



Universiteit Utrecht

SOCIOLOGY: CONTEMPORARY SOCIAL PROBLEMS

MASTER THESIS

“SAMEN LEREN IN DE ZORG”

Een kwalitatief onderzoek naar samen leren van calamiteiten tussen zorgaanbieders in de
ouderenzorg



“SAMEN LEREN IN DE ZORG”

Een kwalitatief onderzoek naar samen leren van calamiteiten tussen zorgaanbieders in de ouderenzorg

Masterthesis
Meike Noorlander
Studentennummer 6530826
m.noorlander2@students.uu.nl

Universiteit Utrecht
Faculteit Sociale Wetenschappen
Master Sociology: Contemporary Social Problems

Eerste lezer: Joyce Delnoij
Tweede lezer: Leonard van 't Hul

Stageorganisatie: Q-Consult Zorg
Stagebegeleider: Henrike Berghuis

27 juni 2019



Universiteit Utrecht



“Ik denk dat dat toch wel weer het stukje gezichtsverlies is. Dat wanneer jij een vraag komt stellen, dat je het of niet goed doet of niet weet. En misschien dat daar dan toch een drempel in wordt gevoeld. Want ja als jij constant bij de burens gaat vragen, ja dan ben je eigenlijk gewoon niet zo goed bezig als instelling.” – Respondent 9

II

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt mijn scriptie die ik heb geschreven tijdens mijn afstudeerperiode bij Q-Consult Zorg. Ik moet toegeven dat ik tot aan de zomer 2018 een beetje sceptisch was over de gezondheidszorg. Mijn beeld over deze sector creëerde ik in de klinieken waarin ik ben behandeld voor een eetstoornis. Eenmaal uitbehandeld en hersteld richtte ik mij op andere onderwerpen binnen de maatschappij en mijn studie. Echter, tijdens mijn master *Sociology: Contemporary Social Problems* volgde ik het vak *Essentials of Care*. Ik raakte enthousiast en geïnspireerd door de colleges van Tali Spiegel. Ik begon de vraagstukken te begrijpen door de ogen van een beleidsmedewerker in plaats van een cliënt. Mijn negatieve percepties vormden zich om naar nieuwsgierigheid. Dit heeft er toe geleid dat ik op zoek ben gegaan naar een stageplek en scriptieonderwerp gericht op de gezondheidszorg. Zelf hoop ik dat ik in de toekomst een steentje kan bijdragen aan de zorg door mijn eigen ervaringen te combineren met de kennis die ik dit jaar heb opgedaan.

Voordat u begint met het lezen van mijn scriptie, wil ik graag van de gelegenheid gebruik maken om een aantal mensen te bedanken. Allereerst wil ik alle respondenten bedanken die meegewerkt hebben aan mijn onderzoek. Ik waardeer hun enthousiasme, openheid en kwetsbaarheid die zij hebben getoond. Graag wil ik mijn begeleidster Joyce Delnoij bedanken voor haar constructieve feedback. De begeleidingssessies gaven mij iedere keer weer nieuwe inzichten. Daarnaast wil ik mijn begeleidster vanuit Q-Consult Zorg, Henrike Berghuis, bedanken. Ik ben ervan overtuigd dat ik het beste resultaat heb kunnen neerzetten dankzij haar toewijding aan mijn scriptie en haar begeleiding. Tot slot wil ik iedereen bedanken die mij de afgelopen maanden heeft gesteund tijdens dit proces, mijn vragen heeft beantwoord en mijn stukken heeft doorgelezen.

Het afronden van mijn master betekent het einde van mijn studietijd. Ik heb zin om nieuwe uitdagingen aan te gaan en mij verder te ontwikkelen, zowel op persoonlijk vlak als op professioneel vlak.

Ik wens u veel leesplezier.

Meike Noorlander

Utrecht, 27 juni 2019

Samenvatting

Bij iedere zorgaanbieder worden fouten gemaakt. In sommige gevallen is er sprake van een calamiteit. Een calamiteit is “een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid” (Wkkgz, 2015, artikel 1). Zorgaanbieders moeten leren van fouten waardoor ze de zorg continu kunnen verbeteren en vernieuwen. Het leren van calamiteiten kan het beste worden gerealiseerd als zorgaanbieders open, eerlijk en transparant communiceren over fouten die plaatsvonden binnen de organisatie. Er vindt een aantal ontwikkelingen plaats in de samenleving die impact hebben op de ouderenzorgaanbieders. De vergrijzing van de Nederlandse samenleving en veranderingen in familiestructuren zorgen voor een toenemende zorg. Er zijn steeds meer ouderen met een complexe zorgvraag. De toenemende zorg en de complexiteit van de zorgvraag leiden tot een risico van kwaliteit van zorg. Het personeel komt onder een steeds hogere werkdruk te staan waardoor ook de kans op fouten binnen de organisatie toeneemt.

Het doel van dit onderzoek is om bij te dragen aan het verbeteren van de kwaliteit in de zorg, door meer inzicht te krijgen in het leren van calamiteiten tussen zorgaanbieders in de ouderenzorg. Stimulerende en remmende factoren om samen te werken worden in kaart gebracht aan de hand van de theorie over Community of Practice (CoP) van Wenger, McDermott en Snyder (2002) en aanvullende theorieën (bijv. Ansell, 2016; Ellonen, Blomqvist & Puumalainen, 2008; McSherry & Pearce, 2018; Tagliaventi en Mattarelli, 2006). Deze factoren zijn verder uitgediept via dertien diepte-interviews met kwaliteitsmedewerkers werkzaam in de ouderenzorg. Daarnaast zijn er vijf interviews gehouden met relevante professionals en twee interviews met het management van ouderenzorgorganisaties ter ondersteuning en aanvulling van het onderzoek.

De theorie die als leidraad is gebruikt, CoP, focust op drie concepten die fungeren als basis voor het delen van kennis tussen groepen mensen. De basisstructuur van een CoP bestaat uit een domein waarin een probleem wordt vastgesteld (*domain*), een groep mensen die betrokken zijn bij dit domein (*community*) en waarin deze groep specifieke kennis ontwikkelt en dit deelt via ervaringen, materialen en ideeën (*practice*). Daarnaast zijn er aanvullende theorieën gebruikt om een geheel beeld te krijgen van stimulerende en remmende factoren om samen te werken. De sub-concepten die in de literatuur naar voren komen zijn: verbondenheid, strategisch relevant, relatie, organisatiecultuur, behoefte aan ontwikkeling en balans interactie van eigen en gezamenlijke ideeën ontwikkelen.

Uit de resultaten komt naar voren dat stimulerende factoren om samen te leren van calamiteiten zijn: soortgelijke organisaties, gemeenschappelijke problematiek, meerwaarde, nabijheid, noodzaak, duidelijke verwachtingen, persoonlijke klik, open cultuur, stimulerend management, behoefte aan samen leren en verbeteren en wisselwerking. De remmende factoren zijn: tijd, kwetsbaar opstellen, intern versus extern en prioriteiten. Er zijn vijf belangrijke bevindingen naar voren gekomen naar aanleiding van de resultaten. Allereerst vinden zorgaanbieders het prettig om te leren van calamiteiten samen met zorgaanbieders die soortgelijk zijn en dezelfde problematiek ervaren. Ten tweede blijkt dat zorgaanbieders het belangrijk vinden dat samen leren van calamiteiten meerwaarde biedt. Er is een verschil op te merken tussen kleinere en grotere zorgaanbieders. Ten derde is vertrouwen een belangrijke voorwaarde om samen te leren van calamiteiten. Ten vierde heeft de houding van het management invloed op de cultuur die er heerst binnen de organisatie. Het is van belang dat het management een voorbeeldfunctie inneemt in open over calamiteiten praten en samen leren van calamiteiten. Ten vijfde blijkt uit de interviews dat zorgaanbieders moeite hebben met het kwetsbaar opstellen, omdat calamiteiten(onderzoek) bedrijfsgevoelige informatie omvat.

Daarnaast zijn drie nieuwe factoren uit de resultaten naar voren gekomen: cultuur ouderenzorgsector (remmend), Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (stimulerend) en karakter (remmend en stimulerend). Uit de resultaten blijkt dat er een cultuur heerst in de ouderenzorgsector waarbij het niet normaal is om samen te leren van calamiteiten. Uit de interviews blijkt dat het voor zorgaanbieders lastig is om te pionieren op dit vlak, omdat zorgaanbieders elkaar nodig hebben om dit in praktijk te realiseren.

In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg wordt verplicht om een lerend netwerk te vormen met minimaal twee zorgaanbieders. Er worden nauwelijks tot geen calamiteiten besproken in het lerend netwerk omdat zorgaanbieders dit niet de geschikte plek vinden om te delen, de relatie nog in wording is of omdat het niet een verplichting is.

Op basis van de resultaten kan een aantal beleidsaanbevelingen worden gedaan. Er moet een bewustzijn van de meerwaarde van samen leren van calamiteiten worden gecreëerd. Deze bewustwording kan uiteindelijk leiden tot een geleidelijk proces van cultuurverandering. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, zorgaanbieders van ouderenzorg en NIVEL kunnen hier een bijdrage aan leveren. Advies 1: de IGJ kan goede voorbeelden van samen leren in de zorg delen. Advies 2: managers kunnen een voorbeeldfunctie innemen. Advies 3: in het lerend netwerk casussen bespreken. Advies 4: pilot OPEN-leernetwerk in de langdurige zorg.

Sleutelwoorden: calamiteiten, samen leren, zorgaanbieders, ouderenzorg, kwalitatief onderzoek

Inhoud

Voorwoord	III
Samenvatting	IV
Begrippenlijsten.....	X
1. Inleiding	1
§ 1.1. Aanleiding	1
§ 1.2. Maatschappelijke context	2
§ 1.3. Wetenschappelijke context.....	4
§ 1.4. Onderzoeksdoel en onderzoeksvragen	7
§ 1.5. Leeswijzer	9
2. Zorgcontext	10
§ 2.1. Inleiding.....	10
§ 2.2. Gezondheidszorg.....	10
§ 2.3. Wet langdurige zorg	10
§ 2.4. Actoren	11
§ 2.4.1. Zorgaanbieders.	11
§ 2.4.2. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.	11
§ 2.4.3. Burgers.	12
§ 2.4.4. Externe voorzitter.	12
§ 2.4.5. Betrokkenen.....	12
§ 2.4.6. ActiZ.....	13
§ 2.5. Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.	13
3. Theoretisch kader	15
§ 3.1. Inleiding.....	15
§ 3.2. Organisatorisch leren.....	15
§ 3.3. Community of practice	17
§ 3.3.1. Domain.	18
§ 3.3.2. Community.....	21
§ 3.3.3. Practice.	24
§ 3.4. Samenvatting theoretisch kader.....	25
4. Methodologie.....	27
§ 4.1. Inleiding.....	27
§ 4.2. Verkennend en theoretisch vooronderzoek	27
§ 4.3. Onderzoeksmethode	28
§ 4.4. Onderzoeksgroep.....	29
§ 4.5. Onderzoeksprocedure	29

§ 4.6. Ethiek.....	31
§ 4.7. Operationalisering theoretische hoofdbegrippen.....	31
§ 4.8. Analyse.....	35
§ 4.9. Verdiepend onderzoek.....	36
§ 4.10. Validiteit en betrouwbaarheid	37
5. Resultaten & analyse	38
§ 5.1. Inleiding.....	38
§ 5.2. Verbondenheid	38
§ 5.2.1. Soortgelijke organisaties: Op één lijn zitten.....	38
§ 5.2.2. Gemeenschappelijke problematiek: In hetzelfde schuitje zitten.	39
§ 5.3. Strategisch relevant	40
§ 5.3.1. Informatie-uitwisseling: Het wiel (niet) opnieuw uitvinden.	40
§ 5.3.2. Operationele nabijheid: In dezelfde vijver vissen.	42
§ 5.3.3. Tijd: De agenda is wat weerbarstig.	44
§ 5.4. Vertrouwen.....	44
§ 5.4.1. Relatiefase: Kinderschoenen.	45
§ 5.4.2. Verwachtingen: (niet) Thuis geven.	45
§ 5.4.3. Persoonlijke klik: Mens boven organisatie.....	46
§ 5.5. Organisatiecultuur	47
§ 5.5.1. Open cultuur: Medewerkers moeten het in hun DNA gaan krijgen.	47
§ 5.5.2. Management: Rolmodel.	48
§ 5.5.3. Kwetsbaar opstellen: Vuile was buiten hangen.....	49
§ 5.5.4. Intern versus extern: Intern op de rit krijgen.	51
§ 5.6. Behoeftte aan ontwikkeling.....	52
§ 5.6.1. Prioriteiten: Dat komt wel....	52
§ 5.6.2. Behoeftte: Water naar zee dragen.....	52
§ 5.7. Balans interacties van eigen en gezamenlijke ideeën ontwikkelen	53
§ 5.7.1. Wisselwerking: Halen en brengen.....	53
§ 5.8. Nieuwe factoren	54
§ 5.8.1. Cultuur ouderenzorgsector: Je moet zelf wel willen, maar als de rest niet wilt kom je nergens.....	54
§ 5.8.2. Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg: Als er geen sancties op staan, dan doen we het ook niet.....	55
§ 5.8.3. Karakter: Ik wil gewoon graag het goede doen.....	56
§ 5.9. Samenvatting analyse.....	56
6. Conclusie en discussie.....	58
§ 6.1. Inleiding.....	58

VIII

§ 6.2. Beantwoording beschrijvende vraag	58
§ 6.3. Beantwoording verdiepende vraag	59
§ 6.4. Discussie.....	63
7. Beleidsaanbevelingen	65
§ 7.1. Inleiding.....	65
§ 7.2. Overkoepelend advies: Bewustzijn creëren van meerwaarde van samen leren	65
§ 7.3. De IGJ.....	66
§ 7.4. Intern bij zorgaanbieders	67
§ 7.5. Het lerend netwerk	67
§ 7.6. NIVEL.....	68
§ 7.7. Tot slot.....	69
Referenties.....	70
Bijlage A. Topiclijst IGJ	78
Bijlage B. Topiclijst kwaliteitsmedewerkers VVT-sector.....	80
Bijlage C. Overzicht interviews en doeleind.....	83
Bijlage D. Mail	84
Bijlage E. Nieuwsbrief/LinkedIn oproep	85
Bijlage F. Toestemmingsformulier.....	86
Bijlage G. Vragenlijst deelnemers OPEN-leernetwerk	87
Bijlage H. Codeerschema	88

Begrippenlijsten

Tabel 1.

Overzicht afkortingen

Afkorting	Betekenis
VVT-sector	Zorgaanbieders in de verpleging, verzorging en thuiszorg
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Wlz	Wet langdurige zorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
CoP	<i>Community of Practice</i>

Tabel 2.

Overzicht van begrippen

Begrip	Betekenis
Cliënt	Waar in deze scriptie het woord «cliënt» staat, kan ook «patiënt» worden gelezen.
Zorgorganisatie	Waar in deze scriptie het woord «zorgorganisatie» staat, kan ook «zorgaanbieder» worden gelezen.
Calamiteit	“Een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid.” (IGJ, 2016a)
Incident	“Een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg, en heeft geleid, had kunnen leiden of zou kunnen leiden tot schade bij de cliënt.” (IGJ, 2016a)
Jonge ouderen	<80-plussers
Oude ouderen	80-plussers
Kleinere zorgaanbieders	Zorgaanbieders waar één of twee kwaliteitsmedewerkers in dienst zijn
Grotere zorgaanbieders	Zorgaanbieders waar meer dan twee kwaliteitsmedewerkers in dienst zijn

1. Inleiding

§ 1.1. Aanleiding

In 2016 hebben vijfhonderd calamiteiten plaatsgevonden in de verpleeghuiszorg en thuiszorg, vermeldt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ, 2017). Van dit aantal hebben uiteindelijk 263 gebeurtenissen geleid tot de dood van een cliënt. Val- en tilincidenten zijn de meest voorkomende thema's binnen de verpleeghuiszorg en thuiszorg. Een calamiteit is "een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid" (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg [Wkkgz], 2015, artikel 1). Calamiteiten zijn niet alleen te wijten aan menselijke fouten, maar ook aan systematische- of netwerk gerelateerde fouten, zoals de manier waarop organisaties invulling geven aan cultuur, management, bestuur en wetenschap (Jensen, 2008; Waring, alleen, Braithwaite & Sandall, 2016).

Zorgaanbieders hebben de verantwoordelijkheid om de zorg continu te verbeteren en vernieuwen (IGJ, 2017; IGJ 2018). Om een goede kwaliteit zorg te realiseren, bevorderen en waarborgen, heeft de overheid wettelijke richtlijnen vastgesteld in de Wkkgz en een toezichthoudend orgaan aangesteld: de IGJ. De IGJ houdt toezicht op de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de zorg (Rijksoverheid, z.d. b). Ze bekijkt of zorgaanbieders onderling een goede samenwerkingsband hebben waarbij iedere actor begrijpt wat zijn rol is in het zorgnetwerk (IGJ, 2018b). In de Wkkgz staat vermeld dat zorgaanbieders een meldingsplicht hebben bij de IGJ wanneer een incident of calamiteit voorvalt binnen de organisatie. Volgens deze wet moet binnen drie dagen melding worden gedaan als er sprake is van een calamiteit (IGJ, 2019). Na het melden van de calamiteit is de organisatie verplicht om een onderzoek uit te voeren naar de toedracht en oorzaken van de calamiteit (IGJ, 2019). In het meerjarenbeleidsplan 2019 van de IGJ staat omschreven dat de inspectie haar incidententoezicht wilt doorontwikkelen met als doel zorgaanbieders een beter leereffect te laten behalen (IGJ, 2018b). De nadruk wordt daarbij gelegd op het opvolgen van verbetermaatregelen die uit calamiteitenonderzoek komen. Na het melden beoordeelt de IGJ op basis van het onderzoek of de zorgaanbieder in staat is om te leren van de gemaakte fout (IGJ, 2019).

Een sleutelaspect van het leren van calamiteiten is openheid naar elkaar (Grit, de Kam, Bouwman, Harmsen, Friele & Bal, 2018; IGJ, 2017). Samen leren van calamiteiten tussen zorgaanbieders levert een belangrijke bijdrage aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg,

daarom is het van aanhoudend belang om onderzoek te doen naar dit onderwerp (Grit et al., 2018; IGJ, 2017). Volgens de IGJ (2017) is het bespreken van calamiteiten een belangrijk hulpmiddel voor zorgverleners om te kunnen leren van gemaakte fouten. Er is een kleinere kans op herhaling van een soortgelijke situatie indien zorgaanbieders samen leren, waardoor de zorg steeds beter en veiliger wordt.

§ 1.2. Maatschappelijke context

Er vinden een aantal ontwikkelingen in de samenleving plaats die impact hebben op de kwaliteit van zorg, veiligheid van patiënten en op de vraag en aanbod van zorg. Sinds 1950 is er een continue toename van het aantal ouderen in Nederland en in 2003 en 2011 heeft een versnelling plaatsgevonden (De Kruijf & Langenberg, 2017). Babyboomers (geboren tussen 1946 en 1955) veroorzaakten die extra snelle toename. Uit de meest recente Volksgezondheid Toekomst Verkenning (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM], 2018c) blijkt dat er in 2040 een toename van 55 procent van 65-plussers zal zijn, namelijk van 3,1 miljoen naar 4,8 miljoen. Er wordt geschat dat het aantal 90-plussers de komende 25 jaar van 117.000 naar 340.000 stijgt (RIVMc, 2018). Dat is een toename van 191 procent. De toename van het aantal ouderen en de stijging van de leeftijdsverwachting resulteert in een vergrijzing van de Nederlandse bevolking (De Kruijf & Langenberg, 2017; De Vries & Kossen, 2015).

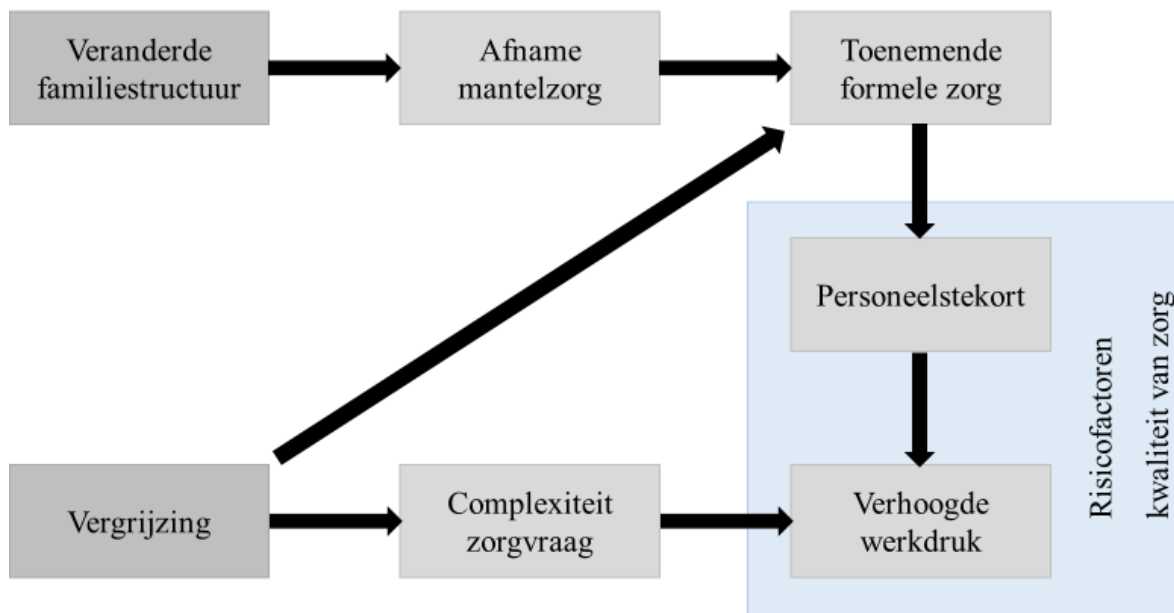
De vergrijzing heeft grote impact op het zorgverbruik en de zorgvraag. In Nederland zijn ongeveer 700 verpleeghuis- en thuisorganisaties die de zorg van 550.000 ouderen op zich nemen (IGJ, 2017). Het zorgverbruik en de aard van de zorg verandert naarmate de leeftijd toeneemt: met het toenemen van de leeftijd neemt het zorggebruik toe (Nederlandse Zorgautoriteit, 2018; RIVM, 2018c). Jonge ouderen (<80-plussers) maken meer gebruik van medische specialistische zorg dan oude ouderen (80-plussers) omdat de meeste ouderen met deze leeftijd thuiswonend zijn (RIVM, 2018b; Van Dijk, Van den Burg, Dik, & Heim, 2018). 75% van de thuiswonende ouderen en 29% van ouderen in de verplegings- en verzorgingstehuizen maakt gebruik van medisch specialistische zorg (Van Dijk et al., 2018). Naarmate ouderen ouder worden zal een verschuiving plaatsvinden in de aard van het zorgverbruik, namelijk van medische specialistische zorg naar wijkverpleging en/of langdurige zorg (RIVM, 2018b). De vergrijzing zorgt ervoor dat meer mensen behoefte hebben aan wijkverpleging en/of langdurige zorg dan een aantal jaar geleden.

Bijkomend is er een toenemende complexiteit van de zorgvraag van cliënten (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland [V&VN], 2017). RIVM (2018a) veronderstelt

dat voornamelijk oude ouderen een complexe zorgvraag hebben. Oude ouderen zullen sneller last krijgen van stapelingen van problemen en chronische aandoeningen (RIVM, 2018b). Dit verandert de zorgvraag van ouderen en hun omgeving. De toenemende complexiteit van de zorgvraag vergt meer behoefte aan intensieve zorg (RIVM, 2018b). De vergrijzing heeft dus een aanzienlijke impact op de zorgvraag naar ouderenzorg.

Een andere ontwikkeling die plaatsvindt binnen de zorg is de verschuiving van mantelzorg naar formele zorg. Pickard, Wittenberg, Comas-Herrera, Davies en Darton (2010) veronderstellen dat de stijging in vraag naar formele zorg een gevolg is van een daling van informele zorg. Dit heeft te maken met veranderende familiestructuren, waardoor er minder 'standaard' gezinnen zijn, die bestaan uit vader, moeder en kinderen (Antonucci, Birditt, Sherman & Trinh, 2011). Er is een stijging in het aantal echtscheidingen wat resulteert in alleenstaande ouderen en waardoor ouderen die zorg nodig hebben dit niet van hun partner kunnen krijgen (Pickard et al., 2010). Volgens Antonucci et al. (2011) is er een toename in gevarieerde gezinssamenstellingen. Dit kan leiden tot verstoorde gezinsrelaties, waardoor ouderen vervolgens geen hulp willen of kunnen vragen aan familieleden. Daarnaast draagt een daling in het aantal gezinsleden ook bij aan de afname van informele zorg (Antonucci et al., 2011). Hoewel ouderen tegenwoordig steeds langer thuis blijven wonen (Van Duin, Stoeldraijer, Van Roon & Harmsen, 2016), is er een verschuiving van mantelzorg naar formele zorg (Antonucci et al., 2011; Pickard et al., 2010).

Door de vergrijzing en de veranderende familiestructuren neemt de vraag naar formele zorg aanzienlijk toe in verhouding tot het aanbod van formele zorg. Er is een toenemend personeelstekort, met als gevolg een verhoogde werkdruk voor het zorgpersoneel (NOS, 2018; UWV, 2018). De toenemende werkdruk is een risicofactor voor de kwaliteit van zorg. Uit een landelijke enquête van EenVandaag en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland blijkt dat bijna 30 procent van de zorgverleners die in een verpleeghuis werken de kwaliteit van de zorg die zij bieden onvoldoende vindt (V&VN, 2015). Daarnaast geven zorgverleners aan dat de patiëntveiligheid binnen de organisatie waarin zij werkzaam zijn de afgelopen vijf jaar is gedaald (V&VN, 2017). Zij wijten dit gebrek aan kwaliteit en veiligheid in zorg aan het personeelstekort in de sector (V&VN, 2015, 2017). Figuur 1, die staat weergegeven op de volgende bladzijde, geeft de bovengenoemde ontwikkelingen weer.



Figuur 1. Overzicht ontwikkelingen in de zorg

Kortom, de omvang van de ouderenzorgsector groeit ieder jaar waardoor de risicofactoren, zoals hoge werkdruk en personeelstekort, nog meer onder druk komen te staan (De Vries & Kossen, 2015). Steeds meer ouderen zullen beroep doen op de verpleeghuiszorg (IGJ, 2019). Het is relevant om te onderzoeken hoe zorgaanbieders in de ouderenzorg samen kunnen leren van calamiteiten omdat specifiek in deze sector de risico's extra onder druk staan. Als er een betere uitwisseling van ervaring en informatie is op het gebied van calamiteiten kunnen steeds minder fouten worden gemaakt bij zorgaanbieders in de ouderenzorg. Het is met name van belang om de ouderenzorgsector te onderzoeken, gezien steeds meer mensen beroep doen op ouderenzorg. Daarnaast zijn er steeds meer risico's. Het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het waarborgen en stimuleren van veiligheid in de zorg staat dan ook nog steeds hoog op de agenda (Rijksoverheid, z.d. a).

