, namelijk een opzet voor een Bureau K&V. De politieke stroom bestaat uit veranderingen vanuit de overheid of campagnes van belanghebbenden die van invloed zijn op de beleidsvoering (ibid). Er was vanuit de samenleving al een ontwikkeling gaande op het gebied van kwaliteit en veiligheid en transparantie werd vereist.

Het model gaat er vanuit dat er pas een onderwerp op de beleidsagenda komt, wanneer deze stromen elkaar ontmoeten. Kingdon noemt dit een ‘policy window’ waar de term ‘window of opportunity’ ook van afgeleid is. In principe zijn het drie onafhankelijke stromen die af en toe los van elkaar en met elkaar in aanraking komen, tot het moment dat ze elkaar alle drie op het zelfde moment ontmoeten en er een ‘policy window’ ontstaat. Op dat moment wordt het vraagstuk serieus genomen en ontstaat er actie. Buse et. al (2005) noemen dat tijden van crisis of veranderingen in de politiek ook kunnen leiden tot veranderingen op de beleidsagenda’s, maar dat de invloed van actoren en de overheid daarbij wel van belang blijft omdat die het moment van actie kunnen beïnvloeden. Kortom de ‘timing’ is belangrijk.

De bovenstaande ontwikkelingen, doelen en positionering worden in de volgende paragraaf geanalyseerd vanuit de hoofdframes, om de relatie tussen framing en organisatievormgeving te illustreren. Daarnaast worden de taken en bevoegdheden die het Bureau K&V krijgt ook verder uitgediept en gekoppeld aan de verschillende hoofdframes.

4.3 Invloed van de frames op de ontwikkeling van Bureau K&V

Welke positie krijgt het Bureau K&V in de organisatie en welke verantwoordelijkheden en bevoegdheden krijgt het Bureau K&V?

Wat voor effect hebben de frames op de ontwikkeling van het Bureau K&V?

Zoals eerder beschreven in het theoretische kader, bepaalt volgens Rein & Schön (1994) het frame dat gebruikt wordt de manier waarop vervolgens wordt gehandeld. Bij

problematische situaties wordt duidelijk zichtbaar dat het frame dat gehanteerd wordt, bepalend is voor de oplossing die daaruit voortvloeit. Uit de bovenstaande resultaten is gebleken dat in de organisatie meerdere frames worden gehanteerd om de uitbraak te definiëren. Om de relatie tussen deze frames en het opstarten van het Bureau K&V te analyseren, wordt in deze paragraaf vanuit de hoofdframes die eerder besproken zijn uiteengezet welke oplossingen voortvloeien uit de diverse frames en hoe die oplossingen gerelateerd zijn aan het Bureau K&V (subvraag 3). Daarnaast wordt de discussie die ontstaan is over de positionering van het Bureau K&V ook in deze paragraaf uitgewerkt en geanalyseerd.

4.3.1 Individuele frames

Binnen het individuele frame wordt net als de oorzaak, ook de oplossing gezocht bij individuen. Daarnaast kunnen er maatregelen getroffen worden die ervoor zorgen dat de individuen geen fouten meer zullen maken. Hierbij kan gedacht worden aan het standaardiseren van werkprocessen of het aanscherpen van de maatregelen (Reason, 2000).

Wanneer het gaat over het thema inrichting van de organisatie, wordt er vooral gesproken over de toenmalige voorzitter van de RvB. Een maatregel die in het ziekenhuis vanuit het individuele frame getroffen is, is het wisselen van de RvB. Terwijl de uitbraak aan de gang is, wordt er door de RvT besloten extra hulp in te schakelen door een interim manager aan te stellen om de uitbraak onder controle te brengen. Uiteindelijk legt de voorzitter van de RvB in augustus zijn functie neer. In de opzet van het Bureau K&V wordt duidelijk gemaakt dat de RvB nu expliciet eindverantwoordelijk wordt voor de portefeuille kwaliteit en veiligheid, zodat de verantwoordelijkheid nu duidelijk belegd wordt, waar dat voor de uitbraak niet het geval bleek (Bureau K&V, 2012).

Naast het wisselen van de voorzitter van de RvB, heeft inmiddels ook de RvT te kennen gegeven de zetels opnieuw ter beschikking te stellen, is de coördinator infectie preventie uit de functie gehaald en worden de medisch microbiologen door de IGZ voor de tuchtrechter gedaagd (IGZ, 2012). Dit zijn allemaal vormen van oplossingen vanuit een individueel frame. Het dominante denken vanuit dit frame is: wanneer de personen niet meer de functie bekleden, waarin ze fouten hebben gemaakt of steken hebben laten vallen, wordt het probleem opgelost.

Wanneer het gaat over een oplossing voor het ontbreken van de focus op kwaliteit en veiligheid, waarbij er niet genoeg handhygiëne aanwezig was, is goed terug te zien dat tijdens de uitbraak ook hier een directe oplossing werd aangedragen. De hygiëne

protocollen werden herschreven en opnieuw aan elke medewerker duidelijk gemaakt via het intranet en de informatie bijeenkomsten (Persoonlijke observatie). Ook in de aanspreekcultuur werden de maatregelen verscherpt. Wanneer een medewerker vanaf dat moment werd gesignaleerd met een open jas, sieraden of wanneer zij buiten kwamen in uniform, kon je op staande voet worden ontslagen. Op dit moment worden er nog steeds waarschuwingen gegeven.

“Ik heb laatst nog een assistent aangesproken, die weigerde de lange mouwen onder de jas niet uit te doen. Hij zei: ‘zorg eerst maar dat je de temperatuur op orde hebt’. Die heeft van mij een schriftelijke waarschuwing gehad. En dat weet het hele ziekenhuis, want zo gaat dat natuurlijk.”
(Directeur patiëntenzorg)

Een van de respondenten, die inmiddels niet meer in het ziekenhuis werkt, geeft aan dat er voor de uitbraak een individuele benadering gebruikt werd in het ziekenhuis wanneer er iets fout ging of men zich niet aan de afspraak hield.

“Als men zich kwetsbaar opstelde en toegaf, dan werd je in die cultuur keihard onderuit geschoffeld/aangesproken.” (Specialist)

Uit diverse interviews wordt deze constatering zichtbaar. Dat sommige mensen niet door wilden gaan met kritische vragen stellen rondom kwaliteit en veiligheid voor en tijdens de crisis heeft ook te maken met angst: bang voor de gevolgen, bang voor het verlies van de functie. Het is een frame dat binnen de organisatie al aanwezig was. Dit verklaart ook waarom er door sommigen van de medewerkers in eerste instantie niet goed gereageerd werd op de controlerende functie die het Bureau K&V zou krijgen.

“Men is gewoon niet gewend dat je gecorrigeerd kan worden en dat de correctie helemaal niet een beschuldigende vinger is, maar ertoe moet leiden dat de patiëntveiligheid verbetert. Dat is niet iets wat ervaren zal worden in de eerste tijd. Het zal een straffende vinger zijn, jullie doen het fout.” (VAR-lid)

Ook van buitenaf wordt er aangedrongen op individuele oplossingen. De media willen letterlijk ‘koppen zien rollen’. De media worden steeds meer belust op sensatie en is opzoek naar slachtoffers. Dit kan verklaard worden door de eerder beschreven, gepaard gaande ‘victimisation of politics’ en de ‘politicisation of victims’ (’t Hart et al., 2001). Doordat sociale controle en regulering vanuit de overheid groter worden, vanwege de knowhow over de risico’s binnen organisaties, worden fouten over het algemeen steeds meer op de spits gedreven (Hutter & Power, 2005). Deze vorm van sociale controle vanuit de overheid wordt zichtbaar in het IGZ rapport, waarin de aanpak van de uitbraak van de Klebsiella bacterie, verwijtbaar wordt verklaard. Ook dit heeft invloed op de manier waarop er nu in de organisatie gehandeld wordt wanneer het gaat over afspraken die

gemaakt moeten worden. Een van de managers waarschuwt voor het effect dat de frames van buitenaf hebben op de medewerkers en daardoor ook op de rest van de organisatie.

