

Toezicht en rechtvaardige cultuur in zorginstellingen

Februari 2020

Laura Hartman
Jan-Willem Weenink
Eva van Baarle
Sven van Rooijackers
Iris Wallenburg
Guy Widdershoven
Roland Bal

Toezicht en rechtvaardige cultuur in zorginstellingen

Februari 2020

Laura Hartman¹
Jan-Willem Weenink²
Eva van Baarle¹
Sven van Rooijakkers¹
Iris Wallenburg²
Guy Widdershoven¹
Roland Bal²

¹ Amsterdam UMC, afdeling metamedica

² Erasmus Universiteit Rotterdam, Erasmus School of Health Policy & Management

Inhoudsopgave

Samenvatting	6
1 Inleiding	9
2 Een rechtvaardige cultuur; aanzet tot begripsbepaling	11
3 Methode	16
3.1 Proeftuinen rechtvaardige cultuur	17
3.2 Data verzameling	18
4 Bevindingen uit de proeftuinen	20
4.1 Verwachtingen van en ervaringen met een rechtvaardige cultuur	20
4.2 Werken aan een rechtvaardige cultuur in de praktijk	25
4.3 Conclusies	31
5 De rol van de IGJ bij een rechtvaardige cultuur in zorginstellingen	33
5.1 De IGJ en externe verantwoording in een rechtvaardige cultuur	33
5.2 Ervaringen van inspecteurs met een rechtvaardige cultuur in zorginstellingen	40
5.3 Conclusies	45
6 Beschouwingen en aanbevelingen	46
Bijlage A Samenstelling projectgroep IGJ en klankbordgroep	54
Bijlage B Werkdefinitie Rechtvaardige Cultuur	55
Literatuur	56

Samenvatting

Dit rapport beschrijft de bevindingen van een onderzoek in opdracht van de IGJ naar het stimuleren van een 'rechtvaardige cultuur' binnen zorgorganisaties. Bij een rechtvaardige cultuur gaat het om een cultuur waarin medewerkers en patiënten zich veilig voelen om kwesties aan te kaarten en te bespreken, en waarin dialoog en het samen op zoek gaan naar verbeteringen op de voorgrond staan. De IGJ is geïnteresseerd in de vraag hoe een rechtvaardige cultuur binnen zorginstellingen kan worden bevorderd. In dit onderzoek zijn vijf zorginstellingen aan de slag gegaan met het bevorderen van een rechtvaardige cultuur in zogenaamde 'proeftuinen'. Op basis van interviews en observaties binnen deze instellingen zijn de ervaringen hiermee in kaart gebracht. Ook de interactie met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) is daarbij aan de orde geweest. Tot slot is via interviews en focusgroepen met inspecteurs aandacht geschonken aan hun verwachtingen van en ervaringen met een rechtvaardige cultuur in zorginstellingen.

Bevindingen

Uit de bevindingen blijkt dat volgens betrokkenen in de zorgpraktijk voor een rechtvaardige cultuur met name de ruimte voor gesprek van doorslaggevend belang is. Daarnaast hechten zorgmedewerkers belang aan een betrokken afdelingscultuur, het vermijden van het aanwijzen van schuldigen bij calamiteiten en ruimte laten voor emoties van medewerkers en patiënten en familie. De betrokkenheid van leidinggevenden (zowel hiërarchisch als inhoudelijk) wordt als essentieel gezien; zij dienen voorbeeldgedrag te vertonen.

In de praktijk blijkt het niet eenvoudig om aan deze elementen van een rechtvaardige cultuur vorm te geven. Dat is vooral omdat zich rond rechtvaardige cultuur een aantal spanningen voordoen. Zo staat betrokkenheid van leidinggevende soms op gespannen voet met de benodigde afstand en verhoudt het vermijden van het aanwijzen van schuldigen zich soms slecht met het aanspreken van collega's op hun gedrag. Het agenderen van gesprek en reflectie over deze spanningen helpt de juiste balans te vinden in de lokale context.

Binnen de deelnemende proeftuinen zijn verschillende initiatieven ontplooid om een rechtvaardige cultuur te bevorderen. Gemeenschappelijk aan de initiatieven is het faciliteren van gesprek—op zo'n manier dat deelnemers zich niet bedreigd maar gewaardeerd voelen, ook als er zaken mis zijn gelopen. Tegelijkertijd blijkt dat een rechtvaardige cultuur weerbarstig is en niet eenvoudig in een organisatie gerealiseerd wordt. De initiatieven bereiken vaak niet alle medewerkers en afdelingen en er wordt aangegeven dat het langzame processen zijn. Een rechtvaardige cultuur vereist dan ook *werk* in de zin dat het een actieve inzet van de organisatie vraagt om steeds opnieuw, per geval, te kijken wat de beste benadering is en te leren van eerdere ervaringen. Een rechtvaardige cultuur is dan ook nooit 'af', maar vergt voortdurend onderhoud.

Werken aan een rechtvaardige cultuur is een gelaagd proces, aangezien relaties in en tussen verschillende lagen binnen de organisatie maar ook met de buitenwereld een grote rol spelen. De proeftuinen hebben gemengde ervaringen met die buitenwereld. Enerzijds wordt die gezien als een 'stok achter de deur' om veranderingen binnen de eigen organisatie bewerkstelligd te krijgen. Anderzijds wordt de buitenwereld vaak als bedreigend ervaren—zeker als het gaat om calamiteiten. Dat geldt voor de media, maar ook voor de IGJ. Onbekendheid met de werkwijze van toezicht speelt daar deels een rol in. Tegelijkertijd geven de proeftuinen aan bij 'gewone' bezoeken en bij thematoezicht goede ervaringen te hebben met toezicht. De kwaliteit van de relatie tussen instelling en toezichthouder wordt hierbij van belang geacht.

Als het gaat om het bevorderen van een rechtvaardige cultuur vinden inspecteurs ruimte bieden aan en stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid van zorginstellingen van belang. Dat vereist gevoel voor de situatie en competentie om te kunnen inschatten hoe de zorginstelling ervoor staat. Inspecteurs moeten in staat zijn een balans te vinden tussen het geven van ruimte en, waar nodig, sturen. Net als instellingen benadrukken inspecteurs het belang van werken aan de relatie.

Aanbevelingen

Op basis van het onderzoek komen wij tot de volgende aanbevelingen:

Voor bestuurders en leidinggevenden in zorginstellingen:

- Wees creatief; stel je open voor innovatieve manieren om een rechtvaardige cultuur te bevorderen. Probeer verschillende dingen uit, reflecteer daarop en deel ervaringen (wie wordt bereikt, met wat voor effecten?)
- Een rechtvaardige cultuur is relationeel, waarbij de relatie tussen de verschillende lagen binnen en buiten de organisatie centraal staat. Het gaat hier bijvoorbeeld om het betrekken van medewerkers bij calamiteitenonderzoek; en de voorbeeldrol van leidinggevenden.
- Erken het bestaan van meerdere perspectieven op de situatie—bijvoorbeeld met betrekking tot het ontstaan van een calamiteit—en schep mogelijkheden tot uitwisseling tussen betrokkenen, zodat ruimte ontstaat voor gedeelde betekenisgeving.
- Besteed aandacht aan de emoties van medewerkers, zowel direct betrokkenen als breder in de organisatie. Bespreek niet alleen zaken die fout gaan, maar besteed ook aandacht aan wat goed gaat. Vul niet voor de ander in, maar vraag na. Respecteer de grenzen van de ander en ga samen op zoek naar mogelijkheden.
- Creëer tijd voor het delen van ervaringen en reflectie, ook in situaties waarin er geen protocol is dat dit voorschrijft, zoals incidenten die in de media komen, collega's die op non-actief worden gezet of gesprekken met 'externe partijen' zoals de IGJ en/of justitie.
- Maak gebruik van de ruimte binnen de formele eisen rond het calamiteitenonderzoek, en steek het calamiteitenonderzoek zo in dat al gedurende het onderzoeksproces geleerd wordt van de calamiteit door de betrokkenen (dat wil zeggen: werk aan 'waardierend' calamiteitenonderzoek).
- Werk als bestuurder aan het opbouwen van een relatie met de IGJ die verder gaat dan formele contacten. Heb oog voor het beeld dat mensen op de werkvloer van de IGJ hebben en wat dit doet voor het vertrouwen en openheid, en besteed daarbij ook aandacht aan irreële beelden en verwachtingen van medewerkers.

Voor de IGJ:

- Geef instellingen ruimte om te werken aan een rechtvaardige cultuur, maar zorg voor contact en monitoring, niet via een checklist van rechtvaardige cultuur, maar via het onderhouden van de relatie en aandacht voor, c.q. reactie op 'soft signals'.
- Werk verder aan de ontwikkeling van een responsieve houding ten opzichte van de bereidheid en capaciteit van zorginstellingen om aan een rechtvaardige cultuur te werken; heb aandacht voor creatieve interventies van zorginstellingen en waardeer successen.

- Houd het huidige instrumentarium en toetsingskaders tegen het licht, met name waar het gaat over incidenten, en bekijk of de vragen en criteria een rechtvaardige cultuur in de zorgorganisaties bevorderen danwel belemmeren. Heb daarbij oog voor de ervaringen van zorgorganisaties en professionals, die soms afwijken van hetgeen vanuit het toezicht bedoeld is.
- Werk aan het opbouwen van een relatie met grotere zorginstellingen die verder gaat dan formele contacten, maar houd tegelijkertijd voldoende afstand om waar nodig handhavend te kunnen optreden; blijf werken aan de relatie.
- Breid, naast de formele communicatiekanalen, de informele en mondelinge communicatie met zorginstellingen (of waar het gaat om kleinere instellingen: sectororganisaties) uit; door in gesprek te gaan met de zorgorganisaties om procedures en inhoudelijke oordelen van de IGJ toe te lichten, begrip voor het perspectief van de IGJ te vergroten en de gezamenlijke doelstelling van goede zorg meer te benadrukken en foutieve beelden van de IGJ weg te nemen.
- Blijf investeren aan de verdere ontwikkeling van vaardigheden van inspecteurs, cq. van teams van inspecteurs, in het herkennen en beoordelen van 'soft signals' voor een rechtvaardige cultuur en aan adequate interne procedures voor afwegingen tussen 'stimuleren' en 'handhaven'.

1 Inleiding

In het verbeteren van de patiëntveiligheid is lange tijd gefocust op het standaardiseren van processen om fouten te voorkomen. Het rapport *To Err is Human* van het *Institute of Medicine* in 2000 heeft hier zonder twijfel een grote rol in gespeeld (IoM 2000). De ontwikkeling van root-cause analyse, standaarden en protocollen en calamiteitenrapportages hebben bijgedragen aan een veiligere zorg (Langelaan 2017). Er zijn grote stappen gezet op het gebied van patiëntveiligheid. Toch horen we in de afgelopen jaren, ook internationaal, steeds meer geluiden dat de op standaardisering gerichte benadering van veiligheid in de zorg zijn grenzen heeft bereikt en verdere verbeteringen steeds moeilijker worden (Bal et al., 2015). Ook binnen het toezicht groeit de overtuiging dat regels alleen niet voldoende zijn voor het verder verbeteren van patiëntveiligheid, en dat een verdere verbetering in het verbeteren ervan moet worden gezocht in cultuur en gedrag (Leistikow 2019). Een term die daarbij soms valt is die van een rechtvaardige cultuur binnen zorginstellingen. Het begrip rechtvaardige cultuur laat zich nog niet zo eenvoudig beschrijven omdat aan het begrip verschillende betekenissen worden toegekend (zie hoofdstuk 2). Een gemeenschappelijk kenmerk is dat het gaat om een cultuur waarin medewerkers en patiënten zich veilig voelen om kwesties aan te kaarten en te bespreken, en waarin dialoog en het samen op zoek gaan naar verbeteringen op de voorgrond staan.

Ook de Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd (IGJ) ziet het belang van een rechtvaardige cultuur voor het verder verbeteren van de kwaliteit en veiligheid in de zorg. Zij noemt in haar meerjarenbeleidsplan dat ze wil bijdragen aan het verder ontwikkelen van een rechtvaardige cultuur in de gezondheidszorg (IGJ 2016). De gedachte is dat een rechtvaardige cultuur zal bijdragen aan de openheid en het bespreken en leren van onveilige situaties. Er is echter nog weinig empirisch onderzoek gedaan naar visies op en ervaringen met het werken aan een rechtvaardige cultuur in de praktijk, en wat dit betekent voor het toezicht. Daarbij hoort ook de welke rol de toezichthouder kan spelen als het gaat om het bevorderen van of toezicht houden op een rechtvaardige cultuur. Hoewel instellingen zelf primair verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit en veiligheid van zorg kan de (relatie met) de IGJ hier wel aan bijdragen. Het voorliggende rapport doet verslag van een explorierend onderzoek, dat is uitgevoerd in opdracht van de IGJ in het kader van de Academische Werkplaats Toezicht, dat inzicht poogt te geven in wat een rechtvaardige cultuur inhoudt, hoe eraan gewerkt wordt in zorgorganisaties, welke rol het toezicht hierin zou kunnen spelen en wat dit vervolgens betekent voor de IGJ. De volgende onderzoeksvraag en deelvragen zijn daarbij geformuleerd:

Onderzoeksvraag

Hoe kan een rechtvaardige cultuur vorm krijgen binnen zorgorganisaties, en welke rol kan het toezicht spelen in het stimuleren van een rechtvaardige cultuur in zorginstellingen?

Deelvragen

1. Wat zijn verwachtingen van en ervaringen met een rechtvaardige cultuur in zorgorganisaties;
2. Hoe werken zorgorganisaties in de praktijk aan een rechtvaardige cultuur;
3. Welke rol kan het toezicht spelen in het stimuleren van een rechtvaardige cultuur, en wat betekent dit vervolgens voor het toezicht?

De opbouw van dit rapport is als volgt. We starten in hoofdstuk 2 met een korte introductie op de literatuur over veiligheidscultuur in de gezondheidszorg. Dit om ook de bredere context van het concept 'rechtvaardige' cultuur te laten zien. Vervolgens gaan we in dit hoofdstuk specifiek in op de verschillende betekenissen die aan het concept 'rechtvaardige cultuur' in de literatuur gegeven worden. Daarna bespreken we in hoofdstuk 3 de methode van dit onderzoek, om vervolgens in hoofdstuk 4 en 5 de empirische bevindingen uit dit onderzoek weer te geven. Hoofdstuk 4 richt zich op de bevindingen uit de betrokken zorgorganisaties en hoofdstuk 5 gaat specifiek in op de interactie tussen de zorgorganisaties en de 'buitenwereld', waaronder de IGJ. Tot slot bespreken we in de discussie enkele opvallende thema's die uit de bevindingen zijn gebleken en doen we enkele aanbevelingen op basis van het onderzoek.

2 Een rechtvaardige cultuur; aanzet tot begripsbepaling

Er bestaan verschillende beschrijvingen en interpretaties van het concept rechtvaardige cultuur. Hieronder geven we allereerst een beknopte introductie op de literatuur over veiligheidscultuur in de gezondheidszorg, en gaan vervolgens in op de term rechtvaardige cultuur en de verschillende betekenissen die daaraan gegeven worden.

Veiligheidscultuur

De term veiligheidscultuur kreeg als eerste aandacht na de nucleaire ramp in Tsjernobyl in 1986, en werd vervolgens omarmd in het verbeteren van veiligheid in de nucleaire sector en het vliegverkeer (Halligan & Zecevic, 2011). Eind jaren '90 volgde de gezondheidszorg, waar met het rapport *To Err is Human* de nadruk werd gelegd op een veiligheidscultuur en klimaat in het verbeteren van de gezondheidszorg (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in, 2000). Sindsdien hebben ook vele academici zich beziggehouden met het onderzoeken van veiligheidscultuur om zo handvatten te geven voor verdere verbetering van de patiëntveiligheid (Wagner et al., 2016). Het blijkt echter niet eenduidig wat onder een veiligheidscultuur wordt verstaan. Een uitgebreide literatuurstudie naar hoe het concept in onderzoek beschreven en gebruikt wordt, brengt een aantal kerndimensies naar voren van een veiligheidscultuur in de zorg. Centraal staan thema's als leiderschap en focus op veiligheid, openheid gebaseerd op vertrouwen, een lerende organisatie, een aanpak bij incidentmeldingen die niet straffend is, samenwerking, en een gedeelde overtuiging dat veiligheid belangrijk is (Halligan & Zecevic, 2011). Verschillende academische disciplines bieden ons meer inzicht in het herkennen en verbeteren van een veiligheidscultuur in de zorg. Hieronder bespreken we achtereenvolgens twee disciplines: Health Services Research en de Medische Sociologie. We richten ons daarbij, en in de rest van het rapport, uitsluitend op de gezondheidszorg.

Vanuit de *Health Services Research* is veel onderzoek gedaan naar het meten van een veiligheidscultuur. Dit heeft geresulteerd in verschillende vragenlijsten en checklists van onderzoekers en toezichthouders (Halligan & Zecevic, 2011). Hieruit volgt onder meer de veiligheidscultuurladder, waarbij een zorginstelling kan worden ingedeeld op basis van hoe men met veiligheid omgaat. Dit varieert van ontkennend ('wij maken geen fouten') tot aan vooruitstrevend ('we doen het veilig of we doen het niet'). Er is zowel kwantitatief als kwalitatief veel onderzoek gedaan naar de bereidheid van zorgverleners om onveilige situaties in de zorg te melden; het zogenoemde 'speaking-up' als onderdeel van een veiligheidscultuur (Okuyama et al., 2014; Schwappach & Richard, 2018). Het blijkt onder meer dat het gedrag van de leidinggevende veel invloed heeft op of een zorgverlener iets aanhangig maakt of stil blijft (Alingh et al., 2019). Het kwantificeren of meetbaar maken van een veiligheidscultuur suggereert ook dat er vervolgens iets kan worden gedaan met de uitkomst ervan om de veiligheid of veiligheidscultuur te verbeteren. In de literatuur zijn verschillende interventies voorgesteld en onderzocht naar het verbeteren van een veiligheidscultuur, zoals trainingen, onderwijsprogramma's over veiligheid en audits. In de praktijk zijn programma's en studies opgetuigd naar het introduceren van veiligheidsmanagementsystemen, zoals het VMS-veiligheidsprogramma dat tussen 2008 en 2012 in Nederland liep. Centraal hierin staan het meten van kwaliteit- en veiligheidsinformatie op een aantal specifieke thema's om de patiëntveiligheid te verbeteren. Een evaluatie van het Nederlandse VMS-programma liet zien dat de relatie tussen een veiligheidsmanagementsysteem en de organisatiecultuur

in de zorg niet eenduidig is (Wagner et al., 2014). Geconstateerd wordt dat het in de praktijk van de zorg lastig is de effectiviteit van een veiligheidscultuur te bepalen (Halligan & Zecevic, 2011).

Onderzoeken in de *Medische Sociologie* kennen een andere en aanvullende insteek en bieden vooral inzicht in hoe veiligheid een plek heeft en gestalte krijgt in de dagelijkse werkelijkheid van zorg. Deze onderzoeken kennen een meer ecologische benadering van veiligheidscultuur, en gaan ervan uit dat veiligheid lokaal en in dagelijkse activiteiten gestalte krijgt. De nadruk verschuift hiermee van 'regels' (het naleven van protocollen) naar 'praktijken'. Zo laten Waring & Bishop (2010) zien hoe het informeel delen van kennis tussen zorgverleners, bijvoorbeeld tijdens een kort gesprek bij de koffieautomaat, bijdraagt aan het leren binnen de organisatie en patiëntveiligheid (Waring & Bishop, 2010). Er is daarbij nadrukkelijk aandacht voor het primair proces (de zogeheten 'sharp end') van zorg; de focus ligt op het werk en gedrag van zorgverleners en hoe zij risico's voor patiëntveiligheid identificeren, classificeren en vervolgens hierop reageren.

Ook vanuit deze benadering is cultuur een belangrijke factor waar het gaat om veiligheid. Anders dan de HSR-literatuur is de medisch sociologische literatuur echter niet gericht op het meetbaar maken van cultuur. Integendeel, deze literatuur laat zien dat meetbaar maken juist voorbij gaat aan de essentie van cultuur. Bovendien laat deze literatuur zien dat er in de zorg steeds sprake is van waardenconflicten en dat 'veiligheid' ook niet een eenduidige betekenis heeft maar steeds opnieuw invulling moet krijgen in specifieke zorgpraktijken (vgl. Centrum voor ethiek en gezondheid, 2019). Tevens wordt gekeken naar de sociale en politieke omstandigheden die een veiligheidscultuur kunnen bevorderen. In een paper over de succesvolle interventies rond de preventie van infecties door lijninfusen laten Dixon-Woods en anderen bijvoorbeeld zien hoe het creëren van een gedeelde betekenis rond en een publiek belang van veiligheid een belangrijke factor is geweest (Dixon-Woods et al., 2011). In een analyse van het VMS-programma in Nederland laten Bal en Wagner zien hoe niet zozeer dat programma zelf maar de inbedding ervan in een serie interventies en in relatie tot andere beleidsmaatregelen en toezicht succesvol heeft kunnen zijn (Bal & Wagner, 2017).