§ 1.3. Wetenschappelijke context

Waring et al. (2016) veronderstelt dat kwaliteit en veiligheid van de zorg tegenwoordig vanuit twee velden kan worden bekeken: het dominante perspectief en het sociologisch perspectief. Het dominante perspectief is het perspectief waarin disciplines zoals medische wetenschap, sociale psychologie, het menselijke lichaam en veiligheidswetenschap een dominante positie innemen. Dit veld biedt verklaringen voor het optimaliseren van het meten en analyseren van kwaliteit en veiligheid, en geeft inzicht in de beste toepassing van interventies. Waring et al.

(2016) suggereren dat het dominante perspectief te weinig diepgang biedt omdat voornamelijk 'het systeem' centraal wordt gesteld. De invloed van sociale, culturele of organisatorische factoren zou worden genegeerd of verwaarloosd. Het sociologisch perspectief brengt daarentegen klassieke problemen aan het licht en focust op professie, arbeidsverdeling en sociale organisatie van zorgwerk, afwijkend gedrag en sociale controle, risico, socio-technische innovatie, bestuur en regelgeving, ervaringen met gezondheid en ziekte en organisatiecultuur. Kwaliteit en veiligheid in de zorg worden dus steeds meer als een sociaal probleem gezien, waardoor de rol van de sociologie een centrale rol speelt in het verbeteren van de zorg (Waring et al., 2016). Volgens Waring et al. (2016) is er dus wel aandacht aan vormen van leren van organisatie, maar wordt er te weinig diepgaand inzicht geboden in culturele, sociale en politieke complexiteit die hiermee gepaard gaan. Dit vraagt dus om een alternatief perspectief waarbij de aandacht ook gevestigd wordt op de sociologie. Om beter begrip te krijgen voor verbetering van kwaliteit en samen leren van calamiteiten is het dus wetenschappelijk relevant om met een sociologische blik onderzoek te doen naar dit onderwerp.

In de wetenschappelijke literatuur is al veel onderzoek gedaan naar kwaliteit en veiligheid in de zorg en het betrekken van cliënten/naasten en zorgverleners (bijv. Allen, Braithwaite, Sandall & Waring, 2016; Bouwman, de Graaff, de Beurs, van de Bovenkamp & Friele, 2018; McSherry & Pearce, 2018). Ten eerste is onderzoek gedaan naar veiligheid in de zorg, waarbij organisatiecultuur een belangrijke factor is voor het leveren van goede zorg (bijv. Kleinsman & Kaptein, 2018; McSherry & Pearce, 2018; de Vos, den Dijker en Hamming, 2017). De cultuur van een organisatie heeft invloed op de meldingsbereidheid van zorgverleners (Lawton & Parker, 2002). Er zijn verschillende redenen waarom de meldingsbereidheid relatief laag is. Volgens Benn et al. (2009) en Stergiopoulos, Brown, Felix, Grampp en Getz (2016) spelen argumenten zoals angst om de schuld te krijgen, tijdsdruk en beperkte middelen een rol in de keuze van zorgverleners om geen melding te doen wanneer een incident of calamiteit heeft plaatsgevonden. Daarnaast heerst bij sommige zorgverleners de perceptie dat rapportage over incidenten onnodig is en vinden zij dat er een gebrek is aan duidelijke definities over wanneer een incident gemeld moet worden. Ook blijkt dat de bereidheid om melding te doen laag is omdat er gebrek is aan terugkoppeling van feedback vanuit het management (Benn et al., 2009).

Ten tweede is in de wetenschappelijke literatuur de cruciale rol van betrokkenheid van cliënten en nabestaanden en het inzetten van een externe voorzitter tijdens calamiteitenonderzoek erkend (Allen et al., 2016; Bouwman, et al., 2018; Kam, Grit & Bal, 2017; Laarman, Akkermans, Friele & Legemaate, 2016). Het blijkt dat escalaties tussen de

zorgaanbieder en cliënten/naasten kunnen worden voorkomen wanneer instellingen open en eerlijk communiceren na een calamiteit (Bouwman et al., 2018). Daarnaast kan het perspectief van cliënten of nabestaanden nieuwe inzichten geven voor het calamiteitenonderzoek en helpt open communiceren met het verwerken van de calamiteit, zowel voor de zorgverlener als de cliënt/naasten. De IGJ (2018a) besteedt daarom extra aandacht aan het betrekken van cliënten en nabestaanden bij calamiteitenonderzoek. Hierdoor is de relatie tussen zorgaanbieders en cliënten of nabestaanden sterk verbeterd. Onderzoek verricht door de Kam, Grit en Bal (2018) heeft aangetoond dat externe voorzitters een positief effect kunnen hebben op calamiteitenonderzoek. Een externe voorzitter past bij een cultuur van openheid, eerlijkheid en bereidheid tot leren, maar de zorgaanbieder moet zelf verbeteringen doorvoeren en borgen (Kam et al., 2017).

Eerdere gepubliceerde studies over calamiteitenonderzoek en kwaliteit van zorg beperken zich tot organisatiecultuur, de relatie tussen zorgverleners, cliënten/naasten en externe voorzitters. Er gaat aandacht naar het proces tijdens het calamiteitenonderzoek of het voorleggen van rapporten aan cliënten en nabestaanden. In de literatuur is er beperkte aandacht voor samen leren van calamiteiten tussen zorgaanbieders. Echter, in de praktijk loopt sinds 2015 een samenwerkingsprogramma, OPEN in de zorg, tussen ziekenhuizen die openheid over calamiteiten hoog op de agenda hebben staan. Dit programma is gericht op samen leren van calamiteiten tussen zorgaanbieders (Laarman et al., 2016; Laarman, Akkermans, Legemaate, Bouwman, Friele, 2018; Smits, Langelaan & de Groot, 2018). De deelnemende ziekenhuizen vormen een leernetwerk waarin zij hun inzichten, ervaringen en overwegingen delen met betrekking tot calamiteiten. Daarnaast is in 2018 ook een OPEN-samenwerkingsprogramma in de huisartsenposten van start gegaan (NIVEL, 2018). In een brief van de minister staat dat de langdurige zorg (waar ouderenzorg onder valt) achterloopt ten opzichte van de ziekenhuiszorg omtrent de openheid van calamiteiten en het leerproces (Schipper & van Rijn, 2015).

Samenvattend wordt samen leren van calamiteiten tussen zorgaanbieders in de ouderenzorg onderbelicht in de wetenschappelijke literatuur. De relatie tussen zorgaanbieders kan sterk worden verbeterd en daarvoor is het noodzakelijk om onderzoek te doen naar de ervaringen en percepties van zorgaanbieders in de ouderenzorg. In tegenstelling tot ziekenhuiszorg is er beperkte aandacht voor de langdurige zorg wat betreft samen leren van calamiteiten. Om het gat tussen de ziekenhuiszorg en ouderenzorg te dichten en een aanvulling te geven op de literatuur is het wetenschappelijk relevant om zorgaanbieders in de ouderenzorg te ondervragen over hun percepties, zodat verbetering kan worden aangebracht in het leerproces

van calamiteiten in de ouderenzorg. Het is dus wetenschappelijk relevant om onderzoek te doen naar samen leren van calamiteiten tussen zorgaanbieders. Dit onderzoek biedt vanuit een sociologisch perspectief inzicht in de percepties van zorgaanbieders over samen leren van calamiteiten. Daarnaast levert de specificatie op de ouderenzorg een waardevolle bijdrage.

§ 1.4. Onderzoeksdoel en onderzoeksvragen

Zowel vanuit maatschappelijk als wetenschappelijk oogpunt is het duidelijk dat samen leren van calamiteiten tussen zorgaanbieders noodzakelijk is om de kwaliteit van zorg te optimaliseren en te waarborgen (IGJ, 2017; Laarman et al., 2016, 2018). Het leren van calamiteiten kan het beste worden gerealiseerd als zorgaanbieders open, eerlijk en transparant communiceren over fouten die plaats hebben gevonden zijn binnen de organisatie. Het doel van dit onderzoek is om bij te dragen aan het verbeteren van de kwaliteit in de zorg, door meer inzicht te krijgen in het samen leren van calamiteiten tussen zorgaanbieders. De focus ligt op de ouderenzorgsector gezien de huidige ontwikkelingen in de samenleving, namelijk de vergrijzing en veranderende familiestructuren. Om het onderzoeksdoel te bereiken zijn drie onderzoeksvragen opgesteld, waarvan een beschrijvende vraag, een verdiepende vraag en een beleidsvraag.

Allereerst zal worden uiteengezet hoe de zorgsector eruit ziet met betrekking tot calamiteiten(onderzoek). Daarbij kan worden gedacht aan welke actoren een rol spelen, welke posities zij innemen, welke wetten van toepassing zijn en het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Deze vraag is belangrijk om te beantwoorden zodat een helder beeld van de zorgcontext kan worden gecreëerd, zodat vervolgens ook de verdiepende en beleidsvraag zo goed mogelijk kunnen worden beantwoord. De beschrijvende vraag luidt als volgt:

Wat is de zorgcontext met betrekking tot calamiteiten in de ouderenzorg?

Deze vraag zal worden beantwoord aan de hand van drie methoden. Allereerst zijn er intervisiebijeenkomsten betreffende calamiteitenonderzoek bijgewoond. Vervolgens is via een bureauonderzoek een beeld geschetst van de huidige zorgsector. Ten slotte is een verkennend gesprek met de IGJ gevoerd ter voorbereiding op de dataverzameling, gezien zij expertise beschikken over calamiteitenonderzoek.

Voor de beantwoording van de verdiepende vraag zullen interviews plaatsvinden met kwaliteitsmedewerkers die werkzaam zijn in de ouderenzorg. De focus tijdens de interviews zal liggen op het achterhalen van stimulerende en remmende factoren voor leren en verbeteren tussen zorgaanbieders in de ouderenzorg. De verdiepende vraag luidt als volgt:

Welke stimulerende en remmende factoren zijn aanwezig bij de beslissingen die zorgaanbieders maken bij het samen leren van calamiteiten in de langdurige zorg van ouderen?

De bedoeling is om meer inzicht te krijgen in de percepties en ervaringen van zorgaanbieders in de ouderenzorg. Om een advies te kunnen geven hoe zorgaanbieders onderling meer van elkaar kunnen leren, is het essentieel om factoren die meespelen uit te diepen. Daarbij is het wetenschappelijk en maatschappelijk relevant om de ervaringen van zorgaanbieders in kaart te brengen zodat kan worden begrepen waarom bepaalde beslissingen betreffende het delen van informatie en ervaring van calamiteiten worden gemaakt.

De beantwoording van de beleidsvraag vloeit voort uit de resultaten van dit onderzoek. Om de beantwoording van de beleidsvraag te ondersteunen zullen gesprekken worden gevoerd met deelnemers van het OPEN-samenwerkingsprogramma en de IGJ. Het gesprek met de deelnemers van het OPEN-samenwerkingsprogramma zal gericht zijn op de ervaringen van het OPEN-leernetwerk. Ziekenhuizen en huisartsenposten zijn al verder in het proces wat betreft samen leren van calamiteiten dan ouderenzorgorganisaties en daarom is het relevant om de goede voorbeelden aan te horen. Het interview met de IGJ zal worden geleid aan de hand van de resultaten van de interviews met de zorgaanbieders. Hierbij kan gereflecteerd worden op de onderzoeksresultaten en achterhaald worden of dit herkenbaar is voor de IGJ. Dit leidt tot de laatste vraag, de beleidsvraag:

Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan om samen leren van calamiteiten tussen zorgaanbieders in de ouderenzorg te realiseren?

Het antwoord op de beleidsvraag biedt inzicht in de grootste uitdagingen en hoe veranderingen kunnen zorgen voor verbetering van het beleid. Het beleidsadvies zal gericht zijn voor de IGJ, zorgaanbieders en Q-Consult Zorg.

§ 1.5. Leeswijzer

Na deze inleiding volgt het tweede hoofdstuk waarin een beeld wordt geschetst van de zorgcontext met betrekking tot calamiteiten en ouderenzorg. Na het bespreken van de zorgcontext volgt het derde hoofdstuk dat gaat over de theorie over *Community of Practice* (CoP) en aanvullende theorieën (bijv. Ansell, 2016; Ellonen, Blomqvist & Puumalainen, 2008; McSherry & Pearce, 2018; Tagliaventi en Mattarelli, 2006) en geeft zicht over een aantal stimulerende en remmende factoren voor samen leren van calamiteiten. In het vierde hoofdstuk is de methode van het onderzoek besproken. In hoofdstuk vijf zijn de resultaten en analyses weergegeven. De relevante factoren zijn verder uitgediept en toegelicht of het een stimulerend of remmende effect heeft om samen leren van calamiteiten. Het zesde hoofdstuk betreft de conclusie, waarin de resultaten gekoppeld worden aan de theorie. Er zal antwoord gegeven worden op de beschrijvende en verdiepende vraag. Daarnaast wordt er kritisch gereflecteerd op het onderzoek en worden suggesties gedaan voor vervolgonderzoek. In het zevende hoofdstuk ligt de focus op de beantwoording van de beleidsvraag.

2. Zorgcontext

§ 2.1. Inleiding

Dit hoofdstuk is bedoeld om een beeld te schetsen van de zorgcontext met betrekking tot dit onderzoek en dient tevens voor de beantwoording van de beschrijvende onderzoeksvraag: *Wat is de zorgcontext met betrekking tot calamiteiten in de ouderenzorg?* Dit hoofdstuk bevat een korte toelichting van de gezondheidszorg en de Wet langdurige zorg (Wlz), een uiteenzetting van de relevante actoren en ten slotte een paragraaf over het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

§ 2.2. Gezondheidszorg

Het onafhankelijk Nationaal Kompas Volksgezondheid (zoals beschreven in de Vries & Kossen, 2015, p. 35) definieert gezondheidszorg als

‘het geheel van zorgverleners (en ondersteunend personeel), instellingen, middelen en (ondersteunende) activiteiten dat gericht is op instandhouding en verbetering van de gezondheidstoestand en/of zelfredzaamheid en op het reduceren, opheffen, compenseren en voorkomen van tekorten daarin.’

Deze definitie verwijst naar alle voorzieningen en personen die bijdrage leveren aan gezondheid en zelfredzaamheid. Zorg kan worden ingedeeld op doelgroep (zoals ouderenzorg of jeugdzorg), soort zorg (curatief of langdurig), aanbieder (zoals huisartsen of medisch specialisten) of rangorde (nulde-, eerste-, tweede- en derdelijns) (De Vries & Kossen, 2016). In dit onderzoek zal de focus liggen op ouderen die langdurige zorg ontvangen van zorgaanbieders in de VVT-sector (verpleging, verzorging en thuiszorg). De rangorde van de zorg wordt buiten beschouwing gelaten.

§ 2.3. Wet langdurige zorg

Vanaf 1 januari 2015 is de Wlz ingevoerd, waardoor mensen die permanent toezicht of 24-uurszorg nodig hebben ondersteuning kunnen aanvragen. Deze wet regelt de meest zware en intensieve zorg (De Klerk, De Boer, Plaisier, Schyns & Kooiker, 2015; De Vries & Kossen, 2015). Mensen die voor deze wet in aanmerking komen kunnen niet voor zichzelf zorgen door bijvoorbeeld fysieke problemen of om escalatie van problematiek te voorkomen, waardoor voortdurende begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg en taken nodig is.

De zorgvormen die onder de Wlz vallen zijn: verblijf in een instelling; persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging; behandeling, zowel Wlz-behandeling als algemene medische zorg; hulpmiddelen; vervoer voor begeleiding of behandeling; woningaanpassingen voor cliënten tot 18 jaar (Beerepoot & van der Horst, 2016). In praktijk zijn het vrijwel uitsluitend ouderen of gehandicapten die onder deze wet vallen, maar ook jongeren kunnen deze zorg krijgen (De Vries & Kossen, 2015). Het is daarom belangrijk om te benoemen dat de Wlz niet hetzelfde betekent als ouderenzorg. In dit onderzoek wordt de term –ouderenzorg- gebruikt. Hiermee wordt de ouderenzorg vanuit de Wlz bedoeld.

§ 2.4. Actoren

In deze paragraaf worden de relevante actoren met betrekking tot calamiteiten(onderzoek) in de ouderenzorg omschreven.

§ 2.4.1. Zorgaanbieders. Zorgaanbieders zijn instellingen en organisaties of een solistische werkende zorgverlener die zorg aanbieden aan cliënten (Foendoe Aubèl, 2014; Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, 2015, artikel 1). Solistische werkende zorgverleners worden buiten beschouwing gelaten in dit onderzoek omdat zij niet gespecialiseerd zijn in kwaliteit en veiligheid. De focus ligt dus op zorgaanbieders. Hierbij moet een onderscheid worden gemaakt tussen zorgverleners en zorgaanbieders. Zorgverleners zijn de beoefenaars van een zorgverlenend beroep binnen een instelling of organisatie, bijvoorbeeld verpleegkundigen, therapeuten of huisartsen. De zorgverlener is dus een natuurlijk persoon, terwijl de zorgaanbieder een organisatie is die bestaat uit zorgverleners en het management (Foendoe Aubèl, 2014). In dit onderzoek wordt dus met de term ‘zorgaanbieder’ alleen de zorgorganisatie bedoeld waar zorg aangeboden wordt.

§ 2.4.2. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. De IGJ bewaakt en bevordert de kwaliteit en veiligheid in de zorg (IGJ, 2019). Een calamiteit moet binnen drie werkdagen gemeld worden bij de IGJ. De IGJ kan een boete uitdelen wanneer de zorgaanbieder niet op tijd een calamiteit meldt. Nadat de zorgaanbieder melding heeft gedaan van een calamiteit ontvangt de zorgaanbieder een automatische ontvangstbevestiging. De IGJ neemt contact op met de zorgaanbieder indien de IGJ een rapport wilt zien (IGJ, 2019). De IGJ heeft richtlijnen opgesteld voor de rapportage (IGJ, 2016b). In dit geval doet de zorgaanbieder zelf onderzoek. Het rapport wordt beoordeeld door de IGJ en sluit het onderzoek af wanneer zij vinden dat de

zorgaanbieder het onderzoek accuraat heeft uitgericht, de veiligheid van cliënten is hersteld en verbetermaatregelen heeft getroffen. De IGJ start zelf een onderzoek indien de zorgaanbieder niet voldoet aan de eisen die de IGJ stelt (IGJ, 2019). De complexiteit van de melding kan ook aanleiding zijn om direct een eigen onderzoek te starten.

Uit het vooronderzoek en de literatuur blijkt dat de IGJ twee fases doormaakt op het gebied van calamiteiten. Allereerst heeft de IGJ voorgaande jaren veel aandacht besteed aan het vergroten van de meldingsbereidheid en toezicht op calamiteiten. Dit heeft geleid tot een toename in het aantal meldingen. Vervolgens is de IGJ bezig met het stimuleren om verbetermaatregelen op te stellen via lerende netwerken. In het werkplan van de IGJ (2018b) wordt benadrukt dat de IGJ meer aandacht zal besteden aan het opvolgen van verbetermaatregelen die uit calamiteitonderzoek komen. De focus in dit onderzoek ligt op de tweede fase.

§ 2.4.3. Burgers. Burgers kunnen klachten indienen of meldingen maken bij de IGJ (IGJ, 2017). De IGJ krijgt deze binnen via het Landelijk Meldpunt Zorg. Dit meldpunt geeft informatie en advies aan burgers betreffende de klacht. Wanneer het Landelijk Meldpunt Zorg denkt dat de situatie door de IGJ beoordeeld moet worden, zal de klacht doorgestuurd worden naar de IGJ. Sommige klachten van burgers kunnen wijzen op een mogelijke calamiteit.

§ 2.4.4. Externe voorzitter. In de ouderenzorg zijn zorgaanbieders verplicht om een externe voorzitter in te schakelen wanneer een calamiteit een dodelijke afloop heeft (IGJ, 2018b). Deze externe onafhankelijke voorzitter zal het onderzoek leiden en dient voor het creëren van vertrouwen tussen de cliënt/nabestaanden en de zorgaanbieder. Daarnaast versterkt een externe voorzitter het leervermogen van de zorgaanbieder.

§ 2.4.5. Betrokkenen. De inspectie neemt in haar beoordeling van het calamiteitenrapport mee of er gesproken is met de cliënt en naasten (IGJ, 2018b). Als een cliënt in de ouderenzorg overlijdt, dan informeert de inspectie schriftelijk de nabestaanden van de cliënt over het proces van een calamiteitenonderzoek. Naast het belang van het betrekken van cliënt en naasten, vindt de inspectie het ook van groot belang dat er nazorg is voor de betrokken zorgverlener(s).

§ 2.4.6. **ActiZ.** ActiZ is de brancheorganisatie van een groot aantal ouderenzorgaanbieders in Nederland (ActiZ, 2019). Hun missie is om hun leden, de politiek, stakeholders en de samenleving te verbinden waardoor ze een bijdrage kunnen leveren aan het welbevinden van mensen.

§ 2.5. **Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.**

In deze paragraaf wordt het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg besproken. Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is een document dat is opgesteld door het Zorginstituut Nederland en omvat kwaliteitsindicatoren. In 2017 is het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg ingevoerd, waarin omschreven staat wat goede zorg inhoudt en hoe verpleeghuizen goede kwaliteit zorg moeten leveren (Zorginstituut Nederland, 2017). Er wordt op verschillende gebieden aandacht besteed aan kwaliteitsverbetering. Er zijn tien aandachtspunten: de cliënt als mens, nadruk op leren, toezicht en verantwoording, vertrouwen versterken in de mensen die in de verpleeghuiszorg werken, samen leren, het verminderen van bureaucratie, veilig voor cliënten, extra aandacht aan de personeelssamenstelling, de uitgangspunten over kwaliteit, en betere kwaliteit. Samen leren is een uitgangspunt dat voor dit onderzoek relevant is. Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg omschrijft het volgende over samen leren:

“De focus ligt op samen leren: zowel intern met cliënten, naasten en zorgverleners als extern met andere zorgorganisaties, ouderenbonden, zorgcoöperaties en zorgkantoren. Het kader stimuleert de samenwerking met interne en externe betrokkenen, door middel van bijvoorbeeld het samen ontwikkelen van kwaliteitsplannen, het samen bespreken van kwaliteitsverslagen en het samen bepalen van verbeterplannen. Maar samen leren kan ook door middel van uitwisselingen, audits en visitaties. Voor samen leren is het nodig dat de gebruikte kennisbronnen zoals cliëntervaringen en kwaliteitsverslagen in alle openheid voor alle betrokkenen beschikbaar zijn, met behoud van privacy van cliënten en zorgverleners.”

(Zorginstituut Nederland, 2017, p. 6)

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg verplicht zorgaanbieders om deel te nemen aan een lerend netwerk, dat ten minste wordt gevormd met twee andere zorgaanbieders (Zorginstituut Nederland, 2017). De organisaties moeten kunnen aantonen dat er een actieve samenwerking bestaat rondom het kwaliteitsplan en het kwaliteitsverslag met verbeterparagraaf. In het

document staat dat er een actieve onderlinge uitwisseling is wanneer dit in openheid plaatsvindt, bijvoorbeeld via bezoek, consultatie, benchmarking en intervisie.

3. Theoretisch kader

§ 3.1. Inleiding

Het theoretisch kader functioneert als eerste aanzet voor de beantwoording van de verdiepende onderzoeksvraag: *Welke stimulerende en remmende factoren zijn aanwezig bij de beslissingen die zorgaanbieders maken bij het samen leren van calamiteiten in de langdurige zorg van ouderen?* De focus ligt daarom op verschillende factoren van samen leren en verbeteren tussen organisaties. Dit hoofdstuk is in vier paragrafen ingedeeld. Om het leerproces van organisaties te begrijpen is allereerst in paragraaf 3.2. het concept organisatorisch leren uitgewerkt. Om de verschillende stimulerende en remmende factoren van samen leren van calamiteiten helder te krijgen is gekozen om *Community of Practice* (CoP) van Wenger, McDermott en Snyder (2002) als leidraad te gebruiken in het theoretisch kader, waarbij ter aanvulling andere relevante theorieën zijn aangehaald (bijv. Ansell, 2016; Ellonen, Blomqvist & Puumalainen, 2008; McSherry & Pearce, 2018; Tagliaventi en Mattarelli, 2006). De CoP theorie en aanvullende theorieën zijn beschreven in paragraaf 3.3. Ten slotte is in paragraaf 3.4. een samenvatting gegeven van het theoretisch kader. De concepten en factoren zijn voor de leesbaarheid van het onderzoek schuingedrukt vermeld.

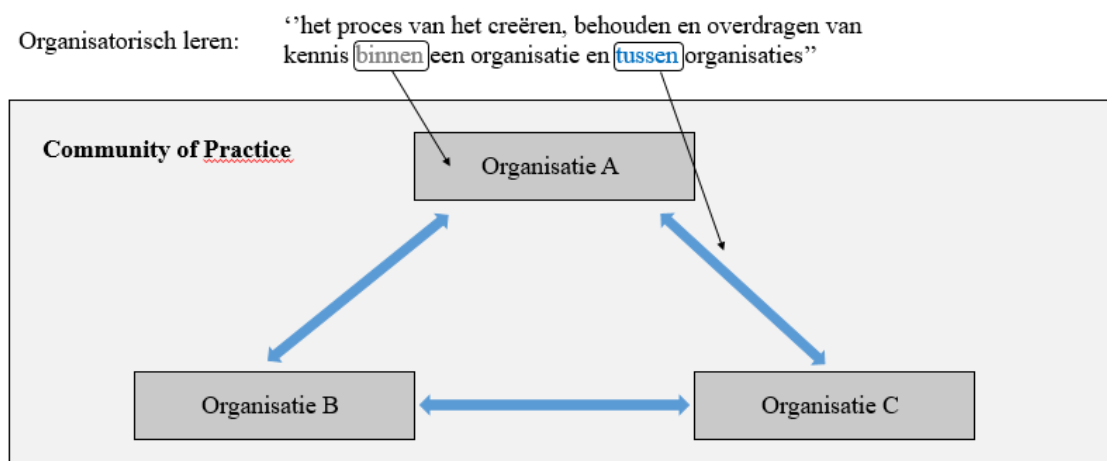
§ 3.2. Organisatorisch leren

Het organisatorisch leerproces heeft betrekking op de manier waarop organisaties in staat zijn om te reageren op interne en externe veranderingen (Cyert & March; 1963, Nikula, 1999). Rashman, Withers en Hartley (2009) definiëren organisatorisch leren als “een proces van individueel en collectief denken en handelen in een organisatorische context, met cognitieve, sociale, gedrag en technische elementen” (p. 470). Volgens Rashman et al. (2009) is het sociale element belangrijk binnen (semi)-publieke organisaties, waaronder zorgaanbieders, omdat deze organisaties leren door middel van samenwerkingen, beoordelingen en ervaringen. Edmonstone (2018) betreft specifiek de gezondheidszorg in zijn studie naar organisatorisch leren. Hij beargumenteert dat zorgaanbieders niet bestaan uit een rationeel en stabiel geheel, maar zijn gevormd door dialogen die plaatsvinden tussen actoren. Er vindt dus een continue interactie plaats. Volgens Edmonstone (2018) zijn organisaties “betekenisgemeenschappen”, waarin communicatie- en interactiepatronen gevormd worden door machtsrelaties en emoties van individuen. Edmonstone (2018) omschrijft organisatorisch leren als “het proces van het creëren, behouden en overdragen van kennis binnen een organisatie en tussen organisaties” (p. 435). Dit

onderzoek houdt deze definitie aan en betreft ook het collectief denken en handelen en het sociale element van Rashman et al. (2009). De focus in dit onderzoek ligt op het organisatorisch leren tussen organisaties onderling.