“Voor medisch specialisten is het heftig wat er gebeurt rondom de aantijgingen die gedaan zijn. Tuchtrect is heel heftig en eng voor een specialist en dat moet serieus genomen worden. Iedereen is gespist op waar het fout gaat en wie de fout maakt, wat resulteert in het krampachtig aanleggen van een archief, waarin alle afspraken zwart op wit worden gezet.” (Zorgmanager 2)

4.3.2 Systeem frames

Vanuit de systeemframes wordt meer naar een oplossing gezocht in het systeem, waarbij het risico op fouten maken wordt verkleind en waar mogelijk wordt opgevangen door het systeem. De systeembenadering richt zich dus op de condities waaronder mensen werken, zodat een verdediging gebouwd kan worden die fouten voorkomt of gevolgen van fouten beperkt (Reason, 2000).

Zoals eerder beschreven, is duidelijk geworden dat er in het ziekenhuis geen goede verbetercyclus was ingericht. In de ontwikkeling van het Bureau K&V is duidelijk terug te zien dat de opzet van het Bureau K&V vooral bedoeld is om een dergelijke verbetercyclus op te zetten en een continu onderdeel te laten zijn van de organisatie. De coördinator van het auditteam vertelde in een interview dat hij het Bureau K&V vooral ziet als de motor die deze verbetercyclus draaiende gaat houden.

Een van de onderdelen die het Bureau K&V op dit moment aan het opstarten is en past binnen het verbeteren van het systeem is een intern audit systeem. Allereerst zijn alle audits die al gedaan werden binnen de organisatie bij elkaar in een agenda gezet, zodat er afstemming komt over wie, wanneer welke audit ondergaat. Daarnaast kwam in het K&V overleg, dat tweewekelijks gehouden wordt door het projectteam, naar voren dat er behoefte is aan een eenduidig beleid over wat te doen na een audit. In het vervolg zal dan ook een algemene richtlijn gelden voor alle soorten audits die in het ziekenhuis worden gedaan. Op deze manier kan er controle worden uitgevoerd of het systeem daadwerkelijk werkt en kunnen gaten in het systeem opgespoord worden, waardoor de organisatie een proactieve houding creëert als het gaat over risico's. Hierbij wordt het eerste doel van het Bureau K&V, het *borgen*, uitgewerkt.

Ook in het kader van de focusverlegging wordt Bureau K&V ingezet. Bewustwording en aandacht creëren worden door de respondenten benoemd als functies die het Bureau K&V vooral in de tijd vlak na de uitbraak, zal moeten inzetten. Het tweede doel, positionering en prioritering wordt hiermee bewerkstelligd. Zoals eerder beschreven getuigt de aanwezigheid van het Bureau K&V in de organisatie, dat zich puur bezig houdt

met kwaliteit en veiligheid, van een focusverlegging van productie naar kwaliteit en veiligheid. Om dit doel concreet te maken, wordt er op dit moment een dashboard ontwikkeld, waarbij elke afdeling een aantal indicatoren krijgt waar de manager op kan sturen en de RvB dit kan volgen en monitoren. Op deze manier wordt die controlecyclus binnen de sturing, die voorheen miste, ingevuld.

“Het tweede doel van het Bureau K&V is positionering van de onderwerpen in de organisatie met als consequentie de juiste prioritering. Dus als je een volle agenda hebt, dan begin je met kwaliteit en veiligheid en dan doe je de informatie aan huisartsen bijvoorbeeld als laatste.” (Adviseur RvB 1)

Zoals in de systeemframes duidelijk werd, verklaart een aantal respondenten de keuzes die gemaakt zijn rondom de uitbraak vanuit het ontbreken van een focus op kwaliteit en veiligheid. Er werd aangegeven dat die focus zelfs doorwerkt in het primaire proces. Ook hier is sprake van een frame dat al in de organisatie aanwezig was; een frame van productie en groei. Dit frame, dat werd uitgedragen vanuit de top van de organisatie, kan gezien worden als een dominant frame, dat zich als een olievlek over de organisatie heeft uitgespreid. Na de crisis, wordt het bestaande frame vanuit allerlei hoeken ter discussie gesteld en wordt de organisatie gedwongen om kritisch naar het bestaande frame te kijken. Vervolgens staat er een interim bestuurder aan het roer, wordt het Bureau K&V opgericht en treedt tot slot een nieuwe voorzitter van de RvB aan. Er vindt door de crisis als het ware een gedwongen reframing plaats, zoals Boin en 't Hart (2000) beschrijven. Al de gebeurtenissen die in deze korte periode plaatsvinden, kunnen omschreven worden als een revolutionaire periode (De Vries, 1995). Er is een nieuwe groep mensen in de organisatie gekomen, die een ander frame aanhangt en dit op de organisatie probeert over te brengen, waardoor er langzaam een paradigmawisseling, van productie - naar kwaliteitgericht denken, plaatsvindt (De Vries, 1995).

Dat het door de institutioneel afhankelijke context van de organisatie lastig blijkt, om binnen een korte tijd te veranderen van frames wordt duidelijk in de reactie van de organisatie op het initiatief van het Bureau K&V (Rein & Schön). Ondanks de bedoeling van het Bureau K&V om het primaire proces te betrekken in de vorm van een kwaliteit- en Veiligheidsraad en het terug brengen van de verantwoordelijkheid naar de lijn, blijft er een discussie gaande rondom de rol van het Bureau K&V, de positie die het krijgt en de taken en bevoegdheden.

Doordat de organisatie niet was ingericht om te werken en denken in termen van veiligheid, is het te verklaren waarom onder andere zorgmanagers nog niet in staat waren die verantwoordelijkheid rondom kwaliteit en veiligheid op zich te nemen. Een extern gerichte focus op productie en het missen van een verbetercyclus zijn factoren die vanuit een systeembenadering verklaren waarom de organisatie nog niet klaar was voor een

Bureau K&V. Niet alleen de managers waren hier nog niet aan toe. Ook op de werkvloer heerste er nog geen kwaliteit en veiligheidsdenken. Vlak na de uitbraak leek het even of de organisatie zich bewust was van het feit dat het niet langer op deze manier verder kon. Er werd voor het eerst 100% gescoord op een veiligheidsactie, wat kan wijzen op een 'sense of urgency' die gecreëerd is. Echter, blijkt al snel dat een cultuurverandering nodig is om de medewerkers bewust te maken van de noodzaak tot kwaliteit en veiligheid in het dagelijkse werk.

"Iedereen was in schok en er werd na veertien dagen gezegd dat we een cultuurverandering hebben, maar je ziet toch weer mensen die de uniformen niet volgens de regels dragen. Cultuur zit tussen de oren bij de medewerkers en het kost heel veel energie om dingen goed tussen de oren te krijgen."
(Programmamanager VMS)

Tijdens het opzetten van het Bureau K&V kwamen de projectmanagers en directie erachter dat de organisatiecultuur er deels voor zorgde dat er weerstand kwam vanuit de organisatie op het Bureau K&V. Dankzij dit inzicht is de keuze gemaakt om het Bureau K&V in de beginfase dan ook deels als instrument te gebruiken om deze cultuurverandering in gang te zetten.