In de afgelopen jaren is er een nieuwe stroming opgekomen binnen het verbeteren van kwaliteit en veiligheid in de zorg, namelijk Safety II. Het leren van fouten en incidenten en focus op verminderen van missers wordt aangeduid als Safety I. Er is nog weinig empirisch bewijs van de effectiviteit van een Safety II aanpak bij het verbeteren van patiëntveiligheid; ook is er wel kritiek op het label Safety II omdat veel van wat de stroming beoogt al mogelijk is binnen langer bestaande organisatiesociologische benaderingen van veiligheid. Safety II probeert te begrijpen en te leren van dagelijkse variaties in de zorg, ook als het goed gaat (Hollnagel et al., 2015)—dit als tegenhanger van een focus op wat er niet goed gaat; een aanpak die centraal staat in de Safety I benadering. Een tweede aandachtspunt binnen de Safety II stroming, is het belang van veerkracht (*resilience*) van professionals en organisaties om met onverwachte gebeurtenissen om te gaan (Bal et al., 2019). De stroming zet zich af tegen het lineaire denken in het verklaren van wat niet goed gaat en benoemt dat je soms van standaarden moet afwijken om adequaat met onverwachte gebeurtenissen om te gaan. Er is oog voor flexibiliteit en context, waarbij er ruimte is om af te wijken, voor openheid en om samen te leren. Een term die bij Safety II steeds vaker valt is die van een *just culture*, of in het Nederlands een rechtvaardige cultuur.

Een rechtvaardige cultuur

In de literatuur zien we dat de term rechtvaardige cultuur op verschillende manieren wordt geïnterpreteerd en gepresenteerd. James Reason beschreef het begrip in zijn boek *Managing the Risks of Organisational Accidents* als "een atmosfeer van vertrouwen waarin mensen worden aangemoedigd, of zelfs beloond, om essentiële veiligheidsinformatie te verschaffen, maar waarin ook duidelijk is waar de grens ligt tussen acceptabel en onacceptabel gedrag" (Reason, 1997). In de praktijk heeft dit geresulteerd in een beslisboom die onder meer helderheid

moet geven of een individu wel of niet verwijtbaar heeft gehandeld bij een incident. De beslisboom behandelt een aantal thema's, namelijk opzet, onvermogen (bijv. gezondheidsproblemen van de zorgverlener), voorzorg (bijvoorbeeld afwijken van protocol) en substitutie (zou een ander hetzelfde hebben gedaan?). De invulling van het begrip rechtvaardige cultuur betreft hier vooral procedurele rechtvaardigheid; het is helder en eenduidig hoe gevolg wordt gegeven aan een incident. Het model van Reason heeft input gegeven aan het sturen op een rechtvaardige cultuur in sommige ziekenhuizen (de Graaf & Heringa, 2016; Heringa & Leistikow, 2008) en ook de IGJ heeft deze gedachtegang gebruikt om vorm te geven aan het sturen op een rechtvaardige cultuur (Leistikow et al. 2015).

Een tweede benadering komt mede voort uit de aandacht die door Albert Wu is geschonken aan de impact die een incident kan hebben op zorgverleners (Wu, 2000). Hij karakteriseerde zorgverleners als 'second victims'; naast het eerste slachtoffer van een medisch incident, de patiënt en diens naasten, zijn ook de betrokken zorgverleners slachtoffer door de emotionele impact die een incident, ook op langere termijn, op hen kan hebben. De aandacht voor deze impact heeft ertoe geleid dat er nu binnen zorginstellingen, en dan met name ziekenhuizen, peer support programma's zijn om proactief steun te bieden aan zorgverleners die met een incident te maken hebben gehad. Ook Sidney Dekker geeft de aandacht voor emotionele impact een prominente plek in zijn zienswijze op een rechtvaardige cultuur; hij benoemt de noodzaak voor restauratieve rechtvaardigheid, waarmee hij zich richt op het herstellen en helen van hen die zijn aangedaan door het incident. Dekker trekt daarmee het begrip rechtvaardige cultuur breder dan Reason, door het niet alleen op de patiënt maar ook op zorgverleners, organisatie en bredere samenleving te betrekken (Dekker & Breakey, 2016). Daarnaast gaat er het bij Dekker niet om vast te stellen of er correct is gehandeld, maar om herstel en leren. Daar waar in het model van Reason op een overtreding of fout wordt teruggekeken en wordt bepaald of een individu wel of niet individueel verantwoordelijk is, benadrukt Dekker het belang van vooruitkijken en zogenoemde 'forward accountability'. Als een organisatie zich wil richten op haar eigen rechtvaardige cultuur, dan gaat het in eerste instantie niet om de wie-vraag, namelijk wie heeft fout gedaan, maar om de wat-vraag: wat moet er gebeuren om in alle behoeftes na de fout te voldoen, en, vooruitblikkend, welke verantwoordelijkheden horen daar vervolgens bij? In plaats van een retributieve vorm van verantwoording (wie heeft de schuld?) gaat het bij Dekker om een restauratieve vorm (wat hebben betrokkenen nodig om weer te kunnen functioneren?). Dat sluit niet uit dat maatregelen genomen kunnen worden naar individuen, maar een organisatie met een rechtvaardige cultuur moet vooral ook de hand in eigen boezem steken en uitzoeken hoe ze samen überhaupt terecht zijn gekomen op de plek waar fouten zijn gemaakt en schade is berokkend (Dekker, 2012). Straffen is hier bij uitstek niet aan de orde omdat dit maakt dat partijen vooral op het verleden zijn gericht en minder geneigd zullen zijn open te communiceren.

Tot slot is er in de literatuur aandacht voor openheid over mogelijke misstanden maar ook voor risico's voor patiëntveiligheid. Het gaat hier onder meer om meldingsbereidheid. Waar het begrip rechtvaardige cultuur bij zowel Reason als Dekker zich richt op het handelen na een fout of incident, betreft het hier situaties waar nog niet per se een incident is opgetreden, maar die mogelijk in de toekomst wel tot incidenten kunnen leiden. Jop Groeneweg benadrukt in dit verband het belang van psychologische veiligheid; zorgverleners moeten zich te allen tijde veilig voelen om zaken aan te kaarten en open te zijn met en over elkaar (Groeneweg, 2019). Een rechtvaardige cultuur draagt bij aan deze openheid.

Tussen de hierboven beschreven definities van *just culture* zit overlap. Het overzicht laat echter ook zien dat er verschillen zijn. Twee verschillen willen we nader toelichten.

Een rechtvaardige cultuur: focus op incidenten of bredere veiligheidscultuur?

Een onderwerp waar in de literatuur de nadruk op wordt gelegd is de nasleep van fouten en incidenten en hoe hier in een rechtvaardige cultuur mee wordt omgegaan. Het gaat dan om vragen die gesteld kunnen worden na een calamiteit om daarvan te leren en tot verbetering te komen (de Vos et al., 2017). Anderen trekken het concept breder naar veiligheid in de zorgpraktijk; het gaat dan om alle situaties waar veiligheid in het geding is of situaties die mogelijk kunnen bijdragen aan onveiligheid. In het eerste geval is een rechtvaardige cultuur alleen aan de orde als er sprake is van een incident; in het tweede is het een integraal onderdeel van de zorg. Openheid en vertrouwen spelen hierbij een belangrijke maar ietwat verschillende rol; in het omgaan met incidenten is de gedachte dat als dit op een rechtvaardige manier gebeurt, dit vervolgens leidt tot meer openheid en vertrouwen. Zorgverleners hoeven immers niet bang te zijn dat zij aan de schandpaal worden genageld. Een rechtvaardige cultuur kweekt vertrouwen en daarmee openheid, zo is de veronderstelling, ook al is gebleken dat dit empirisch erg lastig is om aan te tonen (Dekker & Breakey, 2016). In het tweede geval lijken openheid en vertrouwen juist eigenschappen en een voorwaarde van een rechtvaardige cultuur in plaats van een uitkomst. Hierbij gaat het om de psychologische veiligheid die zorgverleners ervaren om open te zijn over onveilige situaties en deze te melden. Hoewel er overlap tussen beiden is—onderdeel van een veilige cultuur is immers ook het omgaan met fouten—maakt het voor het handelen van de IGJ uit welke focus wordt gehanteerd: gaat het bij het stimuleren van een rechtvaardige cultuur om de rechtvaardige afhandeling van calamiteiten of is het aandachtspunt breder en gaat het om een cultuur waarbij zorgverleners open durven te zijn, ook als er geen incidenten zijn?

Ruimte voor sanctioneren binnen een rechtvaardige cultuur

Een tweede thema dat we in de literatuur terugzien betreft de vraag of het binnen een rechtvaardige cultuur mogelijk blijft om individuele zorgverleners te sanctioneren voor hun handelen. Volgens de beslisboom van Reason kunnen er gegronde redenen zijn om een disciplinaire maatregel jegens een individuele zorgverlener te nemen, bijvoorbeeld als deze is afgeweken van een protocol en zonder verzachtende omstandigheden een onaanvaardbaar risico heeft genomen (de Graaf & Heringa, 2016). Volgens anderen staat straffen op gespannen voet met leren en moet het—als de doelen lering en verbetering zijn—niet gaan om een schuldvraag (de Vos et al., 2017). Een veelgehoorde uitspraak in de literatuur maar ook de praktijk is daarbij: van een blame-culture naar een just culture (Khatri, et al., 2009). Het argument is dat straffen en met de vinger wijzen niet passen binnen een rechtvaardige cultuur. In plaats daarvan gaat het om verantwoording en wat nodig is om relaties te herstellen (Dekker & Breakey, 2016). Dat sluit niet uit dat in geval van een ernstige tekortkoming, overtreding of misdrijf een straf aan de orde kan zijn. Het straffen op zich is echter niet bevorderlijk voor een rechtvaardige cultuur. In dat verband is er ook een spanning tussen rechtvaardige cultuur en wetgeving. Veel van de huidige wetgeving gaat immers uit van individuele verantwoordelijkheid en schuld of verwijtbaarheid—denk aan de tucht- en strafzaken naar aanleiding van calamiteiten in de zorg, waarbij een individu verantwoording moet afleggen en eventueel een disciplinaire maatregel of straf krijgt opgelegd.

Concluderend

Een rechtvaardige cultuur is een breed begrip, en de invulling ervan is aan verandering onderhevig. Op basis van de literatuurverkenning hebben we een aantal centrale thema's en onderwerpen geïdentificeerd. Deze thema's gebruiken we in ons onderzoek om binnen zorginstellingen te verkennen welke vorm een rechtvaardige cultuur in de praktijk kan krijgen, en hoe daarbij wordt aangekeken tegen en omgegaan met de genoemde spanningen. Het gaat onder meer over openheid over (on)veiligheid en feilbaarheid, een balans tussen het afleggen van verantwoording en leren en verbeteren, het in ogenschouw nemen van verschillende perspectieven bij een incident, vertrouwen onderling en tussen zorgverleners en patiënten en

aandacht voor wat goed gaat (naast aandacht voor wat fout gaat). De volledige werkdefinitie is te vinden in bijlage B.

3 Methode

Hoewel er veel wordt geschreven over rechtvaardige culturen in de gezondheidszorg is er eigenlijk nog geen empirisch onderzoek naar de praktische vormgeving ervan. Het onderzoek dat er is richt zich meestal op de veiligheidscultuur en kijkt daarin bijvoorbeeld naar de mate waarin instellingen en professionals al dan niet proactief handelen. Openheid over fouten en incidenten is hier dan doorgaans wel een onderdeel van, maar vraagstukken op het gebied van rechtvaardigheid ontbreken. Daarnaast geeft dit soort onderzoek inzicht in de mate waarin een organisatie 'open' is, maar niet hoe dit bevorderd kan worden, laat staan de wijze waarop toezicht hierop van invloed kan zijn.

In dit onderzoek hebben wij een exploratieve benadering gekozen. Daarbij zijn we begonnen met het proberen meer grip te krijgen op het complexe begrip van een rechtvaardige cultuur. Vervolgens zijn we onderzoek gaan doen in en met een aantal instellingen ('proeftuinen') die aan de slag wilden gaan met het bevorderen van een rechtvaardige cultuur in hun organisatie. We hebben daarbij vooral kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruikt omdat die het mogelijk maken om 'van binnenuit' naar processen te kijken—in dit geval naar processen rond de introductie van een rechtvaardige cultuur en de relatie met toezicht. In overleg met de IGJ en ZonMw is gekozen voor een opzet waarin we ons vooral gericht hebben op de vraag wat instellingen (moeten) doen om een rechtvaardige cultuur in hun organisatie te bereiken en wat de (mogelijke) rol van de toezichthouder daarin is.

We begonnen ons onderzoek met een literatuurverkenning, zowel naar het begrip rechtvaardige cultuur als naar de samenhang daarvan met het begrip veiligheidscultuur. Dit leidde tot een werkdefinitie, met daarin centrale thema's en onderwerpen binnen een rechtvaardige cultuur. Deze thema's hebben we gebruikt in het veldonderzoek om (aspecten van) een rechtvaardige cultuur in de praktijk te verkennen. Dat wil zeggen, de werkdefinitie is niet een normatief kader maar eerder een heuristisch waarmee we de empirie tegemoet zijn getreden. Ter voorbereiding van het empirisch onderzoek in zorginstellingen zijn, ten tweede, interviews gehouden met medewerkers van de IGJ (n=8) om zicht te krijgen op (a) de wijze waarop inspecteurs invulling geven aan het begrip rechtvaardige cultuur en (b) hoe zij aankijken tegen de rol die zijzelf—en de inspectie in bredere zin—daarin speelt. Ten derde hebben we een invitationale seminar geobserveerd waarvoor de IGJ zorginstellingen (ziekenhuizen en GGz-instellingen) had uitgenodigd. Tijdens de bijeenkomst is met hen verkend wat zij verstaan onder een rechtvaardige cultuur en wat de rol van het toezicht daarin is. Naderhand is aan de deelnemende instellingen een oproep gedaan of zij een proeftuin rechtvaardige cultuur zouden willen starten. Vijf instellingen hebben zich hiervoor aangemeld. In deze instellingen hebben we activiteiten rond de vormgeving van een rechtvaardige cultuur gevolgd. Tevens zijn vertegenwoordigers van de proeftuinen vier keer bij elkaar gekomen om ervaringen te delen. Als laatste stap in het onderzoek hebben we drie focusgroepen georganiseerd met medewerkers van de IGJ. Hier zijn de resultaten uit de proeftuinen teruggekoppeld en is met inspecteurs verkend wat deze betekenen voor de toezichthouder. Gedurende het onderzoek is nauw contact gehouden met de projectgroep rechtvaardige cultuur van de IGJ en de klankbordgroep (zie bijlage A) en zijn tussentijdse bevindingen besproken. De projectgroep van de IGJ heeft bovendien deelgenomen aan de laatste bijeenkomst van de proeftuinen. Hieronder gaan we meer specifiek in op de empirische dataverzameling en de analyse.

Parallel aan het onderzoek naar rechtvaardige cultuur is een deel van de onderzoeksgroep betrokken geweest bij een onderzoek naar de wijze waarop de IGJ in haar toezicht gebruik maakt van zogeheten 'soft signals'. Dat wil zeggen informele informatie over de wijze waarop

een zorginstelling omgaat met kwaliteit en veiligheid. Beide onderzoeken hebben raakvlakken. Ook bij soft signals gaat het om de vraag of instellingen zowel naar binnen als naar buiten 'open' zijn, of er een cultuur is waarin medewerkers elkaar aanspreken op gedrag en incidenten en de wijze waarop bestuurders zich hierin opstellen (Wallenburg, Kok, & Bal, 2019). In het huidige rapport wordt geen gebruik gemaakt van de data die in het kader van dat onderzoek zijn verzameld; wel wordt naar de bevindingen verwezen.

3.1 Proeftuinen rechtvaardige cultuur

Vijf zorginstellingen (twee ziekenhuizen, drie GGz-instellingen) hebben een pilot rechtvaardige cultuur in hun organisatie opgezet, een zogenaamde 'proeftuin'. De vijf proeftuinen hebben elk voor een andere insteek gekozen om aan rechtvaardige cultuur vorm te geven (zie tabel 1). De onderzoekers volgden de proeftuinen; ze observeerden de bijeenkomsten, hielden interviews, deden observaties en begeleidden focusgroepen in de organisatie en voedden de proeftuinen met informatie over een rechtvaardige cultuur uit literatuur en met de tussentijdse bevindingen uit interviews en observaties.

Tabel 1. Overzicht van de proeftuinen

1.	GGz 1 heeft onderzocht wat belemmerende en bevorderende factoren voor een rechtvaardige cultuur zijn in de organisatie en hoe dat ervaren wordt door medewerkers in verschillende functies. Dit heeft geleid tot een aantal concrete aanbevelingen voor het verder vormgeven aan een rechtvaardige cultuur in de organisatie.
2.	GGz 2 probeerde te leren met het team naar aanleiding van twee incidenten waarbij seksueel grensoverschrijdend gedrag een rol speelde. De dader was al tuchtrechtelijk vervolgd vóór de proeftuin was gestart. Dit traject hebben we gevolgd, waarbij er gewerkt is aan een passende aanpak voor preventie van seksueel grensoverschrijdend gedrag vanuit een rechtvaardige cultuur.
3.	GGz 3 had al een uitbereide beleidsstructuur op het gebied van patiëntveiligheid. Deze beleidsstructuur is bekeken vanuit de theorie van een rechtvaardige cultuur, met vragen als: bevordert deze structuur daadwerkelijk leren van fouten, waar zitten aanknopingspunten om te verbeteren?
4.	ZH 1 heeft het calamiteitenonderzoek onderzocht en aangepast aan de hand van de theorie van een rechtvaardige cultuur. Er zijn twee workshops georganiseerd voor de calamiteitenonderzoekers, een schrijfworkshop en een workshop onder leiding van een van de onderzoekers waarin werd gereflecteerd op wat verbeterd kon worden aan de huidige manier van onderzoek naar calamiteiten.
5.	ZH 2 heeft een adviescommissie Kwaliteit & Veiligheid (AKP) opgericht om kwaliteit vanuit een Just Culture perspectief te bevorderen. De groep bestaat uit een aantal artsen en verpleegkundigen die kwaliteit 'op een andere manier' willen vormgeven dan volgens de bestaande kwaliteitskaders en instrumenten die meer uitgaan van een systeembenadering. De groep is erop gericht door middel van gerichte activiteiten een rechtvaardige cultuur in de organisatie uit te dragen en te verspreiden. Dit wordt actief gesteund door de bestuurder.

3.2 Data verzameling

De interviews en focusgroepen in de proeftuinen zijn opgenomen (audio) en grotendeels getranscribeerd. Van de bijeenkomsten en de observaties zijn verslagen gemaakt. Naast de data uit de vijf individuele proeftuinen hebben we drie proeftuinbijeenkomsten georganiseerd. Hier kwamen de proeftuinen samen, konden ze informatie delen, van elkaar leren en zijn tussentijdse bevindingen van zowel de proeftuinen als de onderzoekers gedeeld en verkend. Van deze bijeenkomsten zijn verslagen gemaakt en gedeeld met de proeftuinen. Een overzicht van alle data per proeftuin is opgenomen in tabel 2.

Tabel 2. Empirische data

Type	Beschrijving	Data collectie
Interview met inspecteurs bij de IGJ	Verkennen van begrip rechtvaardige cultuur en rol toezichthouder daarin	8 interviews
GGz1	Inzichtelijk maken wat belemmerende en bevorderende factoren zijn voor het vormgeven van een rechtvaardige cultuur	7 dialoogsessies van 60 min met gemiddeld 4 deelnemers uit verschillende lagen van de organisatie 1 terugkoppelbijeenkomst
GGz 2	Zoeken naar en werken aan een passende aanpak voor preventie van seksueel grensoverschrijdend gedrag vanuit een rechtvaardige cultuur	1 verslag dialoogsessie 10 interviews met deelnemers dialoogtafel 2 dialoogsessies van elk 120 min 6 interviews met deelnemers 2 interviews bestuur
GGz 3	Evalueren van het huidige patiëntveiligheidsbeleid aan de hand van een rechtvaardige cultuur	17 interviews 4 observaties 2 focusgroepen 1 terugkoppeling
ZH 1	Verbeteren van het calamiteitenonderzoek aan de hand van theorie van een rechtvaardige cultuur	11 interviews met 14 personen (een aantal dubbelinterviews) 2 focusgroepen
ZH 2	Adviescommissie Kwaliteit & Veiligheid (AKP) opgericht om kwaliteit van zorg vanuit de theorie van een rechtvaardige cultuur te bevorderen.	7 interviews 12 observaties 1 bijdrage aan congres
4 Proeftuin bijeenkomsten	Op vier momenten in het proces zijn de proeftuinen samengekomen. Daar zijn tussentijdsbevindingen van zowel de proeftuinen als de onderzoekers zijn gedeeld en verkend. Bij de twee laatste bijeenkomsten waren ook inspecteurs van de IGJ aanwezig.	Verslaglegging
Focusgroepen bij de IGJ	De belangrijkste bevindingen uit de proeftuinen zijn gethematiseerd en verdiept	3 focusgroepen

Data-analyse

Vanuit een systematische inductieve benadering per proeftuin zijn we gestart met een '1ste orde analyse' van de data. Daarbij sloten de codes zo veel mogelijk aan bij de taal van de respondenten (inductief). Daarbij werd tevens een relatie gelegd met de vraagstellingen van het onderzoek in het algemeen en de specifieke vraagstelling van de proeftuin (deductief). Voor de proeftuinen werden meerdere transcripten door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar gecodeerd, waarna de uitkomsten werden vergeleken en het coderingsschema werd bepaald. De uitkomsten werden samengevat in een framework (Green & Thorogood, 2013). Dit framework is besproken tussen de onderzoekers, wat resulteerde in een voorlopig 1ste orde codeerschema. De meerderheid van de overige transcripten werd vervolgens verdeeld en gecodeerd door de twee betrokken onderzoekers. In tussen-bijeenkomsten van het onderzoeksteam is het 1ste orde codeerschema van elke proeftuin verder aangepast en is er gekeken naar overeenkomsten en verschillen tussen de categorieën. Op basis daarvan is er per proeftuin een thematische '2de orde analyse' gedaan (Gioia, Corley, & Hamilton, 2012). Deze thema's hebben we vervolgens besproken met het oog op onze onderzoeksvragen. Ook zijn tussentijdse thema's op verschillende momenten teruggekoppeld, besproken en verder aangevuld met betrokken deelnemers van alle proeftuinen. Op basis van de analyses van de individuele proeftuinen hebben twee onderzoekers overkoepelende en terugkerende thema's in de data verkend. Deze thema's zijn vervolgens in verschillende feedbackrondes met de hele onderzoeksgroep besproken, aangepast en nader ingevuld.

