

# Organisatiecultuur als complexe randvoorwaarde voor eenvoudige kwaliteitsverbetering

Om tot kwaliteitsverbetering te komen, wordt binnen de zorg veel geëxperimenteerd met nieuwe vormen van ketensamenwerking, ICT en procesinnovaties. Daarbij wordt vaak voorbijgegaan aan de rol van de organisatiecultuur. Dit terwijl organisatiecultuur voor een belangrijk deel richting geeft aan het gedrag van zorgverleners. Sterker nog: onderzoek wijst erop dat organisatieculturen een cruciale belemmerende factor zijn in het realiseren van innovaties. Maar managers vinden cultuur vaak moeilijk grijpbaar en lastig om op te sturen. Centraal in dit artikel staat daarom de vraag: Wat is nodig om culturele barrières die kwaliteitsverbetering tegenhouden weg te nemen?

**Door: G. Hesselink, R. van Dijk, A. Straathof en H. Wollersheim**

**E**en recente Europese studie (HANDOVER) naar de overdracht tussen de eerste- en tweedelijnszorg (Hesselink, 2011) geeft een idee van wat culturele barrières inhouden. In totaal zijn in vijf EU-landen 192 individuele interviews en 26 focusgroepinterviews gehouden met patiënten en betrokken artsen en verpleegkundigen uit de eerste en tweede lijn. De kwaliteit van de overdracht blijkt te worden benadeeld door culturele barrières tussen de betrokken groepen zorgverleners. De belangrijkste barrières zijn:

#### ***Verschillende werelden***

Er bestaat een sterke interne gerichtheid bij de verschillende groepen. Dit heeft tot gevolg dat een zorgvuldige overdracht van zorg – vaak

mede beïnvloed door tijdsdruk – wordt gezien als van ondergeschikt belang. Artsen en verpleegkundigen in het ziekenhuis en in de eerste lijn werken in twee verschillende werelden. Het ontbreekt aan inzicht in de wensen, vaardigheden en werkzaamheden van zorgverleners in de andere lijn. Er bestaat bovendien een gebrek aan wederzijds respect en vertrouwen.

#### ***Zorgverlening heeft meer prioriteit dan administratieve taken***

Artsen en verpleegkundigen identificeren zich het meest met hun primaire taak, namelijk het daadwerkelijk verlenen van zorg in het 'hier en nu'. Hiervoor zijn ze, zo is hun overtuiging, arts of verpleegkundige geworden. Administratieve taken, zoals het (op tijd) schrijven van ontslagbrieven en het plannen van nazorg, worden beschouwd als een last. Dit heeft tot gevolg dat deze werkzaamheden vooruit worden geschoven of uitgesteld.

#### ***Omgang met feedback***

Terugkoppeling van fouten of misverstanden bij overdrachtssituaties vindt nauwelijks plaats door tijdgebrek, maar ook door een sceptische houding van artsen en verpleegkundigen. Eerdere ervaringen met terugkoppeling bleken teleurstellend, soms zelfs negatief en men gaf aan dat de meerwaarde ten behoeve van kwaliteitsverbetering niet duidelijk was. Veel artsen en verpleegkundigen gaven aan niet getraind en/of opgeleid te zijn in het goed inrichten van



overdrachtsituaties en het gebruik van ‘evidence-based’ checklists of richtlijnen. Verschillende artsen en verpleegkundigen koppelden terug dat het integreren van innovaties vaak afhangt van de juiste ‘mindset’: wanneer de organisatie een rijk verleden had van mislukte ‘pilots’, was de bereidwilligheid tot nieuwe innovaties/werkwijzen gering.