Ook op het gebied van de aanspreekcultuur, wat vanuit de systeembenadering ook een gevolg is van de inrichting en de focus, zal het Bureau K&V maatregelen moeten nemen. Vanuit een systeembenadering gezien, zal de organisatie moeten zorgen voor duidelijkheid over de afspraken die gemaakt worden. Duidelijke protocollen zullen helpen bij het oefenen om elkaar op gedrag aan te spreken.

"Zolang je niet heel helder hebt staan wat je wel en niet mag, dan heb je ook geen reden om elkaar aan te spreken." (Adviseur RvB 2)

Daarnaast zal er in de organisatie op alle lagen een structuur moeten komen, waarbij meer tijd genomen moet worden voor reflectie, wat een onderdeel is van de verbetercyclus. Wanneer tijd vrij gemaakt wordt om situaties te bespreken, kan ervan geleerd worden en wordt de lering meegenomen in toekomstige situaties. Interne aandacht voor het creëren van een veilige omgeving waarbinnen elkaar aanspreken nodig is, is een vereiste. Op het moment dat iemand zich kwetsbaar opstelt, moet de organisatie garant staan dat er op een integere manier met die kwetsbaarheid omgegaan wordt, zonder dat je daar op wordt afgerekend. Dit geldt voor zowel de werkvloer als in de hogere lagen van de organisatie.

"Ook voor de managers zal moeten gelden dat er veiligheid moet zijn om de misstanden die er zijn terug te kunnen brengen op het niveau van de RvB, zonder dat ze daar direct op afgerekend kunnen worden." (VAR-lid)

Alleen al het bespreekbaar maken van het onderwerp kwaliteit en veiligheid draagt bij in de oefening en wordt ook als een functie van het Bureau K&V gezien. Het Bureau K&V kan ervoor zorgen dat het gesprek plaats kan vinden. Daarnaast speelt voorbeeldgedrag een belangrijke rol volgens een groot aantal respondenten. Wanneer er in de hogere lagen van de organisatie een goed voorbeeld gegeven wordt van de manier van veilig werken en het op de juiste manier aanspreken van elkaar, zal dit een positieve uitwerking hebben op het primaire werkproces. De RvB, directie, de managers, de teamleiders, de leden van het Bureau K&V en de kwaliteit- en veiligheidsraad zijn bij uitstek de ambassadeurs van de nieuwe werkwijze en zullen het goede voorbeeld moeten uitdragen.

Veel van de oplossingen vanuit een systeembenadering zijn terug te vinden in de taken die het Bureau K&V zal gaan vervullen. Ook vanuit de complexiteitsbenadering zijn door het ziekenhuis oplossingen naar voren gekomen die ingezet zijn om de kwaliteit en veiligheid te verbeteren.

4.3.3 Complexiteit frames

Een oorzaak die ligt in een overstijgende context, vraagt om een oplossing die ook buiten de organisatie ligt. De complexiteitstheorie spreekt over grotere systemen van druk, belemmering en verwachtingen die van invloed zijn op situaties (Dekker, 2010). In de thema's die besproken zijn vanuit de complexiteit frames, wordt uitgelegd dat marktwerking het in de hand werkt om patiëntveiligheid op een onjuiste manier te gebruiken. In de tijd dat het ziekenhuis begon uit te groeien en keuzes gemaakt moesten worden omtrent kwaliteitsindicatoren en accreditatie, was dit het geval. Echter vindt er op dit moment in de omgeving van het ziekenhuis; de samenleving, de overheid en de gezondheidszorg een verschuiving plaats waarbinnen de aandacht op kwaliteit en veiligheid steeds belangrijker wordt. Op dit moment zijn zorgverzekeraars zoals Achmea bezig, om samen met kwaliteitsdeskundigen eisen op te stellen. Daarnaast is het voor de meeste ziekenhuizen eind 2012 verplicht om het programma VMS geïmplementeerd te hebben, dus een verplicht veiligheidsmanagementsysteem te hanteren. De externe prikkels om bezig te zijn met kwaliteit en veiligheid worden alsmaar groter, waardoor de noodzaak tot transparantie ook alsmaar vergroot. Deze externe prikkels kunnen omschreven worden als druk van een groter systeem, dat de situatie in het Maasstad Ziekenhuis beïnvloedt (Dekker, 2010). Als reactie op deze druk wordt een Maasstad Norm ontwikkeld door het Bureau K&V. Dit is een ziekenhuisbrede norm, die een gezicht geeft aan alle van buitenaf opgestelde eisen waaraan het ziekenhuis moet voldoen. Het doel van deze norm is om een instrument te ontwikkelen waarbij inside-out aangetoond wordt

dat de norm niet gebaseerd wordt op input maar gebaseerd wordt op de gewenste effecten (Bureau K&V, 2012).

Naast het ontwikkelen van de Maasstad Norm, zoekt het ziekenhuis op dit moment bewust ook de samenwerking met andere ziekenhuizen in de regio als reactie op de toenemende transparantie. Immers, wanneer je transparant moet zijn over je ingrepen en behandeltechnieken zal er ook duidelijk worden dat het ene ziekenhuis minder goed is in bepaalde operaties of ingrepen dan een ander ziekenhuis. Om transparant te zijn en tegelijkertijd je positie te bewaken, is het van belang om de samenwerking op te zoeken in plaats van de beste willen zijn in alles.

“De huidige voorzitter RvB wil het Maasstad Ziekenhuis ook naar de top brengen, maar die beklimmen we samen met andere ziekenhuizen, want alleen kunnen we dat niet doen. We zoeken nu samenwerkingsverbanden met ziekenhuizen waar we eerst niet zo nodig iets mee moesten.”
(Adviseur RvB 2)

Het doel is om een regionaal instituut voor K&V op te gaan zetten, waarbinnen de Rotterdamse ziekenhuizen elkaar kunnen gaan helpen bij uitbraken zoals de Klebsiella bacterie of andere acute vraagstukken.

Naast de samenwerking tussen organisaties, vraagt marktwerking en de vraag naar transparantie ook om samenwerking binnen vakgroepen. Door de eis van steeds snellere, betere en goedkopere zorg worden ziekenhuizen verplicht om discipline overstijgende processen zodanig in te richten, dat de patiënt zo snel mogelijk weer naar huis kan (ZIP, 2009). Dit vraagt om samenwerking tussen specialisten, waarbij de aanspreekcultuur van extra belang wordt als het gaat om het borgen van de kwaliteit en veiligheid. De veiligheid van samenwerking in teams hangt namelijk voor een groot deel af van de ‘non-technical skills’, oftewel communicatie (Edmondson et al., 2007).

Amalberti et al. (2005) geven aan dat door de complexiteit van de gezondheidszorg, standaard oplossingen niet altijd het gewenste effect veroorzaken. Veiligheid zit volgens hen niet direct in de betreffende veiligheidsvoorschriften die gebruikt worden om fouten op te lossen, maar in de bereidheid om af te zien van cultureel en historische bepaalde normen en waarden, zoals de prestatie en de autonomie (ibid).

De jarenlange opleiding van de medisch specialisten wordt binnen het complexiteit frame benoemd als zijnde mede veroorzaker van het minimale aanspreekgedrag van artsen. Inmiddels is de medische vervolgopleiding voor medisch specialisten, na meer dan een eeuw onveranderd te zijn gebleven, sinds een aantal jaren vernieuwd en worden de arts-assistenten opgeleid volgens een competentiegerichte methode, waarbij feedback en

samenwerking meer centraal staat dan voorheen (Symczak et. al, 2010). Echter is er binnen de ziekenhuizen nog steeds een generatie artsen die gewend is op de oude manier te werken, waardoor het voor de jongere generatie specialisten lastig is om het geen wat hen geleerd is, ook daadwerkelijk toe te passen in de praktijk waardoor het nog jaren zal duren voordat de manier van het nieuwe opleiden daadwerkelijk zichtbaar wordt in de ziekenhuizen.