Uit de literatuur komt naar voren dat organisatienetwerken en organisatorisch leren nauw in relatie met elkaar staan (Rashman et al., 2009; Knight & Pye, 2005; Wenger et al., 2002). Knight en Pye (2005) benadrukken het concept ‘netwerk leren’, dat omschreven wordt als het leren door een groep van organisaties *als een groep*. Het uitgangspunt van hun onderzoek is dat leren in netwerken een bijdrage kan leveren aan organisatorisch leren. Volgens Knight en Pye (2005) worden leerprocessen in verband gebracht met het ontwikkelen van betekenis, betrokkenheid en methoden. Het is een ingewikkeld proces waarbij meerdere contextuele factoren zijn betrokken (Knight & Pye, 2005). De rol van de sociologie speelt volgens Waring et al. (2016) een centrale rol in het verbeteren van de zorg, omdat kwaliteit en zorg steeds meer als een sociaal probleem gezien wordt.

Wenger et al. (2002) schreven al eerder over het leren tussen organisaties en noemen dit CoP. CoP zijn op verschillende niveaus te vinden, waaronder ook over de grenzen van de organisatie (Wenger et al., 2002). Het fungeert als basis voor sociale leersystemen omdat het bestaat uit een verzameling van competenties die nodig zijn om te leren (Wenger, 1998). Sociaal leren betekent het proces waarin iemand leert en verandert door middel van interactie met en observatie van anderen (Blackmore, 2010). In Figuur 2 staat een grafische weergave van organisatorisch leren, in combinatie met CoP. De theorie van Wenger et al. (2002) is in de volgende paragraaf nader uiteengezet.



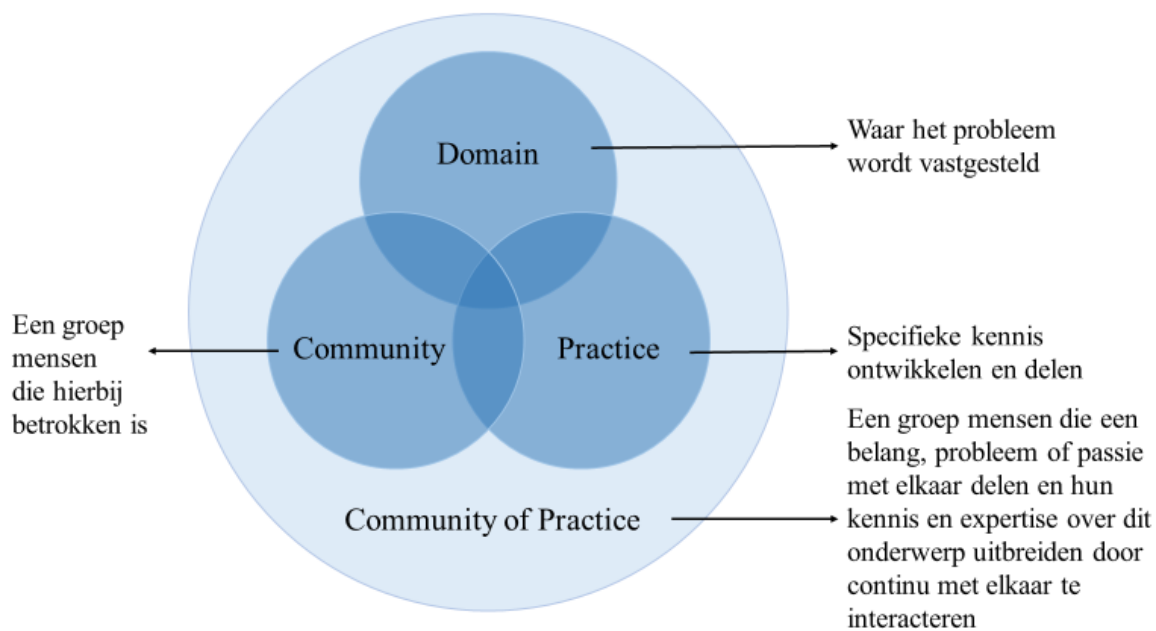
Figuur 2. Samenhang community of practice en organisatorisch leren

§ 3.3. Community of practice

Wenger et al. (2002) omschrijven CoP als een groep mensen die een belang, probleem of passie met elkaar delen en hun kennis en expertise over dit onderwerp uitbreiden door continu met elkaar te interacteren. CoP's bevinden zich overal in de samenleving en nemen verschillende vormen aan: groot of klein, lang-of kortdurend, dichtbij of verspreid, homogeen of heterogeen, binnen of buiten grenzen van organisaties en spontaan of voorbedacht (Wenger et al., 2002). Alle leden zijn betrokken bij hetzelfde onderwerp, ondanks de verschillende vormen die aangenomen kunnen worden. CoP kan worden gezien als een manier van een collectief leerproces (Storberg-Walker, 2008).

Volgens Wenger et al. (2002) is kennis niet alleen wat we kunnen beschrijven in documenten en hulpmiddelen. Kennis omvat ook stilzwijgende aspecten, die in de meeste gevallen zeer waardevol zijn. Leren en verbeteren vergt inzicht in het begrijpen van complexe systemen die gerelateerd zijn aan specifieke problemen. Interacties en informele leerprocessen kunnen worden bereikt via een CoP. Het delen van ervaring, het voeren van gesprekken en het coachen van elkaar draagt bij aan het ontdekken van stilzwijgende kennis (Wenger et al., 2002). In dit onderzoek kunnen zorgaanbieders worden gezien als een (opkomende) CoP, gezien zij vanuit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg aangesloten moeten zijn bij een lerend netwerk (Zorginstituut Nederland, 2017). De theorie verklaart waarom actoren besluiten om een samenwerkingsverband aan te gaan en informatie, kennis en middelen uit te wisselen. Er zijn verschillende factoren die belangrijk zijn voor deze beslissing. CoP is namelijk een kwestie van halen en brengen. Wat maakt dat een organisatie kennis en informatie wilt delen en wat verwacht een organisatie te ontvangen van een andere organisatie?

De basisstructuur van een CoP bestaat uit een domein waarin een probleem wordt vastgesteld (*domain*), een groep mensen die betrokken zijn bij dit domein (*community*) en waarin deze groep specifieke kennis ontwikkelt en dit deelt via ervaringen, materialen en ideeën (*practice*) (Wenger et al., 2002). Wanneer deze drie fundamentele concepten sterk met elkaar samenhangen, fungeren zij als een toegevoegde waarde van het delen van kennis. In Figuur 3, weergegeven op de volgende pagina, is dit visueel weergegeven. *Domain*, *community* en *practice* worden in de volgende paragraaf nader toegelicht.



Figuur 3. Basisstructuur van Community of Practice

§ 3.3.1. **Domain.** Het *domain* fungeert als gezamenlijk perspectief en gevoel van een gezamenlijke identiteit voor de *community*, waarin het doel en de waarde helder is voor leden en andere belanghebbenden (Wenger et al., 2002). Het *domain* inspireert leden om een bijdrage te leveren, te leren en betekenis te geven aan hun acties. Het motiveert leden om inzichten binnen de CoP te delen omdat zij zich toegewijd voelen door de gemeenschappelijke problemen die de leden ervaren. Een domein is niet een reeks vastgestelde problemen, maar het gaat om complexe en langdurige problemen die leden ervaren en alleen opgelost kunnen worden door een continu leerproces. Om een gezamenlijk begrip van het *domain* te ontwikkelen moet de *community* de volgende vragen stellen (Wenger et al., 2002):

- Welke onderwerpen en problemen zijn relevant voor ons vakgebied?
- Hoe is het *domain* verbonden met de organisatie?
- Wat voor soort invloed willen we uitoefenen?
- Wat zijn de voordelen van deze *community*?

Uit de theorie van Wenger et al. (2002) zijn twee concepten te vinden voor het creëren en behouden van een succesvolle CoP: *verbondenheid* en *strategische relevantie*. Ten eerste is het

van belang dat leden zich *verbonden* voelen, door een *gezamenlijke identiteit* en *gezamenlijk perspectief*. Tagliaventi en Mattarelli (2006) concluderen dat zorgaanbieders vasthouden aan gemeenschappelijke waarden wanneer zij kennis delen met andere zorgaanbieders. Een *domain* kan falen in het inspireren van de leden waardoor de *community* geen waardevolle betekenis heeft (Wenger et al., 2002). Dit betekent dat er geen verbintenis is omdat er geen *toewijding* is tot *gemeenschappelijke problematiek*. Ten tweede is het van belang dat het onderwerp *strategisch relevant* is voor de organisatie. Indien dit niet het geval is, zal de samenwerking beëindigen. De realisatie van een effectieve en succesvolle CoP komt het beste tot stand, wanneer de doelen en belangen van de organisaties overeenkomen met de ambities van de leden (Wenger et al., 2002). Er is dus een betere *aansluiting*.

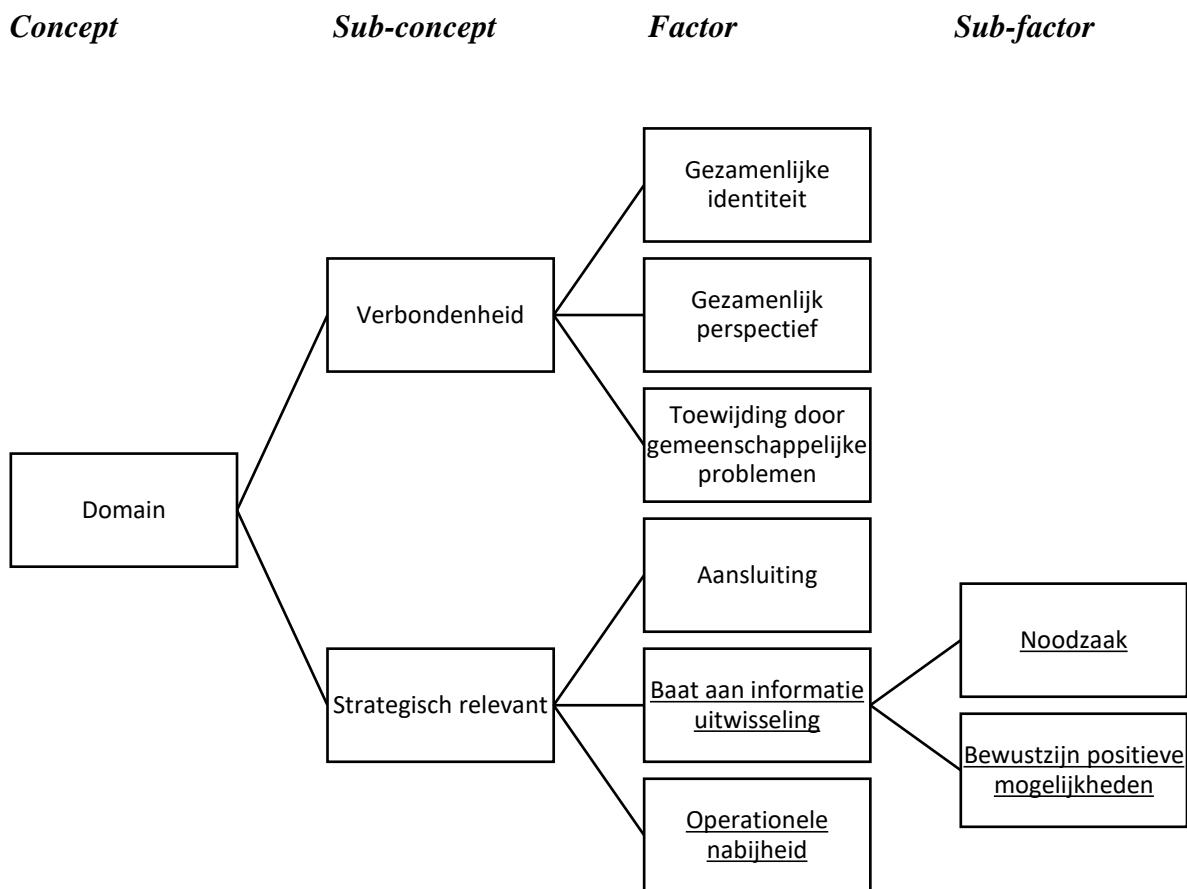
Wenger et al. (2002) gaan beperkt in op het concept *strategische relevantie*, terwijl uit de literatuur (Ansell, 2016; Tagliaventi & Mattarelli, 2006) blijkt dat meerdere factoren (*baat aan informatie uitwisseling* en *operationele nabijheid*) van belang zijn bij *strategische relevantie*. Volgens Ansell (2016) zullen organisaties samenwerken en informatie uitwisselen wanneer de organisatie hier *baat* bij heeft. *Baat aan informatie uitwisseling* is op te splitsen in sub-factoren bestaat enerzijds uit de *noodzaak* om samen te werken en anderzijds zijn organisaties *bewust van de positieve mogelijkheden* voor het oplossen van problemen binnen de organisatie.

Bij de sub-factor, *noodzaak*, kunnen ingestelde voorwaarden of gebeurtenissen ervoor zorgen dat organisaties gaan samenwerken (Ansell, 2016). Er zijn bijvoorbeeld verplichtingen vanuit de overheid opgesteld waaraan organisaties moeten voldoen. Het kan ook zo zijn dat organisaties niet alleen complexe problemen kunnen oplossen waardoor zij geduwd worden naar samenwerkingsstrategieën (Ansell, 2016). Dit kan dus betrekking hebben op politieke of beleidsmatige kwesties en kan als stimulerende factor worden gezien (Ansell, 2016; Hartley, 2016). Ansell (2016) stelt dat deze sub-factoren de betrokkenheid bij samenwerking kan vergroten, gezien organisaties inzien dat het de enige manier is om iets op te lossen. Daarentegen veronderstellen Wenger et al. (2002) dat beleid kan zorgen voor ontmoediging om aan te sluiten bij een CoP. Ze gaan niet dieper in op de redenen waarom dit het geval is.

Bij de sub-factor, *bewustzijn positieve mogelijkheden*, hebben organisaties bijvoorbeeld eerder gefaald in het ‘eenzijdig’ oplossen van problemen en zoeken daarom samenwerking met andere organisaties (Ansell, 2016). Ansell (2016) omschrijft dat deze sub-factor het *bewustzijn van positieve mogelijkheden* om samen te werken kan vergroten en tevens kan worden geassocieerd met enthousiasme om actie te ondernemen.

Uit de studie van Tagliaventi en Mattarelli (2006) blijkt dat *operationele nabijheid* ook een belangrijk is voor het delen van kennis. Er is echter geen uitspraak over gedaan of dit een stimulerende of remmende werking heeft en welke reden er achter schuilt.

In Figuur 4 is een grafische weergave weergegeven van de sub-concepten en (sub)factoren die bij *domain* kunnen worden ingekaderd. De onderstreepte vormen zijn gebaseerd op de aanvullende theorieën (bijv. Ansell, 2016; Tagliaventi en Mattarelli, 2006) en zonder onderstreping horen bij de theorie van Wenger et al. (2002).



Figuur 4. Grafische weergave van (sub)concepten en (sub)factoren gecategoriseerd onder Domain

§ 3.3.2. Community. De *community* kan worden beschouwd als de sociale structuur van kennisuitwisseling en leren (Wenger et al., 2002). Het gaat niet slechts om een website, een database of een verzameling van goede ideeën maar het is een groep mensen die interacteren, leren en relaties opbouwen. Bij het vormen van de *community* kan een CoP aandacht besteden aan de volgende vragen (Wenger et al., 2002, p. 46):

- Welke rollen zullen leden vervullen?
- Hoe gaan leden om met verschillende perspectieven en conflicten?
- Hoe vaak komt de *community* bij elkaar?
- Welke activiteiten stimuleren het ontwikkelen van energie en vertrouwen?

Met behulp van deze vragen kunnen leden vormgeven aan de CoP en relaties opbouwen.

De focus moet grotendeels liggen op de *relatie* tussen leden van de *community* (Wenger et al., 2002). Wenger et al. (2002) benoemen factoren met betrekking tot het concept *relatie*, die dienen als voorwaarden voor samenwerking en openheid: *vertrouwen, frequente interactie en uiting energie en/of passie*. Wederzijds *vertrouwen* en respect fungeren als basis voor het opbouwen van een effectieve *community*. Wenger et al. (2002) omschrijft dat leden *frequent* met elkaar moeten *interacteren* over problemen die belangrijk zijn binnen hun *domain*, zodat ze een gedeelde geschiedenis en identiteit kunnen opbouwen. Leden moeten zich veilig voelen in de *community*, zodat ze de waarheid durven te spreken en moeilijke vragen durven te stellen. Een effectieve *community* betekent niet dat er nooit conflicten ontstaan. *Communities* met sterke banden zijn beter bekwaam in het omgaan met onenigheden en kunnen dit op een productieve wijze omzetten zodat hun relatie en leervermogen groeit. Wenger et al. (2002) veronderstellen dat het succes van de *community* ook te wijten is aan de *energie en passie die leden uiten*.

De voorwaarden die Wenger et al. (2002) dus benoemen voor samenwerking en openheid zijn relatiegericht en bestaan uit de factoren: *vertrouwen, frequente interactie en uiting energie en/of passie*. De eerstgenoemde factor, *vertrouwen*, is in meerdere publicaties verder uitgediept (Ellonen, Blomqvist & Puumalainen, 2008; Hsu & Chang, 2012; Quigley, Tesluk, Locke & Bartol, 2007). Ellonen et al. (2008) benadrukken dat *vertrouwen* een steeds belangrijkere rol gaat spelen voor intra-organisatorische samenwerkingen. *Vertrouwen* draagt namelijk bij aan een efficiënte en effectieve manier van communiceren en samenwerken (Ellonen et al., 2008). Bovendien versterkt het betrokkenheid van de organisatie (Dirks &

Ferrin, 2001) en de prestatie (Ellonen et al., 2008; Hsu & Chang, 2012). Er is nog niet veel geschreven over hoe *vertrouwen* kan worden opgebouwd. Het opbouwen van *vertrouwen* kan wel worden vergemakkelijkt door betrouwbare acties te ondernemen, zoals openheid en eerlijkheid en verplichtingen nakomen (Quigley et al., 2007). Quigley et al. (2007) beargumenteren dat een open organisatiecultuur en mensen met een hogere functie die optreden als rolmodel nodig zijn om *vertrouwen* op te bouwen. Positieve relaties tussen organisatie kunnen het gevoel van een succesvolle toekomstige samenwerking versterken (Ansell, 2016). Een groot *vertrouwen* kan dus als stimulerende factor werken met betrekking tot het samen leren en verbeteren tussen zorgaanbieders. Daarentegen kan het een remmende factor zijn wanneer het *vertrouwen* tussen de zorgaanbieders laag is.

Ansell (2016) omschrijft een andere factor die onder *relatie* kan worden geplaatst. Volgens Ansell (2016) is het van belang dat de *verwachtingen* van samenwerking duidelijk in kaart worden gebracht, zodat organisaties weten waar ze aan toe zijn. Dit kan worden gerealiseerd door goede afstemming, coördinatie of uitwisseling van kennis en bronnen.

Organisatiecultuur is een concept dat niet expliciet wordt benoemd in CoP, maar wel impliciet is terug te vinden in de theorie. *Organisatiecultuur* kan namelijk onder sociale structuur worden geplaatst, waardoor dit concept dus onder community valt. Een *organisatiecultuur* omvat de overtuigingen, ideologieën, normen, waarden en gedragspatronen die de organisatie benadrukt (Cho, Kim, Park & Cho, 2013; Fiol & Lyles, 1985). Uit de literatuur blijkt dat *organisatiecultuur* een belangrijk concept is wanneer het gaat over samen leren en verbeteren (Carney, 2011; McSherry & Pearce, 2018; Wenger et al., 2002). De cultuur van een organisatie kan invloed hebben op de levering en resultaten van zorg (Carney, 2011; McSherry & Pearce, 2018). *Organisatiecultuur* kan enerzijds dienen als stimulerende factor, maar anderzijds kan het ook een remmende werking hebben op het samen leren en verbeteren tussen organisaties. Wenger et al. (2002) veronderstellen dat in sommige organisaties een anti-leren cultuur kan heersen waarin leren, reflecteren en het delen van kennis wordt ontmoedigd.

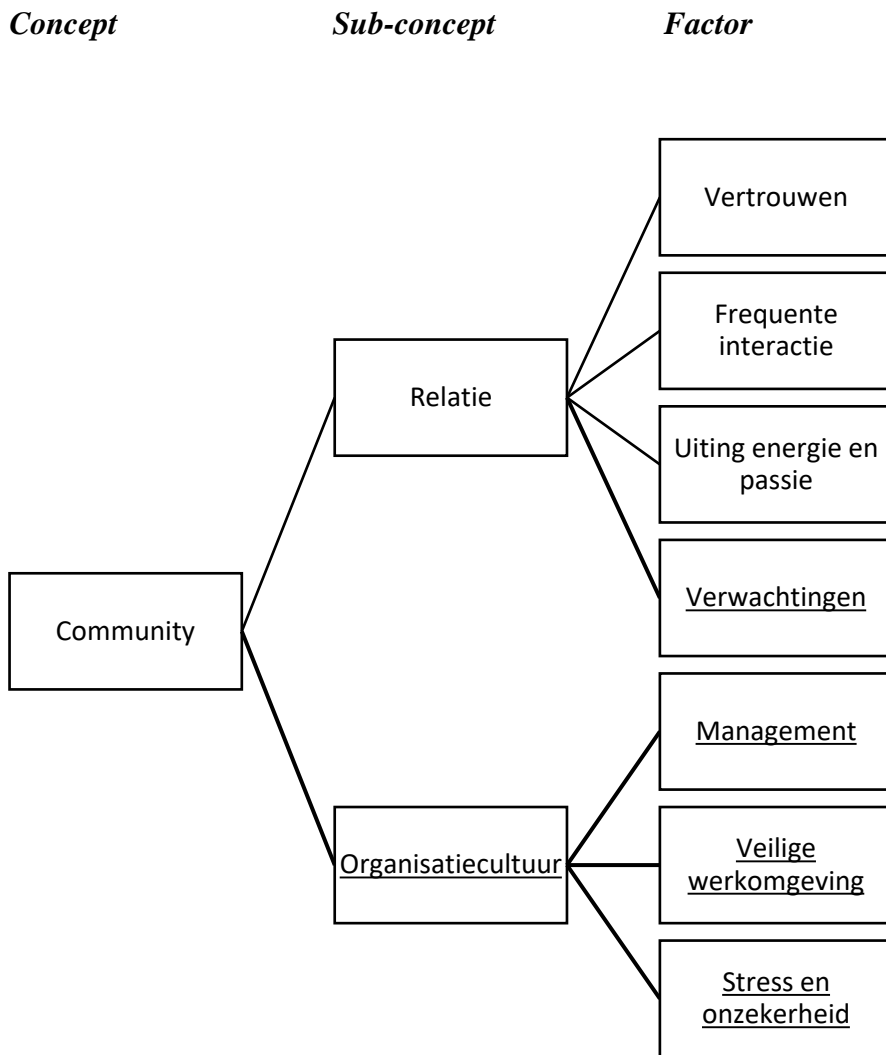
Allereerst omschrijven McSherry en Pearce (2018) dat het *management* een belangrijke rol speelt in het vormen van een leercultuur. Volgens McSherry en Pearce (2018) is het van belang dat de organisatie aandacht besteedt aan effectief leiderschap, middelen en ondersteuning, opleiding en training zodat een optimale *organisatiecultuur* en werkomgeving gerealiseerd kan worden.

Ten tweede blijkt dat *organisatiecultuur* een belangrijke rol speelt in het creëren van een *veilige werkomgeving* (McSherry & Pearce, 2018). Hébert (2001) veronderstelt dat op het

gebied van culturele barrières nog winst kan worden behaald (Hébert, 2001). Volgens Tevlin, Doherty en Travnor (2013) moet een verschuiving van *name, blame and shame* naar *no-blame* plaatsvinden zodat deze culturele barrière voor openheid niet meer in de weg staat. Openheid moet worden gezien als een proces, niet als slechts één openbaring van een calamiteit (Tevlin, Doherty & Traynor, 2013). Volgens Kohn, Corrigan en Donaldson (2000) heeft het geen nut om een individu te beschuldigen, aangezien dit geen functie heeft voor het verbeteren van het zorgsysteem en helpt andere zorgprofessionals niet om dezelfde fout te voorkomen. Volgens Tevlin, Doherty en Travnor (2013) zijn de meeste fouten namelijk gebaseerd op routines en apparaten, waardoor individuele zorgprofessionals die deze routines of apparaten volgen/gebruiken een fout kan begaan. Ondanks deze inzichten komt het toch vaak voor dat schuld centraal staat, ook wel *blame culture* genoemd.

Ten derde heeft de hoeveelheid *stress en onzekerheid* over successen of mislukkingen invloed op het leerproces. De interne of externe omgeving van de organisatie kan een negatieve invloed hebben wanneer de omgeving te complex of te dynamisch is (Fiol & Lyles, 1985). De omgeving veroorzaakt overbelasting waardoor de organisatie niet kan leren. Te veel veranderingen maakt het lastig om de omgeving in kaart te brengen (Fiol & Lyles, 1985). Franco en Almeida (2011) benadrukken het belang van leren voor organisaties waarin complexiteit op de voorgrond staat en waar snelle veranderingen in de omgeving plaatsvinden. Er wordt van zorgaanbieders verwacht dat ze snel leren zodat ze veranderingen voor zijn (Franco & Almeida, 2011). Het leerproces heeft betrekking op het vinden van een balans tussen stabiliteit en verandering (Fiol & Lyles, 1985).

In Figuur 5 zijn de factoren weergegeven die in *community* te vinden zijn. Ook voor dit figuur geldt dat de onderstreepte vormen zijn gebaseerd op de aanvullende theorieën (bijv. Ansell, 2016; Ellonen et al., 2008; Fiol & Lyles, 1985; McSherry & Pearce, 2018) en zonder onderstreping horen bij de theorie van Wenger et al. (2002).