#### Organisatiecultuur: wat is dat?

Om goed zicht te krijgen op de werking van culturele barrières is een duidelijk beeld nodig van cultuur. In de wetenschap bestaat er op dit punt geen consensus. Er worden vele verschillende definities gehanteerd. Deze zijn terug te brengen tot twee hoofdstromingen (Bate, 1999). De antropologische school (Kunda, 1992; Czarniawska, 1992; Weick, 1995) hanteert een brede definitie waarbij cultuur vrijwel gelijk staat aan alles wat een organisatie uitmaakt. Om inzicht te krijgen in waarom men handelt zoals men doet, gebruiken onderzoekers binnen deze stroming participierend-observerend onderzoek. Het verzamelen en analyseren van observaties leidt tot treffende en gedetailleerde beschrijvingen. Een nadeel is de beperkte vergelijkbaarheid tussen beschreven organisaties. De tweede stroming (Schein, 1992) ziet cultuur als een aspect van de organisatie. Deze zogenoemde managementschool ziet de cultuur als veranderbaar. Veel onderzoekers binnen deze stroming maken gebruik van categorieën bij het in kaart brengen van cultuur. Een bekend voorbeeld is de indeling in taak-, persoons-, rollen- en machtsgerichte culturen (Handy, 1985). Anderen beperken zich tot gedrag, zoals de uitspraak ‘cultuur is de wijze waarop we

hier de dingen doen’ (Bolman en Deal, 1997) weergeeft. Hierdoor wordt de complexiteit van cultuur teruggebracht tot beïnvloedbare onderdelen. Het voordeel is dat de vergelijkbaarheid tussen organisaties sterk toeneemt. Dat gaat echter ten koste van veel details.

De tegenstellingen tussen deze wetenschappelijke stromingen leiden tot verschillende opvattingen over de veranderbaarheid van culturen. Een deel van de wetenschappers gelooft dat een cultuurverandering de kwaliteit van zorg niet daadwerkelijk kan verbeteren gezien de complexiteit van het onderwerp (Davies, 2000). Anderen baseren zich op een groot aantal ‘best practices’ en concluderen dat cultuurverandering wel mogelijk is (Boonstra, 2011).

#### Kun je het meten?

Het op kwantitatieve wijze meten van een organisatiecultuur is lastig als het geheel van de organisatie (de antropologische invalshoek) wordt onderzocht. Gemakkelijker wordt het wanneer naar een aspect van een organisatie wordt gekeken (de invalshoek van de managementschool). Er zijn hiervoor verschillende instrumenten ontwikkeld. Bekende voorbeelden zijn: de ‘Organizational Culture Inventory’ (Cooke, 1989), de ‘Organizational Culture Index’ (Dastmalchian, 1991), de ‘Organizational Culture Assessment Instrument’ (Cameron, 2006), de ‘Team climate inventory’ (Loo, 2002; Ouwens, 2008) en de ‘Safety Attitudes Questionnaire’ (Sexton, 2006). Het voordeel van dergelijke instrumenten is dat onder een grote groep respondenten onderzoek kan worden gedaan. Echter, de vraag is of op basis van surveyonderzoek de echt belangrijke culturele aspecten

worden gemeten: er bestaat een grote kans op sociaal wenselijke antwoorden en een gestandaardiseerde vragenlijst is vaak te beperkt en niet van toepassing op elke organisatie. De wetenschappelijke uitdaging is daarom de kwantitatieve meetbaarheid te koppelen aan het behoud van de relevante empirische werkelijkheid die zich in organisaties afspeelt. De oplossing ligt in gericht meten, met een onderzoeksinstrument dat veel data verzamelt over wat de focus van de nagestreefde verandering betreft: de culturele barrières die men wil slechten om tot een betere zorgkwaliteit te komen. Wordt cultuur gezien als een aspect van de organisatie dat bestaat uit een samenstel van drie lagen: van (1) groepsgedrag, dat is gebaseerd op (2) waarden en overtuigingen die binnen die groepen leven, waarbij zowel het gedrag als de overtuigingen in stand worden gehouden door (3) onderlinge verhoudingen (Straathof en Van Dijk, 2003), dan is cultuur empirisch kwantificeerbaar te maken door over ieder van deze drie lagen gedetailleerde informatie te verzamelen (Straathof, 2009).

### Cultuurbeïnvloeding, hoe doe je dat?

Onderzoek naar organisatiecultuur kan een belangrijke bijdrage leveren aan kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg. Het aanbrenge van focus in het onderzoek is hierbij het devies. Een manier om tot afbakening te komen, is het benadrukken van barrières die kwaliteitsverbetering tegenhouden. Dat betekent dat niet-passende denkbeelden, verhoudingen en ingesloten gedragingen worden losgemaakt (Van Dijk en Straathof, 2011) om innovaties een kans te geven. Dat kan bijvoorbeeld op de volgende manieren:

- probeer niet de hele organisatiecultuur te veranderen, maar focus op een verandering van één of enkele belangrijke gedragingen met daaraan gerelateerde overtuigingen (en waarden) en onderlinge verhoudingen. Bijvoorbeeld ten aanzien van patiëntgerichtheid en -participatie, begrip en respect tussen zorgverleners of goede administratie en planning bij overdrachtsituaties;
- definieer helder welke culturele verandering tot stand moet komen en wat dit in het dagelijkse werk betekent voor de zorgverleners op de werkvloer;
- meet regelmatig, zodat vorderingen in het weghalen van cultuurbarrières of het gebrek daaraan snel aan het licht komen;
- leg de cultuurverandering niet van bovenaf op. Een succesvolle verandering sluit aan bij de lokale wensen en motivaties die bestaan binnen de organisatie;

- identificeer personen ('cultuurdragers') met aanzien binnen de organisatie, die de cultuurverandering belichamen en de opvattingen en het gedrag van andere organisatieleden hiermee kunnen beïnvloeden.

### Literatuur

- Bate, P., *Strategies for Cultural Change*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1999.
- Bolman, L.G. en T.E. Deal, *Reframing organizations: Artistry, choice and leadership*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1997.
- Boonstra, J., *Leiders in cultuurverandering*. Assen: van Gorcum, 2011.
- Czarniawska-Joerges, B., *Exploring Complex Organizations: a Cultural Perspective*. Newbury Park (CA): Sage Publications, 1992.
- Cameron, K.S. en R.E. Quinn, *Diagnosing and changing organizational culture: Based on the competing values framework*. San Francisco: Jossey-Bass, 2006.
- Cooke, R.A. en J.C. Lafferty, *Organizational Culture Inventory: OCI*. Plymouth, Mich: Juman Synergistics, 1989.
- Dastmalchian, A., Blyton, P. en R. Adamson, *The Climate of Workplace Relations*, London and New York: Routledge, 1991.
- Davies, H., Nutley, S. en M. Mannion, *Organisational Culture and Quality of Health Care*, *Quality in Health Care*, 9, 2000, 111-9.
- Dijk, R. van, Straathof, A. *Roestvrij*. Deventer: Kluwer (verschijnt in november 2011).
- Handy, C.B., *Understanding organizations*. London: Penguin Books.
- Hesselink, G., Vernooij-Dassen M., Pijnenborg L. et al., *Organizational culture: an important context for improving hospital discharge*, 2011 [submitted].
- Kunda, G., *Engineering Culture: control and commitment in a high-tech corporation*, Philadelphia: Temple University Press, 1992.
- Loo, R. en P. Loewen, A confirmatory factor-analytic and psychometric examination of the team climate inventory – Full and short versions. *Small Group Research*, 33, 2002, 254-265.
- Ouwens, M., Hulscher, M., Akkermans, R., Hermens, R., Grol, R. en H. Wollersheim, The Team Climate Inventory: application in hospital teams and methodological considerations, *Quality and safety in health care*, 17, 2008, 275-80.
- Schein, E.H., *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey Bas, 1992.
- Sexton, J.B., Helmreich, R.L., Neilands, T.B. et al., The safety attitudes questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research, *BMC Health Services Research*, 6, 2006, 44.
- Straathof, A. en R. van Dijk, *Cultuurverandering bij de overheid. Sturen of sleuren? Utrecht: Lemma*, 2003.
- Straathof, A., *Zoeken naar de kern van cultuurverandering. Inzicht, meten, sturen*. Delft: Eburon, 2009.
- Weick, K.E., *Sensemaking in organizations*. London: Sage, 1995.

### Informatie over de auteurs

**Drs. Gijs Hesselink** is junior onderzoeker bij IQ healthcare (UMC St Radboud) en doet als promovendus onderzoek naar de rol van organisatiecultuur in overdrachtsituaties bij ziekenhuisontslag (e-mail: G.Hesselink@iq.umcn.nl) **Drs. Rita van Dijk** is directeur en adviseur van consultancybedrijf Wending, dat gespecialiseerd is in cultuurverandering. **Dr. Alex Straathof** is lector Management van Cultuurverandering aan de Hogeschool van Amsterdam en tevens zelfstandig adviseur en onderzoeker op het gebied van cultuurverandering (e-mail: straa953@planet.nl). **Dr. Hub Wollersheim** is internist en senior onderzoeker bij IQ healthcare.