“Vervolgens wordt je als assistent na je opleiding scherp aangesproken tijdens je specialistenopleiding en als je dan zelf dokter bent, dan ga je je hetzelfde gedragen naar de nieuwe assistenten, want dat heb je afgekeken van die leermeesters die jou het hebben geleerd.” (Huidige voorzitter RvB)

Om toch de aanspreekcultuur te stimuleren in het Maasstad ziekenhuis, zal de nieuwe RvB continu in gesprek gaan met de medische staf en de VAR, om gezamenlijk een zorgvisie te ontwikkelen voor het ziekenhuis. Door het onderwerp bespreekbaar te maken, worden de eerste stappen richting een cultuurverandering ingezet.

5 Conclusie & Discussie

Crisismanagement wordt steeds belangrijker en is in de afgelopen jaren beïnvloed door een aantal belangrijke ontwikkelingen die samengevat kunnen worden in een allesomvattende ontwikkeling: het verschuiven van een industriële samenleving naar een risicosamenleving. Ook binnen organisaties is deze verschuiving zichtbaar. De organisaties worden steeds complexer waardoor het effect van een fout op detailniveau ernstige gevolgen kan hebben. Er is een mogelijkheid dat er een crisis ontstaat, waarbij crisismanagement een cruciale rol speelt (Hutter & Power, 2005). De wijze waarop organisaties met crises om gaan is niet overal gelijk. Dit komt omdat er op verschillende manieren naar crises gekeken kan worden. Elke persoon, groep mensen of een organisatie kan een problematische situatie op een verschillende manier bekijken en selecteert en benoemt verschillende 'zaken' uit die situatie die in zijn/haar oogpunt het verhaal 'problematisch' maken en gaat vanuit dat punt op zoek naar een oplossing. Dit proces wordt framing genoemd. Als gevolg van een discussie die kan ontstaan, doordat verschillende partijen binnen een organisatie vanuit een ander frame naar de situatie kijken, kan er een aanleiding zijn tot reframing. Vanuit de literatuur is bekend dat de verschillende frames vooral zichtbaar worden in problematische situaties en een crisis een mogelijke aanleiding kan vormen voor reframing.

In dit onderzoek stond framing van crises in zorgorganisaties centraal aan de hand van een case studie naar de uitbraak van de Klebsiella bacterie in het Maastricht Ziekenhuis. De probleemstelling die in het onderzoek centraal stond, is:

Op welke manier is de crisis binnen het Maastricht Ziekenhuis, de uitbraak van de Klebsiella bacterie, geframed en hoe vertaalt zich dat in het opzetten van het Bureau Kwaliteit & Veiligheid?

In de volgende paragraaf geef ik antwoord op de probleemstelling door de deelvragen te beantwoorden. De laatste paragraaf beschrijft vervolgens een methodologische en theoretische discussie, waarin op de resultaten gereflecteerd wordt.

5.1 Conclusie

De eerste deelvraag die centraal stond, is welke frames er binnen het ziekenhuis gehanteerd worden om de uitbraak te definiëren. Uit de interviews is door middel van een iteratief analyseproces een viertal thema's naar boven gekomen die binnen de organisatie gehanteerd worden en die gebruikt worden om de uitbraak van de Klebsiella bacterie te framen: de inrichting van de organisatie, het gebrek aan focus voor kwaliteit en veiligheid,

het ontbreken van veiligheidsdenken en het ontbreken van een aanspreekcultuur. In de laatste fase van de analyse zijn drie overkoepelende frames uit de data gedestilleerd: individuele frames, systeem frames en complexiteit frames. Elk van deze overkoepelende frames geeft vanuit een ander perspectief betekenis aan de vier thema's. In de onderstaande matrix zijn de resultaten samengevat weergegeven.

Matrix	Individuele frames	Systeem frames	Complexiteit frames
Inrichting van de organisatie	Verantwoordelijkheid niet goed belegd vanuit de RvT en RvB/ geen kennis van zaken	Ontbreken van structurele verbetercyclus	n.v.t.
Focus niet op kwaliteit & Veiligheid	Bestuurders die gericht waren op productie en groei en herstellen financiële stabiliteit	Focus op andere onderwerpen, zoals nieuwbouw, verhuizing, financiën, productie i.p.v. focus op kwaliteit & veiligheid	Marktwerking werkt een onjuiste manier van het gebruik van patiëntveiligheid in de hand
Veiligheidsdenken ontbreekt	Geen handhygiëne in het primaire proces	De organisatiecultuur was niet ingericht op kwaliteit en veiligheid / oude locaties waren geen plek voor veiligheidsdenken	n.v.t.
Aanspreekcultuur ontbreekt	'Onder de pet houden' van microbiologen	Onduidelijke protocollen, geen verbetercyclus maakten dat het minder gemakkelijk was om aan te spreken.	De compassie die centraal staat in de zorgsector, maakt dat problemen soms versimpeld worden. En de opleidingscultuur van specialisten stimuleert niet om elkaar aan te spreken of fouten te bespreken.

Uit de matrix blijkt dat framing dus op verschillende niveaus kan plaatsvinden. Het is echter ook duidelijk geworden dat de thema's en hoofdframes moeilijk te scheiden zijn. Bijvoorbeeld bij het thema: ontbreken van een aanspreekcultuur. In de matrix is duidelijk te zien dat het thema aanspreekcultuur moeilijk lost te koppelen is van het thema inrichting. Door het missen van een verbetercyclus is men nooit gewend geweest om elkaar aan te spreken.

Daarnaast werd tijdens de dataverzameling duidelijk dat één persoon meerdere thema's en niveaus tegelijk kan hanteren en dat de thema's met elkaar in relatie staan. Dit geeft aan dat het lastig is om per individu aan te geven welk frame gehanteerd wordt. Wel wordt goed zichtbaar dat de verschillende frames gerelateerd zijn aan de discussie rondom de rol, positionering en taken en bevoegdheden van het Bureau K&V.

Het antwoord op de tweede deelvraag beschrijft het doel en de totstandkoming van een van de oplossingen die de organisatie na de uitbraak introduceert: het Bureau K&V. Uit de interviews blijkt dat er al langer een wens bestond voor een bureau dat activiteiten rondom kwaliteit en veiligheid clustert. Na de uitbraak worden, onder leiding van de interim bestuurder, de eerste contouren van het Bureau K&V opgesteld. De doelen van het Bureau K&V zijn:

1. Centraal *borgen* van Kwaliteit en Veiligheid
2. Juiste *positionering* van deze onderwerpen binnen de organisatie, met als directe consequentie juiste *prioritering*.
3. Bieden van *transparantie* op kwaliteit- en veiligheidscriteria c.q. indicatoren.

Wanneer het Bureau K&V in de rest van de organisatie gepresenteerd wordt, blijkt er al snel weerstand te zijn. De grootse weerstand wordt zichtbaar in de discussie over de positie die het Bureau K&V zou krijgen. De discussie spitst zich toe op de vraag of het Bureau K&V een staffunctie zou vervullen direct onder leiding van de RvB of dat het alleen een ondersteunende rol zou krijgen en de regie in de lijn (RvB → directie → managers → teamleiders → teams) blijft liggen. De weerstand werd zichtbaar door een gevoel dat aangeeft dat in het verleden veel van bovenaf werd opgelegd en dat er behoefte is aan meedenken vanaf de werkvloer. In principe was dit de bedoeling van het Bureau K&V. Echter, gaandeweg bleek dat het opzetten van een Bureau K&V gepaard moet gaan met een cultuuromslag. Hierbij moet het ziekenhuis een reframing ondergaan van een centraal gestuurde en prestatiegerichte organisatie met een focus op productie, naar een decentrale, lerende organisatie met een veiligheidscultuur waarbij de focus ligt op kwaliteit en veiligheid. Het effect van framing op het Bureau K&V gaat daarbij verder dan in eerste instantie was verwacht.