Figuur 5. Grafische weergave van de (sub)concepten en factoren gecategoriseerd onder Community

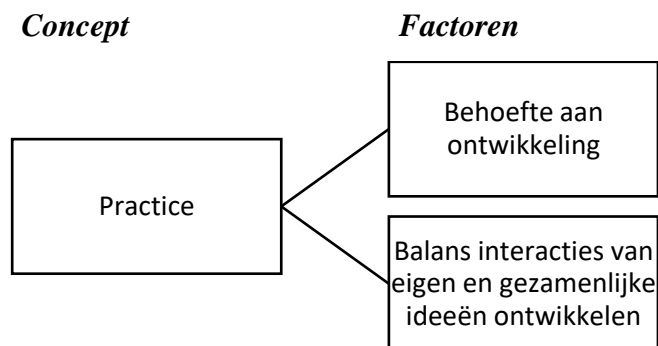
§ 3.3.3. **Practice.** De *practice* is een reeks van kaders, ideeën, hulpmiddelen, informatie, stijlen, taal, verhalen en documenten die de leden van de *community* delen (Wenger et al., 2002). De *practice* is dus specifieke kennis die de *community* ontwikkelt, deelt en onderhoudt. Het duidt op een aantal sociaal gedefinieerde manieren om dingen te doen in een specifiek *domain*. Het omvat dus een bepaalde manier van gedragingen, een perspectief op problemen en ideeën, een denkstijl en in sommige gevallen een ethische houding.

Een effectieve *practice* ontstaat wanneer er een samensmelting is met de *community*. Elk lid geeft namelijk op een eigen manier vorm aan de *practice*, maar uiteindelijk moet de *community* een gedeelde visie hebben op wat er moet gebeuren in het *domain*. Met andere

woorden; succesvolle ontwikkeling van de *practice* hangt af van de balans van de interacties tussen leden waarin ze gezamenlijk ideeën ontwikkelen en producten produceren zoals hulpmiddelen of documenten (Wenger et al., 2002). De volgende vragen kunnen gesteld worden voor het behalen van een effectieve *practice* (Wenger et al., 2002, p. 46):

- Welke kennis delen we, ontwikkelen we en leggen we vast?
- Wanneer moeten processen worden gestandaardiseerd en wanneer zijn verschillende visies geaccepteerd?
- Waarin moet de *community* zich ontwikkelen?
- Wat voor een soort leeractiviteiten kunnen worden georganiseerd?

Er zijn in *practice* factoren van samen leren tussen organisaties te herleiden (Wenger et al., 2002). Allereerst *behoefte aan ontwikkeling* en ten tweede de *balans van het ontwikkelen van eigen en gezamenlijke ideeën*. Wenger et al. (2002) gaat niet dieper in op deze factoren. In Figuur 6 zijn de factoren weergegeven die terug te vinden zijn in *practice*.



Figuur 6. Grafische weergave van de factoren onder *Practice*

§ 3.4. Samenvatting theoretisch kader

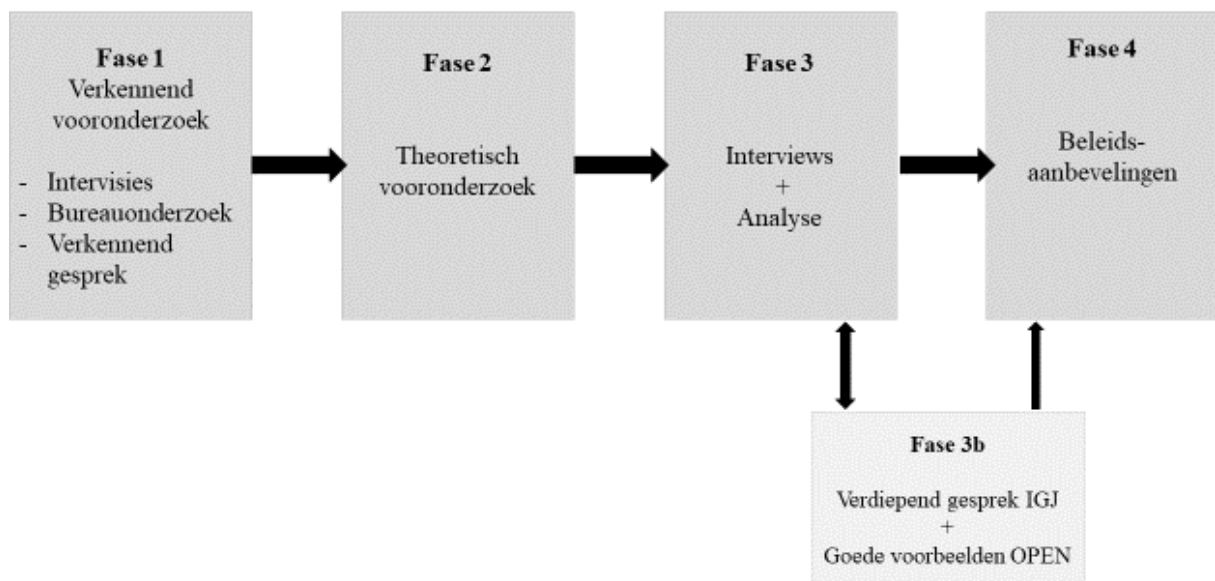
Uit de theorie van Wenger et al. (2002) en aanvullende theorieën (bijv. Ansell, 2016; Ellonen, Blomqvist & Puumalainen, 2008; McSherry & Pearce, 2018; Tagliaventi en Mattarelli, 2006) blijkt dat verschillende stimulerende en belemmerende factoren van invloed zijn op het samen leren en verbeteren tussen organisaties onderling. De sub-concepten zijn *verbondenheid*, *strategische relevantie*, *relatie*, *organisatiecultuur*, *behoefte aan ontwikkeling* en *balans interacties van eigen en gezamenlijke ideeën ontwikkelen*. Deze sub-concepten zijn verder uitgediept in factoren: *gezamenlijke identiteit*, *gezamenlijk perspectief*, *toewijding door*

gemeenschappelijke problemen, aansluiting, baat aan informatie uitwisseling (sub-facoren: noodzaak en bewustzijn positieve mogelijkheden), operationele nabijheid, vertrouwen, frequente interactie, uiting energie/passie, verwachtingen, management, veilige werkomgeving en stress/onzekerheid.

4. Methodologie

§ 4.1. Inleiding

Er is gekozen voor een kwalitatieve methode gezien de exploratieve aard van het onderzoek. Op deze manier kunnen nieuwe inzichten worden verkregen en nieuwe relaties worden ontdekt. Er zijn vier fases doorlopen: een verkennend vooronderzoek, een theoretisch vooronderzoek, diepte-interviews en analyse en beleidsaanbevelingen. Het verkennend vooronderzoek bestond uit het bijwonen van intervisieavonden, een bureauonderzoek en een verkennend gesprek met de IGJ. Via het verkennend vooronderzoek is een zorgcontext op het gebied van calamiteitenonderzoek geschetst. Aan de hand van het theoretisch vooronderzoek zijn belemmerende en stimulerende factoren van samen leren van calamiteiten opgesteld. Na het operationaliseren van de belangrijkste concepten is een topiclijst opgesteld. In de derde fase zijn vervolgens vijftien semigestructureerde diepte-interviews gehouden met kwaliteitsmedewerkers of -adviseurs en bestuurders die werkzaam zijn in de ouderenzorg. Daarnaast zijn er nog vijf interviews afgenomen met relevante professionals ter ondersteuning of aanvulling van het onderzoek. Ten slotte zijn er beleidsaanbevelingen gegeven. In Figuur 7 staat een schematische weergave van het onderzoeksproces dat is doorlopen in dit onderzoek.



Figuur 7. Onderzoeksproces

§ 4.2. Verkennend en theoretisch vooronderzoek

Om meer diepgang te krijgen in het onderzoek is, tegelijkertijd met het opbouwen van het theoretisch kader, een vooronderzoek gedaan. Dit vooronderzoek is vormgegeven via het

bijwonen van twee intervisiebijeenkomsten, een bureauonderzoek en een verkennend gesprek met de IGJ. Het thema van de intervisiebijeenkomsten concentreerde zich op calamiteitenonderzoek. De eerste intervisiebijeenkomst bestond uit veertien kwaliteitsmedewerkers en -adviseurs die zich in een beginnende fase bevonden met het inrichten van calamiteitenonderzoek. De tweede intervisiebijeenkomst bestond uit twintig kwaliteitsmedewerkers en -adviseurs die gevorderd zijn in het inrichten van calamiteitenonderzoek. De deelnemers zijn werkzaam in verschillende zorgsectoren, maar minstens de helft van beiden groepen was werkzaam in de ouderenzorg. Met betrekking tot het vooronderzoek is vooral geïnventariseerd waar kwaliteitsmedewerkers en -adviseurs zich tot richten. Hierop aansluitend is een bureauonderzoek gehouden, waarbij de focus lag op de belangrijkste actoren omtrent calamiteitenonderzoek en de betekenis en ontwikkelingen van kwaliteit in de zorg. De inhoud van dit bureauonderzoek is te lezen in hoofdstuk 2 en heeft gediend voor de beantwoording van de beschrijvende vraag. Het verkennend gesprek met de IGJ heeft plaatsgevonden voordat de dataverzameling heeft plaatsgevonden. Dit toezichthoudend orgaan beschikt over expertise rondom calamiteiten en heeft kennis over de huidige situatie en eventuele ontwikkelingen van relaties tussen zorgaanbieders. Het gesprek is gebruikt als extra dimensie voor het beantwoorden van de beschrijvende vraag en om bevindingen uit het theoretisch vooronderzoek te toetsen en aan te scherpen. Voordat dit gesprek heeft plaatsgevonden is er met een adviseur van Q-Consult Zorg besproken welke topics relevant waren om te bespreken. De topiclijst van het interview met de IGJ is in Bijlage A weergegeven. Ten slotte is een theoretisch vooronderzoek gedaan naar de remmende en stimulerende factoren van organisaties om samen te werken zodat een eerste aanzet gedaan kon worden voor de beantwoording van de verdiepende onderzoeksvraag.

§ 4.3. Onderzoeksmethode

Er is gekozen om diepte-interviews als onderzoeksmethode te gebruiken omdat op deze manier de stimulerende en remmende factoren het beste in kaart kunnen worden gebracht. De methode biedt ruimte om een verdiepend gesprek te voeren met de respondenten en levert nieuwe inzichten op. De interviews hebben plaatsgevonden in de tweede week van april 2019 tot en met de eerste week van mei 2019. Tijdens de interviews is gewerkt met een topiclijst (Bijlage B). De topiclijst is opgesteld vanuit de operationalisering (zie paragraaf 4.7.) van de concepten die in het theoretisch kader besproken zijn. Na twee interviews is de topiclijst aangescherpt.

§ 4.4. Onderzoeksgroep

De interviews zijn gehouden met dertien kwaliteitsmedewerkers en -adviseurs, één bestuurder en één bestuurssecretaris van verschillende zorgaanbieders in de VVT-sector. Kwaliteitsmedewerkers zijn gespecialiseerd in kwaliteit en veiligheid binnen de organisatie en hebben calamiteitenonderzoek in hun portefeuille. Ze zijn hierdoor in grote mate betrokken bij calamiteitenonderzoek en hebben overzicht van wat speelt op dit vakgebied. Om deze redenen is gekozen om kwaliteitsmedewerkers en -adviseurs te interviewen. De interviews met de kwaliteitsmedewerkers zijn gebruikt om de verdiepende vraag te beantwoorden. Daarnaast is één bestuurder en één bestuurssecretaris geïnterviewd. In eerste instantie was de intentie om de kwaliteitsmedewerkers en -adviseurs, de bestuurder en de bestuurssecretaris als een onderzoeksgroep te gebruiken. Echter, uit de interviews was duidelijk op te merken dat de bestuurder en bestuurssecretaris spraken vanuit een andere positie. Er is besloten om de bestuurder en de bestuurssecretaris buiten beschouwing te laten om de zuiverheid van de resultaten te waarborgen. Gezien de interviews wel waardevolle informatie gaven zijn de interviews meegenomen als extra dimensie voor het onderzoek en hebben een bijdrage geleverd aan de beleidsaanbevelingen. In Bijlage C staat een overzicht van de interviews en het doeleind weergegeven.

Ondanks het feit dat de focus van kwalitatief onderzoek minder ligt op het generaliseren van de onderzoeksresultaten, is er zoveel mogelijk rekening gehouden met de generaliseerbaarheid door respondenten te interviewen die werkzaam zijn bij verschillende zorgaanbieders. Er zijn twee kwaliteitsmedewerkers geïnterviewd die bij dezelfde zorgaanbieder werken.

§ 4.5. Onderzoeksprocedure

Er is rekening gehouden met verschillende fases waarin zorgaanbieders zich bevinden met betrekking tot kwaliteitsverbetering. De populatie is divers waardoor de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek hoger is. Er zijn zowel zorginstellingen vanuit binnen het netwerk, als buiten het netwerk van Q-Consult Zorg benaderd. Bovendien is de grootte van de zorgaanbieders ook in acht genomen. In paragraaf 4.10. wordt dieper ingegaan op andere aspecten waarbij in het onderzoek rekening mee is gehouden om de betrouwbaarheid en validiteit zo hoog mogelijk te krijgen.

De werving van de respondenten heeft allereerst plaatsgevonden via het netwerk van Q-Consult Zorg. Via een klantenbestand zijn acht relevante zorgaanbieders geselecteerd.

Vervolgens hebben adviseurs van Q-Consult Zorg een mail verstuurd naar de zorgaanbieder met verzoek tot deelname (Bijlage D). Uiteindelijk zijn vier mails daadwerkelijk verstuurd en is één respondent verworven via deze wervingsmethode. De respondent heeft naderhand nog één kwaliteitsmedewerkers aangedragen. Vervolgens zijn tijdens de intervisiebijeenkomst zes respondenten verworven, waarvan drie beginnende en drie gevorderde zorgaanbieders op gebied van calamiteitenonderzoek. Daarnaast is een aantal zorgaanbieders die ouderenzorg aanbieden telefonisch benaderd. Van de tien benaderde zorgaanbieders zijn vijf respondenten via deze wervingsmethoden verworven. De overige organisaties gaven aan tijdgebrek te hebben, reageerde niet op mails of hebben niet teruggebeld na het achterlaten van een boodschap. Ten slotte is gebruik gemaakt van het eigen netwerk van de onderzoeker en is een nieuwbrief verstuurd naar het netwerk van Q-Consult Zorg met daarin een oproep voor deelname (zie Bijlage E). Beide methoden hebben één respondent opgeleverd. In Tabel 3 staat een overzicht van de wervingsmethoden.

Tabel 3.

Overzicht wervingsmethoden respondenten

Wervingsmethoden	Aantal respondenten
Klantenbestand	1*
Nieuwsbrief	1
Intervisiebijeenkomst beginners	3
Intervisiebijeenkomst gevorderde	3
Actief bellen naar organisaties	5**
Sneeuwbaaleffect	1
Eigen netwerk	1

* *Waarvan één bestuurder*

** *Waarvan één bestuurssecretaris*

Er is gekozen om de interviews op locatie van de zorgaanbieder te laten plaatsvinden zodat de bereidheid aan deelname werd vergroot. Er hebben twee interviews op een andere locatie (kantoor Q-Consult Zorg en universiteitsbibliotheek) plaatsgevonden. De interviews duurden gemiddeld één uur en zijn opgenomen via een recorder. Na elf kwaliteitsmedewerkers, één bestuurder en één bestuurssecretaris gesproken te hebben, kwam er geen nieuwe informatie

meer naar boven. Vervolgens zijn er nog twee interviews gehouden met kwaliteitsmedewerkers ter controle. Dit betekent dat er sprake is van datasaturatie.

§ 4.6. Ethiek

Om de respondenten bewust te maken van deelname van het onderzoek, is gebruik gemaakt van een toestemmingsformulier (Bijlage F). In dit formulier staat omschreven waar het onderzoek over gaat, wat het doel is van het onderzoek, dat deelname geheel vrijwillig is, dat het duidelijk is waar de uitkomsten voor gebruikt worden, toestemming voor het maken van opnames en transcripties en een vertrouwelijkheidsclausule. Het toestemmingsformulier is aan het begin van het interview mondeling toegelicht en vervolgens is het formulier ondertekend door de respondent. Tevens zijn de namen van de respondenten en de organisaties niet bekend gemaakt.

§ 4.7. Operationalisering theoretische hoofdbegrippen

Uit het theoretische hoofdstuk zijn een drietal concepten voortgevloeid uit de theorie *community of practice*, wat bestaat uit *domain*, *community* en *practice*. In Tabel 4 zijn deze concepten nader gespecificeerd.

Tabel 4.

Operationalisering van de concepten

Concept	Definitie
<i>Community of practice</i>	<i>Communities of practice</i> zijn groepen mensen die een interesse, een stel problemen of een passie delen, en die hun kennis en ervaring op dit gebied delen en verdiepen door voortdurend te interacteren met elkaar.
<i>Domain</i>	Het <i>domain</i> creëert een gezamenlijk perspectief over een onderwerp waarin alle leden geïnteresseerd zijn en inspireert hen om te participeren, leren en betekenis te geven aan hun acties.
<i>Community</i>	De <i>community</i> creëert een sociale verbondenheid en bestaat uit een netwerk van mensen die bereid zijn om met elkaar te interacteren en leren waardoor zij een relatie opbouwen gebaseerd op respect en vertrouwen, maar tegelijkertijd noodzaak is voor een kritische reflectie.

Practice De *practice* duidt een reeks sociaal gedefinieerde manieren aan om het volgende in een specifiek domein te doen: een reeks gemeenschappelijke benaderingen, gedeelde standaarden die de basis vormen voor acties, communicatie, probleemoplossingen, prestaties en verantwoordelijkheden.

Opmerking. Definities geformuleerd op basis van Wenger et al. (2002)

Domain, community en *practice* zijn in Tabel 5, 6 en 7 nader uiteengehaald tot empirische waarneembare indicatoren. Dit is gebaseerd op de CoP-theorie van Wenger et al. (2002) en andere relevante theorieën (zie figuren 4-7 voor een overzicht). Met de term ‘empirische begripsverkenning’ wordt de wijze waarop de definitie is gemeten bedoeld: welke vragen zijn gesteld om de definitie, en daarmee het concept, te meten. De factor staat tussen haakjes weergegeven nadat een empirische begripsverkenning is gegeven. Vanuit de operationalisering is vervolgens de topiclijst opgesteld (zie Bijlage B).

Tabel 5.

Operationalisering van het concept ‘Domain’

Sub-concept	Definitie	Empirische begripsverkenning (factor)
Verbondenheid	De mate waarin zorgaanbieders een gezamenlijk perspectief, bezigheid en identiteit delen en zich daardoor verbonden voelen met elkaar	➤ Geïnterviewd in hoeverre de respondent het gevoel heeft over een gezamenlijke basis van kennis te beschikken ten opzichte van andere zorgaanbieders (gezamenlijke identiteit/perspectief)
		➤ Geïnterviewd in hoeverre de respondent denkt dat de organisatie waarin de respondent werkzaam is op één lijn zit met andere zorgaanbieders (gezamenlijk perspectief)
		➤ Geïnterviewd in hoeverre de respondent zich verbonden voelt met de normen en waarden van andere zorgaanbieders (gezamenlijk perspectief)

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Geïntervieweerd in hoeverre de respondent het gevoel heeft tegen dezelfde problemen aan te lopen als andere zorgaanbieders (toewijding door gemeenschappelijke problemen)
Strategisch relevant	De baat voor de organisatie om samenwerking aan te gaan met andere zorgaanbieders	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Geïntervieweerd of de respondent ervaart dat hij/zij dezelfde visie deelt als andere zorgaanbieders (aansluiting) ➤ Geïntervieweerd of de respondent denkt dat andere zorgaanbieders een bijdrage kunnen leveren aan het leren en verbeteren binnen de organisatie waarin de respondent werkzaam is (baat aan informatie uitwisseling) ➤ Geïntervieweerd of de respondent een verschil ervaart in samenwerkingen met andere zorgaanbieders binnen/buiten de regio (operationele nabijheid)

In Tabel 6 is het concept ‘community’ geoperationaliseerd en zijn de sub-concepten nader uitgelicht tot empirisch waarneembare begrippen.

Tabel 6.

Operationalisering van het concept ‘Community’

Sub-concept	Definitie	Empirische begripsverkenning (factor)
Relatie	De relatie tussen zorgaanbieders gebaseerd op onderling vertrouwen, interacties, energie en passie die ze naar elkaar uiten en	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Geïntervieweerd in hoeverre de respondent zich veilig voelt in het gesprek met andere zorgaanbieders (vertrouwen) ➤ Geïntervieweerd in hoeverre de respondent moeilijke onderwerpen bespreekbaar durft te maken (vertrouwen)

	verwachtingen van samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Geïnterviewd in hoeverre de respondent vindt dat andere zorgaanbieders afspraken nakomen (vertrouwen/verwachtingen) ➤ Geïnterviewd of er samenwerkingen zijn met andere zorgaanbieders en manier van communiceren (frequentie interactie) ➤ Gepeild of de respondent het belangrijk vindt om ervaringen en kennis met andere zorgaanbieders te delen (uiting passie/energie) ➤ Geïnterviewd in hoeverre de respondent vindt dat zij of hij, haar of zijn passie uit (uiting passie/energie)
Organisatie-cultuur	De overtuigingen, ideologieën, normen, waarden en gedragspatronen die de organisaties benadrukken	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Geïnterviewd of de respondent voldoende ondersteuning ervaart vanuit het managementteam om samenwerkingen aan te gaan (management) ➤ Geïnterviewd of de respondent een veilige werkomgeving ervaart waarin fouten gemaakt mogen worden (veilige werkomgeving) ➤ Geïnterviewd in hoeverre de respondent het belangrijk vindt dat er open gesproken kan worden over problemen waar de organisatie tegenaan loopt (veilige werkomgeving) ➤ Geïnterviewd of de respondent vindt dat de organisatie om kan gaan met snelle veranderingen en gemakkelijk aanpassingen kunnen maken (stress/onzekerheid)

Het concept “*practice*” is minder uitgebreid uiteen te rafelen dan de concepten “*community*” en “*domain*”. Er zijn direct factoren af te leiden van dit concept en om deze reden worden ze in de eerste kolom ook factor genoemd. In Tabel 7 is het concept ‘*practice*’ geoperationaliseerd en zijn de factoren nader uitgelicht tot empirisch waarneembare begrippen.

Tabel 7. Operationalisering van het hoofdbegrip ‘Practice’

Factor	Definitie	Empirische begripsverkenning (factor)
Behoeft aan ontwikkeling	De mate waarin organisatie graag willen of moeten leren en verbeteren	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Geïnventariseerd of de respondent samen wilt leren en verbeteren (behoefte aan ontwikkeling) ➤ Geïnventariseerd wat voor een invulling de respondent geeft aan bijeenkomsten met andere zorgaanbieders (behoefte aan ontwikkeling) ➤ Geïnventariseerd of de respondent samen met andere zorgaanbieders tot verbeteractie zou willen komen (behoefte aan ontwikkeling) ➤ Geïnventariseerd hoe de respondent samen met andere zorgaanbieders wilt ontwikkelen (behoefte aan ontwikkeling)
Balans	De balans van het ontwikkelen van eigen en gezamenlijke ideeën	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gepeild of de respondent kennis opdoet door middel van contact met andere zorgaanbieders (balans) ➤ Geïnventariseerd hoe de respondent het delen van kennis, middelen en informatie met andere zorgaanbieders ervaart (balans)

§ 4.8. Analyse

Bij de data-analyse is niet alles al vooraf vastgelegd, maar ook ruimte gemaakt voor nieuwe inzichten. Gezien de exploratieve aard van dit onderzoek heeft een iteratief proces plaatsgevonden zodat een passende verklaring op de onderzoeksvragen kon worden gegeven (Baarda et al., 2018). Dit betekent dat tijdens het proces een continue wisselwerking heeft plaatsgevonden tussen data verzamelen en data analyseren. Er is gebruik gemaakt van een combinatie van inductieve en deductieve aanpak. Het doel van dit onderzoek was nieuwe inzichten verwerven, om deze reden is er gekozen om vier interviews open te coderen. Hierbij zijn labels aan stukken tekst geplakt. Vervolgens is tijdens het axiaal coderen een vergelijking

gemaakt tussen de open codes en de omschreven factoren in het theoretisch kader. De codes zijn vergeleken en overeenkomsten zijn samengevoegd waardoor overkoepelde axiale codes zijn ontstaan. De laatste stap, selectief coderen, bestond uit verbanden leggen tussen de axiale codes en de concepten uit de theorie. Uiteindelijk is de codeboom voortgevloeid uit het selectief coderen en zijn de overige elf interviews aan de hand van deze codeboom gecodeerd (Bijlage H). Het programma NVivo is gebruikt om dit proces zo zorgvuldig te laten verlopen.

Om duidelijkheid te scheppen over het aantal respondenten in het hoofdstuk van de resultaten, is er via kwalificaties onderscheid gemaakt in het aantal respondenten waarover gesproken wordt. Wanneer er gesproken wordt over respondenten, gaat het om kwaliteitsmedewerkers. In Tabel 8 staan de kwalificaties weergegeven.

Tabel 8.

Kwalificaties verwerking resultaten interviews

	Kwalificatie	Aantal
Kwaliteitsmedewerkers	Alle respondenten	13
	Het merendeel van de respondenten	7-12
	Meerdere respondenten	4-6
	Enkele respondenten	2-3
	Eén respondent	1

§ 4.9. Verdiepend onderzoek

In de fase tussen de data-analyse en beleidsaanbevelingen is een verdiepend onderzoek gedaan om scherpte aan te brengen in het onderzoek. Allereerst heeft een verdiepend gesprek met de IGJ plaatsgevonden, waarin de bevindingen van de onderzoeker zijn besproken. Het verdiepend gesprek heeft gediend ter inspiratie en versterking voor de beleidsaanbevelingen. Daarnaast zijn drie diepte-interviews gehouden met deelnemers van het OPEN-samenwerkingsprogramma (Bijlage G). Deze interviews zijn afgenomen zodat de goede voorbeelden van dit programma kunnen worden uitgelicht. Een deel van de goede voorbeelden zijn meegenomen tijdens het schrijven de beleidsaanbevelingen van dit onderzoek. Daarbij is rekening gehouden met de verschillen tussen de ziekenhuiszorgsector en de ouderenzorgsector.

§ 4.10. Validiteit en betrouwbaarheid

Tijdens kwalitatief onderzoek is het van belang dat rekening wordt gehouden met de subjectieve interpretatie van de onderzoeker (Baarda et al., 2018). Het is mogelijk dat de onderzoeker een bias heeft. Om de interpretatie en subjectiviteit zoveel mogelijk te beperken en transparant te maken is gebruik gemaakt van verschillende aspecten.

De validiteit van dit onderzoek is door middel van drie aspecten gewaarborgd. Allereerst is een triangulatietactie toegepast waarbij de gesprekken zijn gevoerd met verschillende soorten actoren, namelijk kwaliteitsmedewerkers uit de VVT-sector, kwaliteitsmedewerkers betrokken bij het OPEN-samenwerkingsprogramma, bestuurder, bestuurssecretaris en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) (Creswell & Miller, 2000). Ten tweede is met twee respondenten de dialoog aangegaan over hun mening over de geloofwaardigheid van interpretaties en bevindingen. Daarnaast zijn ook de resultaten en bevindingen van het onderzoek besproken met de IGJ. Dit draagt bij aan de interne validiteit (Creswell & Miller, 2000). Ten derde is de onderzoeker zich bewust geweest dat sociaal wenselijk antwoorden gegeven konden worden, gezien de gevoeligheid van het onderwerp. De onderzoeker heeft sociaal-wenselijke antwoorden proberen te voorkomen door anonimiteit van de respondent en organisatie te garanderen. Bovendien is bewust de keuze gemaakt om de respondenten één op één te interviewen.