Onderzoeksethiek

Alle respondenten zijn mondeling geïnformeerd over het onderzoek en hebben hun goedkeuring gegeven voor de geluidsopname. Het onderzoek was niet WMO-plichtig, zoals vastgesteld door de METC van het Erasmus MC (MEC-2018-054). Om anonimiteit te waarborgen zijn sommige details uit de citaten aangepast en is niet opgenomen uit welke proeftuin het citaat komt.

4 Bevindingen uit de proeftuinen

Tijdens de interviews en focusgroepen reflecteerden respondenten op hun ervaringen met een rechtvaardige cultuur aan de hand van de werkdefinitie zoals beschreven in hoofdstuk 2. We beginnen het hoofdstuk met een analyse van deze bevindingen. Vervolgens zoomen we in op hoe binnen de bestudeerde zorginstellingen praktisch invulling wordt gegeven aan een rechtvaardige cultuur (of een poging daartoe wordt gedaan). We beschrijven daarbij de acties en het beleid van instellingen en de ervaringen van respondenten met dit 'werken aan een rechtvaardige cultuur'. Het gaat daarbij enerzijds om een analyse van huidig beleid in zorginstellingen vanuit het perspectief van een rechtvaardige cultuur en anderzijds om nieuw ontwikkelde interventies en beleid om een rechtvaardige cultuur te bevorderen. We eindigen het hoofdstuk vervolgens met een aantal spanningen die zich voordoen bij het bevorderen van een rechtvaardige cultuur in zorginstellingen. Centraal thema daarbij is wat zorginstellingen nodig hebben om een rechtvaardige cultuur te bevorderen.

4.1 Verwachtingen van en ervaringen met een rechtvaardige cultuur

In de proeftuinen hebben respondenten verschillende verwachtingen van en ervaringen met een rechtvaardige cultuur. Uit de analyse van de data komen daarbij vier thema's naar voren: ruimte voor gesprek, een betrokken afdelingscultuur, voorbeeldgedrag van de leidinggevende en ruimte voor emoties na incidenten.

Ruimte voor gesprek

Respondenten geven aan dat voor een rechtvaardige cultuur openheid van belang is. In lijn met de literatuur wordt openheid als een van de centrale kenmerken van een rechtvaardige cultuur gezien. In de praktijk van de zorg wordt die echter lang niet altijd ervaren. Een van de redenen daarvoor is dat na een incident vaak een sfeer kan ontstaan van het aanwijzen van de 'schuldige' en daarmee tevens een defensieve strategie van professionals, zoals een van onze respondenten aangeeft:

(..) dan voel je vaak wel of de ruimte [er] is om dat te bediscussiëren. En ik heb dus ook die situatie gevoeld waarvan ik dacht 'er is geen enkele ruimte'. Mensen zijn alleen maar bezig dat de schuld ergens anders komt te liggen zeg maar hè.

Respondenten geven aan dat het van belang is om ruimte en tijd te maken waarin men onderling in gesprek kan gaan. Een gesprek waar kwetsbare onderwerpen besproken mogen worden. Dit kan uiteenlopende vormen hebben. Belangrijk voor hen is dat de vorm helpt bij het uitstellen van het oordeel, een onderzoek op een open manier vanuit verschillende perspectieven bevordert, ruimte geeft aan emoties en niet gericht is op het uitdelen van 'schuld'.

Wat ik in die situaties [als je een fout hebt gemaakt] wel heel fijn vind: als het een keer ergens mis gaat, maakt niet uit in wat voor situatie, als wij bijvoorbeeld dan een intervisie hebben als team, dat we het er samen over kunnen hebben want dat zijn vaak de momenten waarin we echt de tijd hebben om naar elkaar te mogen luisteren anders gaat het vaak te snel, ben je weer met je werk bezig, en zo'n intervisie die geeft even de tijd om samen terug te kunnen kijken en daarbij voel ik dan ook heel veel samenhang als team zijnde. Dat je samen wil gaan

kijken wat kunnen we volgende keer als team doen, en niet wat kun jij, maar wat kunnen we met z'n allen doen in die situatie.

Georganiseerde momenten van bespreking, zoals intervisie, kunnen er volgens respondenten voor zorgen dat de tijd wordt genomen om het incident te bespreken en met het team na te gaan wat er is gebeurd en wat daarvan geleerd kan worden. Het samenkomen wordt ervaren als uiting van de gezamenlijke verantwoordelijkheid van het team in plaats van dat het incident iets is waarvoor een individu verantwoordelijk is. Andere vormen die respondenten noemden zijn; georganiseerde feedback en feedback vragen, calamiteits-, complicatie- of kwaliteitsbesprekingen, en andere reflectiemethoden zoals dialoogtafels, spiegelbijeenkomsten, veiligheidscafés en moreel beraad. Dit zijn deels georganiseerde momenten om een incident te bespreken, zoals calamiteitbesprekingen, en deels bredere vormen die openheid en een veilige cultuur proberen te creëren en niet per se gerelateerd zijn aan een incident. Belangrijk is volgens respondenten dat de gespreksmethode faciliteert dat er niet meteen een oordeel wordt geveld of een schuldige gezocht, maar dat er een open en onderzoekend gesprek plaatsvindt. Zoals onderstaande respondent aangeeft is het in teams nagaan van de processen van meerwaarde en zou dat vaker moeten gebeuren.

Ik denk dat 't [moreel beraad] een manier is om in ieder geval die gevoeligheid (..) te vergroten. Ik denk ook dat je op afdelingen of in teams, vaker processen onder de loep zou kunnen nemen met elkaar. Van 'goh (..) hoe doen we dat nou eigenlijk en wie is er verantwoordelijk?' Dat je dan ook allerlei verschillende verhalen hoort over hetzelfde proces.

De respondenten geven aan er behoefte aan te hebben dat bepaalde teamleden die relatief individueel werken (zoals bijvoorbeeld psychiaters) meer betrokken zijn bij dit type gesprekken. Ook een aantal van de geïnterviewde psychiaters heeft aangegeven dat dit meerwaarde zou hebben. Horizontale feedback wordt daarbij door medewerkers als veiliger ervaren dan verticale feedback. In het creëren van ruimte voor gesprek is volgens respondenten vooral de rol van de leidinggevende en de medisch specialist van belang.

Een aantal keer gaven teamleiders aan te zoeken naar de juiste vorm om iets bespreekbaar te maken. Dat speelt met name bij onderwerpen waar een taboe op rust, zoals bij seksueel grensoverschrijdend gedrag:

Want ik ga niet in m'n teams vragen 'jongens, wie van jullie voelt wel eens iets erotisch voor een patiënt?' Ja, dat kan ik wel vragen, maar dan weet ik wel heel zeker dat ik geen antwoord daarop ga krijgen, namelijk dat iedereen me schaapachtig aan gaat kijken van 'natuurlijk niet, doe niet zo gek'. (...) Dan moet je dus op de een of andere manier als organisatie de mogelijkheid vergroten om het daarover te kunnen hebben. Binnen een beetje een veilige setting.

Uit de interviews en observaties kunnen we concluderen dat organisaties voor verschillende type situaties naar verschillende vormen zoeken om hier op een open manier over te praten. Niet alleen het onderwerp doet ertoe; ook de bestaande omgangsvormen en overlegstructuren binnen een team kunnen van invloed zijn op welke vormen van overleg en reflectie kunnen werken. Soms kiest men ervoor een bestaande overlegstructuur om te vormen; in plaats van een complicatiebespreking kan ook een kwaliteitsbespreking worden gehouden, waarbij niet alleen complicaties en incidenten maar ook 'successen' besproken kunnen worden.

Overigens stellen we vast dat het hierbij niet alleen om georganiseerde besprekingen gaat. Ook de dagelijkse cultuur in een team is hierin van belang. Worden medewerkers bijvoorbeeld aan bepaalde standaarden gehouden? Het gaat hier dus niet zo zeer om de openheid en

bespreekbaarheid na een incident, als er al iets is misgegaan, maar om het aanspreken en bespreken in de dagelijkse praktijk. Respondenten geven aan dat als medewerkers elkaar teveel steunen, in de overleefstand staan, bijvoorbeeld vanwege personeelstekort, het risico op normvervaging ontstaat, en dat een bepaalde situatie die eigenlijk onder de maat is als de nieuwe norm kan worden geïnterpreteerd.

Respondenten geven aan dat elkaar aanspreken soms lastig is. Er wordt een spanning gesignaleerd tussen aanspreken en elkaar ondersteunen. Daarom wordt gezegd, dat 'aanspreken' eigenlijk niet past en dat je beter kan spreken van 'bespreken'.

En het is altijd makkelijk gezegd, hè. We willen naar een aanspreekcultuur, maar we vergeten wel eens wat de gevolgen zijn van aanspreken. Ik bedoel: mensen zijn echt wel, uit mijn omgeving, vrienden kwijtgeraakt omdat ze dachten 'nu ga ik hem erop aanspreken'. Maar dat wordt soms, en de manier waarop je iemand aanspreekt, dat is soms niet helemaal tactisch. Maar daardoor kunnen vriendschappen gewoon kapotgaan. Werkrelaties kunnen kapotgaan omdat je iemand aanspreekt.

Toch wordt door respondenten wel het belang gezien van situaties bespreekbaar maken; anders gaat het achter de rug om:

Ja dan krijg je achter de rug om. En als je dat dan benoemt zo van het is eigenlijk veel gevaarlijker om niks te zeggen, want dan krijg je juist achter de rug om geklets en het over elkaar kletsen en niet met elkaar praten.

Samenvattend komt binnen alle proeftuinen naar voren dat een open bespreekcultuur van cruciaal belang is voor een rechtvaardige cultuur, waarbij tevens in de interviews naar voren komt dat die nog lang niet overal is gerealiseerd. Het organiseren van gezamenlijke momenten van reflectie is volgens respondenten een belangrijke voorwaarde om open besprekingen te bevorderen, waarbij ook collectieve verantwoordelijkheid wordt uitgestraald en genomen voor eventuele incidenten. Maar ook zaken bespreekbaar maken in het dagelijks werk wordt van belang geacht. Afhankelijk van de teamcultuur en het type situatie kiezen organisaties of afdelingen en teams voor verschillende vormen om aan die collectieve reflectie vorm te geven.

Een betrokken afdelingscultuur

Niet alleen regelmatige gesprekken, maar ook een bepaalde mate van betrokkenheid bij elkaar wordt door respondenten gerelateerd aan hoe veilig en gesteund je je voelt op je eigen afdeling om ruimte te ervaren voor leren. Er moet volgens respondenten oog zijn voor de impact die het maken van fouten of het meemaken van calamiteiten en/of incidenten kunnen hebben op medewerkers.

Je maakt ook niet expres een fout, als je zelf de fout gemaakt hebt dan weet je dat zelf eigenlijk al beter als de hele rest en dat voelt al heel vervelend. (...) Dat hoeft er niet ingewreven te worden.

Medewerkers vinden steun en betrokkenheid belangrijk, maar ook dat je je verhaal kan doen en dat er geluisterd wordt, en dat je volledig geïnformeerd wordt mocht er een procedure zijn gestart.

Bij mijn weten was het toen zo dat die verpleegkundige zich natuurlijk heel vervelend over voelde dat het gebeurd was, maar die voelde zich niet in de steek gelaten door de arts of door de teammanager zeg maar. Zo van 'jij hebt dat fout gedaan dus'. [Pauze] De insteek is wel om te zien van waar is het dan mis gegaan en waar het voorkomen had kunnen worden. En zij heeft dat nooit zo ervaren als

aanval of... Ze worden zeker meegenomen en gehoord in het hele verhaal.

Betrokkenheid gaat volgens respondenten om zorg hebben voor elkaar, informeel peilen hoe het gaat, maar bijvoorbeeld ook een medewerker een update geven over een patiënt waar hij/zij een calamiteit mee heeft meegemaakt.

Steun op de eigen afdeling kan volgens respondenten ook van invloed zijn op de mate waarin mensen verantwoordelijkheid willen nemen tussen afdelingen (per definitie een gedeelde verantwoordelijkheid), bijvoorbeeld bij de overdracht:

[Ze ging] heel erg in de verdediging. Toen dacht ik 'ah dit kan met de persoon te maken hebben', maar daar omheen, de afdeling steunde haar ook niet erg. Dus ja, ik zeg niet dat het daar op de afdeling niet goed is hoor, maar het voelt op dat moment ook dat ik dacht van 'oh, ze staat ook alleen'

Een ander aspect waardoor medewerkers een betrokken afdelingscultuur ervaren betreft het open kunnen zijn over de eigen kwetsbaarheid. Aangegeven wordt dat medewerkers méér zijn dan alleen zorgverlener, dat er gevoelens kunnen ontstaan voor een patiënt, er in de privésfeer strubbelingen kunnen zijn, etc. Een afdelingscultuur waarbinnen ook deze aspecten besproken mogen worden, kan er volgens respondenten voor zorgen dat medewerkers zich minder alleen voelen en dat voorkomen wordt dat zaken uit de hand lopen.

Je kan je verliezen in een patiënt. Daar zijn we mensen voor. (...) Daar gaat het dan om, zeg maar of het veilig genoeg is om het te kunnen hebben over dat je dat soort gevoelens hebt. En wat je daarmee doet. Ja, en wat je daarvoor nodig hebt om dat op een goede manier met elkaar op te lossen. Dat is eigenlijk dan waar je naar op zoek bent. Als team ook. Want anders wordt het heel eenzaam dat je alleen daarmee aan het dealen bent.

Soms geldt dat ook een medewerker die niet in dienst is, maar bijvoorbeeld in een schoonmaak- of portiersfunctie, een incident meemaakt.

Ons beveiligingsbedrijf gaf aan: 'deze medewerker is uitgevallen want zij zit niet lekker in haar vel en ze moet huilen' en dat soort zaken. Kunnen jullie ondersteuning bieden? Want wij zijn per slot van rekening GGz, maar dat kon niet. Dat kon wel, maar dan kom je op de reguliere wachtlijst te staan en dan ben je voorlopig nog niet aan de beurt. Terwijl ik zoiets had van 'ja god jongens, dit is in ons gebouw gebeurd. Met een medewerker van ons.'

Het is volgens respondenten lastig om betrokkenheid bij elkaar als team formeel te beleggen of te institutionaliseren. Er wordt aangegeven dat kleine gebaren, als peilen hoe het met iemand gaat of iemand even kort informeren over een cliënt met wie de medewerker een calamiteit heeft meegemaakt weer is opgenomen, een groot verschil maken voor de beleving van veiligheid en beleving van gesteund worden om ruimte te ervaren om te leren van een situatie.

Voorbeeldgedrag van de leidinggevende

De opstelling van leidinggevenden lijkt van groot belang te zijn voor de ruimte die medewerkers ervaren om open te zijn en te leren. Met leidinggevende bedoelen we hier de gehele variëteit aan hiërarchie die in een zorgorganisatie bestaat: teamleiders ten opzichte van het team, bestuurders ten opzicht van de medisch specialisten, maar ook zorginhoudelijk: geneesheer-directeuren ten opzichte van de psychiaters en medisch specialisten ten opzichte van de verpleegkundigen.

Sommige respondenten in de proeftuinen hebben negatieve ervaringen en betwijfelen of aanspreken door de hiërarchie heen mogelijk is. Incidenten van soms jaren geleden, waarbij een

assistent of verpleegkundige niet is gehoord, kunnen daarbij nog doorwerken. Andere respondenten in de proeftuinen hebben andere ervaringen en geven aan dat het sterk werkt als leidinggevende, opleiders of bestuurders, mensen boven in de hiërarchie, zelf ook open zijn over gemaakte fouten.

Dat dan ook de hoofdbehandelaar zelf het vertelt. En in [naam organisatie] heb ik ook meegemaakt dat een hoofdbehandelaar (...) die een fantastische carrière ook als opleider [heeft gehad]. En in zijn laatste half jaar gebeurt er iets (...). Die vertelt dat dan aan al zijn artsen in opleiding aan de ochtendstart. En dan zit je in een cultuur, dat zelfs de hoogste opleider met een, die had kunnen zeggen 'ja eind van de carrière dat moet je me niet kwalijk nemen, dat houden we klein,' nee zelf gaat vertellen.

In de proeftuinen komt naar voren dat medewerkers het belangrijk vinden dat bestuurders, managers of teamleiders ook te spreken zijn buiten de formele kanalen om, waarbij ze oog en oor hebben voor wat er leeft op de afdelingen. Voorbeeldgedrag van mensen boven in de hiërarchie blijkt belangrijk voor de ruimte die medewerkers ervaren om open te zijn over situaties die minder goed zijn gegaan en ervan te leren

Ruimte voor emotie na incidenten

Werken in de zorg kan een grote emotionele en persoonlijke impact hebben (agressie incidenten, suicide, seksueel overschrijdend gedrag van een collega, een gemiste diagnose met blijvend letsel tot gevolg, etc.). Veel respondenten vertellen over wat een incident van henzelf of een collega met hen en met het team doet.

Die stem die vergeet je niet meer. Dus op het moment dat die mevrouw voor binnenkomt en ik zit achter, nou de eerste paar keer gaan mijn nekharen overeind staan. Niet qua trauma maar wel van, ojee wat gaat ze nu weer doen?

Calamiteiten kunnen lang blijven hangen en zorgen er soms ook voor dat medewerkers erg voorzichtig worden. Dit kan er volgens respondenten toe leiden dat medewerkers veiligheid boven alles gaan plaatsen, geen risico's meer durven te nemen of op eigen initiatief een uitzondering te maken als de situatie erom vraagt.

Dat blijft hangen hè, er zijn echt mensen die in het verleden schade hebben opgelopen, beroepstrauma om het zo maar te zeggen, dus die zijn wel heel voorzichtig geworden hè. Die vinden het soms ook moeilijk om bepaalde verantwoordelijkheid te nemen en dus daar zetten we wel stappen in maar dat zijn langzame processen. Vertrouwen, dat moet groeien.

Bij suicides lijkt de emotionele opvang van medewerkers in de meeste gevallen adequaat geregeld. Wel geven respondenten aan dat in sommige protocollen de aanwezigheid van de leidinggevende verondersteld wordt, terwijl suicides vaak buiten kantoortijden gebeuren, dus de kans groot is dat er dan een 'onbekende' voor het team het protocol in werking zet. Het blijkt dan ook belangrijk dat vormen van *peer support* steeds op de context, de persoon en de situatie zijn toegesneden. Uit de proeftuinen komt naar voren dat hoewel het belangrijk is om hier standaardprocedures voor te hebben, flexibiliteit noodzaak is.

Volgens de respondenten is de rol van leidinggevendens cruciaal; zij dienen oog te hebben voor en ruimte te geven aan emoties. Tegelijkertijd moeten bestuurders volgens respondenten ook afstand kunnen bewaren en zich niet direct met teamprocessen inlaten. Ook lijkt in de proeftuinen soms een mechanisme te bestaan dat vanwege de privacy van betrokkenen door leidinggevendens juist niet met bijvoorbeeld het team of breder binnen de organisatie over een

incident wordt gesproken. 'Klein houden', lijkt dan het devies. Als het een ernstig incident betreft lijkt dit soms echter averechts te werken omdat de organisatie dan gonst van de geruchten en velen hun opvatting klaar hebben, en niet altijd gebaseerd op de feiten. Er lijkt dan binnen zorgorganisaties een spanning te ontstaan tussen klein houden en breder bespreekbaar maken.

Samenvattend

Een open cultuur, waarin ruimte is om over incidenten, successen, en emoties te praten, wordt door respondenten gezien als cruciaal voor een rechtvaardige cultuur. Elkaar kunnen aanspreken op het handelen, c.q. dit bespreekbaar maken, in de dagelijkse zorg is daarbij van belang, maar ook de aanwezigheid van specifieke structuren waarin collectieve vormen van reflectie kunnen plaatsvinden. Respondenten geven aan dat een rechtvaardige cultuur voorts bestaat uit het gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor de zorg (inclusief incidenten die daarin optreden) en voor elkaar. Daarbij moet ook ruimte zijn voor emoties—zowel van direct betrokkenen als breder in de organisatie.