De derde deelvraag die gaat over de positie, verantwoordelijkheden en bevoegdheden die het Bureau K&V krijgt, wordt beantwoord in combinatie met het antwoord op de vierde deelvraag: Wat voor effect hebben de frames op de ontwikkeling van het Bureau K&V? Vanuit de interviews wordt duidelijk dat de thema's die gebruikt worden in alle drie de hoofdframes, ook terug te zien zijn in de taken en bevoegdheden die Bureau K&V zal krijgen. Allereerst wordt de eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid nu duidelijk belegd bij één persoon uit de RvB. Daarnaast zijn de hygiëne protocollen direct aangepast en worden de medewerkers individueel aangesproken door de directie wanneer zij zich hier niet aan houden. Dit zijn oplossingen vanuit het individuele frame. Ten tweede, wordt duidelijk dat de rol en taken van het Bureau K&V vooral vanuit de systeemframes afkomstig zijn. Dit wordt zichtbaar in twee van de drie doelstellingen die

het Bureau K&V heeft en de bijbehorende oplossingen. Het Bureau K&V zal alles rondom kwaliteit en veiligheid centraal borgen en een systeem opstellen, waardoor deze *borging* continue blijft. Het Bureau K&V wordt als het ware de motor om de PDCA cyclus aan te drijven. Vervolgens wordt er *prioritering* gegeven aan de onderwerpen die te maken hebben met kwaliteit en veiligheid, wat er voor zal zorgen dat de positie van deze onderwerpen vergroot wordt. Het derde en laatste doel dat het Bureau K&V zich stelt, past meer bij een oplossing vanuit het complexiteit frame, waarbij gezocht wordt naar een manier om te reageren op de steeds groter wordende vraag naar *transparantie* vanuit de overheid en samenleving, in de vorm van een Maasstad Norm en samenwerking met andere ziekenhuizen uit de regio.

Ondanks deze reframing van de focus en de hiermee gepaard gaande positionering van het Bureau K&V, ontstaat zoals eerder beschreven weerstand vanuit de organisatie. Uit de interviews blijkt namelijk dat de doelen die het Bureau K&V gesteld heeft nog niet met enthousiasme worden ontvangen op de werkvloer. Het blijkt dat er een cultuurverandering moet plaatsvinden door alle lagen van de organisatie heen. Op dit moment blijkt dat het effect van framing verder gaat dan in eerste instantie was verwacht en krijgt het effect van framing op de ontwikkeling van het Bureau K&V een diepere betekenis. Ondanks de roep naar verbetering van kwaliteit en veiligheid, is de organisatie nog niet in staat deze veranderingen direct te omarmen. Dit kan verklaard worden door de institutionele context van de organisatie. Jarenlang heeft de organisatie niet die aandacht aan kwaliteit en veiligheid gegeven, zoals dat nu gebeurt. Door de uitbraak van de Klebsiella bacterie, de komst van een interim manager en uiteindelijk een nieuwe voorzitter RvB, wordt de organisatie gedwongen om de huidige manier van werken ter discussie te stellen. Er moet op fundamenteel niveau een reframing plaatsvinden van een productie gericht denken, naar kwaliteit en veiligheid gericht denken.

Tijdens het opzetten van het Bureau K&V kwamen de projectmanagers en directie erachter dat de organisatiecultuur er deels voor zorgde dat er weerstand kwam vanuit de organisatie op het Bureau K&V. Dankzij dit inzicht is de keuze gemaakt om het Bureau K&V in de beginfase dan ook deels als instrument te gebruiken om deze cultuurverandering in gang te zetten.

5.2 Discussie

In deze paragraaf wordt er vanuit een theoretische- en methodologische discussie gereflecteerd op de resultaten van het onderzoek. Allereerst volgt een theoretische

discussie, waarin de resultaten worden gekoppeld aan het theoretisch kader van waaruit het onderzoek vertrokken is.

5.2.1 Theoretische discussie

In dit onderzoek is de theorie over framing en reframing gebruikt om verschillende frames zichtbaar te maken die rond de uitbraak van de Klebsiella bacterie in het Maasstad ziekenhuis zijn gehanteerd. Vanuit de literatuur is bekend dat frames vooral zichtbaar worden in problematische situaties en dat een crisis een mogelijke aanleiding vormt voor reframing (Rein & Schön, 1994, Korsten, 2008, Boin en 't Hart, 2000, De Vries, 1995).

Omdat frames beïnvloed worden door normen en sociale opvattingen die door verschillende personen met elk hun eigen normen en waarden gevormd zijn, is het lastig om per persoon of groep personen aan te wijzen welk frame gehanteerd wordt (Rein & Schön, 1994). In de analyse is duidelijk geworden dat het inderdaad lastig is om frames te achterhalen. Dit werd ondermeer zichtbaar door de verschillende frames die de respondenten kunnen hanteren op hetzelfde moment.

Hoewel het lastig is om frames en de constructie ervan te achterhalen, is uit dit onderzoek gebleken dat het van grote waarde kan zijn wanneer een organisatie zich bewust is van de verschillende frames die er bestaan, zonder dat specifiek duidelijk is welke personen welke frames precies hanteren (Boin en 't Hart, 2000). Door de verschillende frames die in de organisatie gehanteerd zijn te relateren aan een organisatievormgeving, worden onderliggende motivaties voor keuzes zichtbaar.

In de analyse is duidelijk geworden dat er verschillende niveaus zijn waarbinnen framing plaats kan vinden zoals Vincent (2010) beschrijft. De beschreven frames lopen echter zodanig door elkaar heen, dat een onderscheid bijna niet te maken is en de oplossing dus ook een combinatie vormt van deze niveaus. Kortom, er bestaan verschillende frames op verschillende niveaus welke naast elkaar kunnen bestaan. Vanuit de literatuur lijkt er een verschuiving gaande van een individueel gerichte kijk op fouten, naar steeds meer systeemdenken en complexiteitsdenken (Kohn et al., 1999). Deze hoofdframes kunnen vergeleken worden met de retorische frames (Rein & Schön, 1994). De retorische frames worden volgens Rein & Schön (1994) legitiem door de koppeling met actieframes, welke vergeleken kunnen worden met de oplossingen die per frame aangedragen kunnen worden. Een voorbeeld van een dergelijke koppeling is bijvoorbeeld het individuele frame bewust benadrukken door medewerkers in een organisatie te ontslaan. In dit onderzoek zijn meerdere frames en dus ook meerdere oplossingen zichtbaar geworden.

In de theorie over framing wordt gesproken over dominante frames, waarbij een groep personen in eenzelfde frame zit, dat dominant kan zijn tegenover andere frames (De Vries, 1995). Het enige frame dat dominant genoemd kan worden is het feit dat vrijwel alle respondenten het eens zijn dat er iets met kwaliteit & veiligheid mis was en dat hier wat aan gedaan moet worden. Wanneer het echter gaat over de thema's of de hoofdframes over de uitbraak van de Klebsiella bacterie is het lastig om een expliciet dominant frame aan te tonen. Dit is enerzijds te verklaren doordat uit de resultaten gebleken is dat frames door elkaar heen lopen, waarbij het lastig is om een dominant frame aan te wijzen. Anderzijds was het ook lastig om dominantie aan te tonen doordat de respondenten niet zijn geselecteerd op groepen mensen, maar op diversiteit. Bovendien zijn er maar drie respondenten van buiten de organisatie geïnterviewd, waardoor een dominantie in de hoofdframes mogelijk niet betrouwbaar is.