De betrouwbaarheid van dit onderzoek is in acht genomen door rekening te houden met twee aspecten (Creswell & Miller, 2000). Ten eerste is de herhaalbaarheid van dit onderzoek zo groot mogelijk gemaakt. Alle genomen stappen die gemaakt zijn tijdens dit onderzoek zijn zorgvuldig genoteerd waardoor dezelfde resultaten uit het onderzoek zullen komen indien het door een andere onderzoeker zal worden uitgevoerd. Ten tweede heeft een onafhankelijke tweede lezer kritisch gekeken naar de resultaten en de daaruit voortvloeiende betekenissen en interpretaties.

5. Resultaten & analyse

§ 5.1. Inleiding

In dit hoofdstuk komen de bevindingen uit de interviews met de kwaliteitsmedewerkers, de bestuurder en de bestuurssecretaris aan bod. De stimulerende en remmende factoren voor samen leren van calamiteiten tussen zorgaanbieders worden in dit hoofdstuk gepresenteerd en ondersteund aan de hand van quotes van de respondenten. De resultaten worden grotendeels via dezelfde structuur als het theoretisch kader weergegeven. De paragrafen bestaan uit de concepten zoals omschreven in het theoretisch kader, waarin vervolgens dieper wordt ingegaan op de factoren. In paragraaf 5.9. zijn nieuwe factoren toegevoegd: cultuur ouderenzorgsector, Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en karakter. Het codeerschema is in Bijlage H toegevoegd.

§ 5.2. Verbondenheid

In deze paragraaf wordt gekeken naar de manier waarop de respondenten zich *verbonden* voelen met andere zorgaanbieders en worden de volgende factoren besproken: *soortgelijke organisatie* en *gemeenschappelijke problematiek*.

§ 5.2.1. Soortgelijke organisaties: Op één lijn zitten. Het merendeel van de respondenten geeft aan het belangrijk te vinden met wat voor een soort organisatie ze zouden willen leren en verbeteren van calamiteiten. Ze geven aan dat ze liever met een *soortgelijke organisatie* samenwerken dan met een totaal verschillende. De respondenten verstaan onder een *soortgelijke organisatie* dat de organisaties ongeveer uit dezelfde grootte bestaan en dezelfde doelgroep hebben. Een respondent meldt het volgende:

“Weet je, je kan ons ook niet vergelijken met een zorgboerderij, die lekker in het buitengebied zit met twee huiskamertjes en een grote tuin daar omheen zeg maar. Er zijn natuurlijk ook heel veel raakvlakken waarmee je elkaar wel kunt vergelijken, maar het maakt het makkelijker als je denk ik een wat meer vergelijkbare setting hebt omdat je dan ook met oplossingen wat meer in dezelfde lijn kan denken, dat meer toepasbaar is.”

– Respondent 6

Enkele respondenten uit deze groep geven aan dat ze samen leren van calamiteiten met organisaties uit een andere sector niet willen uitsluiten. Ze geven aan dat een combinatie van

soortgelijke organisaties en een organisaties uit een andere sector moet bestaan en voor een gewenst leereffect kan zorgen. Enkele respondenten delen de mening dat organisaties uit een andere sector juist veel toegevoegde waarde kunnen bieden, omdat zij nieuwe inzichten leveren. Een respondent zegt hierover:

“Ik zou het liever wat scherper zetten en organisaties waar je heel veel van kan leren. En het hoeft niet daadwerkelijk dezelfde soort organisaties te zijn. Wij kunnen ook heel veel leren van een ziekenhuis. Wij kunnen ook veel van een organisatie leren die levensmiddelen maakt bijvoorbeeld. Op het gebied van kwaliteit en veiligheid kunnen we daar heel veel van leren.

Dus andere branches zijn voor mij heel leerzaam.” – Respondent 5

§ 5.2.2. Gemeenschappelijke problematiek: In hetzelfde schuitje zitten. Op één respondent na benoemen de respondenten dat het van belang is om *gemeenschappelijke problematiek* binnen de organisatie te hebben. Een respondent duidt aan:

“Uhm, nou door te zien, dat ze of tegen dezelfde problematiek aanlopen waar zij ook bezig mee zijn. Dus van “oh zo gek zijn we nog niet.”” – Respondent 3

Volgens de respondenten zorgt *gemeenschappelijke problematiek* voor erkenning en gevoel van steun, waardoor het gemakkelijker is om samen te leren van calamiteiten. Een respondent vertelt hierover:

“Er is toch een beeld van je wilt je goed neerzetten als organisatie. Je laat zien dat je goede zorg verleent en op een juiste manier met incidenten omgaat bijvoorbeeld. En op het moment dat dat niet helemaal lukt, dan is dat best frustrerend voor een organisatie als geheel. Het feit dat je van elkaar weet, dat iedereen daar moeite mee heeft of dat meer mensen daar tegenaan lopen. Dat maakt het makkelijker om informatie met elkaar te delen.” – Respondent 10

Eén respondent vertelt over haar ervaring van een bijeenkomst waar het thema calamiteiten was. De respondent was in het verleden aangesloten bij een groep kwaliteitsmedewerkers die zich bezig hield met het bespreken van processen rondom calamiteiten. Uiteindelijk besloot de respondent om niet meer naar de bijeenkomsten te gaan omdat de problemen waar de

organisaties tegenaan liepen niet herkenbaar waren voor de respondent. De respondent vertelt hierover:

“We hebben het gevoel dat we al veel stappen verder zijn dan de mensen die daar nu die training ook gevolgd hebben.” – Respondent 8

§ 5.3. Strategisch relevant

In deze paragraaf wordt dieper ingegaan op de factor *baat aan informatie uitwisseling*, wat uiteen gesplitst is in *meerwaarde* en *noodzaak*. Vervolgens komt de factor *operationele nabijheid* aan bod, die is gespecificeerd in *concurrentie* en *nabijheid*. Ten slotte wordt de factor *tijd* nader uiteengezet.

§ 5.3.1. Informatie-uitwisseling: Het wiel (niet) opnieuw uitvinden. Uit de interviews komt naar voren dat alle respondenten vinden dat het uitwisselen van informatie en ervaringen *meerwaarde* moet bieden. De respondenten vinden het nuttig wanneer zij nieuwe inzichten werven of wanneer andere kwaliteitsmedewerkers kritische vragen durven te stellen. Daarnaast benoemt het merendeel van de respondenten dat ze inzien dat er nog veel geleerd kan worden van andere organisaties. Zo blijkt ook uit onderstaande quote:

“En ik vind dat een andere blik op iets vaak mooie dingen meelevert. Dus een techniek die ze volgens mij in het industrieel ontwerpen gebruiken, is door andere ogen naar een ding te kijken. Als je zes kunstenaars een tafel laat maken, staat er iets anders dan dat je er ook drie gebruikers bij zet. Dan komt er iets anders uit. En dat is zeg maar in mijn optiek de meerwaarde van het breder trekken, dus buiten de organisatie meer gaan kijken, ook met anderen. Dat je dus andere expertise op kan bouwen. En dat je niet alleen maar kunt leren van je eigen calamiteiten.” – Respondent 5

De respondenten geven aan dat het onnodig is om zelf ideeën te bedenken als er al goede ideeën bestaan. Voor hen is het interessant om bijvoorbeeld te bekijken hoe andere organisaties processen rondom calamiteitenonderzoek aanpakken. Een respondent vertelt: “Dat je niet meer zelf het wiel hoeft uit te vinden.” – Respondent 12.

Het is voor enkele respondenten niet altijd even duidelijk of het samen leren van calamiteiten wel echt meerwaarde biedt. Op het gebied van calamiteiten lopen er nog niet veel

samenwerkingen tussen zorgaanbieders. Zo geeft onderstaande quote weer dat er enkele twijfels bestaan: “Ik denk dat ik het zou moeten ervaren om te zien of het een meerwaarde heeft voor ons, voor mij dan, laat ik het zo zeggen.” – Respondent 2.

Bovendien geven meerdere respondenten aan dat bijeenkomsten met andere zorgaanbieders een duidelijk doel of thema moeten hebben: “Het moet wel een doel hebben om het allemaal te delen.” – Respondent 13. Hierdoor weten de respondenten wat ze kunnen verwachten van de bijeenkomst en kunnen ze gericht hulp vragen of casussen voorleggen die relevant zijn. Zo blijkt uit onderstaande quote dat de respondent open een casus kon bespreken omdat zij de *meerwaarde* hier van in zag.

“Nou om daar bepaalde informatie te halen en er iets van te leren. En dan heb je die voorbeelden ook nodig om te kunnen plaatsen in de dingen die jullie aanbieden. Van oh ja toen had ik die situatie en oh ja dan had ik dat kunnen doen. Of nou ik had die situatie maar ik had nog niet kunnen weten wat ik had moeten doen. En dan kan je nog een vraag stellen. Dan heb je het echt nodig”. – Respondent 10

De voorwaarden is dus dat het *meerwaarde* moet bieden. Voor de meeste respondenten biedt het pas *meerwaarde* wanneer zij zelf vastlopen in een proces waardoor ze niet verder komen in hun werkzaamheden. Vooral de respondenten uit de kleinere organisaties (1 à 2 kwaliteitsmedewerkers werkzaam) omschrijven dat het van groot belang is om met elkaar samen te werken. De kleinere zorgaanbieders hebben één à twee kwaliteitsmedewerkers in dienst, waardoor zij de *noodzaak* voelen om samen te leren en verbeteren. Zij geven aan dat het prettig is om met andere organisaties te kunnen sparren omdat er niet altijd iemand in de organisatie aanwezig is waarmee dat zou kunnen. Zo geeft deze respondent aan: “We hebben zelf die expertise niet, dus we moeten ook wel. En zij kunnen gewoon goed meedenken” – Respondent 12. Dit is in contrast met grotere zorgaanbieders:

“De vraag is soms wat de meerwaarde ervan is. Als ik nu merk, als ik nu kijk naar ons district. We hebben district A, district B, en het is ook al heel landelijk. Dus we hebben eigenlijk ook al die uitwisseling onderling.” – Respondent 4

Toch delen niet alle respondenten uit de grotere organisaties deze mening. Ze veronderstellen dat tussen locaties van de organisatie nog veel geleerd kan worden. Daarbij plaatsen ze wel een

kanttekening omdat de locaties dezelfde werkprocessen volgen. Om deze reden zien zij dus enigszins *meerwaarde* in een ander perspectief. Een respondent vertelt het volgende:

“Ik merk wel dat het leren binnen de organisatie, we zijn natuurlijk ook wel wat groter van omvang, maar zeggen daardoor ook wel altijd, wat op locatie A gebeurt kan 9 van de 10 keer ook op andere locaties gebeuren. Dus daar kun je ook wel heel erg van elkaar leren. Maar het blijft natuurlijk wel dat je binnen dezelfde kaders en werkwijze zit van onze organisatie in ons geval. Dus daar heb je geen verschil in. Dus in die zin kan het juist een meerwaarde zijn om ook met andere organisaties dat te doen, omdat die misschien sommige dingen weer heel anders hebben geregeld of daar heel anders weer naar kijken of andere oplossingen ergens voor hebben gevonden. En dat is denk ik alleen maar meerwaarde.”

– Respondent 6

§ 5.3.2. Operationele nabijheid: In dezelfde vijver vissen. Uit de interviews blijkt dat de meningen verdeeld zijn over samen leren van calamiteiten in de directe regio. Er is op te merken dat het tweeledig is, waarbij *concurrentie* en *nabijheid* een rol spelen. Meerdere respondenten geven aan dat het er niet toe doet of je met iemand buiten of binnen de regio de samenwerking opzoekt. De respondenten geven aan dat ze niet selecteren op regio, maar factoren benoemd in de vorige paragraaf zoals *gemeenschappelijke problematiek* en *soortgelijke organisaties* een belangrijkere rol spelen. Dit staat in tegenstelling tot enkele respondenten die aangeven moeite te hebben met samen leren met zorgaanbieders die zich in dezelfde regio bevinden. Ze geven aan dat *concurrentie* een barrière is om samen te leren en verbeteren. Zo illustreert de volgende quote dat een respondent zich als organisatie niet wilt blootgeven aan de concurrent.

“We zitten hier natuurlijk wel met [organisatiennaam]. Dat is onze concurrent. Ja, heel eerlijk sta ik er niet echt op te wachten dat ze bij ons in de keuken kunnen komen kijken om wat er allemaal mis gaat. Ook al kunnen we leren van elkaar, daar zit toch een beetje het gevoel...”

– Respondent 8

Onderstaande quote toont dat respondenten een belemmering ervaren in het contact met zorgaanbieders binnen de eigen regio.

“... maar het feit is wel dat je wel in dezelfde vijver aan het vissen bent voor je cliënten om het maar even plat te zeggen. Dat maakt wel dat er natuurlijk altijd meerdere belangen zijn en dat is natuurlijk niet zo met een zorgorganisatie die buitenom ons werkgebied zit. Daar kun je natuurlijk gewoon mee sparren als voorwaardige professionals waarin dat geen belemmering is als het ware.” – Respondent 6

Eenzijds zijn er dus respondenten die geen moeite hebben om met zorgaanbieders uit de directe omgeving samen te werken en anderen wel. Enkele respondenten schipperen tussen deze twee meningen in. Ze beargumenteren dat calamiteiten niet besproken worden omdat er een *concurrentie* heerst. Daarbij geven ze wel aan dat iedere organisatie de beste kwaliteit zorg wilt leveren aan ouderen, dus dat het in die zin niet uit maakt of er calamiteiten worden besproken. Het gaat er volgens hen om dat ouderen de beste zorg krijgen. Op het gebied van *concurrentie* gaat het naar hun zeggen bijvoorbeeld meer om personeelstekort. Ze zouden dus wel bereid zijn om over calamiteiten te praten. Echter, de gelegenheid doet zich volgens onderstaande respondent minder snel voor:

“Als je weinig op hebt met de andere organisatie omdat het een stevige concurrent is, dat je niet zo de neiging hebt om daar uitvoerig met elkaar mee in gesprek te gaan. Ik denk niet dat de barrière daar is, maar dat ook de mogelijkheid daar niet zo snel toe is.” – Respondent 4

De respondenten die aangeven liever met een organisatie te werken die buiten hun eigen regio valt, zien tegelijkertijd ook een belemmering hierin. Ze veronderstellen dat het veel reistijd kost, waardoor de motivatie lager is om een bijeenkomst bij te wonen. Deze respondent vertelt het volgende:

“Die is dubbel. Want de letterlijke afstand kan ook weer een belemmering zijn. Want je gaat er niet zo makkelijk naar toe dus dan zal je andere oplossingen moeten vinden.”
– Respondent 8

Meerdere respondenten geven aan dat ze het belangrijk vinden om direct contact te hebben wanneer het gaat over calamiteiten bespreken. Enkele respondenten zitten bijvoorbeeld in een lerend netwerk dat ver buiten hun regio ligt. Het is daardoor lastig om regelmatig bijeen te

komen. Ze lossen dit op door contact te hebben over de mail of telefoon. Een respondent meldt het volgende:

“Nou ja kijk, het liefste zou ik gewoon aan tafel zitten met mensen. Maar ja een van ons moet twee uur in de auto zitten. Dus dat is eigenlijk gewoon niet handig. Wel mooi dat je in verschillende regio's zit en dat je verschillende zorgkantoren zit. En toch net met een ander type mens werkt, en dat geeft ook juist weer die diversiteit wat heel erg leuk is. Mailen werkt wel, maar het is toch soms echt makkelijker om met elkaar aan tafel te zitten.”

– Respondent 9

§ 5.3.3. Tijd: De agenda is wat weerbarstig. Aansluitend op de reistijd die respondenten moeten investeren om bijeen te komen om te leren van calamiteiten, is *tijd* ook een factor die veel naar voren komt in de interviews. Zorgaanbieders geven aan onder hoge werkdruk te staan. Het is daarom praktisch gezien soms niet haalbaar om te investeren in samen leren van calamiteiten met andere zorgaanbieders. Een respondent zegt hierover het volgende:

“Ik denk, heel stom, heel praktisch gezien, gewoon tijd. Als ik zie hoe druk iedereen is, dan ga ik ook niet nog eens zeggen van: laten we nog eens een keer gezellig met die organisaties gaan zitten waar we al niets mee hebben.” – Respondent 4

Meerdere respondenten reflecteren naderhand op zichzelf wanneer ze de belemmering tijd hebben genoemd. Ze geven aan dat tijd geen terechte reden is om niet samen te leren van calamiteiten. Een respondent zegt hierover: “Ja omdat mensen dan toch allemaal drukke agenda's hebben. Het zijn allemaal non-redenen uiteindelijk.” – Respondent 7.

§ 5.4. Vertrouwen

In deze paragraaf worden de resultaten uiteengezet die betrekking hebben op de relatie die zorgaanbieders onderling hebben. Vrijwel alle respondenten hebben aangegeven dat vertrouwen de basis is van een goede relatie, waardoor samen leren van calamiteiten tot stand kan komen. Als dit vertrouwen ontbreekt dan zullen zorgaanbieders elkaar niet opzoeken. Uit de interviews blijkt dat drie aspecten van invloed zijn op de mate van vertrouwen: *relatiefase*, *verwachtingen* en *persoonlijke klik*.

§ 5.4.1. Relatiefase: Kinderschoenen. Het merendeel van de respondenten verwijst naar het lerend netwerk wanneer gevraagd wordt naar onderlinge samenwerkingen. Uit de interviews blijkt dat er vrijwel geen tot weinig contact is met andere zorgaanbieders over calamiteiten. Een respondent vertelt:

“Ja, we zijn aangesloten bij een lerend netwerk. Nou moet ik zeggen dat daar eigenlijk nog geen calamiteiten en dergelijke worden besproken. Dat staat eigenlijk nog helemaal in de kinderschoenen, op dat vlak van calamiteiten. Wat je ziet is dat het wel vaak op thema's is, maar niet zo specifiek op calamiteiten.” – Respondent 7

Het contact tussen zorgaanbieders is voor het merendeel vrij nieuw. De *relatie* tussen zorgaanbieders moet nog vorm krijgen. Een respondent zegt hierover het volgende: “Het is een relatie in wording. Het is een relatie die nog moet groeien.” – Respondent 13. Voor enkele respondenten geldt dat er geen contact is met andere zorgaanbieders. Deze respondent vertelt het volgende: “... Dus misschien is het ook wel het stukje ervaring wat we hier niet in hebben, samenwerking met andere organisaties.” – Respondent 8. Voor het merendeel van de respondenten is het te vroeg om over gevoelige onderwerpen zoals calamiteiten te praten. Ze geven aan dat de *relatie* daarvoor sterker moet zijn. Een *relatie* moet groeien, waardoor het vertrouwen onderling ook groeit.

§ 5.4.2. Verwachtingen: (niet) Thuis geven. Meerdere respondenten geven aan dat het belangrijk is om bepaalde afspraken te maken wanneer ze samenwerken met andere zorgaanbieders. Zeker wanneer het gaat om het bespreken van calamiteiten is het belangrijk dat zorgaanbieders elkaar kunnen vertrouwen. Door het maken van afspraken zijn de *verwachtingen* die de zorgaanbieders van elkaar hebben helder. Het merendeel van de respondenten geeft aan dat ze niet vrezen dat een andere zorgaanbieder haar afspraken niet na komt. Er wordt van het goede uitgegaan, zo blijkt uit de volgende quote:

“Ja, we werken natuurlijk met heel veel organisaties samen. Daar ga je wel van uit van een vertrouwensrelatie. Dat je eerst wel goede afspraken met elkaar maakt. Als ze niet na worden gekomen dan ga je op een gegeven moment wel weer uit elkaar denk ik. Dus we werken met heel veel organisaties samen waarin in eerste instantie het uitgangspunt is dat iedereen zich aan de afspraak houdt natuurlijk.” – Respondent 11

In praktijk blijkt dat het niet altijd duidelijk is wat er van elkaar wordt verwacht. Enkele respondenten geven aan dat er een gebrek aan vertrouwen is omdat de verwachtingen niet kloppen met de realiteit. Eén respondent geeft aan dat het toch lastig is om afspraken te maken met elkaar met betrekking tot het lerend netwerk. Het is niet duidelijk wat er gaat gebeuren bij een bijeenkomst van het lerend netwerk. Een respondent vertelt over het maken van afspraken en vertrouwen:

“Omdat het een basisvoorwaarde is om inderdaad open te kunnen zijn. Om echt die transparantie te kunnen hebben. Je moet wel echt weten dat je op de andere kant kunt vertrouwen. Dat het inderdaad ook wel bij de partijen blijft waarmee het afgesproken is. Dus als ik met jou aan tafel zit om dat te bespreken en jij zou het met iemand anders willen delen. Dat je daar dan wel weer echt toestemming om vraagt. Dus dat daar wel weer echt hele duidelijk afspraken zijn. En ik denk dat dat gewoon de basis is zeg maar.” – Respondent 9

Ook deze respondent deelt de mening dat niet alle zorgaanbieders te vertrouwen zijn:

“Het vertrouwen is er bij mijn kant niet echt. En dat komt voort uit ervaring op andere gebieden dat zij vertellen dat ze het heel goed op orde hebben allemaal, maar dat uit de praktijk blijft dat het toch iets minder goed op orde is. Daar komt ie eigenlijk een beetje vandaan.” – Respondent 8

§ 5.4.3. Persoonlijke klik: Mens boven organisatie. Meerdere respondenten geven expliciet aan dat een *persoonlijke klik* met een andere medewerker van de organisatie misschien zelfs wel belangrijker is dan de organisatie waarin hij of zij werkzaam is. Enkele respondenten hebben deze factor niet benoemd in het interview. Een respondent veronderstelt het volgende:

“Het zit hem voor mij meer in het soort mens dat je tegenover je hebt zitten of dat diegene ook open is of het idee hebt dat je elkaar begrijpt. Ik zit dan meer op de personen die tegenover je zitten dan op waar we zitten in locatie zeg maar of een visie van een bedrijf.” – Respondent 9

Meerdere respondenten benoemen dat het prettig is om met zorgaanbieders aan tafel te zitten die ze al vaker hebben gesproken of gezien. Ook wordt door meerdere respondenten verteld dat

het belangrijk is om calamiteiten met een kleine groep te bespreken. Een respondent vertelt het volgende: “Maar zeker als je met zo een kring zit of als je met mensen zit die je al meer gezien hebt dan is dat geen hobbel of zo.” – Respondent 4. Het merendeel van de respondenten is aangesloten bij de branchevereniging. Deze bijeenkomsten van de branchevereniging bestaan vaak uit veel deelnemers waardoor het lastig kan zijn om dieper in te gaan op een onderwerp.

§ 5.5. Organisatiecultuur

In deze paragraaf worden de resultaten met betrekking tot organisatiecultuur uiteengezet. Uit de interviews blijkt dat vier aspecten van belang zijn, namelijk *open cultuur*, *management*, *kwetsbaar opstellen* en *intern versus extern*.

§ 5.5.1. Open cultuur: Medewerkers moeten het in hun DNA gaan krijgen. Uit de interviews blijkt dat er verschillende meningen bestaan wanneer het gaat om organisatiecultuur. Wel geven alle respondenten aan dat de organisatiecultuur een van de belangrijkste factoren is die meespelen in de overweging om wel of niet samen te leren en verbeteren. Uit de interviews blijkt dat het merendeel van de respondenten niet gewend is om te leren en verbeteren met andere zorgaanbieders. Een respondent vertelt: “Als het gaat om calamiteitenonderzoek, is het inderdaad niet normaal om het te delen. Zelfs niet met collega’s.” – Respondent 2. In sommige organisaties heerst een open cultuur terwijl sommige organisaties nog een relatief gesloten cultuur hebben. Een respondent geeft aan dat er verandering te zien is in de organisatiecultuur, maar dat het tijd nodig heeft:

“Dat medewerkers het toch meer in hun DNA gaan krijgen. Dat zal in eerste instantie een aantal jaren duren voordat dat zo is. Dat is een cultuurverandering. Dat heeft gewoon tijd nodig maar daarin hebben we wel al gewoon een hele goede stap in gezet.” – Respondent 1

Ook geeft het merendeel van de respondenten aan dat binnen de organisatie verschil zit in medewerkers. Sommige medewerkers vinden het lastiger om te delen dan anderen. Dit werkt door in de gehele organisatie. Een respondent vertelt over de diversiteit binnen de organisatie:

“Aan de ene kant zie je dat mensen heel open zijn en daar geen terughoudende houding in hebben. Maar je hebt gewoon clubjes, collega’s, die daar meer moeite mee hebben.” –

Respondent 12

Organisatiecultuur gaat volgens de respondenten om een bepaalde manier van denken en over veilig voelen. Het zijn volgens hen vage begrippen, maar het ligt ten grondslag aan het samen leren van calamiteiten met andere organisaties. De organisatiecultuur is een factor die de sfeer bepaalt binnen de organisatie. Enkele respondenten geven aan dat een open organisatiecultuur breed wordt gedragen. Ze vertellen dat dit ook in verband staat met de houding van het management. Zo vertelt een respondent:

“Nou ja ik denk dat dat gewoon de algehele sfeer binnen de organisatie gewoon is. We hebben niet voor niets onze kernwaarden. Dus nou ja, dat open, daar zit dat al natuurlijk al in. Dus ik denk dat het bestuur en de personen zoals ze daar nu zitten heel erg. Ja, dat wel gewoon heel erg omarmen en daar geen belemmeringen in zijn.” – Respondent 6

§ 5.5.2. Management: Rolmodel. Uit de interviews komt naar voren dat alle respondenten het belangrijk vinden dat het *management* stimuleert om te leren van calamiteiten. Bij vrijwel alle zorgaanbieders wordt dit ook gedaan. Meerdere respondenten vertellen dat het *management* een stimulerende rol vervult om te leren en verbeteren. Enkele respondenten ervaren geen stimulans vanuit het management om meer te leren en verbeteren met andere zorgaanbieders. Meerdere respondenten ervaren wel die stimulans vanuit het *management*. Vooral in de kleinere organisaties wordt er door het *management* gestimuleerd om het contact met andere zorgaanbieders op te zoeken, omdat binnen de organisatie niet altijd de oplossing te vinden is:

“De directeur heeft vanaf dag één gezegd dat ik hier werk: “ga kijken welke collega’s er nog zijn en waar je mee kan optrekken, want je hebt best wel een solo functie dus je kan het niet alleen.” Je ziet dat iedereen heel veel contacten buiten de deur met andere organisaties. Dat wordt dus heel erg gestimuleerd [...]” – Respondent 12

Het merendeel van de respondenten geeft aan dat het *management* een belangrijke factor is. Ze geven aan dat bestuursleden als voorbeeld dienen. De respondenten zijn bereid om samen te leren van calamiteiten wanneer het *management* hier ook open voor staat. En dit werkt ook in tegenovergestelde richting. Zo vertelt een respondent: “Als mijn bestuurder minder openheid van zaken geeft, dan ga ik ze op een gegeven moment ook niet meer brengen want het heeft geen zin.” – Respondent 7. Een andere respondent geeft aan dat wanneer zij de ruimte ervaart

van het *management*, het makkelijker is om met anderen te praten over calamiteiten. De respondenten geven aan dat er een drempel ervaren wordt wanneer het *management* niet open staat om te delen. Het is voor hen belangrijk dat het *management* de visie van de organisatie uitdraagt. Het merendeel van de respondenten ervaart de ruimte om samen te leren en verbeteren. Een respondent deelt haar ervaring en verwachtingen:

“Nou ja het is fijn dat je wel het gevoel hebt dat je wel gewoon open dingen kan bespreken en dat je dus dat leren door het te delen ook gewoon kan leren van elkaar. Dat daar dus de ruimte voor geboden wordt. Dat je dus niet heel erg hoeft na te denken over van: ik weet niet of ze hier wel heel erg blij van worden als ik dit zo zeg. Ik kan me voorstellen als je elke keer zo een stemmetje hebt als je met collega’s aan het praten bent dat dat lastig is. Dus het feit dat zij, nou ik denk dat zij dus ook zelf het goede voorbeeld geven vanuit hun niveau en hun contacten in het veld en contacten waarin zij participeren. Om dat ook te doen.”