Een rechtvaardige cultuur brengt spanningen met zich mee. Respondenten vinden de betrokkenheid van leidinggevenden cruciaal, maar openheid en hiërarchie gaan niet altijd goed samen. Er ontstaan dan binnen zorgorganisaties spanningen, bijvoorbeeld tussen het waken voor de veiligheid van medewerkers en cliënten en tegelijkertijd de beschikbare ruimte creëren om ook breder in de organisatie incidenten bespreekbaar te maken. En tussen het dragen van collectieve verantwoordelijkheid bij een incident waarbij moet worden vermeden dat schuldigen worden aangewezen, en het aanspreken van medewerkers op hun gedrag. Standaardprocedures en overlegvormen zijn van groot belang, maar omgaan met emoties vergt ook een flexibele, gesitueerde en persoonsgerichte aanpak. Het zijn deze spanningen waar organisaties die willen werken aan een rechtvaardige cultuur mee om moeten leren gaan.

4.2 Werken aan een rechtvaardige cultuur in de praktijk

In de vorige paragraaf hebben we gezien hoe binnen de proeftuinen wordt aangekeken tegen een rechtvaardige cultuur, welke elementen daarin worden herkend en waar men in de praktijk tegen aan loopt. We constateerden dat het invoeren—en hebben—van een rechtvaardige cultuur gepaard gaat met spanningen waar de organisatie steeds gesitueerd mee om moet gaan. In deze paragraaf gaan we in op activiteiten die de proeftuinen hebben ondernomen om vorm te geven aan een rechtvaardige cultuur. Zoals eerder aangegeven hebben de instellingen die als 'proeftuin' deelnamen zelf een thema of vorm gekozen om aan rechtvaardige cultuur te werken, aansluitend bij de behoeften en interesses binnen de eigen organisatie. De initiatieven van de deelnemende instellingen betroffen enerzijds het herzien van bestaande structuren en instrumenten en anderzijds het experimenteren met nieuwe vormen en instrumenten voor het bespreekbaar maken van zorg en aanspreekbaar maken van gedrag.

Omvormen van bestaande structuren

Binnen de deelnemende instellingen wordt veel gedaan aan kwaliteit en veiligheid, evenals aan de organisatiecultuur. Een bekende interventie is Veilig incident melden (VIM). Daarvoor hebben de organisaties systemen ingericht en investeren in het 'veilig' maken van meldingen. Ook vinden complicatiebesprekingen plaats en worden calamiteiten onderzocht. Terwijl deze instrumenten en structuren bijdragen aan een veiliger cultuur en leren van incidenten bevorderen lopen deelnemende organisaties ook tegen beperkingen van bestaande instrumenten aan. Zo blijkt het soms lastig om calamiteitenonderzoek zo vorm te geven dat een daadwerkelijk open onderzoek kan plaatsvinden zonder 'schuldigen' aan te wijzen en blijft het

lastig om VIM zo te gebruiken dat er daadwerkelijk wordt geleerd en niet vooral aan de 'voorkant' wordt geïnvesteerd.

In deze paragraaf bespreken we drie interventies die door de proeftuinen zijn ingezet om bestaande instrumenten en structuren zodanig om te vormen dat ze bij kunnen dragen aan een rechtvaardige cultuur. Het betreft achtereenvolgens het aanpassen van calamiteitenonderzoek, het omvormen van calamiteitenbesprekingen naar kwaliteitsbesprekingen en het vergroten van de betrokkenheid van medewerkers bij het calamiteitenonderzoek.

Aanpassing van het calamiteitenonderzoek

Eén proeftuin is aan de slag gegaan met het aanpassen van het calamiteitenonderzoek aan de hand van de theorie van een rechtvaardige cultuur. Daarvoor werd in eerste instantie vooral gekeken naar de knelpunten die de instelling tijdens het uitvoeren van en rapporteren over calamiteitenonderzoek ervoer. Zo werd tijdens een bijeenkomst in het kader van de proeftuin door deelnemers geconstateerd dat in de rapportages terminologie wordt gebruikt die niet begrijpelijk is voor patiënten. Een voorbeeld daarvan is de term 'second victims'. Er werd opgemerkt dat deze term, zonder verdere toelichting, op onbegrip zou stuiten of zelfs verontwaardiging bij patiënten en/of naasten zou kunnen opwekken. Ook werd in de rapportage soms terminologie gebruikt die de patiënt onbewust op meer afstand zette. Bijvoorbeeld dat aan het ziekenhuis werd gerefereerd met de term 'ons huis' waarmee de patiënt en/of naasten op meer afstand werden geplaatst. Naderhand werd besloten patiënten en hun naasten meer te betrekken bij het opstellen van het rapport en het vaststellen van eventuele verbetermaatregelen.

Een tweede ervaring die tijdens een bijeenkomst werd besproken was dat het format van de rapportage, dat vraagt om een onderscheid te maken tussen basisoorzaken—zijn die persoonlijk, cultureel of organisationeel?—de complexiteit van calamiteiten volgens de deelnemers eigenlijk onvoldoende onderkent. Zelfs rondom een calamiteit met een disfunctionerende medewerker zijn culturele en organisatie-aspecten aan te wijzen die verbeterd kunnen worden, zo werd aangegeven. Bijvoorbeeld of er een veilige cultuur heerste in het team waarbij men elkaar durfde aan te spreken, of de mate van betrokkenheid bij elkaar binnen het team of opmerkzaamheid van de teamleider. Geconstateerd werd dat in het onderzoek meer aandacht zou moeten zijn voor de onderliggende aspecten en de mate waarin bepaald gedrag gebruikelijk was geworden. Concreet is naderhand voorgenomen om een set onderzoeksvragen samen te stellen die de calamiteitenonderzoekers kunnen hanteren bij het onderzoek die meer recht doen aan de onderliggende samenhang van een team binnen een systeem bij een calamiteit.

Een derde inzicht dat werd opgedaan betrof de overmatige capaciteit voor calamiteitenonderzoek ten opzichte van bijna-missers, VIM-meldingen of juist processen die erg goed lopen (zoals de Machtig Mooi Meldingen die sinds enkele jaren gedaan werden in het ziekenhuis). Sommige calamiteiten zijn uitzonderlijk (bijvoorbeeld ziektebeelden die eens in de tien jaar voorbij komen) en dan voelt het kunstmatig om op basis daarvan een set verbetermaatregelen door te voeren of beleid aan te passen. Het werd betreurd dat er zoveel onderzoekscapaciteit werd besteed aan de calamiteiten, terwijl bij de VIM-meldingen de kans groter is dat er systeemfouten kunnen worden opgemerkt die veel vaker voorkomen en daarmee een grotere impact op patiënt veiligheid kunnen hebben. Ook de Machtig Mooi Meldingen bieden volgens respondenten ruimte om van te leren voor andere teams. Na de bijeenkomst is voorgenomen meer aandacht te besteden aan de 'bijna missers' en een systeem te introduceren dat kan helpen bij het analyseren van de Machtig Mooi Meldingen.

Van complicatie- naar kwaliteitsbespreking

In een van de proeftuinen heeft een vakgroep de Kwaliteitsbespreking geïntroduceerd als tegenhanger van de klassieke complicatiebespreking waarin centraal staat wat er fout is gegaan en waarbij de betreffende zorgprofessional uitleg geeft over hetgeen gebeurd is—iets wat ertoe zou moeten bijdragen dat geleerd wordt en 'dit nooit meer gebeurt'. Dit wordt in de medische sociologie ook wel aangeduid als 'putting on the hairy shirt' (Bosk, 2003). De artsen betrokken bij de Kwaliteitsbespreking hebben zich laten leiden door de Safety II benadering waarbij ook wordt geleerd van hetgeen wel goed is gegaan. Tijdens de wekelijkse Kwaliteitsbespreking (opgenomen in de roostering van de betrokken artsen, artsen-in-opleiding en coassistenten), worden alle ontslagen patiënten van de afgelopen week besproken en wordt vooruitgekeken naar de geplande opnames en operaties van de week daarop. Daarbij wordt stil gestaan bij wat goed is gegaan, en wat beter kan. Leerervaringen worden gedeeld en besproken. De betrokken medisch specialisten merkten daarbij op dat registraties altijd gaan over wat is misgegaan en niet over (onverwachte) positieve uitkomsten. De artsen zijn een eigen registratie begonnen:

We hebben een lijstje gemaakt omdat we de behoefte hadden aandacht te geven aan de veerkracht aspecten. Toen hebben we gezegd we registreren gewoon de patiënten en dan zetten we die op dat lijstje en dan maken we hele korte aantekeningen wat goed is gegaan. We hebben ook een lijstje wat we zwaarder vonden in de complicaties en dat we zeggen van dat hebben we echt niet goed gedaan. Dat lijstje is om af en toe nog eens naar voren te halen en het memento mori; gedenk je ellende... (...). Je moet af en toe je zwarte boekje hebben. Dingen waar je je voor schaamt en dat we zeggen: 'dat hebben we echt niet goed gedaan' om te realiseren hoe kwetsbaar het is waar we mee bezig zijn elke dag.

De Kwaliteitsbespreking kan bijdragen aan een rechtvaardige cultuur omdat het beoogt met elkaar in gesprek te gaan over wat wel en niet goed is gegaan en elkaar te steunen. Dit viel ook op tijdens de observaties: de sfeer was open en 'missers' (in dit geval een coassistent die een fout had gemaakt) werden besproken in termen 'wat er nog anders zou kunnen'.

Hoewel dergelijke initiatieven relatief eenvoudig lijken, blijken ze lastig te verspreiden. In deze casus nodigde de voorzitter van de vakgroep regelmatig medisch specialisten uit bij de Kwaliteitsbespreking om te laten zien hoe het werkt en hield hij voordrachten in en buiten het ziekenhuis om de Kwaliteitsbespreking uit te dragen. Desondanks gaf een medisch specialist uit een andere vakgroep aan dat dit voor zijn groep nog een brug te ver is:

Mijn afdeling is daar nog vrij conservatief in. Onze complicatiebespreking bestaat uit dat degene die het is overkomen die neemt het woord, die zegt ik heb een fout gemaakt en deze wet heb ik overtreden en voortaan moeten we dit dus niet meer doen... heel klassiek. Het nog net niet van 'wat ben je stom geweest'... maar dat wordt eigenlijk wel gezegd in andere termen dus en dan ga je over op de orde van de dag. Ik stel altijd de vraag van wat hebben we hier geleerd en wie is hier nu eigenlijk het slachtoffer... en dan is het altijd ja hier hebben we geen tijd voor we moeten weer door naar de volgende complicatie.

Een rechtvaardige cultuur, zo werd in deze proeftuin regelmatig betoogd door de projectleden, is eigenlijk niet meer dan 'fatsoenlijk met elkaar omgaan.' De praktijk laat echter zien dat het veel ingewikkelder is dan fatsoenlijk zijn: het gaat in tegen historisch gegroeide en geïnstitutionaliseerde patronen van werken en omgangsvormen. Respondenten gaven aan dat het veranderen van deze patronen en omgangsvormen geduld en voortdurende aandacht vraagt.

Het vergroten van de betrokkenheid van medewerkers bij het calamiteitenonderzoek

In één van de proeftuinen bestond een wens om meer te leren van behandeltrajecten rondom suïcidepogingen. Door alle suïcidepogingen te onderzoeken (en daarover te rapporteren) wordt in de zorginstelling onderzocht of er sprake is van een calamiteit. De wens was medewerkers hier meer bij te betrekken. De onderzoekers hebben meegedacht in het ontwerpen van een interventie die het eigenaarschap van medewerkers voor het leren vergroot.

De ervaring van de laatste jaren is dat het heel lastig is, vind ik, om incidenten te gaan bespreken. Er is toch erg veel, nou ja, angst klinkt dan zo groot, maar in ieder geval is er een erg terughoudende opstelling om systematisch incidenten, calamiteiten te evalueren. Dat komt voor een deel omdat er heel feitelijk wordt uitgevraagd en dat is voor heel veel mensen toch een lastige ervaring. (...) Wat ik nu een paar keer gemerkt heb, is dat het soms heel moeilijk is om onderscheid te maken tussen bespreken van het incident om ervan te leren en echt de fouten die gemaakt zijn. En die keren dat er echt fouten zijn gemaakt en er wordt nog een [disciplinaire] maatregel getroffen, dan heeft dat een grote impact.

In een serie gesprekken is met medewerkers een gesprek gevoerd over de vraag "Als je nadenkt over een rechtvaardige cultuur in deze organisatie, wat gaat er dan goed en waar is nog verbetering mogelijk?" Medewerkers spraken daarbij over hun ervaringen met calamiteitenonderzoeken:

De eerste keer dat ik daarvoor uitgenodigd werd, toen ontbrak er een soort van, van 'wat gaat er nou precies gebeuren?' En ik vond dat best spannend omdat je dan ook leest van ja, als we eventueel tekortkomen dan wordt het wel gemeld aan inspectie. Dus ik had er toch stress van, van tevoren. Achteraf had ik dat helemaal niet hoeven hebben, maar goed, ik had het wel.

Als verpleegkundigen hadden we het idee: we komen nu ongeveer bij de hoogste commissie van de hele instelling, we wisten wel de titels van eenieder, die staan zeg maar tien mijlen hoger. Daar kijken we heel erg tegenop. Dat was heel erg spannend.

Onderzoekers zitten vaak met zo'n neutrale houding en alles wordt netjes genoteerd, zo van 'oh ja, oké'. Er komt totaal geen emotionele feedback op dat moment en dat mis ik heel erg in zo'n interview.

Uit de gesprekken bleek dat de verwachtingen van en ervaringen met de calamiteitencommissie zeer uiteenlopend zijn. De een verwacht emotionele opvang, de ander vooral neutraal luisteren. Statusverschillen tussen commissieleden en zorgwerkers die worden betrokken bij het onderzoek zijn soms groot, hetgeen een open gesprek kan belemmeren. Door in een afsluitende bijeenkomst de resultaten te delen en te verdiepen met alle deelnemers die aan de gesprekken hadden deelgenomen, kwamen er verschillende suggesties voor verbetering naar voren. Er werd geconstateerd dat een calamiteitencommissie zakelijk mag en moet zijn, maar dat er dan *peer support* elders geregeld moet worden binnen het team. Ook werd aangegeven dat meer aandacht voor de communicatie over de vorm en inhoud van de gesprekken kan helpen om er niet bij voorbaat angstig voor te zijn. Als aandachtspunt voor de gesprekken zelf werd aangegeven dat het bijdraagt aan de openheid als het gaat om het helder krijgen van feiten, besluiten en overwegingen, zonder dat het gesprek eenzijdig over regels en normen gaat. Deelnemers gaven verder aan dat het van belang is om de samenstelling, rolverdeling en vereiste vaardigheden van de calamiteitencommissie te herijken. Door de open gesprekken werd zodoende de betrokkenheid van medewerkers bij het proces van het calamiteitenonderzoek vergroot, en werden concrete voorstellen voor verbetering

geformuleerd. Voorstellen die ook mee worden genomen in het verder ontwikkelen van het beleid rond calamiteitenonderzoek binnen de organisatie.

Het experimenteren met nieuwe interventies

Behalve het omvormen van bestaande structuren en interventies hebben een aantal proeftuinen ook nieuwe instrumenten ingevoerd om een rechtvaardige cultuur te bevorderen. In deze paragraaf bespreken we drie van deze instrumenten: video-reflexiviteit bij de nabespreking van operaties, het veiligheidscafé, en een training voor het herkennen en bespreekbaar maken van seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Video-reflexiviteit

In één van de proeftuinen worden bij de neonatologie en neurochirurgie ingrepen gefilmd. Doel van het filmen is samen te kunnen leren van het verloop van een ingreep. Deze beelden worden ook met (ouders van patiënten) en mantelzorgers gedeeld. Bij de neurochirurgie wordt de opname gebruikt om achteraf te kunnen laten zien wat er is gebeurd, ook als het is misgegaan:

Als ik een complicatie heb dan wil ik met de patiënt praten over mijn emoties net zo hard als die patiënt wil praten over zijn emoties. Wij zitten er allebei mee. Ik kan de patiënten de video laten zien op de poli en uitleggen wat er misgegaan is.... het is heel transparant geworden en we staan naast elkaar. Er is een afspraak van ik doe dit bij jou, ik opereer jouw hersenen en ik ga mijn best doen, helemaal beloven dat het goed gaat kan ik niet maar meestal gaat het goed. Dan hebben we het gedaan en dan zeg ik zo is het gegaan en dat is niet helemaal gelukt (...) daar kan ik ook niks aan doen ik ben ook maar een mens. (...) In plaats van wat je vroeger deed dat je het als dokter negeerde of wegstopte en nu mag je gewoon een mens zijn dus je mag ook zeggen van ik vind het vreselijk en dit had niet zo mogen gaan. (...). Dat kan nog steeds een calamiteit zijn en dat kan nog steeds gemeld worden.

In deze proeftuin kwam het nauw betrekken van de patiënt vaker naar voren, juist ook in situaties die niet goed waren afgelopen. De patiënt of nabestaanden worden onderdeel gemaakt van de evaluatie. Niet alleen kort na de gebeurtenis of als formaliteit, maar ook gedurende het traject daarna. Het betrokken houden van de patiënt geeft bovendien de mogelijkheid samen een situatie te verwerken, zoals de arts in de bovenstaande quote laat zien. Het weerspiegelt een wederkerige relatie die door respondenten in deze proeftuin als onderliggend aan een rechtvaardige cultuur werd beschouwd. Dat neemt niet weg dat er ook discussie was over het omgaan met privacygevoelige informatie en mogelijke consequenties als dergelijke opnames buiten het ziekenhuis worden gebruikt en bijvoorbeeld in handen van de media vallen. Dan wordt het volgens respondenten lastiger (zo niet onmogelijk) om de discussie nog te sturen en de gelaagdheid van hetgeen gebeurd is te bespreken.

Het veiligheidscafé

Een ander initiatief—dat al langer liep binnen één van de deelnemende GGz-instellingen—is het veiligheidscafé. In het veiligheidscafé wordt met elkaar een omgeving gecreëerd waar in alle openheid met elkaar gesproken kan worden over fouten en over hoe de zorg kan verbeteren, met veiligheid als uitgangspunt. Dit doet men door een café-setting te faciliteren, met hapjes, drankjes in een informele ruimte samen met medewerkers van binnen en buiten de organisatie (zoals de wijkagent). Tijdens een veiligheidscafé worden filmpjes vertoond en worden persoonlijke ervaringen rondom incidenten met elkaar gedeeld. Met de ingebrachte casuïstiek wordt vervolgens in groepjes aan de slag gegaan, en aan het eind van het veiligheidscafé wordt de casuïstiek plenair teruggekoppeld om de dialoog aan te gaan over overeenkomsten en verschillen.

Maar ook de veiligheidscafés en dergelijke. (...) Op het moment dat iemand dan staat te vertellen van: 'nou ja ik heb dit en dit meegemaakt en ik vind dat heel moeilijk en ik heb er nog steeds moeite mee. Ehm... dan denkt iemand anders die iets heeft meegemaakt van 'oh oké', zij vertelt dat en eigenlijk voel ik dat ook zo en dat heb ik niet durven vertellen'.

De gesprekken bevorderden volgens respondenten openheid over het delen van ervaringen, kwetsbaarheid en gaven tegelijkertijd erkenning en validering van de eigen emoties. Genoemd werd bij voorbeeld dat van oudsher binnen de GGz een mentaliteit heerst van 'agressie hoort erbij' waardoor openheid over de impact van een agressie incident niet wordt gestimuleerd. Door de gesprekken tijdens de veiligheidscafés wordt volgens respondenten de impact en de emotie bespreekbaar gemaakt en gedeeld.

Hoewel de veiligheidscafé's zeer worden gewaardeerd door de aanwezigen, hebben deze cafés volgens respondenten ook een beperkt bereik. Maar een fractie van alle medewerkers komt erop af en een aantal medewerkers lijkt het gevoel te hebben dat de bijeenkomsten niet voor hen bedoeld zijn. Dit maakt het risico dat de interventie alleen mensen bereikt die al geïnteresseerd zijn in het thema en de medewerkers die de reflectie juist goed kunnen gebruiken buiten de boot vallen.

Dialogsessies

Bij de proeftuin waarin gezocht werd naar een passende aanpak voor preventie van seksueel grensoverschrijdend gedrag vanuit een rechtvaardige cultuur zijn verschillende dialogsessies in teams georganiseerd waar medewerkers met elkaar in gesprek gingen over hun ervaringen met seksualiteit en intimiteit in de organisatie. Deelnemers gaven aan dat ze deze sessies als helpend hebben ervaren bij het bespreekbaar maken van lastige onderwerpen als seksualiteit, intimiteit en grenzen daarin.

In de dialogsessies werd volgens de respondenten door de gespreksleiders veel aandacht besteed aan het oefenen met het in elkaar in gesprek gaan: elkaar vragen stellen, doorvragen zonder meteen een oordeel of oplossing aan te dragen.

Ik vind hem (de gespreksleider) daar een kunstenaar in. (...) Dat hij even zei 'wacht even, dit is een belevingsfacet en het gaat niet over waar of niet waar, dat is iemand zijn beleving'. Daarmee stelt hij veilig dat er allerlei mogelijke belevingskanten mogen zijn. En dat geeft dus ruimte om te zeggen wat je vindt. Ja, dat geeft mij heel veel vertrouwen ook, in het voorgesprek merkte ik dat en dat heeft me vertrouwen gegeven in het moment dat ik het gesprek inging.

Ook werd ervaren dat het belangrijk is om de deelnemers aan het gesprek mee te laten denken over de opzet van de dialogsessies en over wie er wel of niet aan deelnemen.