Een belangrijke conclusie die het onderzoek onverwachts heeft opgebracht, is een belangrijke conclusie voor het ziekenhuis. Door alle frames heen werd duidelijk dat er een achterliggend frame in de organisatie aanwezig is, dat ervoor zorgt dat de ingezette reframing van een productie- naar een kwaliteit en veiligheidsgestuurde organisatie lastig maakt. Wanneer gesproken wordt over het achterliggende frame dat onder andere gezorgd heeft voor weerstand vanuit de organisatie tijdens de ontwikkeling van het Bureau K&V, kan ook gesproken worden van een dominant frame. Door de nadruk die jarenlang binnen de organisatie werd gelegd op groei & productie is productie als dominant frame geïnstitutionaliseerd. Dit frame maakt het lastig om de doorgevoerde veranderingen die vanuit een ander frame zijn bedacht direct aan te nemen. De praktijk bevestigt hierbij de theorie wanneer er beschreven wordt dat een crisis een gedwongen reframing in gang kan zetten (Korsten 2008). Het bestaande frame wordt op deze manier ter discussie gesteld, wat het proces van reframing duidelijk weergeeft en mogelijk maakt. Echter wordt ook bevestigd dat reframing niet zo maar plaatsvindt (Rein & Schön, 1994). Wanneer het Bureau K&V gepresenteerd wordt in de organisatie, weerspiegelt de weerstand de weerbarstigheid van het proces van reframing.

In de literatuur wordt gesproken over het begrip padafhankelijkheid, dat duidelijk maakt dat reframing een langdurig proces is. Het begrip padafhankelijkheid wil zeggen dat een bepaalde context waarin een probleem zich afspeelt, de verschillende actoren, overheidsbepalingen en maatschappelijke aandacht voor bepaalde onderwerpen allemaal invloeden en keuzes die in het verleden gemaakt zijn vertegenwoordigen, die ervoor zorgen dat een beleidsverandering, paradigmawisseling of reframing niet gemakkelijk is. Neem bijvoorbeeld het door Helderman et al. (2005) beschreven proces van de hervorming van het zorgstelsel in Nederland. Het duurde jaren voordat de plannen

uiteindelijk doorgevoerd waren, doordat de institutionele voorwaarden die het plan zouden ondersteunen aan het begin niet aanwezig waren (Helderman et al., 2005). Ook bij de veranderingen die op dit moment plaatsvinden binnen het Maasstad Ziekenhuis zou gesteld kunnen worden dat de institutionele voorwaarden voor een organisatie die de focus legt op kwaliteit en veiligheid nog niet geheel aanwezig zijn. Het Bureau K&V speelt daarbij wel een belangrijke rol, waarbij door middel van de rol, taken en bevoegdheden een omgeving wordt gecreëerd waarbinnen die reframing kan plaatsvinden.

De ontwikkelingen die binnen en buiten het Maasstad ziekenhuis hebben plaatsgevonden kunnen worden samengevat in het model van Kingdon, waarbij een window of opportunity; het opstarten van een Bureau K&V, waarmee kwaliteit en veiligheid op de agenda van de RvB is komen te staan, mogelijk is geworden na het bijeenkomen van de drie stromen (Buse et al., 2005). De beleidstroom, waarbinnen de strategische keuzes werden gemaakt. De probleemstroom, die staat voor de verbeteringen op het gebied van kwaliteit en veiligheid. En de politieke stroom, die de ontwikkelingen in politieke context vertegenwoordigt. Er waren momenten in de geschiedenis van de organisatie waar twee van de drie stromen elkaar af en toe raakten. Bijvoorbeeld op de momenten waarop medewerkers vanuit de organisatie de ideeën voor een Bureau K&V aangaven. Of wanneer het door de overheid opgelegde project VMS, tijdens de implementatie op meerdere momenten duidelijk maakte dat er op het gebied van kwaliteit en veiligheid verbeteringen konden plaatsvinden. De stromen waren dus al die tijd aanwezig en zouden op een gegeven moment bij elkaar gekomen zijn, maar de uitbraak van de Klebsiella bacterie kan wel gezien worden als een crisis die het proces heeft doen versnellen. De crisis in het Maasstad Ziekenhuis rondom de Klebsiella bacterie zou gezien kunnen worden als 'critical juncture', dat het 'pad' van het Maasstad Ziekenhuis kan veranderen en op deze manier de institutionele voorwaarden langzaam kunnen ontstaan die nodig zijn voor een organisatie die gericht is op kwaliteit en veiligheid (Buse et al., 2005).

5.2.2 Methodologische discussie

De theorie over framing en het effect van framing en reframing in combinatie met een crisis, is onderzocht aan de hand van een case studie. De case studie die centraal stond in dit onderzoek was de uitbraak van de Klebsiella bacterie in het Maasstad Ziekenhuis. Hieronder volgt een discussie over de onderzoeksmethoden in combinatie met de resultaten van het onderzoek. De paragraaf wordt afgesloten met een aanbeveling voor verder onderzoek.

Validiteit & Betrouwbaarheid

Als onderzoeker was ik op het moment van de uitbraak zelf onderdeel van de organisatie als medewerker op de afdeling radiologie en stond dus zodanig dicht bij de gebeurtenissen dat het een logische keuze was om deze casus te gebruiken. Dat ik onderdeel was van de organisatie heeft mij veel voordelen opgeleverd tijdens het uitvoeren van het onderzoek. Ik was vrij snel in contact met de personen die het Bureau K&V zouden gaan opzetten en kon via hen gemakkelijk aan mijn respondenten komen. Ook had ik de mogelijkheid om één dag in de week fysiek op de afdeling aan mijn onderzoek te werken en wekelijks overleg te hebben met een van de projectleiders. Doordat ik onderdeel was van de organisatie en de ontwikkelingen van het Bureau K&V van dichtbij mee kon maken is de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot. Tijdens het onderzoek is echter ook gebleken dat het lastig is om constant objectief te blijven, wanneer je als onderzoeker zelf onderdeel bent van de context waarbinnen het onderzoek uitgevoerd wordt. Tijdens het interviewen was het een uitdaging om een eigen frame uit te schakelen en te focussen op het achterhalen van de frames van de respondenten. Om dit zoveel mogelijk te ondervangen en de betrouwbaarheid te vergroten is er gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews, waarbij er vooraf geen vooringenomen frame werd gehanteerd. Ondanks dat er mogelijkheid was tot datatriangulatie door middel van observaties en documentanalyse is dan ook bewust gekozen om dit niet expliciet toe te passen, zodat de eigen framing zoveel mogelijk is uitgeschakeld. Daarnaast is een iteratief proces gehanteerd waarbij steeds uit de analyse van de data opkomende frames zijn meegenomen in de verdere dataverzameling. In de laatste interviews konden daardoor de verschillende frames al als basis worden gehanteerd. Het doel hiervan was niet om te toetsen in welke mate de respondenten deze frames hanteren, maar meer ter validatie van de op basis van de in eerdere interviews gevonden frames.