– Respondent 6

Bij de meeste respondenten wordt er geen blokkade ervaren door het *management*. Er is echter alleen verschil in organisaties in hoeverre het gestimuleerd wordt om samen met andere organisatie te leren van calamiteiten.

§ 5.5.3. Kwetsbaar opstellen: Vuile was buiten hangen. Uit de interviews blijkt dat het merendeel van de respondenten het lastig vindt om zich *kwetsbaar* op te stellen. Ze beargumenteren dat het om bedrijfsgevoelige informatie gaat. De respondenten willen graag aan de buitenwereld laten weten dat ze het goed doen. Ze zijn zich er wel van bewust dat het menselijk is om fouten te maken, maar ze willen graag de beste kant van zich laten zien als organisatie. Een respondent vertelt waarom ze het lastig vindt om zich als organisatie open op te stellen naar andere zorgaanbieders:

“Ik vind het best lastig om andere mensen in onze keuken te laten kijken omdat ik het gewoon graag goed doe. Omdat ik wil dat onze organisatie het gewoon graag goed doet. En het is best wel heel kwetsbaar om je open te stellen daarop.” – Respondent 7

Deze mening wordt gedeeld door een andere respondent. De respondenten zijn bang om gezichtsverlies op te lopen. Het is volgens hen belangrijk om een goed imago te houden en

daarbij kan het lastig zijn om je open te stellen over calamiteiten. Een respondent vertelt dat het lastig is om fouten toe te geven:

“Ik denk dat het misschien meer te maken heeft met beeldvorming. Dat dus niet alles altijd maar goed gaat. Wat natuurlijk ook niet altijd kan. Maar dat het niet fijn is om toe te geven of te herkennen.” – Respondent 10

Het merendeel van de respondenten geeft ook aan dat ze liever positieve berichten vertellen dan de dingen die mis gaan. Een respondent omschrijft:

“Nou ja, het heeft ook met je imago te maken. Je wilt niet de organisatie zijn waar uh, dit soort dingen uh... Kijk je hoeft het ook niet onder de pet te houden. [...] maar het is ook niet informatie waar je heel trots op bent als dat soort dingen gebeuren. Dan kom ik liever met een hoog cliënttevredenheidscijfer naar boven dan met een ongeval. Dat is natuurlijk niet fijn.”
– Respondent 11

Het merendeel van respondenten geeft wel aan dat ze graag open willen zijn. Het is echter voor een aantal nog erg lastig. De respondenten die het minder moeilijk vinden om zich *kwetsbaar* op te stellen zijn bewust van het feit dat er bij elke zorgaanbieder fouten worden gemaakt. Een respondent vertelt:

“Maar over het algemeen denk ik dat de meeste mensen wel op groei gericht zijn. Alleen dat groei vaak niet te overzien is en daarom bang worden. En bange mensen groeien niet. En bange mensen delen dus ook niet. Dan zal je ook niet open kunnen zijn.” – Respondent 5

In een interview met een respondent werd gesproken over een situatie waarin de respondent een casus in had kunnen brengen maar op dat moment de beslissing nam om dit niet te doen. De respondent vertelt dat het voortkomt uit belang voor de organisatie. De respondent vertelt:

“Omdat ik onze organisatie niet in diskrediet wil brengen, ik wil niet dat mensen een raar idee van mijn organisatie krijgen. En achteraf was het ook helemaal niet nodig, maar op dat moment had ik zoiets van ja, nee.” – Respondent 8

§ 5.5.4. Intern versus extern: Intern op de rit krijgen. Uit de interviews blijkt dat er een verschil is tussen grotere en kleine organisaties. Het merendeel van de respondenten uit de grotere organisaties geeft aan dat ze *intern* al genoeg capaciteit hebben om voldoende kritische vragen te ontvangen en hun kwaliteit zo hoog mogelijk te houden. Deze organisaties kunnen gemakkelijk terugvallen op hun collega's. Bovendien beargumenteren zij dat er tussen locaties onderling ook al nog veel geleerd kan worden. Dat geeft voor hen geen meerwaarde om met *externe* partijen een calamiteit of proces te bespreken. Ze geven aan dat ze al voldoende verbetermaatregelen kunnen doorvoeren door het met andere locaties te vergelijken.

“Nou ja, we doen het dus heel erg binnen de organisatie zelf omdat we dus heel groot zijn is dat in die zin, dan pakken we het ook wel op want we hebben vier grote districten, dus daar doen we het al.” – Respondent 4

Eén respondent geeft aan geen contacten te hebben bij wie om hulp gevraagd kan worden en vertelt dat het dus *intern* handiger is om contact te leggen:

“Die lijntjes die zijn er al. Dat aanbod ligt er al. Ik zou zo nou niet weten bij de contacten die ik nu zelf heb, van iemand die vergelijkbaar werk doet als ik, om dan om hulp te vragen. Behalve intern dan hè.” – Respondent 10

Meerdere respondenten geven aan dat ze zelf *intern* alles op orde willen hebben voordat ze samen willen leren en verbeteren. Er wordt genoemd dat het belangrijk is om als organisatie iets te bieden te hebben. Ze veronderstellen dat zorgaanbieders eerst goed hun eigen proces in kaart moet hebben. Een respondent vertelt het volgende:

“Als je van elkaar wilt leren moet je natuurlijk wel een beetje weten waar het over gaat. En dat is eigenlijk de slag die gemaakt is. Dat we nu een hele groep specifieke groep die deskundigheid hebben. Dus we hebben het eerst in die deskundigheid gezet zodat we het kunnen uitvoeren. En dan zal daarna wel een vervolgstap kunnen zijn om het te gaan bespreken met elkaar.” – Respondent 7

De wil is er wel om uiteindelijk met andere zorgaanbieders om over calamiteiten te praten. De respondenten hebben het gevoel dat het op dit moment nog te vroeg is maar dat er in de

toekomst wel naar gekeken kan worden. Zo blijkt uit bovenstaande quote en ook deze respondent duidt aan: “De basisvoorziening moet goed zijn. Maar we moeten wel eerst een stapje verder zijn en dan hebben we ook meer te bieden.” – Respondent 5

§ 5.6. Behoeftte aan ontwikkeling

In deze paragraaf worden de factoren *prioriteiten* en *behoefte* toegelicht.

§ 5.6.1. Prioriteiten: Dat komt wel.... Uit de interviews komt naar voren dat het merendeel van de respondenten prioriteiten moet stellen tijdens zijn of haar werkzaamheden. Er zijn twijfels of het bespreken van calamiteiten met andere zorgaanbieders wel een hoge *prioriteit* heeft. Er zijn volgens de respondenten nog zo veel andere dingen die moeten gebeuren. Het samen leren van calamiteiten krijgt daarom regelmatig een lagere *prioriteit*. De helft van deze respondenten geeft echter wel aan dat ze er voor open zouden staan. Zo vertelt een respondent: “Ja ik zou het wel belangrijk vinden, maar ik merk ook bij mezelf dat het niet het eerste is wat je gaat doen.” – Respondent 7.

§ 5.6.2. Behoeftte: Water naar zee dragen. Er worden verschillende redenen gegeven waarom er geen behoefte is aan samen leren van calamiteiten. De eerste reden die enkele respondenten geven is dat het intern al goed besproken wordt, dus dat het overbodig is om dit ook nog extern te doen. Dit is al eerder toegelicht in de vorige paragraaf. Ten tweede geven enkele respondenten aan dat ze liever op thema met elkaar samen willen leren en verbeteren. Hiermee wordt bedoeld dat uit een thema, zoals agressie, een calamiteit kan voorkomen. Een calamiteit is in hun ogen overbodig om te bespreken, omdat het bijvoorbeeld relevanter is om agressie, dus het thema, te bespreken. Daarnaast geven ze aan dat het de ene keer fijn is om een casus te bespreken en de andere keer een proces. In die voorkeur zijn ook nog veel verschillen te vinden tussen de respondenten. Ten derde geven enkele respondenten aan dat calamiteiten in de meeste gevallen unieke situaties zien, waardoor het niet relevant is om ze te bespreken. Ze komen immers toch maar slechts één keer voor. Een respondent vertelt:

“ [...] Misschien omdat elke situatie ook wel zo uniek of bijzonder is. Dat je ook niet kan zeggen van oh dat maken anderen ook dagelijks mee. Calamiteiten zijn natuurlijk zulke onverwachtse dingen, dat het bijna niet te vergelijken is met een ander.” – Respondent 10

Onderstaande quote laat zien dat bovengenoemde redenen en prioriteiten stellen niet los staan van elkaar:

“Er zijn bij ons echt al zo veel prioriteiten, en ook op het gebied van verbeterpunten. Dat je misschien daar al gewoon je handen vol aan hebt, die je zelf al hebt geconstateerd. Ik denk als je het intern doet en ook al met zo een extern voorzitter om het zo objectief mogelijk in te richten. En vooral dus kritische mensen daarop in te zetten. Ja, dat ook wel echt wel te monitoren, dat er een gedegen rapport ligt. Dus als je daar mee aan de slag gaat dan heb je ook niet direct de behoefte om... terwijl je wel op thema zoekt hè. Er komt wel bijvoorbeeld uit een calamiteit een thema van hé dit hebben wij toch niet zo goed op de rit. En dat je daarbij dus wel bij andere organisaties gaat vragen maar hoe doen jullie dat dan?”

– Respondent 11

Enkele respondenten stellen een hoge prioriteit aan calamiteiten en hebben daarom ook de *behoefte* om dit te bespreken met andere zorgaanbieders. Er is een verschil op te merken in beweegredenen. Eén respondent was zich er niet van bewust dat dit ook een optie is om kwaliteit te verbeteren. Enkele andere respondenten geven aan dat het gewoon iets is wat ze belangrijk vinden waardoor het hoog op de agenda komt te staan.

§ 5.7. Balans interacties van eigen en gezamenlijke ideeën ontwikkelen

Deze paragraaf licht de factor toe die gaat over de balans van interacties tussen zorgaanbieders met betrekking tot het ontwikkelen van eigen en gezamenlijke ideeën.

§ 5.7.1. Wisselwerking: Halen en brengen. Meerdere respondenten benoemen expliciet dat samen leren van calamiteiten een kwestie van halen en brengen moet zijn. Daarmee wordt bedoeld dat beide organisaties moeten investeren. Wanneer een organisatie niet investeert in de samenwerking, dan zal de andere organisatie minder bereid zijn om open te zijn over calamiteiten. De respondenten geven aan dat het een wisselwerking is. Het niveau waarop organisaties zitten speelt daarbij ook een belangrijke rol. Organisaties die al verder ontwikkeld zijn op het gebied van calamiteiten willen liever niet samen leren van calamiteiten met organisaties die hen niets kunnen bieden. Een respondent vertelt: “Ja je zit niet altijd op hetzelfde niveau zeg maar. Het moet wel halen en brengen zijn.” – Respondent 11. In de overige interviews wordt deze factor niet expliciet benoemd, maar valt hier wel uit op te merken.

§ 5.8. Nieuwe factoren

Uit de interviews zijn nieuwe stimulerende en remmende factoren voor samen leren van calamiteiten naar voren gekomen. In deze paragraaf zullen de nieuwe factoren worden uiteengeerafeld in *cultuur ouderenzorgsector*, *lerend netwerk* en *karakter*.

§ 5.8.1. Cultuur ouderenzorgsector: Je moet zelf wel willen, maar als de rest niet wilt kom je nergens. Merendeel van de respondenten geeft aan dat het binnen *ouderenzorgsector* niet normaal is om open te praten over calamiteiten. Binnen de organisaties is er de afgelopen jaren veel werk verricht om open te zijn binnen de organisatie. Toch is het voor de zorgaanbieders lastig om samen te leren en verbeteren omdat het niet normaal gevonden wordt. Een respondent vertelt: “[...] maar echt die openheid die is er nog niet echt in zorgland, of verpleeghuis zorgland.” – Respondent 7. De respondenten geven aan dat iets makkelijker is om te delen wanneer iedereen dit doet. Op het gebied van calamiteiten is dit niet het geval, wat dus maakt dat het een drempel is voor zorgaanbieders. Een respondent vertelt dat het ligt aan de cultuur die heerst binnen de *ouderenzorgsector*:

“Dat zit hem heel erg in de cultuur ook nog. Wat dat betreft hobbelt de zorg ook een beetje achter andere ontwikkelingen aan. Ik bedoel, er zijn ICT bedrijven die werken al jarenlang samen maar die hebben elkaar nog nooit ontmoet. Dus er zitten heel veel mogelijkheden, maar ik denk dat de zorg nog behoorlijk conservatief nog is en dat het veilig gevonden wordt ook om mensen te kennen en mensen te zien.” – Respondent 5

Deze mening wordt door het merendeel van de respondenten gedeeld. Een respondent vult hierop aan dat het komt door het gescheiden denken in de gezondheidszorg en gevolgen heeft voor samen leren van calamiteiten:

“Ik denk dat het voornamelijk echt een kwestie van cultuur is en manier in denken is. Ik vind het nog steeds bizar, maar de hele financiering van de zorg is verschot. Ieder schotje heeft zijn eigen potje geld. Maar dat denken van mensen is ook enorm geschot.” – Respondent 5

Desondanks ervaren enkele respondenten dat er wel de wil is om te leren. Ze merken op dat steeds meer organisaties bezig zijn met leren en verbeteren dan voorheen en zien een geleidelijke verandering. Een respondent vertelt: “We zien natuurlijk nu ook steeds meer dat er

een landelijke trend is om veel meer te willen leren van dingen die er gebeuren.” – Respondent 6. Eén respondent vertelt over haar verwachtingen om in het lerend netwerk calamiteiten te gaan bespreken:

“Nou stel je voor in ons lerend netwerk zeggen van nou daar staan wij ook wel voor open. En dat je er dan gewoon mee begint. Ik denk dat het nog wel een stukje pionieren gaat worden.

En dan heb je eigenlijk gewoon een beetje ballen nodig. Ik denk dat je gewoon voor mijn gevoel... En misschien zijn er in het land al gewoon fantastische dingen bezig. Daar heb ik gewoon serieus geen zicht op. En ik denk dat je, als je gaat pionieren dat je dan gewoon moet zeggen: “wij gaan pionieren, wij doen dat als eerste, en als het fout gaat dan gaat het fout.””

– Respondent 9

§ 5.8.2. Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg: Als er geen sancties op staan, dan doen we het ook niet. Het merendeel van de respondenten geeft aan samenwerkingsverbanden te hebben met andere zorgaanbieders in de ouderenzorg omdat dit verplicht is vanuit het *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg*. Ze geven aan dat in het lerend netwerk geen calamiteiten worden besproken. Het lerend netwerk dient voor andere onderwerpen zoals personeelssamenstelling en kwaliteitsjaarverslagen. Wel zien enkele respondenten het lerend netwerk als een plek waar calamiteiten besproken zouden kunnen worden. Het bestaat uit een kleine groep van zorgaanbieders en dat maakt het prettig om een gevoelig onderwerp te bespreken.

“En je moet er ook wel een beetje in gefaciliteerd worden. Dus zo een kwaliteitskader geeft, ondanks dat iedereen er al mee bezig is, wel een zetje om het echt te gaan doen. Het is ook belangrijk hoe anderen er voor open staat.” – Respondent 12

Enkele respondenten geven aan dat het lerend netwerk niet per se een stimulans is om samenwerkingen aan te gaan, gezien zij eigenlijk al een netwerk hadden. Zij zien het lerend netwerk meer als een formele overeenkomst met zorgaanbieders waarmee ze al contact hadden. Niet alle respondenten zijn positief over het lerend netwerk. Enkele respondenten hebben het gevoel dat ze er niet alles uit kunnen halen doordat de samenstelling van de zorgaanbieders niet passend is. Daarnaast wordt het vormen van een lerend netwerk en bijeenkomst door enkele respondenten gezien als iets dat van het lijstje kan worden afgevinkt als het is uitgevoerd.

§ 5.8.3. Karakter: Ik wil gewoon graag het goede doen. Meerdere respondenten geven aan dat het type *karakter* een rol speelt bij het gemak waarmee het gesprek met andere zorgaanbieders aangaat. Sommige geven aan dat een open gesprek met iemand aan gaan een van zijn of haar kwaliteiten is, terwijl anderen er meer moeite mee hebben. Een respondent vertelt:

“Mijn hoofd zit vol met van alles en nog wat, maar dat is alleen maar in mijn hoofd. En ik praat graag met mensen omdat mijn ideeën daardoor ook vorm krijgen. Ik zie wel heel veel waarden in netwerken en het delen van ideeën om daar met zijn alle tot iets moois te komen. Kijk dat is zo een cliché, maar zo zit ik in elkaar. Dat ik juist heel graag over die grenzen heen kijk en juist een oplossing niet allemaal zo al binnen die oplossingen die we allemaal al voor ons hebben liggen.” – Respondent 5

Een andere respondent omschrijft zichzelf: “Ik ben zelf juist zo iemand van: oh maar dan gaan we het toch even bij de burens vragen” – Respondent 9. Enkele respondenten geven aan het lastig te vinden om open te zijn naar andere zorgaanbieders. Een respondent vertelt hierover: “En dat is dus niet het mooie verhaal van we delen alles en we zijn zo open erover. Maar dat verhaal is er wel, en welke reden daar precies voor is vind ik dan lastig om aan te geven. En misschien worstel ik daar zelf ook weleens mee.” – Respondent 10

§ 5.9. Samenvatting analyse

Het doel van dit hoofdstuk betrof het in kaart brengen van de stimulerende en remmende factoren voor samen leren van calamiteiten tussen zorgaanbieders in de ouderenzorg. Concreet gezegd zijn dit de stimulerende factoren: soortgelijke organisaties, gemeenschappelijke problematiek, meerwaarde, nabijheid, noodzaak, duidelijke verwachtingen, persoonlijke klik, open cultuur, stimulerend management, behoefte aan samen leren van calamiteiten, wisselwerking. Wanneer deze factoren in mindere mate aanwezig zijn of niet van toepassing zijn, betekent het dat het als remmende factor dient. Nabijheid is een factor die tegelijkertijd stimulerend en remmend werkt. Concurrentie maakt het namelijk lastig om samen te werken, maar wanneer organisaties concurrenten zijn betekent het vaak dat deze organisaties dicht bij elkaar in de buurt zitten waardoor de reistijd minder lang is en het dus gemakkelijker is om bijeen te komen. Uit de interviews blijkt dat dit de remmende factoren zijn: tijd, kwetsbaar opstellen, intern versus extern en prioriteiten. Daarnaast geeft het merendeel van de

respondenten aan dat het lerend netwerk nog in ontwikkeling is. Er zijn uit de interviews drie nieuwe factoren opgemerkt: cultuur ouderenzorgsector (remmend), kwaliteitskader (stimulerend) en karakter (remmend en stimulerend). De meest relevante factoren zullen in de conclusie verder worden uitgediept.

6. Conclusie en discussie

§ 6.1. Inleiding

Het doel van dit onderzoek betrof het in kaart brengen van stimulerende en remmende factoren om samen te leren en verbeteren van calamiteiten tussen zorgaanbieders in de ouderenzorg. Het is van belang om inzicht te krijgen in deze factoren omdat het leren van calamiteiten het beste gerealiseerd kan worden als zorgaanbieders open, eerlijk en transparant communiceren over fouten die plaats hebben gevonden binnen de organisatie (IGJ, 2017; Laarman et al., 2016, 2018). Het onderzoek levert daarom een bijdrage aan het verbeteren van de kwaliteit in de zorg. Er zijn drie onderzoeksvragen opgesteld om dit inzicht te verkrijgen: een beschrijvende, verdiepende en beleidsvraag. De eerste onderzoeksvraag zal beantwoord worden aan de hand van de beschreven zorgcontext in combinatie met de resultaten zoals in hoofdstuk 2 en 5 aan bod kwamen. De beantwoording van de tweede onderzoeksvraag vloeit voort uit de theorie en resultaten zoals in hoofdstuk 3 en 5 omschreven. In het hoofdstuk 7 komt de beantwoording van de beleidsvraag aan bod.

§ 6.2. Beantwoording beschrijvende vraag

De beschrijvende vraag luidde als volgt: *Wat is de zorgcontext met betrekking tot calamiteiten in de ouderenzorg?* Om deze vraag te kunnen beantwoorden is allereerst de sector waarnaar onderzoek gedaan afgebakend. De focus in dit onderzoek ligt op zorgaanbieders die langdurige zorg verlenen aan ouderen (verpleging, verzorging en thuiszorg). Er is gekozen voor de ouderenzorg gezien de huidige maatschappelijke ontwikkelingen zoals beschreven in paragraaf 1.2. De vergrijzing veroorzaakt een toename in de vraag naar formele zorg en complexere zorgvraag van ouderen (IGJ, 2017). Tevens neemt de vraag naar formele zorg toe door de verandering in familiestructuren (Antonucci et al., 2011; Pickard et al., 2010). Er zullen steeds meer ouderen zijn die verzorging in verpleeghuizen of verzorgingstehuizen nodig hebben (IGJ, 2019). Het personeel en hun werkzaamheden komen steeds meer onder druk te staan (De Vries & Kossen, 2015; Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, 2018). Het is daarom van belang dat zorgaanbieders in de ouderenzorg onderling van elkaar kunnen leren op het gebied van calamiteiten.

Uit het bureauonderzoek blijkt dat zes actoren relevant zijn voor de beantwoording van de onderzoeksvraag: zorgaanbieders, de IGJ, de burgers, externe voorzitters, betrokkenen en ActiZ. De IGJ bewaakt en bevordert de kwaliteit en veiligheid in de zorg (IGJ, 2019). Wanneer een calamiteit heeft plaatsgevonden moet deze gemeld worden bij de IGJ. De IGJ besluit of de

zorgaanbieder een rapport moet schrijven. Indien dit het geval is, wordt naderhand beoordeeld of de zorgaanbieder in staat is om verbetermaatregelen te treffen en deze uit te voeren. De burgers kunnen klachten indienen (IGJ, 2017). Sommige klachten wijzen op een calamiteit en komen bij de IGJ te liggen. Zorgaanbieders in de ouderenzorg zijn verplicht om een externe voorzitter in te schakelen bij een calamiteit met een dodelijke afloop (IGJ, 2018b). De externe voorzitter dient als versterking voor het leervermogen van de zorgaanbieder en als onafhankelijke partij tijdens het onderzoek. De IGJ beoordeelt het calamiteitenrapport ook in het kader van het betrekken van de cliënten en naasten, en vestigt de aandacht op de nazorg voor de betrokken zorgverlener(s). ActiZ (de bracheorganisatie voor zorgaanbieders van ouderenzorg (ActiZ, 2019)) organiseert themabijeenkomsten. Echter, het thema calamiteiten komt in deze bijeenkomsten nauwelijks aan de orde. Wel blijkt uit de bevindingen dat ActiZ een belangrijke actor is voor ouderenzorgorganisaties met betrekking tot informatievoorziening. In het verkennend gesprek met de IGJ werd deze branchepartij ook al genoemd. Bovendien zijn alle zorgaanbieders die betrokken zijn geweest bij dit onderzoek zijn ook aangesloten bij deze brancheorganisatie.

Uit het bureauonderzoek en de interviews blijkt dat het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg eisen omvat met betrekking tot het samen leren en verbeteren. Vanuit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg worden zorgaanbieders verplicht om deel te nemen aan een lerend netwerk, dat ten minste gevormd wordt met twee andere zorgaanbieders (Zorginstituut Nederland, 2017). De focus ligt daarbij op een actieve samenwerking rondom het kwaliteitsplan en het kwaliteitsverslag. Echter, het omvat geen specifieke eisen voor het delen van informatie en ervaring van calamiteiten. In de volgende paragraaf wordt dieper ingegaan wat het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg betekent voor het samen leren van calamiteiten.

§ 6.3. Beantwoording verdiepende vraag

In deze paragraaf staat de beantwoording van de verdiepende vraag centraal: *Welke stimulerende en remmende factoren zijn aanwezig bij de beslissingen die zorgaanbieders maken bij het samen leren van calamiteiten in de langdurige zorg van ouderen?* In de wetenschappelijke literatuur is al veel geschreven over de invloed van organisatiecultuur op het leveren van goede zorg (bijv. Benn et al., 2009; Kleinsman & Kaptein, 2018; McSherry & Pearce, 2017; de Vos, den Dijker en Hamming, 2017; Stergiopoulos et al., 2016). Deze literatuur heeft veelal betrekking op de redenen voor een lage meldingsbereidheid. Daarnaast is er veel onderzoek gedaan naar de betrokkenheid van cliënten en naasten, het inzetten van een

externe voorzitter en de nazorg voor betrokken zorgverlener(s) (Allen et al., 2016; Bouwman et al., 2018; Kam et al., 2017; Laarman et al., 2016). Eerdere publicaties hebben beperkte aandacht voor samen leren van calamiteiten tussen zorgaanbieders. Het is van belang om factoren die invloed hebben samen leren van calamiteiten in kaart te brengen gezien deze samenwerking een belangrijke bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg (Grit et al., 2018; IGJ, 2017). Op dit moment is er nauwelijks tot beperkte aandacht of acties van zorgaanbieders op het samen leren van calamiteiten. Wenger et al. (2002) publiceerde een artikel over het leren tussen organisaties en benoemen dit CoP. Ze omschrijven CoP als een groep mensen die een belang, probleem of passie met elkaar delen en hun kennis en expertise over dit onderwerp uitbreiden door continu met elkaar te interacteren. Deze theorie is als leidraad gebruikt voor een aanzet voor de onderzoeksvragen. Daarnaast zijn er andere relevante theorieën (bijv. Ansell, 2016; Ellonen, Blomovist & Puumalainen, 2008; McSherry & Pearce, 2018; Tagliaventi en Mattarelli, 2006) gebruikt die als aanvulling hebben gediend voor het in kaart brengen van stimulerende en remmende factoren van samen leren van calamiteiten.