Ik heb gemerkt dat argumenten van betrokken behandelaren echt meegewogen hebben in de vorm waarin het gesprek heeft plaatsgevonden. Dat ging ook niet zonder slag of stoot, dat hoeft ook niet, want dan ben je aan het discussiëren over wat nu verstandig is om te doen. Maar dat als tegenargumenten op een plan gegeven worden, dat ik daar echt in gemerkt heb 'goh, daar ben ik in gehoord'. Dat is eigenlijk, moet ik eventjes goed denken, volgens mij is dat, daar heb ik me echt in gehoord gevoeld, en dat was dus vooraf aan die bijeenkomst.

Tijdens de dialogsessies werden deelnemers zich ervan bewust dat ze eigenlijk nooit spreken over seksualiteit of intimiteit. Ze geven aan dat er meer ruimte zou moeten zijn voor het

bespreken van afstand en nabijheid tussen medewerkers en patiënten en het bespreekbaar maken van gedrag van collega's.

Patiënten hebben er mee te maken maar seksualiteit in het hier en nu bespreken we eigenlijk niet. Dat is beetje gek eigenlijk. Hoe weten patiënten wat goede omgangsvormen zijn in het contact? Hoe ondersteunen wij hen hierbij? Daar zouden we het meer over kunnen hebben.

Ik heb wel eens een gesprek gehad met twee mannen en een vrouw en dan zie ik die man, en dat is dan mijn collega, en dan zie ik die man die vrouw niet in de ogen kijken maar zeg maar een etage lager. Ik voel dan plaatsvervangende schaamte. (...) En ik had ook later tegen die man, heb ik niet gedaan, maar ik had wel tegen hem moeten zeggen 'jongen, schaam je je ogen uit je kop en kijk haar gewoon aan'. Ja, het is lastig, zeker als je het niet gewend bent.

De bewustwording bij medewerkers dat ze eigenlijk niet gewend zijn om (open) met elkaar in gesprek te gaan over dit onderwerp gaf aanleiding tot verschillende initiatieven om dit onderwerp meer op de agenda te zetten in de organisatie. Zo ontstond het idee om het onderwerp seksualiteit en intimiteit op te nemen als onderwerp tijdens de trainingsdag van nieuwe medewerkers; seksualiteit en intimiteit ook te bespreken tijdens intervisiemomenten of moreel beraadssessies en het organiseren van dit soort dialoogsessies in andere teams in de organisatie.

Wat mij betreft zou je eigenlijk zo'n soort gesprek een keer in het jaar moeten hebben bij wijze van spreken om proberen te voorkomen dat dit soort incidenten vaker voorkomen in plaats van achteraf kijken: wat hebben we gemist?

De dialoogsessies droegen dus bij tot het oefenen in open een gesprek te voeren enerzijds, en concrete afspraken over het agenderen van de thematiek van seksualiteit en intimiteit anderzijds.

4.3 Conclusies

In dit hoofdstuk hebben we in eerste instantie de ervaringen van de deelnemende instellingen met een rechtvaardige cultuur besproken. Instellingen geven aan een rechtvaardige cultuur betekenis door te wijzen op openheid naar elkaar over wat er feitelijk gebeurt in de praktijk van de zorg, waarbij zowel fouten als successen kunnen worden genoemd. Daarnaast hechten ze belang aan het vermijden van het aanwijzen van schuldigen bij calamiteiten en aan ruimte laten voor emoties van medewerkers en patiënten en familie. De betrokkenheid van leidinggevendenden (zowel hiërarchisch als inhoudelijk) wordt als zeer belangrijk gezien; zij zouden voorbeeldgedrag moeten vertonen.

In de praktijk blijkt het niet eenvoudig om aan deze elementen van een rechtvaardige cultuur vorm te geven. Dat is vooral omdat zich rond rechtvaardige cultuur een aantal spanningen voordoet. Zo is betrokkenheid van de leidinggevende zowel nodig als soms intimiderend en verhoudt het vermijden van het aanwijzen van schuldigen zich soms slecht met het aanspreken van collega's op hun gedrag. Een rechtvaardige cultuur vereist dan ook *werk* in de zin dat het een actieve inzet van de organisatie vraagt om steeds opnieuw te kijken wat de beste benadering is.

Binnen de deelnemende proeftuinen zijn verschillende initiatieven ontplooid om een rechtvaardige cultuur te bevorderen. Gemeenschappelijk aan de meeste initiatieven ter bevordering van een rechtvaardige cultuur is het faciliteren van gesprek—op zo'n manier dat deelnemers zich niet bedreigd maar eerder gewaardeerd voelen, ook als er zaken mis zijn gelopen. Van een voorgenomen gesprek met de patiënt naar aanleiding van een

calamiteitenrapportage, tot de veiligheidscafé's en het gezamenlijk terugkijken van de beelden van ingrepen op de neonatologie. Dit is niet verrassend omdat in gesprekken uitwisseling over verschillende interpretaties en ervaringen van een gebeurtenis en het herstellen van relaties en vertrouwen mogelijk wordt. Gesprekken bevorderen het inleven in de ander en leveren vaak een genuanceerder en breder begrip op van het voorval doordat het van verschillende invalshoeken bekeken wordt. Dit is kenmerkend voor een restauratieve rechtvaardige cultuur (S. Dekker, 2012), waarin begrip van de verschillende perspectieven en ervaringen voorwaardelijk is voor een passende en proportionele reactie.

Tegelijkertijd geven respondenten ook aan dat het werken aan een rechtvaardige cultuur weerbarstig is en dat je niet zomaar een rechtvaardige cultuur in een organisatie gerealiseerd hebt. De initiatieven bereiken niet alle medewerkers en afdelingen en er wordt aangegeven dat het langzame processen zijn.

Je kunt niet zeggen: nou hebben wij vanaf morgen een lerende cultuur. Het zijn lange en ingewikkelde processen. Maar ik vind, ik ervaar daar wel heel veel ruimte in en ik ervaar ook, en ik niet alleen, dat eh... Achteraf er altijd wel ook nieuwe ruimte ontstaat om daar ook iets van te vinden.

Het is niet zo dat je aangerekend wordt als je er kritisch op bent. Sterker nog, ik heb het gevoel dat dat ook wel heel erg gewaardeerd wordt. Dus ik vind wel dat we daarin heel erg aan het groeien zijn. Maar, ja, nogmaals dat gaat gewoon langzaam. En dat kan denk ik ook niet anders.

Ook zijn er spanningen tussen de interventies waarin openheid en leren voorop staat en bepaalde contexten waarin wel degelijk een oordeel over de zorg wordt verwacht. Dit komt mede voort uit de 'gelaagdheid' van een rechtvaardige cultuur—niet alleen binnen de organisatie maar ook in relatie tot de buitenwereld. We gaan nader in op de rol van de IGJ in volgende hoofdstuk.

5 De rol van de IGJ bij een rechtvaardige cultuur in zorginstellingen

In het vorige hoofdstuk hebben we beschreven welke verwachtingen en ervaringen zorgverleners en medewerkers hebben bij een rechtvaardige cultuur en hoe er binnen de proeftuinen gewerkt is aan een rechtvaardige cultuur. Die analyse richtte zich vooral op de binnenwereld van de zorginstelling. In dit hoofdstuk verkennen we de invloed van de externe context (buitenwereld) op een rechtvaardige cultuur in zorginstellingen (binnenwereld), waarbij we met name ingaan op de rol van de IGJ en inspecteurs. We beginnen het hoofdstuk met de ervaringen in de proeftuinen met het toezicht van de IGJ en de gepercipieerde invloed daarvan op een rechtvaardige cultuur. Belangrijk is om te realiseren dat het hier gaat om indrukken en ervaringen en dat die niet altijd gestoeld zijn op het feitelijke beleid van de IGJ. Respondenten hebben soms een onjuist beeld van wat de IGJ werkelijk doet en beoogt. Hoewel hun beelden misschien niet feitelijk juist zijn is het wel belangrijk om te verkennen wat die beelden en ervaringen vervolgens doen in de praktijk. We laten in dit hoofdstuk zien hoe die indrukken en ervaringen van invloed zijn op wat er binnen de organisatie gebeurt en hoe zorgverleners zich opstellen. Dat doen we enerzijds aan de hand van het calamiteitenonderzoek, en anderzijds breder aan de hand van andere contacten (zoals werkbezoeken, gesprekken) tussen zorginstelling en de IGJ. Ook gaan we in op wat het met medewerkers en organisaties doet dat als zaken over de organisatie in de openbaarheid komen. In het tweede deel van dit hoofdstuk richten we ons op de ervaringen van de IGJ en inspecteurs en beschrijven we hoe zij proberen om te gaan met een rechtvaardige cultuur in de praktijk en welke uitdagingen dit met zich mee brengt.

5.1 De IGJ en externe verantwoording in een rechtvaardige cultuur

De IGJ komt vaak in beeld als het al is misgegaan. Vergelijkbaar met wat we zagen in de proeftuinen over de rol van sommige bestuurders bij het onderzoeken van een calamiteit, wordt ook de IGJ door veel zorgverleners ervaren als een partij die komt oordelen over wat er is gebeurd en wat er fout is gegaan (en gedaan). Los van de vraag of dat een reële of irreële gedachte is, heeft dit invloed op de veiligheid en openheid die werknemers ervaren bij het leren van een calamiteit of incident.

Ik denk dat de IGJ op dit moment toch nog wel een beetje meer als bedreiging gezien wordt. Een organisatie die echt in geval van grote calamiteiten gaat onderzoeken met de waarschuwend vinger.

Dit gaat over het beeld van de IGJ onder zorgverleners. De ervaren dreiging van de IGJ rust vaak meer op indrukken dan op concrete ervaringen met en handelingen van de IGJ. Later in dit hoofdstuk gaan we in op ervaringen van zorginstellingen en zorgverleners met de IGJ en inspecteurs, en de gepercipieerde invloed op een rechtvaardige cultuur. Het is echter belangrijk om te realiseren dat de externe verantwoording die zorgverleners ervaren, een mogelijk intern

leerproces in de binnenwereld in de weg kan staan. De IGJ wordt als een belangrijke partij gezien bij externe verantwoording, maar ook het tuchtrecht en strafrecht spelen hier een rol.

Die inspectie kijkt door een andere bril. Er is nog een tuchtrechter die ergens in je nek hijgt. We hebben het over een just culture, maar hoe open is het als op de achtergrond altijd dat zwaard van Damocles blijft hangen?

Zorgverleners ervaren externe verantwoording als beperkende factor om open te zijn, omdat het gevoel heerst dat die openheid vervolgens in een verantwoordingsprocedure zoals het tuchtrecht tegen hen gebruikt kan worden. Er is het gevoel van dreiging om verantwoordelijk te worden gehouden voor (een aandeel in) een calamiteit. Deze mogelijke externe verantwoording geldt niet alleen voor individuele zorgverleners, maar ook voor zorginstellingen die te maken kunnen krijgen met handhavingsmaatregelen van de IGJ of aansprakelijkheidsclaims.

Wat vooral in het achterhoofd zit, zoals [naam zorginstelling] heeft toen de NIAZ niet werd gehaald. Een dag later stond de inspectie op de stoep en werd het ziekenhuis onder toezicht gesteld. Nou dat kost de organisatie miljoenen euro's om dat allemaal weer op de rit te krijgen... en dan krijg je dus nog een keer zo'n hertoetsing om maar zo te zeggen. Dus er hangt gewoon ontzettend veel van af.

De ervaren invloed van de IGJ hoeft overigens niet altijd negatief te zijn. Zo kan de IGJ volgens respondenten een positieve rol hebben als het gaat om calamiteiten grondig te onderzoeken.

En nou, dan ga je dat helemaal uitzoeken en op een gegeven moment kom je er achter dat het middel in diverse ziekenhuizen al uit de handel is. Je gaat gewoon steeds dieper, dieper, dieper vanwege dat onderzoek. Ik vraag me gewoon af als dat calamiteiten onderzoek er niet zou zijn of je dan ook zo diep zou zijn gegaan?

De IGJ geldt volgens sommige respondenten als belangrijke aanjager om diepgravend onderzoek te doen naar calamiteiten. De eerder beschreven reputatie van de IGJ en mogelijke gevolgen en maatregelen die genomen kunnen worden, zorgen ervoor dat instellingen het calamiteitenonderzoek serieus nemen, dit grondig willen doen en er tijd en middelen voor vrij maken. Die reputatie is dus niet alleen negatief, maar impliceert ook gezag dat leidt tot actie in het veld. Tegelijkertijd geven respondenten aan dat de eisen en vorm van het calamiteitenonderzoek een leer- en verbeterproces vaak in de weg zitten. Hier gaan we in de volgende paragraaf nader op in.

Vorm en procedure bij de afhandeling van een calamiteit

Een veelgenoemde factor die volgens respondenten openheid en daarmee leren frustreert is het strakke tijdschema met harde deadlines voor het onderzoeken en rapporteren van calamiteiten.

De tijdslimiet van 8 weken, maar ook voordat je het dan weer terug krijgt. En de tijd waarbinnen het gemeld moet worden waardoor je dus niet gewoon even rustig, nou relatief rustig, kan nadenken van gaan we dit wel of niet melden of gaan we dit wel of niet onderzoeken.

Het strakke tijdschema zorgt er volgens respondenten voor dat er beperkt ruimte is om goed na te denken over en te reflecteren op een calamiteit, en dat men veelal in de actiemodus schiet om aan de eisen voor het calamiteitenonderzoek te voldoen. Hoewel die reflectie onderdeel hoort te zijn van het onderzoek, wordt dit niet altijd zo ervaren en ontstaat het risico dat het voldoen aan de externe eis van de IGJ de bovenhand krijgt en het leren en verbeteren van een

calamiteit naar de achtergrond verdwijnt. Een bijkomende frustratie van organisaties is daarbij dat de IGJ zich volgens respondenten zelf niet altijd houdt aan de gestelde deadlines. De wederkerigheid van de relatie die wel wordt verwacht wordt daarmee niet altijd ervaren. Daar komt bij dat voor veel respondenten de IGJ een *black box* is.

Niet alleen het strakke tijdschema, maar ook de omvang van de calamiteitenrapportages belemmert volgens respondenten reflectie. Het calamiteitenonderzoek neemt veel tijd in beslag; tijd die volgens respondenten mogelijk beter gebruikt zou kunnen worden om daadwerkelijk aan verbeteringen te werken.

Daar is de disbalans, ik denk ook wel een terecht punt, je moet je concentreren op wat je ervan kunt leren en hoe je dat uitdraagt, maar nu zijn wij zo gigantisch veel werk aan het stoppen in met z'n allen in interviews en vastleggen wat is er nou precies gebeurd...

Bovenstaand voorbeeld laat zien dat ervaren wordt dat het calamiteitenonderzoek uitvoeren iets anders is dan leren en verbeteren. Het schrijven van de rapportage draagt volgens respondenten niet of onvoldoende bij aan het leren van een calamiteit, terwijl hier wel veel energie in gaat zitten.

De genoemde respondent legt daarnaast de nadruk op het belang van alles goed vastleggen voor het calamiteitenonderzoek, iets wat we tijdens ons onderzoek vaker hebben gehoord.

Nou ja dat is toch vrij zakelijk he. We hebben daar een format voor. We hebben dat nog niet zo lang geleden meegemaakt en dat is een vrij zakelijk format waarin vooral gekeken wordt naar feitelijke opsommingen van dingen die aan de orde zijn geweest. (...) En het wordt wel bij mensen ervaren van: oh dus dat de papieren in orde zijn dat vinden ze nog belangrijker dan de zorg die wij in werkelijkheid geleverd hebben. Want dat verhaal wordt uit die stukken bijna geschrapd he. Dat mensen vertellen van: we hebben hier met haar over gesproken, we hebben daar met haar over gesproken, wordt vrij formalistisch taalgebruik gevraagd. "Is er getoetst op.." dus in het team zie je dan wel als de rapportage helemaal klaar is, dat mensen daar ook wel een beetje een kater van hebben.

We zien hier twee belangrijke aspecten. Allereerst leeft bij zorgverleners erg het gevoel dat wat op papier staat belangrijker wordt dan wat er in de zorgpraktijk precies is gebeurd en hoe en waarom er gehandeld is. Die papieren werkelijkheid, waarbij er vooral aandacht is voor feitelijkheden, sluit volgens respondenten onvoldoende aan op de belevingswereld van zorgverleners. Daarnaast speelt de zakelijke formele taal die gehanteerd wordt in de rapportage. Ook die taal sluit niet aan bij de belevingswereld van de betrokkenen, wat maakt dat zorgverleners een afstand voelen tot de calamiteitenrapportage en daar niet altijd positief op terugkijken. Het zakelijke taalgebruik met een nadruk op feitelijkheden vertoont ook een discrepantie met de emotie die betrokkenen vaak voelen bij een calamiteit, zoals we in de eerdere hoofdstukken hebben gezien. Een heftige en emotionele gebeurtenis als een calamiteit wordt hiermee tot een feitelijke weergave gevormd, terwijl volgens de respondenten de beleving van betrokkenen (naast onder meer verbeteringen op procesniveau) belangrijk is voor het leren en verbeteren naar aanleiding van de calamiteit.

Het formalistische karakter van calamiteitenrapportages en verbeterplannen draagt ertoe bij dat respondenten het onderzoek gaan zien als eis in plaats van als een mogelijkheid om de zorg te verbeteren. Hierbij is ook van belang hoe de IGJ omgaat met de calamiteitenrapportages. Het controleren of een rapportage of verbeterplan aan alle gestelde eisen voldoet, kan een defensieve reactie in de hand werken. In sommige gevallen krijgen de zorgorganisaties ook sterk

de indruk dat het calamiteitenrapport uitsluitend is getoetst op de formele vereisten in plaats van de inhoud. Bijvoorbeeld in het geval waarin de familie nadrukkelijk had aangegeven niet betrokken te willen worden bij het onderzoek, dit was opgeschreven, maar er een formele reactie terugkwam dat toch de familie moest worden betrokken.

R1. Misschien moeten we het heel helder uit elkaar [trekken]. Soms is de externe verantwoording belangrijker [...] en soms is dat niet zo, en gaat het vooral om intern formuleren en dat zijn gewoon verschillende analyses.

R2. Maar dan komen we toch op eigenlijk wat [naam] net ook al zei, we hebben het afgelopen jaren meer extern moeten verantwoorden, dus zijn we nu inderdaad dan die lerende organisatie die we zeggen te zijn, en vertrouw ons, terwijl we eigenlijk met elkaar concluderen we hebben vooral die externe verantwoording en al die verbetermaatregelen die laten we rustig liggen. We zijn helemaal niet die lerende organisatie.

Zoals bovenstaande respondenten met elkaar bespreken zijn volgens hen de analyses die horen bij een externe verantwoording anders dan een interne formulering tot verbetering. In dit geval blijven interne verbetermaatregelen liggen omdat de externe verantwoording op de eerste plek komt. Hier speelt het eerder genoemde beeld van de IGJ en angst voor mogelijke maatregelen die zij kan nemen een rol:

En zelfs bij het onderzoek zie je dat er behoorlijk spanning op de lijn zit. Dat zelfs op het moment dat het rapport naar de inspectie gaat dat dan de vakgroep zegt we willen toch nog de laatste versie nog een keer zien. Daar spreekt toch nog zorg en angst uit.

De inhoud en formulering van de calamiteitenrapportage wordt door respondenten in de proeftuinen als erg belangrijk ervaren—wat opnieuw de impact van de papieren werkelijkheid benadrukt—mede door de gevolgen die dit met zich mee kan brengen. Hier speelt ook mee dat het calamiteitenonderzoek onafhankelijk moet zijn. In eerder onderzoek zagen we dat de conclusies en aanbevelingen van onderzoekscommissies soms ver van de realiteit en belevingswereld van zorgverleners komen te staan (Kok et al., 2019). Het is daarbij wederom goed om te benadrukken dat we hier de ervaringen van betrokken zorgverleners schetsen, en dat deze niet per se overeenkomen met de doelstellingen en opvattingen van de IGJ.

Openbaarheid

Een tweede factor die in de ogen van respondenten van invloed is op openheid, en dus op leren, is openbaarheid. Terwijl openheid over een incident of calamiteit binnen het team of de organisatie door respondenten als een essentiële component van een rechtvaardige cultuur wordt gezien, vormt openbaarheid naar en in de buitenwereld volgens respondenten juist een bedreiging ervoor.

Een van de dingen die respondenten als lastig ervaren is dat de documenten bij de IGJ via de Wet openbaarheid van bestuur (WOB) opvraagbaar zijn. Dat leidt tot het beeld dat de documenten openbaar worden als ze naar de IGJ gaan. Daarnaast maakt de IGJ zelf als organisatie steeds meer openbaar, waaronder inspectierapporten. Hoewel calamiteitenrapportages van instellingen nooit actief openbaar worden gemaakt door de IGJ, leeft bij respondenten wel de indruk dat onderzoeken in de openbaarheid kunnen raken. Die (vrees voor) openbaarheid staat op gespannen voet met een veilige omgeving om te leren en bevordert niet een rechtvaardige cultuur, zo geven zij aan.

Ik heb nog wel een ander punt die ik altijd erg lastig vind rondom calamiteiten, is dat doordat er publicatie is en je zit hier in een vrij kleine gemeenschap, je kunt

anonimiseren wat je wil, maar als er iemand overleden is dan weten de gemeentes hieromheen over welk kind het gaat. Dat [...] vind ik ook voor patiënten gewoon echt heel erg belastend.