Een van de deelvragen om de probleemstelling te beantwoorden was het weergeven van de verschillende frames die gehanteerd worden binnen de organisatie. In totaal zijn echter maar 15 respondenten geïnterviewd, terwijl in het ziekenhuis 3000 mensen werken. Er is dus maar een beperkte groep respondenten geïnterviewd, wat de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek kan aantasten. Om dit effect zo klein mogelijk te maken is er bewust gekozen om zoveel mogelijk diversiteit aan te brengen in de respondenten. Het representeren van het primaire proces is samengevat in een lid van de Verpleegkundige Advies Raad en twee zorgmanagers. Daarnaast is een aantal respondenten geselecteerd die onderdeel uitmaken van het Bureau K&V, omdat zij in een

relatief korte periode eerder een indruk konden geven van de beweegredenen van het Bureau K&V en de taken en bevoegdheden, dan andere respondenten.

Een andere manier waarop de externe validiteit minder zou kunnen zijn, kan komen doordat ik gebruik heb gemaakt van een case studie, waardoor het niet met zekerheid te zeggen is dat de uitkomsten ook gelden voor andere organisaties. Door de bevindingen in het kader van de bestaande literatuur over frames te hanteren, is getracht toch tot meer algemene uitspraken te komen. Dat geldt ook voor de inhoud van de frames, die te herleiden zijn tot verschillende opvattingen over veiligheid die in de literatuur worden gehanteerd.

Ook de interne validiteit van het onderzoek is discussieerbaar, omdat het onderzoek parallel liep aan de ontwikkeling van het Bureau K&V. Doordat het Bureau K&V in project vorm werd opgezet tijdens het onderzoek en continu onderhevig was aan veranderingen heb ik keuzes gemaakt in mijn respondenten, die misschien anders zouden zijn dan wanneer het Bureau K&V al was opgezet. Ik had bij aanvang van het onderzoek nog onvoldoende sturingsinformatie voor het selecteren van de respondenten, waar ik achteraf gezien misschien meer gekozen had voor respondenten die lager in de organisatie zitten, omdat de insteek van het Bureau K&V uiteindelijk ook meer decentraal belegd is. Waar het voor de interne validiteit minder gunstig is geweest, is het voor de betrouwbaarheid echter een voordeel. Het kan namelijk ingewikkeld zijn om framing achteraf te onderzoeken, omdat de onderzoeker zich dan al kan laten leiden door gebeurtenissen en feiten die al geweest zijn. Wanneer het Bureau K&V al bestaan had, had het waarschijnlijk meer voor de hand gelegen om te onderzoeken of bestaande frames terug te zien zijn in het Bureau K&V. De gehanteerde methode heeft het daarentegen mogelijk gemaakt processen van reframing in actie te volgen.

Ethische overwegingen

Tot slot moet nog aangegeven worden dat de uitbraak van de Klebsiella bacterie voor het ziekenhuis en haar medewerkers enorme impact heeft gehad. Dit kan nog van invloed zijn geweest op de betrouwbaarheid van het onderzoek, wanneer het gaat om openheid en eerlijkheid over de situatie. Over het algemeen is er heel open gesproken tijdens de interviews, waardoor dit effect minimaal is. De uitbraak van de Klebsiella bacterie blijft echter een gevoelig onderwerp dat het lastig maakte in de keuze voor bepaalde citaten. Ondanks dat het onderzoek niet het doel had om persoonlijke frames weer te geven, blijven de citaten van personen afkomstig. Er is dan ook voor gekozen om een aantal citaten te anonimiseren.

5.2.3 Aanbevelingen

Vanuit het onderzoek kunnen een aantal aanbevelingen voor vervolgstudies worden gedaan.

Hoewel het geen doel van het onderzoek was om de mate waarin frames gehanteerd worden te onderzoeken, kan het voor een organisatie wel interessant zijn om te onderzoeken of er verschillen zijn in groepen, wanneer het gaat om de definities van patiëntveiligheid. Een van de onderwerpen die een aantal keer naar boven is gekomen in het onderzoek is de rol van medisch specialisten op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Vanuit de praktijk en de literatuur is bekend dat er tussen specialismen veel verschillen bestaan, waarbij het soms lastig is om samen te werken. Het zou dan ook interessant kunnen zijn voor zowel de wetenschap als voor een organisatie om meer inzicht te krijgen of er verschillende frames over kwaliteit en veiligheid bestaan tussen specialismen. Ook vanuit de literatuur is de afgelopen jaren steeds meer aandacht voor de rol van specialisten bij het creëren van een veiligheidscultuur (Reason, 2000). Wanneer men bewust is van de verschillen in framing van veiligheid door verschillende artsen, kan hier extra rekening mee gehouden worden in de samenwerking. Juist doordat de professionals in verschillende disciplines werken, is het des te belangrijker dat er een cultuur heerst waarin het gewoon is dat men elkaar en de verschillende professies kan accepteren, maar dat er wel ruimte is om elkaar aan te spreken. Deze cultuur kan bijvoorbeeld bevorderd worden door kennisverspreiding tussen verschillende disciplines, waarbij er vooral gericht wordt op het leren van incidenten, fouten (Jensen, 2008).

Naast het creëren van een veiligheidscultuur onder de professionals specifiek, heeft het Maasstad Ziekenhuis met de ontwikkeling van het Bureau K&V een grote stap voorwaarts gezet richting het creëren van een organisatiebrede veiligheidscultuur. Uiteindelijk is dit voor het Bureau K&V dan ook de belangrijkste rol die het zal vervullen in de eerstvolgende periode. Het zijn niet de concrete taken van het Bureau K&V waarbinnen deze oplossing zichtbaar wordt, maar vooral het resultaat dat het Bureau K&V uiteindelijk moet bereiken door middel van deze taken. Volgens het plan van aanpak is het Bureau K&V een instrument, om ervoor te zorgen dat elke medewerker in staat is om het kwaliteitsdenken en veiligheidsbesef zich eigen te maken, waarbij het volgende principe leidend is: Kwaliteit is het doel, veiligheid de voorwaarde.

Waar de organisatie zich echter wel bewust van moet zijn, zijn de onzekerheden die het sturen op veiligheid met zich mee brengt en zal blijven brengen in de toekomst. Veiligheid blijft moeilijk zichtbaar, complex, de professionele autonomie blijft een dominante rol

spelen en veiligheid is vaak een ambigu probleem (Leistikow, 2011). Het meten van veiligheid en de uitkomsten zijn vaak niet direct zichtbaar, waardoor het lastig blijft om op veiligheid te sturen. Daarnaast zitten zorgorganisaties steeds complexer in elkaar. Niet alleen door ontwikkelingen op het gebied van behandeling, medicijnen en technologie, maar ook de organisatiestructuren maken het lastig om te sturen op veiligheid. De RvB is in principe eindverantwoordelijk, maar heeft niet evenveel inzicht in het primaire proces. De professionele autonomie zal altijd aanwezig blijven en ook wanneer het om veiligheid gaat een dominante rol blijven spelen in de zorg. Bij een gedeelde verantwoordelijkheid voor de geleverde zorg door de RvB en de medische staf, is de kans op belangenverstrengeling snel aanwezig. Vertrouwen speelt hierbij dus een hele belangrijke rol. Verder blijft veiligheid, zoals dit onderzoek heeft aangetoond, vaak een ambigu probleem, waarbij de gelaagdheid van het probleem, het lastig maakt om een eenduidige oorzaak en dus ook een eenduidige oplossing te bedenken. Kortom, een uitdaging die vraagt om een dynamische sturing vanuit de topstructuur van de organisatie.

Effectief leiderschap kan namelijk zorgen voor de verbetering van de kwaliteit en veiligheid in complexe organisaties (Flin & Yule, 2004).