Uit de interviews blijkt *verbondenheid* een belangrijke, zowel stimulerende als remmende, factor te zijn voor samen leren van calamiteiten, wat overeenkomt met de theorie van Wenger et al. (2002). Om samen te leren en verbeteren van calamiteiten vinden respondenten het belangrijk dat de organisaties waarmee ze samenwerken soortgelijk zijn en dat er gemeenschappelijke problematiek plaatsvindt binnen de organisaties. Zorgaanbieders vinden het dus belangrijk om erkenning en steun te ervaren van organisaties die vergelijkbare situaties ervaren in dezelfde soort setting. Dit betekent dat het noodzakelijk is om dezelfde soort organisaties bij elkaar te brengen bij het vormen van een leernetwerk op het gebied van calamiteiten. Zorgaanbieders die zich onderling *verbonden* voelen met elkaar, zullen eerder geneigd zijn om informatie en ervaring over calamiteiten uit te wisselen. Echter, bij gebrek aan dit gevoel zullen zorgaanbieders minder snel open staan voor samen leren van calamiteiten.

In de interviews komt naar voren dat de baat bij *informatie-uitwisseling* een primaire voorwaarde is voor samen leren van calamiteiten. Wenger et al. (2002) benoemen dit ook in hun theorie van CoP. Het is belangrijk dat de samenwerking een *meerwaarde* biedt. Er is een verschil op te merken tussen kleinere en grotere zorgaanbieders. Dit is in de theorie van Wenger et al. (2002) en andere relevante theorieën (bijv. Ansell, 2016; Ellonen, Blomovist & Puumalainen, 2008; McSherry & Pearce, 2018; Tagliaventi en Mattarelli, 2006) niet toegelicht, waardoor dit onderzoek een aanvulling geeft aan de literatuur. Kleinere organisaties zullen eerder genooddaakt zijn om samen te leren en verbeteren, gezien zij onvoldoende capaciteit en

expertise hebben. Grotere organisaties geven aan dat er tussen locaties onderling al veel geleerd kan worden van elkaar. Daarnaast is het opvallend dat *concurrentie* een remmende factor is voor samen leren van calamiteiten. De respondenten geven aan dat concurrentie met collega-zorgaanbieders niet moet uitmaken omdat ze beiden het doel hebben om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Maar toch blijkt het lastig te zijn om met de concurrent te praten over calamiteiten, omdat er weinig contact is de concurrent. Wanneer samen leren van calamiteiten geen baat heeft voor de zorgaanbieder is het dus een remmende factor. Dit betekent dat het van belang is om zorgaanbieders te laten inzien of laten ervaren wat voor een opbrengsten samen leren van calamiteiten kan bieden voor hen. Daarbij moet er goed worden afgestemd welke zorgaanbieders een leernetwerk zouden kunnen vormen. Het is dus van belang dat de bijeenkomsten over calamiteiten gaan en andere vraagstukken, zoals bijvoorbeeld personeelsinzet, niet hoeven worden besproken zodat het gevoel van concurrentie naar de achtergrond kan worden gezet.

Uit de interviews blijkt dat *vertrouwen* de basis is van een goede samenwerking tussen zorgaanbieders. Het gebrek aan vertrouwen blijkt een remmende factor te zijn omtrent het samen leren van calamiteiten. Er is nog maar weinig contact met andere zorgaanbieders wat betreft calamiteiten. Er is weinig contact omdat zorgaanbieders een gebrek aan *vertrouwen* ervaren. Het *vertrouwen* moet voldoende zijn om gevoelige informatie zoals calamiteiten met elkaar te bespreken. Dit betekent dat de vertrouwensrelatie nog bij veel zorgaanbieders moet worden opgebouwd. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie heeft tijd nodig.

In de literatuur komt naar voren dat bij sommige zorgaanbieders een *blame* cultuur heerst, waarbij de schuldvraag centraal komt te staan (Hébert, 2001; Tevlin et al., 2013). Een organisatiecultuur waarin de schuldvraag op de voorgrond treedt met betrekking tot calamiteiten zou daarom een remmende factor kunnen zijn voor samen leren van calamiteiten. Echter, uit het verkennend gesprek met de IGJ is gebleken dat sommige zorgaanbieders al vooruitgang hebben gemaakt wat betreft het ontwikkelen van een veilige en open organisatiecultuur. Dit wordt ook door het merendeel van de respondenten benoemd in de interviews. Ondanks deze verschuiving van *blame* cultuur naar *open cultuur*, wordt er niet samen geleerd van calamiteiten. Zorgaanbieders hebben zich ontwikkeld op het gebied van veilige werkomgeving en open cultuur, waardoor deze factor wellicht niet van toepassing is in dit onderzoek. Daarnaast wordt in de interviews bevestigd wat er in de literatuur geschreven wordt over het optimaliseren van een veilige werkomgeving. McSherry en Pearce (2018) omschrijven dat *management* een belangrijke rol speelt in het optimaliseren van een veilige

werkomgeving. In de interviews is dit een factor die regelmatig wordt benoemd door de respondenten. Dit betekent dat het van belang is om het management te betrekken bij het samen leren van calamiteiten tussen zorgaanbieders. Zij moeten hierin een leidende rol aannemen door een voorbeeldfunctie uit te dragen naar alle medewerkers in de organisatie.

In de literatuur wordt vooral de nadruk gelegd op complexe of dynamische omgeving waardoor het lastig is om veranderingen door te voeren (Fiol & Lyles, 1985). Dit kan stress en onzekerheid met zich meebrengen. In de interviews komt voornamelijk naar voren dat respondenten het lastig vinden om samen te leren en verbeteren omdat zij zich kwetsbaar moeten opstellen. Zij vinden het dus lastig om zich open te stellen over calamiteiten omdat het bedrijfsgevoelige informatie omvat. *Kwetsbaarheid* is een remmende factor voor samen leren van calamiteiten. Echter, er wordt ook benoemd dat *kwetsbaarheid* tonen er wel voor zorgt dat anderen zich ook openstellen, waardoor de vertrouwensrelatie wel groeit. *Kwetsbaarheid* tonen kan anderzijds dus ook stimulerend werken voor de andere zorgaanbieders om zich ook open te stellen. Meerdere respondenten geven ook aan dat ze het intern goed op orde willen hebben voordat ze samen willen leren en verbeteren met andere zorgaanbieders. Dit betekent dat ze hun eigen proces eerst voldoende ontwikkeld willen hebben. Een kanttekening hierbij is dat het juist helpend kan zijn om met andere zorgaanbieders bespreekbaar te maken wat er nog niet goed loopt, zodat het proces hierdoor verbeterd kan worden. Hierin blijkt ook weer, net als *meerwaarde* en *baat bij informatie-uitwisseling*, een verschil te zitten in grotere en kleinere organisaties. Grotere organisaties zijn eerder geneigd terug te vallen op collega's, terwijl kleinere organisaties die mogelijkheid niet hebben.

In de interviews komen drie nieuwe factoren naar voren die in de literatuur niet benoemd zijn. De eerste factor heeft betrekking op de organisatiecultuur in de *ouderenzorgsector*. Alle respondenten geven aan dat het niet normaal gevonden wordt om samen te leren van calamiteiten. De respondenten geven aan dat het lastig is om te pionieren op dit vlak, omdat zorgaanbieders elkaar nodig hebben om dit te realiseren. De wil om te leren en verbeteren is er namelijk wel. Meerdere respondenten geven aan in de toekomst hier wel aan mee willen doen, alleen is het van belang dat meerdere zorgaanbieders hier voor open staan. De tweede factor is het *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg*. Dit is een stimulerende factor voor het vormen van een lerend netwerk. Echter, er worden geen calamiteiten besproken in dit lerend netwerk. Sommige vinden het niet de juiste plek ervoor, terwijl andere aangeven dat er meer tijd voor nodig is om zoiets te laten groeien. Dit betekent dat de verplichting om een lerend netwerk niet direct leidt tot het bespreken van calamiteiten. Het is dus nodig dat zorgaanbieders gemotiveerd zijn om

samen te leren van calamiteiten. Zoals in de literatuur genoemd werd is de *behoefte aan ontwikkeling* een primaire factor om samen te leren van calamiteiten (Wenger et al., 2002). Dit kwam ook naar voren uit de interviews. Zorgaanbieders hebben veel werkzaamheden en moeten prioriteiten stellen. Hierdoor heeft het samen leren van calamiteiten soms een lagere prioriteit. Dus het is van belang om goed te laten zien aan de zorgaanbieders dat er daadwerkelijk wat te halen valt door de positieve kanten van samen leren te benadrukken. De derde factor heeft betrekking op het karakter van de respondent. De respondenten geven aan dat hun eigen karakter ook een rol speelt. Respondenten die vanuit zichzelf het lastig vinden om over moeilijke onderwerpen te praten, zijn ook geneigd om terughoudend te zijn om samen te leren van calamiteiten. Respondenten die graag andere mensen opzoeken om over moeilijke onderwerpen te praten, ervaren ook een minder hoge drempel om samen te leren van calamiteiten.

§ 6.4. Discussie

In deze paragraaf worden de sterke en zwakke punten van dit onderzoek besproken, waaruit vervolgens aanbevelingen voor vervolgonderzoek zijn voortgevloeid. Ten eerste is de onderzoeksprocedure een sterk punt van dit onderzoek. Er zijn op veel verschillende manieren respondenten verworven waardoor de betrouwbaarheid van het onderzoek hoog is en het onderzoek dus te generaliseren is naar alle zorgaanbieders in de ouderenzorg in Nederland. Daarnaast is er ook rekening gehouden met verschillende groottes en ontwikkelingsfases wat betreft calamiteitenonderzoek van de zorgaanbieders.

Het tweede sterke punt van dit onderzoek is dat er naast de diepte-interviews met kwaliteitsmedewerkers, ook nog diepte-interviews met leden van het managementteam zijn gehouden. Dit heeft gezorgd voor een andere invalshoek, die ook in de beleidsaanbevelingen in acht kunnen genomen worden. Daarnaast zijn er ook nog gesprekken gevoerd met een van de belangrijkste actoren omtrent calamiteitenonderzoek, namelijk de IGJ. Er heeft voorgaand het onderzoek een verkennend gesprek plaatsgevonden om de urgentie van het onderzoek aan te duiden. Vervolgens heeft er in de eindfase van het onderzoek een verdiepend gesprek plaatsgevonden zodat de bevindingen van de onderzoeker getoetst konden worden met een medewerker van de IGJ. Dit zorgt voor een hogere betrouwbaarheidsgraad van het onderzoek.

Er is een aantal beslissingen gemaakt tijdens dit onderzoek om het onderzoek in te kaderen. In dit onderzoek is geprobeerd om inzicht te krijgen in het samen leren van calamiteiten tussen zorgaanbieders. Er is besloten om de focus te leggen op de

ouderenzorgsector omdat het maatschappelijke relevant is om deze sector te onderzoeken. Echter, andere sectoren zoals gehandicaptenzorg of geestelijke gezondheidszorg zijn hierdoor buiten beschouwing gelaten. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op andere sectoren, waardoor kan worden onderzocht of de resultaten van dit onderzoek ook te generaliseren zijn op andere sectoren.

Daarnaast is de keuze gemaakt om kwaliteitsmedewerkers te interviewen. De onderzoeker is zich er van bewust dat kwaliteitsmedewerkers niet eindverantwoordelijk zijn voor de organisatie. Bestuurders zijn uiteindelijk eindverantwoordelijk en maken de meeste beslissingen binnen de organisatie. Gezien bestuurders in de meeste gevallen zeer druk bezet zijn en er beperkte tijd was om dit onderzoek uit te voeren, is gekozen om de beste optie die daarna kwam te kiezen. Daarom is gekozen om kwaliteitsmedewerkers te interviewen gezien zij calamiteitenonderzoek in hun portefeuille bezitten en voldoende overzicht hebben wat er speelt op het gebied van kwaliteit en veiligheid in de organisatie. Gezien de voorbeeldfunctie van het management een belangrijke factor is, zou het interessant kunnen zijn om in vervolgonderzoek interviews te houden met bestuurders. Op deze manier zou het beeld compleet kunnen worden gemaakt door hun perspectief te onderzoeken. Er is namelijk in dit onderzoek één bestuurder geïnterviewd en hieruit bleek dat zij duidelijk vanuit een andere rol sprak.

Een beperking van dit onderzoek is de manier van coderen. Er heeft geen tweede codeur naar de resultaten van dit onderzoek gekeken, waardoor er mogelijk een bias is ontstaan. Er heeft geen tweede codeur gecodeerd wegens het tijdgebrek van medestudenten en collega's van Q-Consult Zorg. Om die reden is geprobeerd om op een andere manier een zo hoog mogelijke betrouwbaarheid te realiseren. Een onafhankelijke tweede lezer heeft kritisch gekeken naar de resultatensectie en de daaruit voortvloeiende betekenissen en interpretaties.

Ten slotte is een discussiepunt of sociaal wenselijke antwoorden voldoende zijn vermeden. Sociaal wenselijke antwoorden kunnen net als bovenstaande beperking leiden tot een bias in het onderzoek. Wegens het gevoelige onderwerp hebben de interviews één op één plaatsgevonden om sociaal wenselijke antwoorden te vermijden. Daarnaast zijn de gesprekken vertrouwelijk en zijn de namen van de respondenten en organisaties niet bekend gemaakt. Desondanks is het bij kwalitatief onderzoek lastig om te controleren of de respondenten eerlijk antwoord hebben kunnen geven.

7. Beleidsaanbevelingen

§ 7.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de beleidsvraag en tevens de laatste vraag van dit onderzoek beantwoord: *Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan om samen leren van calamiteiten tussen zorgaanbieders in de ouderenzorg te realiseren?* Er zullen aanbevelingen worden gedaan op basis van de bevindingen van dit onderzoek, het verdiepend gesprek met de IGJ en de diepte-interviews met deelnemers van het OPEN-samenwerkingsprogramma. De beleidsaanbevelingen zijn zoveel mogelijk gebaseerd op het huidige systeem en zijn aangeschoten op de huidige zorgcontext. De focus zal liggen op bevindingen waar beleid kan worden versterkt. Allereerst wordt in paragraaf 7.2 een overkoepelend advies gegeven. Vervolgens wordt de beleidsvraag in paragraaf 7.2 tot en met 7.6 vanuit drie invalshoeken benaderd: de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, zorgaanbieders van ouderenzorg en NIVEL. Ten slotte wordt in paragraaf 7.7 kort gereflecteerd op de beleidsadviezen.

§ 7.2. Overkoepelend advies: Bewustzijn creëren van meerwaarde van samen leren

Er kan een overkoepeld beleidsadvies worden gegeven dat betrekking heeft op de *cultuur* in de *ouderenzorgsector*. Zoals Waring et al. (2016) omschreven is er onvoldoende aandacht voor culturele factoren met betrekking tot kwaliteit en veiligheid in de zorg. Daarom is in dit onderzoek voldoende aandacht gevestigd op culturele aspecten waardoor een beter begrip is verkregen voor het samen leren van calamiteiten. Er heerst momenteel een cultuur waarin het niet normaal gevonden wordt om samen te leren van calamiteiten. Zorgaanbieders zijn gericht op hun eigen processen rondom calamiteitenonderzoek, waardoor zij weinig tot geen contact zoeken met andere zorgaanbieders. Het wordt door vele zorgaanbieders niet normaal gevonden om samen te leren van calamiteiten.

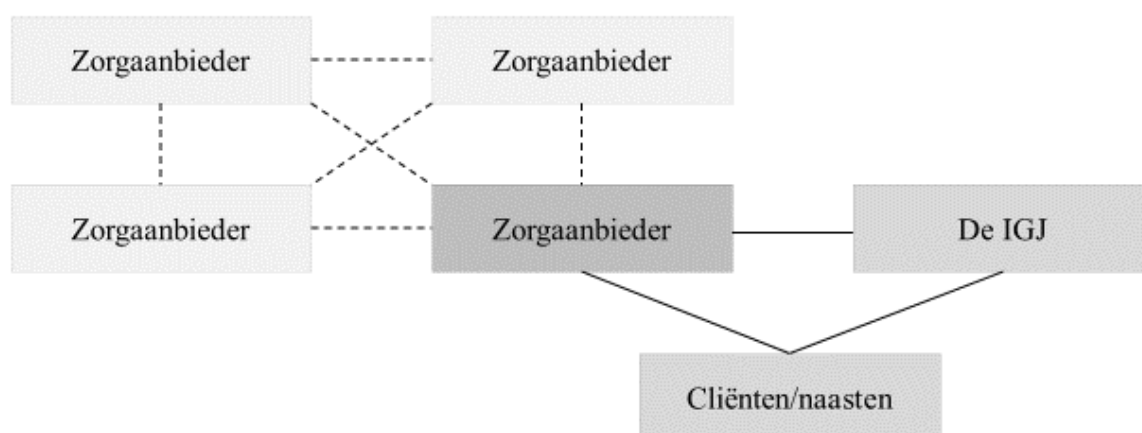
Om dit te doorbreken moet een cultuurverandering plaatsvinden. Dit is een grote uitdaging gezien cultuur niet in een korte tijd veranderd kan worden. Een eerste stap naar cultuurverandering is het creëren van bewustzijn van de *meerwaarde* van het samen leren van calamiteiten (Ansell, 2016; Wenger et al., 2002). Het is een proces dat langzaam plaatsvindt, maar wel kan worden bevorderd via verschillende aspecten. Er liggen voor verschillende actoren, namelijk de IGJ, zorgaanbieders en NIVEL mogelijkheden om deze bewustwording te creëren. In figuur 8 (zie volgende pagina) staan de beleidsaanbevelingen kort samengevat.



Figuur 8. Visuele weergave beleidsaanbeveling

§ 7.3. De IGJ

De IGJ legt in hun meerjarenplan de nadruk op samen leren en verbeteren, maar dit kan nog meer gestimuleerd worden op het gebied van calamiteiten. De aandacht gaat nu vooral naar de *relatie* tussen zorgaanbieders en cliënten en naasten en de relatie tussen zorgaanbieders en de IGJ. Terwijl er eigenlijk ook onderling een *relatie* zou moeten zijn tussen zorgaanbieders om het gewenste leereffect te behalen. Dit betekent dus dat zorgaanbieders samen zouden moeten leren van calamiteiten zoals weergegeven in figuur 9. De gestippelde lijn heeft het gebrekkige huidige contact aan wat betreft calamiteiten tussen zorgaanbieders. Deze lijn zou eigenlijk ook doorgetrokken moeten zijn. Dus voor de actor, de IGJ, ligt de taak om deze relatie nog meer te stimuleren.



Figuur 9. Onderlinge relatie zorgaanbieders, de IGJ en cliënten/naasten

Dit kan de IGJ realiseren door meer gebruik kunnen maken van de goede voorbeelden van de ziekenhuissector en de huisartsenposten. Uit de bevindingen blijkt namelijk dat meerdere

zorgaanbieders geen ervaring hebben op het gebied van samen leren van calamiteiten. Er is dus eigenlijk een gebrek aan ervaring. Indien de IGJ de goede voorbeelden van de andere sector kan aantonen, wordt er een bewustzijn gecreëerd bij zorgaanbieders in de ouderenzorg. Dit kan een stimulerende werking hebben om samen te leren van calamiteiten.

§ 7.4. Intern bij zorgaanbieders

Zorgaanbieders kunnen ook aandacht besteden aan een *bewustzijn* van *meerwaarde* van samen leren van calamiteiten te creëren. Hier ligt voornamelijk de taak bij het *management* (McSherry & Pearce, 2018). Het *management* zal voorbeeldgedrag moeten vertonen naar alle medewerkers binnen de organisatie. Indien het *management* het samen leren van calamiteiten als normaal beschouwt, zullen andere medewerkers dit ook als normaal beschouwen. Als er regelmatig gepraat wordt over calamiteiten, zal het voor medewerkers steeds normaler worden om hier open over te spreken. Er zouden bijvoorbeeld lunches worden kunnen georganiseerd waarbij managers, kwaliteitsmedewerkers en zorgverleners zouden kunnen vertellen over incidenten en calamiteiten. Op deze manier kan het een gewoonte worden om te spreken over calamiteiten. Daarnaast kan het *management* ook de verbinding zoeken met andere zorgaanbieders. Indien het management hierin een voorbeeldfunctie uitdraagt, is het voor kwaliteitsmedewerkers ook gemakkelijk om het contact te zoeken met andere kwaliteitsmedewerkers.

§ 7.5. Het lerend netwerk

Het *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg* biedt ruimte om zorgaanbieders te stimuleren om samen te leren en verbeteren. In dit kader worden richtlijnen opgesteld met betrekking tot samenwerkingen op het gebied van kwaliteit. Het kan dus stimulerend werken om samen leren van calamiteiten te verplichten vanuit het *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg*. Het gevaar is dat het samen leren van calamiteiten een afvinktaak wordt. Zorgaanbieders moeten dus eigenlijk zelf gemotiveerd zijn om op het gebied van calamiteiten te ontwikkelen.

Uit de bevindingen blijkt dat het lerend netwerk een geschikte plek kan zijn om samen te leren van calamiteiten indien de motivatie aanwezig is. Uit de literatuur en uit de bevindingen blijkt dat calamiteiten bespreken een gevoelig onderwerp is (McSherry & Pearce, 2018). Het is daarom van belang om een veilige omgeving te creëren indien calamiteiten onder zorgaanbieders worden besproken. Ellonen et al. (2008) benadrukten al eerder dat *vertrouwen* een belangrijke factor is bij samenwerkingen tussen organisaties. Aan de hand van de

bevindingen blijkt dat *vertrouwen* een randvoorwaarde is voor het samen leren van calamiteiten. Het heeft betrekking op de veiligheid van het delen van informatie en ervaringen.

Het blijkt uit de bevindingen dat zorgaanbieders bereid zijn om informatie en ervaringen te delen wanneer zij een vertrouwde groep mensen om zich heen hebben. In het lerend netwerk komen continu dezelfde zorgaanbieders bijeen, waardoor de vertrouwensrelatie kan groeien. Zorgaanbieders zullen zich *kwetsbaar* moeten durven opstellen, waardoor een vertrouwensrelatie kan worden opgebouwd. Door *kwetsbaarheid* te tonen zullen anderen zich ook sneller open durven te stellen. Kwetsbaarheid tonen naar andere zorgaanbieders is niet vanzelfsprekend. Het delen van calamiteiten, dus kwetsbaar opstellen, kan laagdrempeliger worden gemaakt door bijeenkomsten te organiseren op thema, zoals agressie, medicatie, val- of tilincidenten, te organiseren. De thema's die relatief gezien makkelijk te bespreken zijn, kunnen als eerste worden behandeld. Op deze manier kunnen zorgaanbieders in de beginnende fase van het lerend netwerk wennen aan het feit dat ze samen leren van calamiteiten. De moeilijkere thema's kunnen in een later stadium worden besproken, wanneer de vertrouwensrelatie is gegroeid. Per bijeenkomst kan worden afgesproken dat iedere zorgaanbieder één casus meeneemt om deze te bespreken.

§ 7.6. NIVEL

Uit het verdiepend onderzoek blijkt dat het vormen van een leernetwerk waarin calamiteiten kunnen worden besproken als prettig wordt ervaren door medewerkers van ziekenhuizen en huisartsenposten. Een leernetwerk bestaat uit organisaties die regelmatig bijeenkomen om casussen, processen en methoden te bespreken. Om een calamiteiten leernetwerk te kunnen vormen is het voor de zorgaanbieders van belang dat dit gefaciliteerd wordt door een organisatie. Daarom kan worden aanbevolen om het OPEN-samenwerkingsprogramma ook in de langdurige zorg te starten. NIVEL zou kunnen starten met een pilot voor ouderenzorgorganisaties. Door middel van dit programma krijgt het samen leren van calamiteiten meer aandacht in deze sector waardoor er meer bewustzijn kan worden gecreëerd van de meerwaarde van samen leren.

Voor het vormen van een OPEN-leernetwerk zijn een aantal voorwaarden te benoemen. Net zoals bij het lerend netwerk is het van belang dat een vertrouwensrelatie ontstaat tussen de deelnemers. Het is dus van belang dat er een *vertrouwde omgeving* wordt gecreëerd waarin zorgaanbieders zich *kwetsbaar* kunnen opstellen (Wenger et al., 2002). Bovendien is het van

belang dat de groep deelnemers bestaat uit een groep waarbij er iedere keer dezelfde deelnemers deelnemen. Via deze manier kan een *vertrouwensband* gecreëerd worden.

Daarnaast hebben zorgaanbieders vele werkzaamheden waardoor het samen leren van calamiteiten soms een lage *prioriteit* heeft. Uit de bevindingen komt naar voren dat het gemakkelijk moet zijn voor de zorgaanbieder om deel te kunnen nemen aan een bijeenkomst. In het geval dat NIVEL periodieke bijeenkomsten organiseert kan de bereidheid tot deelname worden vergroot. De zorgaanbieders kunnen gemakkelijk aansluiten waarbij er weinig tot geen voorbereiding nodig is om deel te nemen. Er is dus weinig investering nodig, terwijl de opbrengst hoog is.

Ook komt uit de literatuur en de bevindingen naar voren dat zorgaanbieders *dezelfde soort problematiek* moeten ervaren om een calamiteiten leernetwerk te vormen (Wenger et al., 2002). Daardoor zullen zorgaanbieders zich kunnen herkennen in de problemen waar andere zorgaanbieders ook tegenaan lopen. Dit vergemakkelijkt de samenwerking en hierdoor voelen zorgaanbieders zich meer *verbonden* met elkaar dan wanneer er geen vergelijkbare situaties voordoen.

§ 7.7. Tot slot

Deze aanbevelingen die de IGJ, zorgaanbieders en NIVEL zouden kunnen doorvoeren kunnen een bijdrage leveren aan het creëren van bewustzijn van de meerwaarde van samen leren van calamiteiten. Dit bewustzijn is nodig voor een geleidelijke verandering van de cultuur in de ouderenzorg, waardoor een verschuiving kan plaatsvinden van interne focus naar een bredere focus. Het is niet haalbaar om een cultuur in een korte tijd om te veranderen. De actoren moeten daarom bekijken wat mogelijk en haalbaar is. Het is wenselijk om de patronen van interne focus te doorbreken en op zoek te gaan naar ruimte waarin samen leren van calamiteit tot stand kan komen.