Een aspect dat volgens respondenten meespeelt bij openbaarheid is eventuele herleidbaarheid naar individuele zorgverleners en/of patiënten. Aangegeven wordt dat, hoewel namen niet worden genoemd in de rapportage, het, vooral voor ingewijden, niet lastig is om na te gaan over wie het gaat. Dit maakt volgens respondenten dat individuele werknemers mogelijk belemmerd worden om open te zijn. Maar ook voor organisaties speelt die openbaarheid mee, onder meer als het gaat om reputatieschade. Een belangrijke rol lijkt hier weggelegd voor de media en, in mindere mate, de politiek, zo komt in de interviews met respondenten in de proeftuinen naar voren. Hoewel de insteek kan zijn om te leren en te verbeteren, leeft volgens hen in de buitenwereld toch vaak behoefte om met de vinger te wijzen naar verantwoordelijken, helemaal in ernstige situaties zoals een calamiteit. In de openbaarheid kijken en oordelen mensen mee, waarbij er niet altijd plek is voor nuance en oog voor de context waarin een calamiteit heeft plaatsgevonden.

Ik denk het wel, als wij ons een middag opsluiten in een hok, dan zou er zomaar meer uitkomen wat niet op papier komt te staan en wat niet naar het AD gaat en we zouden er nog meer van leren ook.

Die gevoelde dreiging van openbaarheid leidt er dus soms toe dat openheid en leren verstoord worden, waarbij wat er op papier komt wederom als belangrijk wordt gezien. Het gaat dan meer om het indekken tegen eventuele negatieve gevolgen van een rapportage, dan dat het leren en verbeteren voorop staat. Zoals bovenstaande respondent aangeeft, is het in de perceptie van zorgorganisaties misschien wel beter om met elkaar te gaan zitten en te praten en reflecteren zonder dat dat op papier komt.

En als je het vergelijkt met tien jaar terug dan gaat het daar over. Straks hang ik, dat zijn ook de kreten: dek je in, bel een wachtarts. Dek je in bel een wachtarts, je belt een wachtarts om te vertellen hoe het er voor staat met de patiënt. Nee dek je maar vast in. (...) Dat zijn de kreten die we ook onder elkaar al hebben: 'wachtarts gebeld?', ok dan zijn we ingedekt.

Naast de openbaarheid van calamiteiten in de media is er nog een ander aspect van openbaarheid dat een rol speelt bij een rechtvaardige cultuur, namelijk op het moment dat een calamiteit leidt tot een strafrechtszaak. Naast de openbaarheid speelt dan ook de juridisering een rol. De insteek van een strafrechtszaak is namelijk een andere dat het leren en verbeteren van een calamiteit. Het gaat er hier sec om of iemand verantwoordelijk gehouden kan worden voor de calamiteit. De focus op de schuldvraag, hoe terecht die ook kan zijn vanuit juridisch perspectief, botst volgens respondenten met de uitgangspunten van een rechtvaardige cultuur.

Dat was eigenlijk in dezelfde situatie als waar die verhoren van de politie ook waren. Dus dan komt dat daar nog eens extra bij. Voor diegene die allemaal bij die situatie betrokken waren is dat heel zwaar geweest... ze werden steeds maar opgeroepen voor eerst gewoon een bespreking in het team en ja goed daar was iedereen bij, daarna moesten ze twee keer bij de politie komen, twee keer bij de inspectie komen en dat voelde steeds als ja dan moet ik me weer gaan verantwoorden, moet ik weer mijn verhaal doen, word ik weer op alle puntjes...

Hoewel de insteek mogelijk anders is bij gesprekken met de politie, de IGJ en interne besprekingen, ontstaat er volgens bovenstaande respondent al snel het gevoel van je telkens opnieuw moeten verantwoorden. Het leer- en verbeterproces wordt hiermee geparkeerd.

Daarbij komt ook dat het soms gevolgen heeft voor hoe je binnen de organisatie over de calamiteit kan spreken. Zo kan tijdens een strafproces niet zomaar alle informatie gedeeld worden met zorgverleners binnen de organisatie bleek uit een van de proeftuinen.

Een rechtvaardige cultuur vergt continu werk en onderhoud van relaties

Bovenstaande rol van de IGJ beperkt zich tot de contacten en procedures rondom calamiteiten. Dit komt slechts een beperkt aantal keer per jaar voor, terwijl er tussen IGJ en zorginstelling meer contacten zijn waarbij de focus anders is. Bij een calamiteit is er iets ernstigs gebeurd. Uit de interviews komt naar voren dat er dan een andere dynamiek lijkt te ontstaan dan bij reguliere werkbezoeken of gesprekken. Juist bij deze algemene werkbezoeken of inspecties, als er niet per se iets mis is, is er volgens respondenten de mogelijkheid om met elkaar zonder aanwezige emotie in gesprek te gaan en openheid en mogelijkheden tot leren te creëren. Door respondenten wordt de behoefte aan het gesprek benadrukt, en ziet men de toegevoegde waarde van de IGJ.

Er is laatst nog een inspectie bezoek aan de High & Intensive Care (HIC) geweest. Ik vind het belangrijk dat ook een inspectie niet alleen bij calamiteiten komt opdagen, maar juist ook zich gevoed voelt over hoe de dingen lopen, periodiek ook kan scannen. En dat hebben we op de HIC nu gehad en dat is wel heel waardevol gebleken. En dan kom je soms ook nog tot de ontdekking van 'hé dit zijn nog nieuwe inzichten die wij zelf ook niet op het vizier hebben'.

Veel respondenten zijn dan ook positief over bezoeken van de inspecteur, niet alleen omdat dit vaak nieuwe inzichten oplevert maar ook omdat het in een prettige sfeer gebeurt.

Twee dingen daarover. 1. Ik denk dat dat heel erg goed is om jezelf scherp te houden. 2. Sommige dingen ja, die verwateren, hoe je het ook doet, dan toch. Als het al gebeurt en onaangekondigd is voor (...), doen ze dat altijd wel op een prettige manier. Zijn ook niet alleen maar met een lijstje bezig maar ook nieuwsgierig naar de achtergrond waarom iets wel of iets niet is. Het is echt diepgaand moet ik zeggen. En dat mag wel iets meer, maar dat gebeurt wel, als ze dan iets constateren he, van een afwijking, stellen ze je ruim in de gelegenheid van: oké, maak een verbeterplan, toets op het verbeterplan.

Instellingen ervaren daarbij dat ze ook vertrouwen krijgen van de IGJ om verbeteringen door te voeren.

Ik vind dat de inspectie ons in ieder geval een goed vertrouwen geeft. Dat meen ik echt. Ik, wij... de onderzoeken die wij doen, krijgen we keurig op terug gerefleeteerd en ik vind dat ze ook terechte opmerkingen maken. Ik vind zo'n signaleringsplan, maar goed dan kom je... dan denk ik ja jongens het is zo. Er moet een signaleringsplan zijn. Ik vind dat ook belangrijk dat het er is.

Het helpt daarbij bovendien als de IGJ instellingen en professionals betreft bij het ontwikkelen van veldnormen; niet alleen omdat zij zich dan meer committeren aan de vastgestelde normen maar ook omdat ze daarmee meer zicht krijgen op de afwegingen die de inspectie maakt.

Om rondom, nou bijvoorbeeld de transitie naar de gemeentes, hoe loopt dat nu in die FACT teams eh... Eigenlijk dat de inspectie werkbezoeken in het werkveld aflegt om voor zichzelf een beeld te vormen. Dat is één. En het tweede is dat wij meer en meer betrokken worden bij het ontwikkelen van veldnormen bij het toetsingskader. Zijn we ook betrokken geweest rondom nou, GGZ in de wijk he. Hebben wij ook eh... nog wel eens ooit aan meegedaan. Dus dan merk je ook dat de inspectie met het toetsingskader ook de betrokkenheid van het veld meer

betreft. Dat gaat ook 1 om elkaar te begrijpen en 2 om ook de inspectie beter te leren kennen. Twee kanten op.

Uit deze voorbeelden blijkt dat respondenten de ervaringen met en aandacht van de IGJ tijdens 'algemene' bezoeken of gesprekken positief waarderen. Daarbij komen diverse aspecten van een rechtvaardige cultuur naar voren: openheid, gerichtheid op leren en verbeteren, aandacht voor wat goed gaat, onderling vertrouwen, betrekken van instellingen en professionals. Toch blijven sommige zorgverleners argwanend als de inspectie op bezoek komt:

Zo zie ik ook de inspectie. Als de inspectie in het ziekenhuis komt, dan is er ergens wat aan de hand. Die komen niet zomaar langs. Weet je wel, op die manier. Politie komt ook niet bij jou aan de deur gezellig een bakkie koffie doen. Dan is er ook wat aan de hand. Wel zo zie ik het een beetje.

Uit de gesprekken met respondenten in de proeftuinen blijkt dat een rechtvaardige cultuur sterk leunt op vertrouwen in elkaar. Net als bij een intern calamiteitenonderzoek, betekent dit dat het gevoel dat werknemers hebben bij de inspectie en individuele inspecteurs in de bejegening belangrijk is voor het ervaren van een rechtvaardige cultuur. Dat gevoel bij de inspectie wordt beïnvloed door de procedures en correspondentie van de IGJ.

Je wacht op een soort rapportcijfer van een of ander schoolmeester, zo voelt dat altijd. Terwijl je veel meer de dialoog aan tafel zou willen, wat leren we hier nou van? Dat de IGJ op die manier het gevoel krijgt bij het lerend vermogen van een organisatie vanuit hun toezichthoudende rol, en niet via brieven met kenmerknummers en dan zijn we het er niet mee eens en dan schrijf je weer een brief terug.

De IGJ wordt, zoals we eerder beschreven, door sommige respondenten gezien als een instantie aan wie je verantwoording aflegt en die je toetst, en die daarbij een zakelijke en afstandelijke taal hanteert. Dit terwijl zorginstellingen juist in dialoog willen. Uitleg over procedures en de positie van de IGJ wordt door respondenten als zeer positief ervaren en bevorderend voor een rechtvaardige cultuur.

Twee medewerkers van de IGJ zijn in de staf geweest en hebben ook aangegeven wat hun werkwijze is en hoe ze bijv. tegen ons ziekenhuis aankijken. En dat is ook nogal verhelderend. Wij denken dat is een heel vervelend instituut en die ons achter de [broek aanzitten], maar dat valt ook reuze mee. Dan krijgen ze wel in een keer een gezicht die mensen, in plaats van hele strenge briefjes, dat helpt ook.

Respondenten geven ook aan verschillen te merken in bejegening tussen inspecteurs, iets wat we in eerder onderzoek ook naar voren zien komen.

Het verschilt ook wel een beetje qua inspecteur. Het gaat over toezicht, er zijn inspecteurs die zich nog prima kunnen voorstellen waarom dingen mis gaan, en daar nog steeds wel over schrijven dat het beter moet, en er zijn inspecteurs die bij voorbaat al een gevoel kan geven als het niet deugt. Ja dan wordt het natuurlijk wel lastig.

De onbekendheid met de IGJ heeft ook soms het effect dat professionals denken dat iets 'moet van de inspectie' terwijl het feitelijk om interne regels gaat. In het kader van de discussie over (ont)regeling is dit een bekende bevinding (van de Bovenkamp, Stoopendaal, van Bochove, Hoogendijk, & Bal, 2018), die we ook in de proeftuinen tegenkomen.

O ja van die minutenregistratie, van verpleegkundigen hoeven niet meer ieder kwartier te registreren wat iemand doet. Dan denk ik ja, dat is fijn maar de notitie is nog niet aangepast dus het gaat me dan te ver om aan de hand van een column tegen mijn team te zeggen van "nou jongens registreer maar niet meer om de vijftien minuten." Maar vorige week werd wel bevestigd door de inspectie van "ja, wij zijn het toetsende orgaan daarop en wij verlangen dat inderdaad niet dat dat ieder kwartier, mits er maar een begeleidingsplan is en minimaal 1 specifieke rapportage per dienst." Dan denk ik oké, met daar, als er drie inspecteurs hier binnen zijn en die bevestigen dat en het wordt opgenomen met de toezegging dat het wordt aangepast in de notitie.

Soms blijken de reputatie die de IGJ heeft bij zorgverleners en de vrees die daarmee gepaard gaat, achteraf gezien onterecht en geven zorgverleners zelf aan dat het allemaal wel mee valt. Uit de gesprekken met respondenten blijkt dat de opstelling van inspecteurs tijdens bezoeken van invloed is op hoe men het contact ervaart en kan bijdragen tot begrip. In deze interacties in de praktijk kan worden gewerkt aan de relatie tussen zorgverleners en zorginstelling enerzijds, en inspecteurs en inspectie anderzijds. Juist die relatie blijkt van belang als het gaat om het creëren van vertrouwen en een veilige omgeving waarbij open over incidenten en medisch handelen in bredere zin kan worden gepraat. Dit belang van (werken aan) de relatie tussen zorginstelling en de IGJ is ook een centraal thema als het gaat om de vraag hoe inspecteurs in de praktijk proberen om te gaan en bij te dragen aan een rechtvaardige cultuur in het veld. Daar gaan we hieronder verder op in.

5.2 Ervaringen van inspecteurs met een rechtvaardige cultuur in zorginstellingen

In gesprekken met inspecteurs over een rechtvaardige cultuur binnen zorginstellingen geven zij aan dat de rol van de IGJ volgens hen vooral een stimulerende is. Het ontwikkelen van een rechtvaardige cultuur is vooral iets dat instellingen zelf moeten doen. De IGJ kan daarin wel een agenderende functie hebben. Zo heeft de IGJ met de leidraad meldingen al een rol gespeeld in het agenderen van het betrekken van patiënten en/of nabestaanden in het onderzoek. Ook *peer support* is actief door de inspectie gestimuleerd.

De rol van IGJ is een beetje een terughoudende. We vinden het een belangrijk thema. Het is het veld dat moet ontwikkelen. En ja, we zitten meer in de stimulerende meedenk houding, maar stellen we onszelf ook kwetsbaar erin op. En ik denk dat daar ook de meerwaarde in zit.

Ik denk dat wij kunnen bevorderen misschien, ruimte kunnen bieden. Sturen op just culture denk ik dat niet kan. Maar dat is, want dat vragen die harde indicatoren, sturen is aan het stuur zitten. Het is meer; stimuleren, agenderen, bevorderen.

Inspecteurs benadrukken dat zorginstellingen en IGJ een gezamenlijk doel hebben, namelijk het werken aan kwaliteit van zorg. Ieder doet dat vanuit een eigen perspectief.

Dat we hetzelfde doel hebben, goede patiëntenzorg. Dat we ieder vanuit andere invalshoek aan die tafel zitten. Als we het daarover hebben. Maar dat we wel hetzelfde doel voor ogen hebben. En dat je het alleen maar samen kunt bereiken. En dat het niet gericht is op de persoon die tegenover mij zit, de vragen over het persoonlijk handelen van goh heb jij het nou wel heel erg goed gedaan.

Ik probeer zo de-escalerend mogelijk te zijn. Dus ik ga vertellen wat we doen, wat daaruit, wat het gevolg is en dat we kijken naar goede zorg, dat we allemaal

hetzelfde doel hebben alleen een andere aanliegroute. En dat het niet de bedoeling is om mensen hun kop eraf te slaan maar dat we wel kijken van wat kunnen we doen om de situatie te keren.

Uiteindelijk heeft de IGJ tot doel om de kwaliteit van de patiëntenzorg te bewaken. Dat is haar kerntaak. Tegelijkertijd zijn de IGJ als instituut en individuele inspecteurs er op uit om zorg te verbeteren. Dat wil in de eerste plaats zeggen dat activiteiten van de IGJ er op gericht moeten zijn dat instellingen zelf verantwoordelijkheid nemen voor de kwaliteit van zorg. Ten tweede betekent het dat instellingen van fouten moeten kunnen leren. De geïnterviewde inspecteurs weten dat zorg complex is en dat fouten soms in een klein hoekje zitten. Het incidententoezicht is er dan ook op gericht dat instellingen leren van hun fouten. Inspecteurs geven aan, net als calamiteitenonderzoekers hier soms mee te worstelen.

Daaronder begin je dan met wat er allemaal is misgegaan. Dus dat lijkt ook wel, van hoe schrijf je dat dan, zeker in conclusies, waar je het naast de norm legt. Hoe schrijf je het dan goed op? Zodat je niet eerst iemand aait en dan hè. Dat is voor ons, tenminste ik vind dat voor ons soms wel ingewikkeld. In ieder geval zet ik die dingen ook altijd in het rapport maar als het gaat om conclusies waarin je het dus spiegelt aan de norm. Wel in de weging neem je het mee van het risico, maar ook dan is het best ingewikkeld.

Maar tegelijkertijd zijn er ook professionele normen waar zorgverleners zich aan dienen te houden. Niet aanspreken op individuele verantwoordelijkheid is volgens respondenten dan ook lastiger in het geval een calamiteit het persoonlijk handelen van een zorgverlener betreft. In sommige gevallen ligt daar zelfs een wettelijke opdracht, zoals gevallen van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Tijdens het onderzoek is men dan eerlijk dat een gesprek niet vertrouwelijk is en er een gespreksverslag wordt gemaakt dat eventueel ook kan dienen als input voor een tuchtzaak.

Alle gesprekken, daar maken we een gespreksverslag van en dat komt uiteindelijk in het rapport terecht wat iemand ook krijgt. En de tuchtklacht is gebaseerd op dat rapport. Dus het is helemaal bekend wat wij daarin zullen brengen.

Het gaat hierbij dus ook om vertrouwen te kweken door open te zijn over procedures, zonder dat misschien altijd een veilige omgeving geboden kan worden. Die procedurele rechtvaardigheid—en helderheid—zien inspecteurs ook als onderdeel van een rechtvaardige cultuur, waarbij de belangen van individuele cliënten voorop moeten staan. Inspecteurs merken ook dat die openheid en transparantie over procedures van hun kant, bijdraagt aan begrip en vertrouwen.

Feit is dat de IGJ sanctionerend kan optreden, iets waarvan we in de proeftuinen hebben gezien dat dit op gespannen voet kan staan met het bevorderen van een rechtvaardige cultuur binnen instellingen. De rol van de IGJ is ingegeven door wetgeving en daaruit komen sanctionerende maatregelen voort. Dat maakt het volgens inspecteurs lastig vanuit IGJ, want er ontstaan spanningen tussen de ruimte die een inspecteur bij een instelling soms wil geven en de beleidsregels die bepaalde sancties voorschrijven, zoals een boete. Dat speelt vooral als een inspecteur echt geïnvesteerd heeft in de relatie met een instelling om ervoor te zorgen dat die instelling ook echt de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid neemt.

Ik ben contactpersoon van deze instelling. Ik heb een heel traject met ze gelopen, ze zijn lerend geweest. Ik kan het niet maken om aan het einde van dit traject met een boete te gaan zwaaien als ze zelf iets aan hebben gedragen. Ik

vind dat in de samenwerkingsrelatie, die natuurlijk wel een aparte samenwerkingsrelatie is, niet goed.

Bovenstaand voorbeeld laat ook het verschil zien tussen de directe relatie tussen inspecteur en contactpersoon, en tussen de IGJ als organisatie en de zorginstelling. Individuele inspecteurs zijn soms bezig om ruimte te geven omdat ze aanvoelen dat die ruimte bijdraagt aan het leren binnen de zorginstelling. Om tot een juiste afweging te komen van het vervolg (bijv. maatregelen) wordt de casus binnen de IGJ besproken. Er zijn dan soms andere perspectieven op wat moet gebeuren bij de direct betrokken inspecteur en de inspecteurs, leidinggevenden of de juridische afdeling die verder op afstand staan. Dit maakt het lastig, want voor een zorginstelling en bestuurder lijkt het alsof er veel ruimte is en aan het eind van de rit krijg je wel als zorginstelling de deksel op de neus, zo wordt door respondenten in de proeftuinen ervaren. In dit geval lijkt de inspecteur oog te hebben voor een rechtvaardige cultuur binnen de instelling om een lerende organisatie verder te helpen en is deze zich ervan bewust dat het vertrouwen in de relatie breekbaar is. Er ontstaat vervolgens een dilemma tussen wat het beste lijkt voor de zorg en de wetgeving. Het voorbeeld benadrukt daarmee ook dat sommige wetgeving, zoals de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), niet altijd goed aansluit bij het bevorderen van een rechtvaardige cultuur binnen zorginstellingen. Voor de IGJ is het vervolgens de vraag hoe je hiermee omgaat.

Het hierboven gegeven voorbeeld laat ook zien dat het voor een rechtvaardige cultuur in zorginstellingen van belang is om als inspecteur oog te hebben voor de context van een organisatie, waarbij je kan inschatten wat een organisatie nodig heeft om vooruit te komen. Dit zagen we ook in het onderzoek naar 'soft signals' en naar het incidententoezicht waar de 'pedagogiek' van de inspectie er op gericht is om instellingen te laten leren, maar het daarvoor noodzakelijk is om de mate waarin een instelling daarvoor open staat te beoordelen (Kok, Leistikow, & Bal, 2019b; Wallenburg et al., 2019). Een inspecteur geeft aan dat voorwaarde voor het geven van ruimte aan een zorginstelling is dat de instelling in staat is om die ruimte te pakken en capabel is om een leer- en verbeterproces te starten.

Je ziet dingen toch heel erg misgaan en dan is de wil om het goed te doen enorm aanwezig. Maar dan kunnen ze het soms niet en dan moet je ook de ander eens aanspreken op het lerend vermogen en dan ontstaat wel eens dat ze een externe adviseur in dienst moeten nemen.