Een bestuurder kan duidelijkheid creëren door van te voren vast te stellen wie waar verantwoordelijk voor is en kan mensen aansturen op het creëren van veilige en goede zorg (Leonard et al., 2004). Flin & Yule (2004) omschrijven verschillende leiderschapsstijlen om dit toe te passen. Transformationeel leiderschap, transactioneel leiderschap en 'laissez-fair' leiderschap. Bij transformationeel leiderschap ben je als leider vooral bezig om de psychologische veiligheid te creëren en de organisatie het gevoel te geven dat kwaliteit de hoogste prioriteit heeft. Hierbij staat samenwerking centraal. Bij transactioneel leiderschap ben je vooral aan het sturen op acties en het monitoren en controleren van veiligheid. Het stellen van heldere doelen is hierbij belangrijk. 'Laissez-fair' leiderschap beslaat vooral een leiderschapsstijl van delegeren. Bij deze laatste leiderschapsstijl ligt de verantwoordelijkheid in het geheel op de werkvloer of in lagere managementlagen en wordt er niet vanaf boven ingegrepen. Vaak wordt deze leiderschapsstijl voor een bepaalde periode toegepast. Een goede fit tussen de context van de organisatie en de leiderschapsstijl is van belang (Flin & Yule, 2004). Het ene moment heeft de organisatie meer behoefte aan transactioneel leiderschap, waarbij vooral aandacht besteed wordt aan het reflecteren op de gestelde doelen en de acties, waarna vervolgens vanuit een transformationele leiderschapsstijl verder gebouwd kan worden aan een cultuur waarbinnen die acties en doelen die opgesteld zijn ook bespreekbaar worden gemaakt. Deze laatste ontwikkeling is duidelijk zichtbaar geworden tijdens de uitbraak van de Klebsiella bacterie in het Maasstad Ziekenhuis en de ontwikkeling van het Bureau K&V. In de beginfase van de uitbraak en de start van het

Bureau K&V is er voornamelijk vanuit een transactionele leiderschapsstijl leiding gegeven. De 'touwtjes' zijn voor een korte periode letterlijk strak getrokken, om de organisatie weer scherp te krijgen. Vervolgens kan er gesproken worden van een verschuiving naar een meer transformele leiderschapsstijl die in de latere fase van het Bureau K&V naar voren is gekomen, door meer nadruk te leggen om samenwerking en het stimuleren van initiatieven die rondom kwaliteit en veiligheid genomen worden. Uiteindelijk zal de organisatie moeten inspelen op de dynamiek van de organisatie en de context waarin ze zich bevindt en zal de nieuwe voorzitter moeten streven naar een zo goed mogelijke fit tussen deze context en zijn leiderschapsstijl.

Literatuurlijst

- Amalberti, R., Auroy, Y., Berwick, D. et al. 2005. 'Five System Barriers to Achieving Ultrasafe Health Care'. *Annals of Internal Medicine*. 142:756-764.
- Boin, A. & P. 't Hart. 2002. 'Van normale incidenten tot nieuw beleid: crisis in het gevangeniswezen' van Boin A. & S. Resodihardjo, in: Boin, Kuipers en Otten.
- Boeijs, H. 2006. *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Den Haag: Boom onderwijs.
- Bureau K&V. 2012. *Projectplan Bureau K&V*. Februari 2012
- Creswell, J.W. 2003. *Research design. Qualitative, Quantitative and Mix Methods approaches. Second edition*. London: Sage Publications Ltd.
- Maasstad Ziekenhuis. 2012. 'Prof. dr. Leon Eijssman neemt afscheid na roerige tijden'. *De Krant*. 28-01-2012.
- Dekker, S.W.A. 2010. 'We Have Newton on a Retainer: Reductionism When We Need Systems Thinking'. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 36(4):147-148.
- Den Engelsens, B., Van Beek, C. & G. Blijham. 2007. *Marketing voor zorgverleners*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- De Vries, G. 1995. *De ontwikkeling van wetenschap. Een inleiding in de wetenschapsfilosofie*. Houten: Noordhoff Uitgevers BV.
- Edmondson, A.C., Dillon J.R. & K.S. Roloff. 2007. 'Three perspectives on team learning.' *The academy of management annals*. 1(1):269-314.
- Flin, R & S. Yule. 2004. 'Leadership for safety: industrial experience'. *Quality Safety Health Care*. 13(2): ii45–ii51.
- Hallahan, K. 1999. 'Seven models of framing: implications for public relations'. *Journal of public relations research*. 11(3), 205-242, 1999.
- 't Hart, P., Heyse, L. & A. Boin. 2001. 'New Trends in Crisis Management Practice and Crisis Management Research: Setting the Agenda'. *Journal of Contingencies and Crisis Management*. 9 (4):181-188.
- Helderman, Jan-Kees, Frederik T. Schut, Tom E.D. van der Grinten, and Wynand P.M.M. van de Ven. 2005. Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30 (1-2):189-210.
- Hutter, B. & M. Power. 2005. *Organizational Encounters with Risk*. Cambridge: Cambridge University Press.
- IGZ. 2012. *Falen infectiepreventie Maasstad Ziekenhuis verwijtbaar*. Ministerie van VWS: Inspectie voor de gezondheidszorg.

- Jensen, C. B. 2008. 'Sociology, systems and (patient) safety; knowledge translations in healthcare policy'. *Sociology of Health & Illness*. 30(2), 309-324.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M. & M.S Donaldson. 1999. *To Err is Human: Building a Safer Healthcare System*. Washington D.C: National Academy Press.
- Korsten, A.F.A. 2008. 'Conceptualisering door 'policy framing'. Het ontwikkelen van 'frames' op een beleidsvraagstuk en het herzien ervan ('reframing')'. *Framing: een introductie*.
- Lemstra, 2012. *Oog voor het onzichtbare. Onderzoek naar de uitbraak van de Klebsiella Oxa-48 bacterie in het Maasstad Ziekenhuis Rotterdam*.
- Leistikow, I.P., Kalkman, C.J. & H. De Bruijn. 2011. 'Why patient safety is such a tough nut to crack.' *BJM*. 342:d3447
- Lilford, R. 2010. 'The english patient safety research programme: A commissioner's tale'. *Journal of Health Services Research & Policy*. 15, 1.
- Nicolini, D. 2009. 'Zooming in and out: studying practices by switching theoretical lenses and trailing connections. *Organization Studies*. 30: 1391-1418.
- Reason, J. 2000. 'Human Error: models and management.' *BMJ* 320:768-770.
- Schön, D.A. en M. Rein.1994. *Frame reflection: toward the resolution of infractable policycontroversies*. New York: Basic Books.
- Scott, W.R. 2008. 'Lords of the dance: professionals as institutional agents'. *Organization Studies*. 29(2): 219- 38.
- Swanborn, P.G. 2006. *Basisboek sociaal onderzoek*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Symczak, J. et al. 2010. 'To Leave or to Lie? Are Concerns about a Shift-Work Mentality and Eroding Professionalism as a result of Duty Hour Rules Justified?'. *The Milbank Quarterly* 88. 3: 351-382.
- Van Everdingen, J. J. E., Molendijk, A., & W.H. Van Harten, 2007. Why are hospitals not as safe as we would like them to be? In J. J. E. van Everdingen, S. M.
- Vincent, C. 2010. *Patient Safety*. Wiley-Blackwell: West Sussex, UK.
- ZIP (Zorginnovatie platform). 2009. *Zorg voor mensen, mensen voor zorg*. Advies van het zorginnovatie platform: 1-62Smorenburg, W. Schellekens & S. Cucis (Eds.), *Patient safety toolbox; instruments for improving safety in health care organisations* (). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.