Referenties

- ActiZ. (2019). *Over ActiZ*. Geraadpleegd op 22 mei, 2019, via <https://www.actiz.nl/over-actiz>
- Allen, D., Braithwaite, J., Sandall, J., & Waring, J. (2016). Towards a sociology of healthcare safety and quality. *Sociology of Health & Illness*, 38(2), 181-97.
- Ansell, C. (2016). Collaborative Governance as Creative Problem-Solving. In J. Torfing & P. Triantafillou (Eds.), *Enhancing Public Innovation by Transforming Public Governance* (p. 35-53). Cambridge: Cambridge University Press. 10.1017/CBO9781316105337.002
- Antonucci, T.C., Birditt, K.S., Sherman, C.W., & Trinh, S. (2011). Stability and change in the intergenerational family: A convoy approach. *Ageing and Society*, 31, 1084–1106.
- Baarda, B., Bakker, E., Boullart, A., Julsing, M., Fischer, T., Peters, V., & van der Velden, T. (2018). *Basisboek Kwalitatief onderzoek - Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief Onderzoek*. Noordhoff Uitgevers: Groningen/Utrecht
- Beerepoot, C., & van der Horst, H. (2016). *112 vragen over de zorgverzekeringswet*. 10.1007/978-90-368-1316-7_8
- Benn, J., Koutantji, M., Wallace, L., Spurgeon, P. Rejman, M., & Healey, A. (2009). Feedback from incident reporting: information and action to improve patient safety. *Quality and Safety in Health Care*, 18(1), 11-21.
- Blackmore, C. (2010). *Social learning systems and communities of practice*. London: Springer.
- Bouwman, R., de Graaff, M.B., de Beurs, D. van de Bovenkamp, H., & Friele, R. (2018, 6 juli). *Calamiteitenonderzoek in de Geestelijke Gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 21 februari, 2019, van <https://www.igj.nl/documenten/rapporten/2018/07/06/calamiteitenonderzoek-in-de-geestelijke-gezondheidszorg>
- Carney, M. (2011). Influence of organizational culture on quality healthcare delivery.

- International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(7), 523-539.
- Cho, I., Kim, J. K., Park, H., & Cho, N. (2013). The relationship between organisational culture and service quality through organisational learning framework. *Total Quality Management & Business Excellence*, 24(7), 753-768.
- Creswell, J., & Miller, D. (2000). Determining validity in qualitative inquiry. *Determining Validity in Qualitative Inquiry*, 39(3), 124–130.
- Cyert, R. M., & March J. G. (1963). *A behavioural theory of the firm*. NJ: Englewood Cliffs
- De Kam, D., Grit, K., & Bal, R. (2018). *Calamiteitentoezicht in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg*. Geraadpleegd op 21 februari, 2019, van https://www.eur.nl/sites/corporate/files/Onderzoeksrapport_iBMG_Evaluatie_beleidswijziging_calamiteitentoezicht__0.pdf
- De Klerk, M., De Boer, A., Plaisier, I., Schyns, P., & Kooiker, S. (red.) (2015). *Informeel hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014*. Den Haag: SCP.
- De Kruijf, R. & Langenberg, H. (2017). *Vergrijzing en de Nederlandse economie*. Geraadpleegd op 13 februari, 2019, via <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2017/11/vergrijzing-en-de-nederlandse-economie>
- De Vos, M., den Dijker, L., & Hamming, J.F. (2017). Hoe we beter en veilig kunnen leren van calamiteiten – Vertaling van ‘just culture’ en ‘safety-II’ naar de klinische praktijk. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 161, 1-5.
- De Vries, M., & Kossen, J. (2015). *Zó werkt de zorg in Nederland: Kaartenboek Gezondheidszorg*. Amsterdam: De Argumentenfabriek.
- Dirks, K., & Ferrin, D. (2001). The Role of Trust in Organizational Settings. *Organization Science*, 12(4), 450-467.
- Edmonstone, J. D. (2018). Organisational learning. *Leadership in Health Services*, 31(4), 434-

440.

Ellonen, R., Blomqvist, K. & Puumalainen, K. (2008). The role of trust in organisational innovativeness. *European Journal of Innovation Management*, 11(2), 160-181.

Fiol, C. M., & Lyles, M. A. (1985). Organizational Learning. *Academy of Management*, 10(4), 803-813.

Foendoe Aubèl, G. (2014). *Zorg basics: kwaliteitszorg*. Boom uitgevers: Amsterdam.

Franco, M. & Almeida, J. (2011). Organisational learning and leadership styles in healthcare organisations: An exploratory case study. *Leadership & Organization Development Journal*, 32(8), 782-806.

Grit, K., de Kam, D., Bouwman, R., Harmsen, M., Friele, R., & Bal, R. (2018).

Kennissynthese calamiteitentoezicht. Geraadpleegd op 4 maart, 2019, via https://www.eur.nl/sites/corporate/files/2018-06/ESHPM_Rapport%20Kennissynthese%20Calamiteitentoezicht_20062018_0.pdf

Hartley, J. (2016). Organizational and Governance Aspects of Diffusing Public Innovation. In J. Torfing & P. Triantafillou (Eds.), *Enhancing Public Innovation by Transforming Public Governance* (pp. 95-114). Cambridge: Cambridge University Press.

Hébert, P. C. (2001). Disclosure of Adverse Events and Errors in Healthcare: An Ethical Perspective. *Drug Safety*, 24 (15), 1095–1104.

Hsu, M., & Chang, C. (2004). Examining interpersonal trust as a facilitator and uncertainty as an inhibitor of intra-organisational knowledge sharing. *Info Systems*, 24, 119-142.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd [IGJ] (2016a, 20 december). Brochure zorgaanbieders:

'Calamiteiten melden aan de IGZ'. Geraadpleegd op 12 juni, 2019, via

<https://www.igj.nl/onderwerpen/calamiteiten/documenten/brochures/2016/12/20/calamiteiten-melden-aan-igz>

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd [IGJ] (2016b, 1 januari). Richtlijn calamiteitenrapportage.

- Geraadpleegd op 21 juni, 2019, via <https://www.igj.nl/onderwerpen/calamiteiten/documenten/richtlijnen/2016/01/01/richtlijn-calamiteitenrapportage>
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd [IGJ] (2017, 15 november). *In openheid leren van meldingen 2016-2017*. Geraadpleegd op 12 februari, 2019, via <https://www.igj.nl/documenten/rapporten/2018/01/25/in-openheid-leren-van-meldingen-2016-2017>
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd [IGJ] (2018a, 25 januari). *Meer aandacht voor patiënten en familie bij calamiteiten* [Nieuwbericht]. Geraadpleegd op 21 februari, 2019, via <https://www.igj.nl/onderwerpen/openbaarmaking/nieuws/2018/01/25/meer-aandacht-voor-patienten-en-familie-bij-calamiteiten>
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd [IGJ] (2018b, 18 december). *Werkplan IGJ 2019*. Geraadpleegd op 19 februari, 2019, via <https://www.igj.nl/documenten/jaarplannen/2018/12/18/werkplan-igj-2019>
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd [IGJ] (2019). *Melding doen van een calamiteit*. Geraadpleegd op 22 mei, 2019, via <https://www.igj.nl/onderwerpen/calamiteiten/melding-doen-van-een-calamiteit>
- Jensen, C.B. (2008). Sociology, systems and (patient) safety; knowledge translations in healthcare policy. *Sociology of Health & Illness*, 30(12), 309–24.
- Knight, L., & Pye, A. (2005). Network learning: An empirically derived model of learning by groups of organizations. *Human Relations*, 58(3), 369-392.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (2000). *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academy Press; 2000.
- Laarman, B.S., Akkermans, A.J., Friele, R., & Legemaate, J. (2016). OPEN en eerlijke omgang met klachten en incidenten in de zorg. Verslag van het eerste jaar van leernetwerk OPEN. *Vergoeding Personenschade*, 4, 79-87.
- Laarman, B.S., Akkermans, A.J., Legemaate, J., Bouwman, R., & Friele, R. (2018).

Ervaringen met de organisatie van een OPEN beleid in Nederlandse ziekenhuizen.

Geraadpleegd op 6 februari, 2019, via [https://research.vu.nl/ws/portalfiles/](https://research.vu.nl/ws/portalfiles/portal/71392817/Laarman)

[portal/71392817/Laarman](https://research.vu.nl/ws/portalfiles/portal/71392817/Laarman)

[_ea 2018 Ervaringen met de organisatie van een open beleid in ziekenhuizen.pdf](#)

Lawton, R., & Parker, D. (2002). Barriers to incident reporting in a healthcare system.

Quality Safety Healthcare, 11, 15-18.

McSherry, R. & Pearce, P. (2018). Measuring health care workers' perceptions of what

constitutes a compassionate organisation culture and working environment: Findings

from a quantitative feasibility survey. *Journal of nursing management, 26*(2), 127-139.

Nederlandse Zorgautoriteit (2018). *Monitor - Zorg voor ouderen 2018*. Geraadpleegd op 13

februari, 2019, via [https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/19/](https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/19/monitor-zorg-voor-ouderen-2018)

[monitor-zorg-voor-ouderen-2018](https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/19/monitor-zorg-voor-ouderen-2018)

Nikula, R. E. (1999). Organisational learning within health care organisations. *International*

Journal of Medical Informatics, 56(1), 61-66.

NIVEL (2018, 10 april). Start project 'OPEN in de huisartsenzorg' over omgaan met

incidenten in de huisartsenzorg. Geraadpleegd op 12 juni, 2019, via

<https://www.nivel.nl/nl/nieuws/start-project-open-de-huisartsenzorg-over-omgaan->

[met-incidenten-de-huisartsenzorg](https://www.nivel.nl/nl/nieuws/start-project-open-de-huisartsenzorg-over-omgaan-met-incidenten-de-huisartsenzorg)

NOS (2018, 1 November). Zorg komt steeds meer personeel tekort: 'We moeten nu nee

verkopen'. Geraadpleegd op 18 februari, 2019, via [https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/](https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2257408-zorg-komt-steeds-meer-personeel-tekort-we-moeten-nu-nee-verkopen.html)

[2257408-zorg-komt-steeds-meer-personeel-tekort-we-moeten-nu-nee-verkopen.html](https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2257408-zorg-komt-steeds-meer-personeel-tekort-we-moeten-nu-nee-verkopen.html)

Pickard, L. Wittenberg, R., Comas-Herrera, A., Davies, B., & Darton, R. (2010). Relying on

informal care in the new century? Informal care for elderly people in England to 2031.

Aging and Society, 20(6), 745-772.

- Quigley, N. R., Tesluk, P. E., Locke, E. A., & Bartol, K. M. (2007). A multilevel investigation of the motivational mechanisms underlying knowledge sharing and performance. *Organization Science*, 18(1), 71-88.
- Rashman, L., Withers, E., & Hartley, J. (2009). Organizational learning and knowledge in public service organizations: A systematic review of the literature. *International Journal of Management Reviews*, 11(4), 463-494.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM] (2018a). *Kwetsbare ouderen hebben een complexe zorgvraag*. Geraadpleegd op 13 februari, 2019, via <https://www.vtv2018.nl/kwetsbare-ouderen>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM] (2018b). *Ouderdomsziekten zorgen voor grote druk op de zorg*. Geraadpleegd op 6 maart, 2019, via <https://www.vtv2018.nl/ouderdomsziekten>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM] (2018c). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 - Een gezond vooruitzicht- Synthese*. Geraadpleegd op 13 februari, 2019, via <https://www.vtv2018.nl/synthese-vtv-2018-een-gezond-vooruitzicht>
- Rijksoverheid (z.d. a). *Veiligheid in de zorg*. Geraadpleegd op 13 februari, 2019, via <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/veiligheid-in-de-zorg>
- Rijksoverheid (z.d. b). *Toezicht op kwaliteit van de zorg*. Geraadpleegd op 13 februari, 2019, via <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/toezicht-in-de-zorg>
- Rijksoverheid (z.d. c). *Zorg voor ouderen in verpleeghuizen verbeteren*. Geraadpleegd op 29 april, 2019, via <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleeghuizen-en-zorginstellingen/zorg-ouderen-verpleeghuizen-verbeteren>
- Schippers, E.I., & van Rijn, M.J. (2015, 10 juli). 25170 Gehandicaptenbeleid – Nr. 151 Brief

- van de minister en staatssecretaris van volksgezondheid, welzijn en sport[Kamerbrief].
Geraadpleegd van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-24170-151.html>
- Stergiopoulos, S., Brown, C.A., Felix, T., Grampp, G., Getz, K.A. (2016). Survey of Adverse Event Reporting Practices Among US Healthcare Professionals. *Drug Safety*, 39(11), 1117-1127.
- Storberg-Walker, J. (2008). Wenger's Communities of Practice revisited: a (failed?) exercise in applied Communities of Practice theory-building research. *Developing Human Resources*, 10(4), 555–577.
- Smits, M., Langelaan, M., & de Groot, J. (2018). *Leren van calamiteiten in de ziekenhuiszorg - Welke nieuwe inzichten komen naar boven bij een ziekenhuisoverstijgende analyse van calamiteiten?*. Geraadpleegd op 21 februari, 2019, via https://www2.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Leren_van_calamiteiten_in_ziekenhuiszorg.pdf
- Tagliaventi, M. R., & Mattarelli, E. (2006). The role of networks of practice, value sharing, and operational proximity in knowledge flows between professional groups. *Human Relations*, 59(3), 291-319.
- Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen [UUVW] (2018, 12 maart). *Toenemend tekort aan verzorgenden en verpleegkundigen*. Geraadpleegd op 4 maart, 2019, via <https://www.uuwv.nl/overuuvw/pers/persberichten/2018/toenemend-tekort-aan-verzorgenden-en-verpleegkundigen.aspx>
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland [V&VN] (2015). *Kwart vindt kwaliteit eigen verpleeghuis onvoldoende*. Geraadpleegd op 18 februari, 2019, via <https://www.venvn.nl/Artikelen/ID/21903/Kwart-vindt-kwaliteit-eigen-verpleeghuis-onvoldoende>
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (2017). *Personeelstekorten in de zorg – Oplossingen van de werkvloer*. Geraadpleegd op 18 februari, 2019, via <https://www.venvn.nl/oplossingenvandewerkvloer>

- Waring, J., Allen, D., Braithwaite, J., & Sandall, J. (2016). Healthcare quality and safety: a review of policy, practice and research. *Sociology of Health & Illness*, 38(2), 198–215.
- Wenger, E., McDermott, R., & Snyder, W. (2002). *Cultivating communities of practice: A guide to managing knowledge*. Boston, MA: Harvard Business Press.
- Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg [Wkkgz]. (2015, 7 oktober). Geraadpleegd op 20 mei, 2019, via <https://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/2019-05-01>
- Van Dijk, C., van den Burg, M., Dik, J., & Heim, N. (2018). Ouderenzorg 2013-2016: Deel 1 Zorggebruik en zorgkosten van ouderen. Geraadpleegd op 2 april, 2019, via <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl/documenten/rapport/2018/12/21/gebruik-en-kosten-van-ouderenzorg-2013-%E2%80%93-2016/Ouderenzorg+2013-2016+Deel+1+Zorggebruik+en+zorgkosten+van+ouderen.pdf>.
- Zorginstituut Nederland (2017, 13 januari). *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg: samen leren en verbeteren*. Geraadpleegd op 17 april, 2019 via <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg>

Bijlage A. Topiclijst IGJ

Introductie

Wat is uw functie binnen de IGJ?

Kunt u kort vertellen wat de rol is van IGJ met betrekking tot calamiteiten in de VVT-sector?

Fase 1: Randvoorwaarden openheid

Afgelopen tijd veel bezig geweest met wat zijn goede randvoorwaarden = rapportage format (worden de juiste punten eruit gehaald) + cultuur

Wat voor een ontwikkelingen zien de IGJ met betrekking tot openheid in de organisatiecultuur?

Hoe komt dit?

In hoeverre zien jullie deze verandering ook tussen zorgaanbieders onderling?

Fase 2: Samen leren en verbeteren

Wat verstaat IGJ onder samen leren en verbeteren?

Waarom is samen leren en verbeteren zo belangrijk?

Kun je wat meer vertellen over het lerend netwerk?

- Wat houdt het in?
- Wanneer is dit ingevoerd?
- Waarom is dit ingevoerd?
- Wat voor een effect van het lerend netwerken zien jullie op de verbetering van de kwaliteit van zorg?
- Wat wordt er besproken bij deze bijeenkomsten?

Het kwaliteitskader staat dat het moet worden nagekeken door twee collega zorginstellingen.

Waarom is dit ingevoerd? In hoeverre denken jullie dat dit bijdraagt aan samen leren en verbeteren?

Lerend en verbeteren met betrekking tot calamiteiten

In hoeverre denkt de IGJ dat zorgaanbieders onderling contact zoeken?

In hoeverre komt hier ook de uitwisseling van informatie en ervaringen over calamiteiten ter sprake?

Kun je wat meer vertellen over de sfeer in zo een lerend netwerk?

- Open

- Veilig
- Vertrouwen

Perspectief

Waar liggen de ambities van de IGJ met betrekking tot samen leren en verbeteren over calamiteiten in de VVT-sector?

Extra vragen

Jullie stimuleren zorgaanbieders en professionals om transparant te zijn. In hoeverre heeft transparantie een negatief effect op openheid? In hoeverre bevordert het de openheid?

Hoe denken jullie dat de media hier invloed op heeft?

Afsluiting

Hebt u nog iets toe te voegen wat ik nog niet gevraagd heb?

Hebt u nog aanbevelingen met wie het interessant zou zijn om in gesprek te zijn?

Mag ik u contacten als ik nog iets zou willen weten?

Afspraak inplannen voor verdiepend gesprek?

Bijlage B. Topiclijst kwaliteitsmedewerkers VVT-sector

Aandachtspunten

- LSD → Luisteren, Samenvatten, Doorvragen
- Tussentijds navragen of je het goed begrepen heb door middel van samenvatten.
- Nadenken over wat voor antwoorden je kan verwachten en daarop inspelen.
- Voorbereid zijn op het niet begrijpen van een vraag. Doe dit door middel van voorbeelden te bedenken.

Voorstellen en praktische zaken

- Op gemak stellen, vertrouwen creëren, vragen naar intervisieavond indien mogelijk
- Mezelf voorstellen
- Vertellen over het onderzoek
- Toestemmingsformulier doorspreken
 - o Alle verkregen informatie wordt geanonimiseerd en vertrouwelijk behandeld
 - o Er worden opnames gemaakt van het interview, deze worden na afronding van het onderzoek verwijderd (eind juni/begin juli)
- Toestemmingsformulier tekenen
 - o Als je iets niet wil vertellen of een bepaalde vraag niet wil beantwoorden is dat prima, je mag eigen grenzen aangeven

Inleidend

Over de respondent

- Hoelang bent u werkzaam binnen de organisatie?
- Hoe zou u uw rol binnen de organisatie omschrijven?
- Op wat voor een manier bent u betrokken bij calamiteitenonderzoek?

Over de organisatie

- Hoe groot is de organisatie?
- Wat is de rol van de organisatie met betrekking tot calamiteitenonderzoek?

Start interview

Topic	Vragen (overal waarom!)
Verbondenheid	- Voelt u zich verbonden met andere zorgaanbieders? Hoe?
Strategisch relevant	- Hoe denkt u dat andere zorgaanbieders een bijdrage kunnen leveren aan het optimaliseren van kwaliteit binnen de eigen organisatie? - In hoeverre vindt u het belangrijk om te leren van anderen ?
Samenwerken	- Bent u deel van een lerend netwerk ? - Hoe denkt u hierover? - Werkt u weleens samen met medewerkers van andere zorginstellingen op het gebied van kwaliteit? o Zo ja, wat voor een relatie heeft u met andere zorginstellingen? Dus op wat voor een manier werkt u samen? <u>Waarom</u> ?! o Zo nee, wat weerhoudt u ervan? - Wat vindt u hier prettig aan? Wat stoort u? - Hoe communiceren jullie?
Omgeving	- Zijn er volgens u aspecten met betrekking tot beleid of politiek die samen leren en verbeteren stimuleren/belemmeren? - Zijn er volgens u aspecten met betrekking nabijheid van organisaties die samen leren en verbeteren stimuleren/belemmeren?
Kennisuitwisseling	- Hoe ervaart u het delen van kennis, middelen en informatie met andere zorgaanbieders?
Vertrouwen	- Hebt u het gevoel dat dingen niet bespreekbaar zijn met andere zorginstellingen? o Zowel vanuit uzelf als vanuit de andere organisatie - Kiest u er bewust voor om dingen niet bespreekbaar te maken? o Zo ja, waarom maakt u die keuze? Was de mogelijkheid er niet of wilde u dit niet? Of was het misschien niet nodig?

	<ul style="list-style-type: none"> - In hoeverre heb je het gevoel dat andere zorgaanbieders afspraken nakomen?
Leeractiviteiten	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe ervaart u de ruimte vanuit het managementteam om contact te hebben met andere zorgaanbieders over calamiteiten? - In hoeverre wordt er vanuit de organisatie gestimuleerd om bijeenkomsten te organisatie met andere zorgaanbieders?
Afsluiting	<ul style="list-style-type: none"> - Wat zou u graag in de toekomst anders zien met betrekking tot contact met andere zorginstellingen over calamiteiten? - Hebt u tips voor het verbeteren van openheid over calamiteiten onder zorgaanbieders? - Is er nog iets dat u wilt toevoegen? - Vragen of ik nog contact op mag nemen mochten er nog vragen of onduidelijkheden zijn - Vragen of hij/zij de scriptie wilt ontvangen (eventueel contactgegevens nogmaals noteren) - Dank voor deelname

Bijlage C. Overzicht interviews en doeleind

Tabel 9. Overzicht interviews en doeleind

Respondent	Aantal interviews	Doeleind
Kwaliteitsmedewerkers VVT-sector	13	Verdiepende vraag
Bestuurssecretaris	1	Beleidsvraag
Bestuurders	1	Beleidsvraag
IGJ	2	Urgentie + beleidsvraag
Deelnemers OPEN-samenwerkingsprogramma	1	Beleidsvraag

Bijlage D. Mail

Beste [...],

Dit voorjaar studeer ik af bij Q-Consult Zorg, waar ik onderzoek doe naar openheid over incidenten- en calamiteiten in de ouderenzorg (VVT). Het leren van calamiteiten kan namelijk het beste worden gerealiseerd als zorgaanbieders open, eerlijk en transparant communiceren over fouten die plaatsgevonden hebben binnen de organisatie. Het doel van mijn onderzoek is om bij te dragen aan het verbeteren van de kwaliteit in de zorg, door meer inzicht te krijgen over openheid onder zorgaanbieders over calamiteiten. Zorgaanbieders kunnen onderling veel van elkaar leren, maar hoe kan dit het beste worden gerealiseerd?

Voor mijn dataverzameling ben ik nog op zoek naar kwaliteitsmedewerkers en -adviseurs die betrokken zijn bij calamiteitenonderzoek. Hierbij richt ik mij op organisaties in de ouderenzorg (VVT). Wilt u aan mijn onderzoek deelnemen? Ik kom dan graag bij u langs voor een interview.

Deelnemen levert natuurlijk ook iets op. Naast het opdoen van nieuwe inzichten en kennis, ontvangt u ook mijn scriptie, waarin een hoofdstuk toegewijd zal zijn aan beleidsaanbevelingen om kwaliteit van zorg te verbeteren. Deze kunt u meenemen in uw organisatie. Ook zullen de resultaten verschijnen in een artikel.

Heeft u interesse in deelname en wilt u mij helpen afstuderen? Stuur dan een bericht met uw contactgegevens en dan neem ik volgende week telefonisch contact met u op.

Alvast hartelijk bedankt!

Vriendelijke groet,

Meike Noorlander / meike.noorlander@qconsultzorg.nl

Bijlage E. Nieuwsbrief/LinkedIn oproep



In elke organisatie vinden calamiteiten plaats, toch worden de ervaringen met calamiteiten (vaak) niet onderling gedeeld. Wellicht een gemiste kans, want ook op dit gebied kunnen zorgaanbieders veel van elkaar leren. Hoe kunnen organisaties meer van elkaar leren? Om antwoord te geven op die vraag schrijft Meike Noorlander de komende maanden haar afstudeeronderzoek over openheid over calamiteiten in de VVT-sector. Voor haar dataverzameling is ze nog op zoek naar kwaliteitsmedewerkers en -adviseurs die betrokken zijn bij calamiteitenonderzoek in de VVT-sector, langdurige zorg van ouderen. Het gaat om interviews, waarbij Meike de deelnemers bezoekt op locatie. **Door mee te doen krijgen zorgaanbieders nieuwe inzichten over onderling communiceren over calamiteiten. Heeft u interesse? Neem dan contact op met Meike.**

Bijlage F. Toestemmingsformulier

Toestemming deelname onderzoek Universiteit Utrecht, afdeling Sociologie

Dit onderzoek gaat over openheid over incidenten- en calamiteiten in de ouderenzorg (VVT). Het doel van mijn onderzoek is om bij te dragen aan het verbeteren van de kwaliteit in de zorg, door meer inzicht te krijgen over openheid onder zorgaanbieders over calamiteiten. Zorgaanbieders kunnen onderling veel van elkaar leren, maar hoe kan dit het beste worden gerealiseerd?

Dit onderzoek is onderdeel van mijn masterscriptie voor de opleiding Sociologie van de Universiteit Utrecht en wordt uitgevoerd in samenwerking met Q-Consult Zorg, waar ik stage loop.

Ik waardeer uw bijdrage aan het onderzoek zeer en beloof zorgvuldig om te gaan met uw tijd en informatie. Ik wil u daarom vragen te bevestigen dat u kennis heeft genomen van de onderstaande informatie en instemt met deelname aan het interview.

- ✓ Mijn deelname aan dit interview is vrijwillig.
- ✓ De interviewer heeft mij duidelijk uitgelegd wat het doel is van dit onderzoek.
- ✓ De interviewer heeft mij duidelijk uitgelegd wat er in dit interview gaat gebeuren en hoe hij/zij de uitkomsten daarvan gaat gebruiken.
- ✓ Ik geef WEL / GEEN [doorhalen wat niet van toepassing] toestemming om dit interview op te nemen.
- ✓ Ik weet dat het verslag en de opname van dit interview vertrouwelijk zullen worden behandeld en dat niemand, behalve de interviewer, die in verband kunnen brengen met mijn naam en de organisatie. (Dit formulier wordt daarom ook los van het verslag bewaard.)
- ✓ Ik heb een exemplaar van dit formulier ontvangen om mee te nemen.

Extra informatie:

- ✓ De opname van het interview wordt getranscribeerd. De opname wordt na het transcriberen verwijderd. Na het afronden van mijn afstudeeronderzoek wordt ook het transcript verwijderd.
- ✓ Het interview zal ongeveer een uur duren.

Mocht u nog vragen hebben over het onderzoek, dan kunt u contact opnemen met Meike Noorlander via meike.noorlander@qconsultzorg.nl

Naam:
Handtekening:
Datum:

Naam:
Handtekening:

Bijlage G. Vragenlijst deelnemers OPEN-leernetwerk

- Wat houdt het OPEN-leernetwerk in?
- Merkt u dat er openheid is in de samenwerking?
- Wat is de reden waarom u deelneemt?
- Kunt u wat meer vertellen over het vertrouwen dat nodig is om zoiets te realiseren?
- Hoe wordt het vormgegeven?
- Wat is nodig om zoiets te doen?
- Wat vindt u prettig aan het OPEN-leernetwerk?
- Hoe denkt u dat dit in de VVT-sector gerealiseerd kan worden?
- Zijn er nog verschillen van sector waar rekening gehouden mee moet worden?

Bijlage H. Codeerschema