Is dat niet het geval, dan is, aldus deze inspecteur, het mogelijk nodig om strak op handhaving te zitten, bijvoorbeeld door te sturen op externe ondersteuning omdat het de organisatie zelf niet lukt. Dit laat zien dat er geen eenduidige manier is om als inspecteur en IGJ te sturen op leren en verbeteren binnen zorginstellingen, maar dat het expertise en kennis van inspecteurs nodig heeft om te herkennen of en op welke manier hierop gestuurd kan worden. Het vraagt een situationele aanpak met oog voor context. Zogeheten 'soft signals' spelen een hierin een belangrijke rol; het gaat daarbij om de subtiele signalen die inspecteurs opvangen in gesprek met bestuurders of professionals binnen een instelling of die ze opvangen uit meldingen of berichten op social media, bijvoorbeeld aangaande een conflict binnen de medische staf (Wallenburg et al., 2019). Inspecteurs noemen de ontwikkelingsfase van een organisatie als belangrijke factor bij de afweging om met het oog op een rechtvaardige cultuur ruimte te laten aan een instelling. Soms kan het zin hebben om juist vanuit gezag als inspectie hard op de tafel te slaan, bijvoorbeeld bij zorginstellingen of zorgverleners die niet kunnen of bewust niet willen. De vraag is dan hoe en hoe lang je ruimte geeft:

En dan bedoel je beide kanten, ik geef ze nog een kans om te ontwikkelen of ik moet gaan sanctioneren. Die gesprekken worden dan echt in teamverband gehouden en dat is soms lastig omdat je denkt nou we geven ze nog een kans om te zien dat er ontwikkeling kan komen. Laten we ze nog 6 maanden geven en na 6 maanden denk je ja maar nu moet er wel een aanwijzing komen.... Dan krijg je soms voor de voeten, van 'ja, maar waarom heb je dat dan 6 maanden afgewacht?'

Het is voor inspecteurs een uitdaging de balans te vinden tussen ruimte geven en er strak op zitten. Die balans wordt binnen het team gezocht om in te schatten wat de meest effectieve aanpak zal zijn. Maar dat betekent ook dat je het wel eens fout kan hebben, bijvoorbeeld door een verkeerde inschatting over het verbeterpotentieel van een organisatie. Dit maakt het voor de IGJ lastig omdat je hiermee ook ingaat tegen een bepaalde verwachting die publiek en politiek hebben over adequaat en tijdig ingrijpen, zo geven inspecteurs aan.

Hoe kan de IGJ inschatten in hoeverre er sprake is van een rechtvaardige cultuur binnen een zorginstelling? Sommige inspecteurs geven aan dat er instrumentarium beschikbaar is om een gevoel te krijgen hiervoor. Het gaat dan om het Afwegingskader Vertrouwen en het Toetsingskader Goed bestuur, waarbij openheid, transparantie en vertrouwen belangrijke componenten zijn. Tegelijkertijd realiseren inspecteurs zich ook dat een rechtvaardige cultuur niet af te vinken is en dat het ook gaat om het gevoel dat je als inspecteur hebt en het vertrouwen dat je voelt dat een instelling een verbeterslag kan maken.

Ja dat fingerspitzengefühl. En het is vaak zoals je op die bestuurlijke niveaus zit dan moet je verstand van zaken hebben dat je de juiste vragen stelt en daar ontstaat een beeld uit. Als dat beeld niet goed is dan moet je eens even gaan kijken naar inderdaad bepaalde indicatoren gaan kijken van ja klopt het allemaal wel.

We hebben er inderdaad een aantal [instellingen] gesloten en daarin speelt voor een deel toch mee dat je de, wat ik in het begin zei ik noem het maar even onderbuikgevoel maar dat heeft toch te maken ook wel een beetje met dat vertrouwen principe. Heb je er vertrouwen in. Laat deze bestuurder of verantwoordelijke zien dat die een ontwikkelslag wil maken maar ook dat hij het kán maken. Dat zijn eigenlijk een aantal softe signalen die je dan wel met elkaar bespreekt waarvan je zegt nou we gaan het eerst, in ieder geval de ruimte geven want we hebben er vertrouwen in dat dit kan oppakken. Hoop en vertrouwen, laat ik het dan zo maar zeggen. Dus dat doe je deels op een aantal van die wat softere signalen.

De hoop en het vertrouwen waarover deze inspecteur spreekt zijn geen harde indicatoren, maar vergen ervaring en inschatting van de betreffende inspecteur, met daarnaast—zoals we eerder zagen—overleg en afstemming binnen het team. Dit vraagt meer van een inspecteur dan het afvinken van een lijst met harde indicatoren.

Dit roept dan de vraag op welke competenties inspecteurs nodig hebben bij het bevorderen van een rechtvaardige cultuur. Tijdens de interviews en focusgroepen met inspecteurs gaven inspecteurs aan het lastig te vinden om hier antwoord op te geven. Zij hebben eerst behoefte aan een duidelijker beeld of visie van wat een rechtvaardige cultuur, ook voor de IGJ in relatie tot het zorgveld, precies inhoudt. Toch werden er enkele competenties en vaardigheden aangedragen. Een vaardigheid die door inspecteurs wordt genoemd is het leren vragen stellen in plaats van het vellen van een oordeel.

En de enige manier waar je zelf alert op kunt zijn om dat niet meteen in werking te laten treden, die vooringenomenheid, is te leren vragen te stellen in plaats van opmerkingen te maken. En wat ik hiermee bedoel is alsof je een coach bent en iemand komt met een probleem naar je toe en dat je dan niet gaat vertellen wat jij allemaal bedenkt en doet, maar dat je door vragen te stellen de ander dat traject laat lopen. En dat werkt beter ook denk ik op termijn. Terwijl als wij op bezoek gaan hebben we heel gauw de neiging om dat te doen aan de hand van een stuk en dat hebben we allemaal zo voorbereid en dan willen we dat en dat en dat weten. Terwijl misschien het veel interessanter is om te kijken wat met al dat voormateriaal, die partner van jou en de gesprekspartner tegenover jou heeft gedaan. En dat moet je leren, maar dat maakt je heel kwetsbaar. Je moet dan durven vragen, dingen uitleggen waarom je dat vraagt zal ik maar zeggen.

Het stellen van vragen impliceert volgens inspecteurs een andere opstelling dan een controlerende houding tijdens een inspectiebezoek. Tegelijkertijd is het ook niet zo dat je als inspecteur dan alleen maar als coach en gesprekspartner optreedt.

Het is wel grappig dat wij ook een rol krijgen toegedicht afhankelijk van de situatie. Dus op het ene moment is het fijn als je gesprekspartner bent en op het andere moment heeft een organisatie je nodig als boeman, als breekijzer, om urgentie aan te brengen.

Bovenstaande inspecteur benadrukt de twee rollen die je kunt aannemen, en het belang van het vinden van een balans tussen het geven van ruimte en het er strak op zitten. Voor de inspecteur betekent dit vervolgens dat je beide moet kunnen, en moet aanvoelen wanneer welke aanpak nodig is. Naast die individuele vaardigheden, geven sommige inspecteurs die we spraken aan dat het dan ook belangrijk dat de beschikbare instrumentaria, zoals het calamiteitenonderzoek hierbij moet passen. Inspecteurs constateren dat vanuit de theorie over een rechtvaardige cultuur andere feiten relevant worden.

Ja, kijk, in het huidige onderzoek (..) daar gaat het heel erg om: wat zijn nou de feiten? En de waaromvraag. En is die waaromvraag uitputtend gesteld? Terwijl just culture, ja, je benadert het probleem op een andere manier, daar komen dus ook andere feiten komen (..) naar boven. Zoals ik net al aangaf, ja, het kan best zijn dat als je vanuit just culture onderzoek gaat doen naar 'Wat is hier nou gebeurd?', dat bijvoorbeeld het moment waarop iemand verliefd wordt, dat dat zeg maar als een feit in zo'n relaas terecht komt (..), terwijl dat dat in de huidige onderzoeken, ja, dat doet er eigenlijk niet ter zake. We moeten vooral vaststellen wat er is gebeurd. En niet wat de gedachte was op welk moment.

Dit geldt ook voor de toetsingskaders en andere instrumenten.

Ik denk ook dat als wij vanuit ons optreden een just culture in ons DNA willen krijgen, dat wij systemen waarmee wij werken of de formulieren waarmee wij werken en de vragen die wij altijd stellen, eens goed onder de loep moeten leggen of die just culture-proof zijn en gericht zijn op het leren en het voorkomen in de toekomst.

We zagen daar in eerder onderzoek over de toetsingskaders van IGJ al mooie voorbeelden van uit de ouderenzorg—waarbij met een waarderende manier van toezicht houden en een meer open toetsingskader—de mogelijkheid wordt geboden aan een instelling om nuance aan te brengen en meerdere perspectieven te belichten, en tevens, waar nodig, de mogelijkheid bestaat er kort op te zitten (Weenink, Wallenburg, & Bal, 2019).

Naast de uitdagingen op organisatie en individueel niveau, heeft ook de IGJ te maken met een externe context, die volgens inspecteurs niet altijd oog heeft voor nuance en verantwoordelijken wil aanwijzen en deze ter verantwoording wil roepen (bijv. in de media). Dit brengt spanningen met zich mee voor de IGJ, want het geven van ruimte zal soms ook gepaard gaan met er een keer naast zitten zo geven inspecteurs aan. Tijdens onze gesprekken met inspecteurs werd door hen geconstateerd dat druk van de media kan leiden tot een gevoel van onveiligheid bij zorgverleners. Omgekeerd werd aangegeven dat psychologische veiligheid als voorwaarde voor openheid vereist dat er aandacht is voor nuance, zowel binnen de organisatie als daarbuiten, dat wil zeggen bij de inspectie en de media.

[...] als je wil dat een verpleegkundige of een arts zijn werk kan doen zonder dat ie bang is dat ie eruit vliegt omdat ie met al z'n goedheid een fout heeft gemaakt, dan is dat natuurlijk wel een soort van ui in de zin van: binnen de afdeling moet dat kunnen, binnen het team moet dat kunnen, binnen het ziekenhuis moet dat kunnen, en ook van de IGJ moet dat kunnen. En de media.

5.3 Conclusies

In dit hoofdstuk hebben we de perceptie binnen zorginstellingen van de externe omgeving, in het bijzonder de IGJ, beschreven. We hebben gezien dat medewerkers in zorginstellingen de IGJ enerzijds zien als een potentiële katalysator van leerprocessen, en anderzijds als een belemmering daarvan, vanwege een beperkende invloed op openheid en een mogelijke nadruk op de schuldvraag. Dit blijkt onder ander uit de rol van de IGJ bij het calamiteitenonderzoek. De IGJ is een aanjager van onderzoek naar calamiteiten. Dit lijkt noodzakelijk om een leer- en verbeterproces op gang te brengen. Het toetsend optreden van de IGJ kan echter belemmerend werken en als consequentie hebben dat er op verbeterplannen gestuurd wordt in plaats van op een lerend effect. Ook de dreiging van openbaarheid is niet bevorderlijk voor openheid en leren. Zorginstellingen hechten veel belang aan werkbezoeken, waarin gebouwd wordt aan de relatie tussen IGJ en de instelling. Die relatie kan wederzijds vertrouwen versterken. Wanneer de instelling vertrouwen heeft in en vertrouwen krijgt van de inspectie, ontstaat ruimte voor medewerkers om open te zijn over problemen en aandacht te schenken aan meerdere perspectieven, en daarmee ruimte voor een rechtvaardige cultuur. Belangrijk hierbij lijkt ook te zijn dat in reguliere bezoeken ruimte is voor een gesprek met inspecteurs, waardoor zaken die zich in de zorg afspelen kunnen worden toegelicht, maar waardoor instellingen ook beter zicht krijgen op de kwesties die de inspectie van belang vindt.

Ook zijn we ingegaan op de manier waarop inspecteurs hun eigen rol rond het bevorderen van een rechtvaardige cultuur zien. Inspecteurs streven ernaar ruimte te bieden en eigen verantwoordelijkheid bij de zorginstellingen te stimuleren. Dat vereist, zo wordt aangegeven, gevoel voor de situatie en competentie om te kunnen inschatten hoe de zorginstelling ervoor staat. Een andere belangrijke competentie die door inspecteurs genoemd wordt, betreft de coachende houding; door middel van vragen stellen reflectie en leren bij zorgorganisaties stimuleren. Inspecteurs moeten, zo wordt gezegd, in staat zijn een balans te vinden tussen het geven van ruimte en, waar nodig, strak sturen en in die afweging ook gesteund worden door de rest van de organisatie. Net als instellingen benadrukken inspecteurs de relationaliteit als voorwaarde voor een rechtvaardige cultuur—werken aan de relatie met de instelling staat daarin voorop. Daarbij wordt benadrukt dat dit niet betekent dat er altijd 'meegaand' opgetreden moet worden; juist bij instellingen die onvoldoende laten zien kwaliteit en veiligheid op een verantwoorde manier op te kunnen pakken is handhaven soms nodig.

6 Beschouwingen en aanbevelingen

In de vorige twee hoofdstukken hebben we verkend wat zorginstellingen aangeven nodig te hebben voor een rechtvaardige cultuur en hoe zij deze proberen te bevorderen. Ook hebben we de door zorginstellingen en inspecteurs ervaren rol en invloed van de IGJ op een rechtvaardige cultuur binnen zorginstellingen geanalyseerd. In dit hoofdstuk beschrijven we de belangrijkste conclusies uit ons onderzoek, en doen we aanbevelingen voor zorgverleners en zorginstellingen enerzijds, en inspecteurs en IGJ anderzijds.

Beschouwingen

Doel van dit onderzoek is het beantwoorden van de volgende vraag: Hoe krijgt een rechtvaardige cultuur vorm binnen zorgorganisaties, en welke rol speelt het toezicht in het stimuleren van een rechtvaardige cultuur in zorginstellingen? Dit is gespecificeerd in de volgende deelvragen:

1. Wat zijn verwachtingen van en ervaringen met een rechtvaardige cultuur in zorgorganisaties;
2. Hoe werken zorgorganisaties in de praktijk aan een rechtvaardige cultuur;
3. Welke rol kan het toezicht spelen in het stimuleren van een rechtvaardige cultuur, en wat betekent dit vervolgens voor het toezicht?

Hieronder geven we eerst antwoord op deze vragen. Vervolgens gaan we in op de consequenties hiervan voor instellingen en toezichthouder via een zestal thema's.

(1) We stelden aan het begin van het onderzoek vast dat er niet één door iedereen onderschreven definitie is van een rechtvaardige cultuur. Wel hebben we een aantal algemeen onderschreven kenmerken geïdentificeerd, te weten openheid over (on)veiligheid en feilbaarheid, een balans tussen het afleggen van verantwoording en leren en verbeteren, het in ogenschouw nemen van verschillende perspectieven bij een incident, vertrouwen onderling en tussen zorgverleners en patiënten, en aandacht voor wat goed gaat (naast aandacht voor wat fout gaat). Uit onze gesprekken met professionals en bestuurders binnen instellingen en met inspecteurs komen twee elementen naar voren die door vrijwel iedereen worden genoemd. Het eerste element betreft de ervaren psychologische veiligheid om open te kunnen spreken over de dagelijkse gang van zaken in de zorg en over incidenten, binnen de organisatie, met patiënten/naasten, en naar buiten, inclusief de toezichthouder. Het tweede element betreft aandacht voor perspectieven van betrokkenen en procedurele rechtvaardigheid. Dat wil zeggen: uitkomsten van onderzoeks- en besluitvormingsprocessen, bijvoorbeeld na een calamiteit, ook als het gaat om het eventueel toepassen van een maatregel tegen een instelling of professional, kunnen als legitiem worden ervaren mits betrokken partijen ook een rol hebben kunnen spelen in het onderzoek en aan andere voorwaarden voor een rechtvaardige procedure (zoals het bewaken van het tijdspad) is voldaan. Veel van de interventies binnen de proeftuinen sluiten aan bij een van deze elementen: het creëren van (ervaren) veiligheid en het vergroten van inbreng van betrokkenen en procedurele rechtvaardigheid. Voorbeelden zijn de kwaliteitsbesprekingen en veiligheidscafés, die het 'normaler' en dus ook veiliger maken te spreken over de dagelijkse praktijk en wat daarin goed of fout gaat; en 'waarderend onderzoek'

van calamiteiten waarin alle betrokkenen worden gehoord en vanuit meerdere perspectieven naar de situatie wordt gekeken.

In de literatuur wordt een rechtvaardige cultuur gezien als voorwaarde voor zowel organisationeel als individueel leren. Achterliggende theoretische veronderstelling daarbij is dat naarmate mensen de cultuur binnen een organisatie als rechtvaardig ervaren zij ook meer geneigd zullen zijn kennis en ervaringen te delen, waardoor vanuit meer perspectieven geleerd kan worden. Hoe groter deze kring is—en bijvoorbeeld bij een incident ook betrokken professionals en patiënten of naasten omvat—hoe groter de kans dat geleerd kan worden. De respondenten in ons onderzoek maken dit onderscheid niet nadrukkelijk. Rechtvaardige cultuur en leren worden veelal met elkaar geïdentificeerd. Dat houdt in dat de gesprekken meer gingen over leren, en wat dat bevordert, dan over een rechtvaardige cultuur en de kenmerken daarvan. Overigens werden, juist als het gaat om ervaringen met algemene bezoeken van de IGJ, diverse aspecten van een rechtvaardige cultuur wel expliciet genoemd: openheid, gerichtheid op leren en verbeteren, aandacht voor wat goed gaat, onderling vertrouwen, betrekken van instellingen en professionals.

In de praktijk wordt binnen zorginstellingen—in ieder geval de door ons gevolgde proeftuinen—lang niet altijd een rechtvaardige cultuur ervaren. Respondenten geven aan dat er binnen instellingen toch vaak de neiging bestaat om verantwoordelijken aan te wijzen na een incident of calamiteit en ook blijkt het lastig in de praktijk collega's aan te spreken op (consequenties van) hun gedrag. Opvallend vaak wordt de oorzaak hiervan bij het management of buiten de organisatie gelegd. Veilig voelen om open te zijn heeft vooral te maken met de ruimte die mensen ervaren om zichzelf te uiten en open te staan voor de mogelijke consequenties die daaraan verbonden zijn. Open zijn, zo wordt dan verondersteld, leidt er al snel toe dat men de 'zwartepiet' krijgt toegespeeld en kan grote consequenties hebben voor betrokkenen of de organisatie. Zo worden de media vaak gezien als belust op sensatie—op alles was mis gaat—en wordt de IGJ een rol toegedicht van de strenge handhaver. Hoewel dit beeld vaak niet op concrete, eigen ervaringen berust en veelal ook niet overeen komt met de feitelijkheid, is het hardnekkig en verhindert het openheid en leren. Ook procedurele rechtvaardigheid wordt lang niet altijd ervaren, waarbij bijvoorbeeld verwezen wordt naar ervaringen met het zelf—als instelling—moeten voldoen aan strikte termijnen, die in de praktijk niet gelden voor de toezichthouder.

(2) In de proeftuinen is op allerlei manieren geëxperimenteerd met het bevorderen van een rechtvaardige cultuur, zoals we in hoofdstuk 4 hebben beschreven. Interventies hadden zowel betrekking op het wijzigen van bestaande structuren en instrumenten als op het invoeren van nieuwe. Zo is in een van de proeftuinen gewerkt aan het omvormen van calamiteitenbesprekingen naar kwaliteitsbesprekingen, waar niet (alleen) zaken die mis gaan maar juist ook zaken die goed gaan worden besproken. In een andere proeftuin is het calamiteitenonderzoek tegen het licht gehouden hetgeen aanleiding is tot veranderingen in de wijze van onderzoek en rapportage die een rechtvaardige wijze van calamiteitenonderzoek moeten bevorderen. Ook nieuwe interventies zijn uitgetoetst; in een van de proeftuinen is bijvoorbeeld een dialoogsessie opgezet rond seksueel grensoverschrijdend gedrag waarbij slachtoffers een rol spelen in het weerbaar maken van teams van professionals.

Voor alle interventies in de proeftuinen geldt dat het te vroeg is om te bepalen of zij inderdaad een effect hebben op het bevorderen van een rechtvaardige cultuur, dan wel het verbeteren van het leerpotentieel van instellingen. Wel zien we dat er veel in gang is gezet. De diversiteit aan interventies laat zien dat er veel mogelijkheden zijn en dat afhankelijk van de

(gepercipieerde) problemen en de praktische situatie binnen een instelling verschillende opties voorhanden zijn. We hebben geconstateerd dat instellingen bij het bevorderen van een rechtvaardige cultuur tegen verschillende spanningen aanlopen. Waar het gaat om de rol van leidinggevendenden is het duidelijk dat zij een voorbeeldrol hebben, bijvoorbeeld door niet direct beschuldigend te zijn naar aanleiding van een calamiteit en een open gesprek te bevorderen, maar anderzijds kan de betrokkenheid van leidinggevendenden juist in zichzelf weer een gevoel van onveiligheid geven bij medewerkers. Hoe 'open' een gesprek moet zijn is bovendien lastig te bepalen; enerzijds lijkt het goed een calamiteit niet te 'groot' te maken, al is het alleen al vanwege de bescherming van de privacy van betrokkenen; anderzijds geven calamiteiten soms veel reuring in een organisatie en moet er aandacht zijn voor de emoties die daarmee gepaard gaan. Er moet ruimte zijn voor een restauratieve benadering van incidenten ('wat heb *jij* nodig om weer verder te gaan?') maar anderzijds moeten betrokkenen door elkaar kunnen worden bevroegd en aangesproken, wanneer hun gedrag of hun handelen daartoe aanleiding geeft. In een rechtvaardige cultuur gebeurt dit vooral in de dagelijkse praktijk, zonder dat sprake is van een calamiteit, waarin ook openheid naar patiënten van belang is. Over de balans hierin kunnen geen algemene uitspraken worden gedaan; het lijkt wel belangrijk om een gekozen strategie hierin steeds op zijn effecten te beoordelen en waar nodig bij te stellen. Dit maakt het bevorderen van een rechtvaardige cultuur ook tot een 'balancing act'.

(3) De rol van toezicht—en meer in het bijzonder die van de IGJ—is belangrijk als het gaat om het al dan niet bevorderen van een rechtvaardige cultuur. Zorginstellingen benadrukken dat de procedures rond calamiteiten, met strakke tijdschema's en eisen aan de rapportage, niet altijd bevorderlijk zijn voor openheid en daarmee voor leren. Ook openbaarheid (dan wel de dreiging daarvan) kan openheid in de weg staan. Overigens betreft de rol van de IGJ niet alleen het feitelijke optreden, maar ook en wellicht zelfs vooral de *gepercipieerde* rol. Met name rond calamiteiten geven respondenten in zorginstellingen aan het gevoel te hebben niet open te kunnen zijn vanwege de mogelijkheid dat de inspectie een tuchtzaak aanmeldt, dan wel omdat het gevoel bestaat dat de procedure voor meldingen het proces op een pad zet dat schuldigen aan moet wijzen. Hoewel dit niet overeenkomt met de feiten (Kok et al., 2019b; Leistikow & Driesprong, 2019) lijken zorgverleners deze perceptie toch te hanteren. Zorginstellingen ervaren ook een positieve invloed van de IGJ op een rechtvaardige cultuur. Enerzijds wordt benadrukt dat de IGJ als aanjager kan functioneren en de instelling scherp kan houden. Anderzijds wordt aangegeven dat contact met de inspectie, in het bijzonder bij het 'gewone' (thema- dan wel risico-gestuurde) toezicht, openheid en leren kan bevorderen. Met name de persoonlijke relatie met een inspecteur en de wijze waarop deze zich opstelt lijkt hierin van belang.

Als het gaat om het bevorderen van een rechtvaardige cultuur benadrukken inspecteurs het belang van het geven van ruimte en het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid van zorginstellingen. Dat vereist gevoel voor de situatie en competentie om te kunnen inschatten hoe de zorginstelling ervoor staat. Inspecteurs moeten in staat zijn een balans te vinden tussen het bieden van ruimte en, waar nodig, sturen. Net als instellingen benadrukken inspecteurs het belang van werken aan de relatie.

Op basis van de antwoorden op de deelvragen van het onderzoek kunnen een aantal meer thematisch geordende conclusies worden getrokken.

1. Een rechtvaardige cultuur is gelaagd

Het onderzoek laat zien dat een rechtvaardige cultuur afhankelijk is van de relaties tussen de verschillende 'lagen' binnen en buiten een instelling. Een respondent binnen het onderzoek gebruikte de passende metafoor van een ui, waarbij het binnen elke ring mogelijk moet zijn om

open te zijn over een gemaakte fout—met patiënten, collega's, leidinggevenden, bestuurders, tot aan de 'buitenwereld' van IGJ en media. Een rechtvaardige cultuur kan onder druk komen te staan vanuit de lagen erbuiten. Het gaat dan allereerst om gelaagdheid binnen de zorginstelling, zoals binnen een team of binnen een afdeling, en om de relaties tussen zorgverlener en leidinggevende, en leidinggevende en bestuurder. De relaties tussen deze lagen kunnen een rechtvaardige cultuur bevorderen dan wel belemmeren. De voorbeeldrol van leidinggevenden—bijvoorbeeld door een open en niet normatief gesprek aan te gaan naar aanleiding van een incident—is hiervan een voorbeeld. Daarnaast gaat het om de externe gelaagdheid. Hier speelt de relatie tussen de zorginstelling en IGJ, en andere externe partijen als media en politiek. Voor betrokkenen in de zorginstelling en voor de IGJ betekent dit dat het belangrijk is om oog te hebben voor deze gelaagdheid en de mate waarin die van invloed is op de mogelijkheid van een open gesprek. Een leidinggevende die op zoek gaat naar een 'schuldige' naar aanleiding van een incident hindert het open gesprek en beperkt daarmee de mogelijkheid tot leren. Om te zorgen dat een open gesprek ontstaat moet op een flexibele manier tegemoet worden gekomen aan de behoeftes van medewerkers en moet de ruimte genomen worden het incident in al zijn complexiteit en met oog voor verschillende perspectieven te onderzoeken en ervan te leren. Dit vereist openheid binnen elke ring, en onderling vertrouwen tussen de ringen.

2. Het is van belang te zien welke beelden er bestaan van andere partijen, zowel in de binnenwereld als tussen binnen- en buitenwereld

De percepties die medewerkers binnen instellingen van elkaar en van externe partijen zoals de IGJ hebben, beïnvloeden de ervaren veiligheid en ruimte die zij voelen om open te zijn. Deze percepties bepalen het vertrouwen dat medewerkers hebben in elkaar en anderen, en juist dat vertrouwen lijkt een belangrijke voorwaarde voor openheid. Wanneer een zorgverlener verwacht dat er na een incident door de bestuurder gezocht wordt naar verantwoordelijken, heeft dat impact op hoe er daarna door de zorgverlener gehandeld wordt. Het gevolg kan zijn dat de betreffende persoon zich niet uitspreekt omdat het niet veilig voelt om open te zijn. Het is dan voor de bestuurder of leidinggevende zaak de perceptie van de medewerker te onderkennen, en ruimte te creëren voor een gesprek, met erkenning van de verschillen in rollen. In het onderzoek zagen we ook dat de percepties van medewerkers in zorginstellingen over de IGJ niet altijd overeenkomen met daadwerkelijke procedures en doelstellingen van de IGJ. Een eenvoudige respons zou zijn om die percepties weg te schuiven als onjuist. Van belang is echter dat deze percepties, juist of onjuist, van invloed zijn op het gedrag en daarmee op de voorwaarden voor een rechtvaardige cultuur binnen instellingen. Het bevorderen van een rechtvaardige cultuur vergt daarom allereerst een beeld van de verschillende percepties, om daar vervolgens op te handelen. In een van de proeftuinen zagen we dat de IGJ werd uitgenodigd bij een zorginstelling om procedures en doelstellingen met elkaar te delen. In dit geval droeg dat bij aan het wederzijdse begrip en daarmee vertrouwen in elkaar. Zowel in de binnenwereld van de zorginstelling, als tussen binnen- en buitenwereld, is het van belang om oog te hebben voor verschillende percepties en verwachtingen, en het gesprek te voeren over mogelijke discrepanties hiertussen.

3. Procedures en formulieren zijn niet altijd bevorderlijk voor een rechtvaardige cultuur

Het leren naar aanleiding van calamiteiten, incidenten of bijna-incidenten en het onderzoeken van situaties wordt soms nog formalistisch ingevuld, zoals ook is gebleken in de kennissynthese van het calamiteitenonderzoek van de inspectie (Grit et al., 2018). Dit, in combinatie met de zakelijke taal die vaak gehanteerd wordt in rapportages, sluit volgens zorgverleners niet goed aan bij de belevingswereld in het veld. Binnen zorginstellingen wordt door medewerkers

aangegeven dat de papieren werkelijkheid soms de overhand krijgt ten opzichte van het daadwerkelijk leren en verbeteren. Hoewel de procedures van bijvoorbeeld IGJ enerzijds worden gezien als aanjager van het grondig onderzoeken van een calamiteit, ervaren betrokkenen anderzijds de eisen en het strakke tijdschema als belemmerend om daadwerkelijk te leren, bijvoorbeeld doordat dit onvoldoende ruimte biedt om verschillende perspectieven op een calamiteit—ook vanwege de emotionele geladenheid daarvan—goed te onderzoeken en te verwerken. Volgens inspecteurs zou het goed zijn vanuit het perspectief van een rechtvaardige cultuur te kijken naar de procedures die gevolgd worden en de formulieren die gebruikt worden. Ook procedures en protocollen van de zorginstelling zelf dragen in de ogen van zorgverleners niet altijd bij aan een rechtvaardige cultuur. Soms hoeven bepaalde tijdrovende procedures niet van de IGJ, maar worden ze ingezet door de kwaliteitsstaf in de eigen organisatie om 'veilig te zijn richting de IGJ'. Het proces van calamiteitenonderzoek kan ingezet worden door de organisatie om te leren van de calamiteit, in plaats van alleen de inhoudelijke uitkomsten terug te koppelen aan het team. Door verschillende partijen meer te betrekken in het onderzoeksproces, kunnen andere vragen worden gesteld, kan meer naar de gezamenlijke verantwoordelijkheid worden gezocht en kunnen de betrokkenen (zorgverleners en patiënten en naasten) meer betrokken worden bij het proces van onderzoek en de formulering verbetermaatregelen. Dit draagt bij aan het gevoel van procedurele rechtvaardigheid en bevordert daarmee een rechtvaardige cultuur.

4. Er is geen eenduidige manier om te werken aan een rechtvaardige cultuur

Voor het werken aan een rechtvaardige cultuur binnen zorginstellingen bestaat geen blauwdruk die voor elke instelling zal werken. Het bevorderen van een rechtvaardige cultuur vraagt een situationele aanpak waarbij het zaak is om creatieve middelen te vinden. We zagen daar goede voorbeelden van in de proeftuinen, zoals kwaliteitsbesprekingen en veiligheidscafé's. Voor zorginstellingen betekent dit dat het belangrijk is om met bepaalde initiatieven te experimenteren en te reflecteren op wat deze initiatieven in de praktijk te weeg brengen. Gezien de weinige beschikbare empirische studies over het werken aan rechtvaardige cultuur, is het belangrijk om ervaringen met het werken aan een rechtvaardige cultuur te delen. Ook voor inspecteurs is er geen eenduidige manier om bij te dragen aan een rechtvaardige cultuur binnen zorginstellingen. Dit vereist een situationele en responsieve aanpak die aansluit bij de mogelijkheden en behoeftes van de zorginstelling. Voor inspecteurs is hierin van belang om rekening te houden met de ontwikkelingsfase waarin een instelling verkeert, dat wil zeggen hoe een instelling omgaat met veiligheid. In het onderzoek naar soft signals (Wallenburg et al., 2019) zagen we hiervan vele voorbeelden, waarbij het gaat om de inschatting of een instelling op een verantwoorde wijze met kwaliteit en veiligheid om gaat en laat zien 'in control' te zijn, maar evenzeer om de inschatting van de mate waarin binnen een instelling hierover op een open manier kan worden gesproken. Afhankelijk daarvan kan er door de inspecteur ruimte worden gegeven aan een instelling of kan er juist korter worden opgezet met een meer controlerende en handhavende houding.

5. Een rechtvaardige cultuur vereist continu werk

Het is voor een rechtvaardige cultuur van belang dat binnen instellingen aandacht en ruimte wordt ervaren voor gevoelens en emoties van alle betrokkenen als er iets fout gaat. In de proeftuinen zagen we dat een incident of calamiteit impact kan hebben op individuele betrokkenen, maar ook iets doet met onderlinge verhoudingen binnen een team of breder in de organisatie. Dit betekent dat alleen het ondersteunen van individuen door middel van peer support niet altijd afdoende is. Daar waar een incident ook op team- of organisatieniveau het onderlinge vertrouwen aantast, is het van belang als organisatie adequaat te werken aan het

herstellen van deze verhoudingen. In het onderzoek zagen we in een van de proeftuinen bijvoorbeeld dat na een langdurige situatie van grensoverschrijdend gedrag, enkele gesprekken met zorgverleners niet voldoende bleken om een open gesprek te hebben en dus te leren en te verbeteren. De emotionele impact was in dit geval zo fors dat, voordat er een proces van leren en verbeteren kon plaatsvinden, ruimte gegeven moest worden aan de emotie, door het organiseren van een serie dialoogsessies. Maar ook buiten specifieke incidenten om vergt een rechtvaardige cultuur continu werk. We zagen dat het frequent houden van een kwaliteitsbespreking kan bijdragen aan ervaren openheid. Het gaat daarbij om aandacht voor situaties waarin het verkeerd gaat, maar zeker ook voor dat wat goed gaat. Die aandacht is belangrijk voor zowel het management richting werkvloer, als voor leidinggevende richting zorgverleners. Daarnaast vergt het werken aan een rechtvaardige cultuur ook continu werk voor de IGJ richting zorgorganisaties. De ervaringen met en perceptie van de IGJ zijn voor zorginstellingen en zorgverleners van invloed op hoe een rechtvaardige cultuur in de praktijk vorm krijgt. Respondenten hebben positieve ervaringen met werkbezoeken, waarbij zij het gevoel hebben constructief aan de relatie met de IGJ te kunnen werken. Zoals we in eerder onderzoek zagen, wordt door betrokkenen in het veld de dialoog met IGJ belangrijk gevonden, naast de formele communicatiekanalen zoals brieven.

6. Een rechtvaardige cultuur vergt het vinden van balans

In het onderzoek hoorden en zagen we dat respondenten de balans proberen te zoeken in het werken aan een rechtvaardige cultuur. Dit belang van balanceren geldt voor zowel zorginstellingen als de IGJ. Het gaat in de eerste plaats om de balans te zoeken als bestuurder, leidinggevende of inspecteur tussen enerzijds voldoende afstand te houden tot een situatie zodat medewerkers in een veilige omgeving open kunnen zijn en anderzijds betrokkenheid te tonen bij de situatie en adequaat en tijdig te handelen. In de tweede plaats gaat het om het zoeken van de balans tussen het volgen van formele procedures die kaders schetsen, houvast bieden en mogelijk onderzoek aanjagen en het bieden van ruimte om op een open en informele wijze van situaties te kunnen leren. En ten derde de balans tussen niet met de vinger willen wijzen naar schuldigen of verantwoordelijken om zo een rechtvaardige cultuur te bevorderen, en tegelijkertijd wel de mogelijkheid te behouden om maatregelen te nemen en waar nodig te sanctioneren voor gedrag dat door iedereen als onacceptabel wordt beschouwd. Bij ingrijpen met betrekking tot onacceptabel gedrag is het belangrijk verder te kijken dan alleen naar het individu, en ook oog te hebben voor de cultuur waarbinnen de individuele zorgmedewerker niet eerder op het gedrag is aangesproken of gecorrigeerd. Voorkomen moet worden dat een individu 'de schuld krijgt' en het systeem en de cultuur ongemoeid blijven. Het vinden van de balans vereist zowel een adequate inrichting van processen als individuele competenties, voor zowel zorgmedewerkers- en instellingen, als inspecteurs en de IGJ. Het gaat er dan om in procedures ruimte te bieden, iedereen te horen, eventueel procedures aan te passen, en aandacht te schenken aan het verhaal van mensen, en om individuele competenties zoals waarderen schrijven en gesprekken voeren.

In een proeftuin zagen we dat het verbeteren van processen en het ontwikkelen van competenties leek te worden bevorderd door reflectie, in dat geval via dialoogsessies die een open gesprek bevorderden door de ervaren veiligheid te vergroten.

Belangrijk voor openheid en ruimte om te leren is ook de houding van media en politiek. Deze kunnen voor druk zorgen om snel actie te ondernemen, maatregelen te treffen of een schuldige aan te wijzen, terwijl een rechtvaardige cultuur vraagt om een veilige ruimte om te leren en fouten te maken, een gebeurtenis vanuit meerdere perspectieven bekijken en reflectie en verbinding te stimuleren bij en tussen de betrokkenen. Dit staat op gespannen voet met elkaar.

Anderzijds biedt dergelijke druk ook de kans aan bestuurders en leidinggevendenden om aan hun medewerkers te laten zien waarvoor ze staan en hen intern en/of extern zichtbaar en consistent te steunen.

Belangrijk voor het bevorderen van een rechtvaardige cultuur in deze situaties is het zoveel mogelijk ondersteunen van de betrokkenen (zowel medewerkers als patiënten en hun naasten), te werken aan een herstel van vertrouwen en waar mogelijk tegendruk uit te oefenen op te eenzijdige beeldvorming door uitleg te geven en te werken aan meer begrip bij politiek en media (vgl. Kok et al., 2019a).

Aanbevelingen

Op basis van onze bevindingen doen we enkele aanbevelingen voor zorginstellingen en de IGJ.

Voor bestuurders en leidinggevendenden in zorginstellingen:

- Wees creatief; stel je open voor innovatieve manieren om een rechtvaardige cultuur te bevorderen. Probeer verschillende dingen uit, reflecteer daarop en deel ervaringen (wie wordt bereikt, met wat voor effecten?)
- Een rechtvaardige cultuur is relationeel, waarbij de relatie tussen de verschillende lagen binnen en buiten de organisatie centraal staat. Het gaat hier bijvoorbeeld om het betrekken van medewerkers bij calamiteitenonderzoek en de voorbeeldrol van leidinggevendenden.
- Erken het bestaan van meerdere perspectieven op de situatie—bijvoorbeeld met betrekking tot het ontstaan van een calamiteit—en schep mogelijkheden tot uitwisseling tussen betrokkenen, zodat ruimte ontstaat voor gedeelde betekenisgeving.
- Besteed aandacht aan de emoties van medewerkers, zowel direct betrokkenen als breder in de organisatie. Bespreek niet alleen zaken die fout gaan, maar besteed ook aandacht aan wat goed gaat. Vul niet voor de ander in, maar vraag na. Respecteer de grenzen van de ander en ga samen op zoek naar mogelijkheden.
- Creëer tijd voor het delen van ervaringen en reflectie, ook in situaties waarin er geen protocol is dat dit voorschrijft, zoals incidenten die in de media komen, collega's die op non-actief worden gezet of gesprekken met 'externe partijen' zoals de IGJ en/of justitie.
- Maak gebruik van de ruimte binnen de formele eisen rond het calamiteitenonderzoek en steek het calamiteitenonderzoek zo in dat al gedurende het onderzoeksproces geleerd wordt van de calamiteit door de betrokkenen (dat wil zeggen: werk aan 'waardierend' calamiteitenonderzoek).
- Werk als bestuurder aan het opbouwen van een relatie met de IGJ die verder gaat dan formele contacten. Heb oog voor het beeld dat mensen op de werkvloer van de IGJ hebben en wat dit doet voor het vertrouwen en openheid en besteed daarbij ook aandacht aan irreële beelden en verwachtingen van medewerkers.

Voor de IGJ:

- Geef instellingen ruimte om te werken aan een rechtvaardige cultuur, maar zorg voor contact en monitoring, niet via een checklist van rechtvaardige cultuur, maar via het onderhouden van de relatie en aandacht voor, c.q. reactie op 'soft signals'.
- Werk verder aan de ontwikkeling van een responsieve houding ten opzichte van de bereidheid en capaciteit van zorginstellingen om aan een rechtvaardige cultuur te werken; heb aandacht voor creatieve interventies van zorginstellingen en waardeer successen.

- Houd het huidige instrumentarium en toetsingskaders tegen het licht, met name waar het gaat over calamiteiten, en bekijk of de vragen en criteria een rechtvaardige cultuur in de zorgorganisaties bevorderen dan wel belemmeren. Heb daarbij oog voor de ervaringen van zorgorganisaties en professionals, die soms afwijken van hetgeen vanuit het toezicht bedoeld is.
- Werk aan het opbouwen van een relatie met grotere zorginstellingen die verder gaat dan formele contacten, maar houd tegelijkertijd voldoende afstand om waar nodig handhavend te kunnen optreden; blijf werken aan de relatie.
- Breid, naast de formele communicatiekanalen, de informele en mondelinge communicatie met zorginstellingen (of waar het gaat om kleinere instellingen: sectororganisaties) uit; door in gesprek te gaan met de zorgorganisaties om procedures en inhoudelijke oordelen van de IGJ toe te lichten, begrip voor het perspectief van de IGJ te vergroten en de gezamenlijke doelstelling van goede zorg meer te benadrukken en foutieve beelden van de IGJ weg te nemen.
- Blijf investeren aan de verdere ontwikkeling van vaardigheden van inspecteurs, c.q. van teams van inspecteurs, in het herkennen en beoordelen van 'soft signals' voor een rechtvaardige cultuur en aan adequate interne procedures voor afwegingen tussen 'stimuleren' en 'handhaven'.

Tot slot

Dit onderzoek is een eerste poging geweest om empirisch te kijken naar de ontwikkeling van een rechtvaardige cultuur binnen zorginstellingen en de relatie tussen instellingen en toezichthouder bij die ontwikkeling. We hopen dat dit onderzoek bijdraagt aan de verdere ontwikkeling van een visie binnen zowel instellingen als de inspectie op een rechtvaardige cultuur. Wij hebben geconstateerd dat een rechtvaardige cultuur nooit 'af' is maar voortdurend werk vraagt. Bovenstaande conclusies en aanbevelingen, zo hopen wij, geven richting aan het werk dat hiervoor dient te worden verzet.

Bijlage A Samenstelling projectgroep IGJ en klankbordgroep

Samenstelling projectgroep bij de IGJ

Naam	Functie
Ian Leistikow	Coördinerend specialistisch adviseur
Erwin Pietersma	Afdelingshoofd
Johanan van Diermen	Afdelingshoofd
Ed Schoemaker	Coördinerend specialistisch inspecteur
Rens Scheijven	Coördinerend specialistisch inspecteur
Paulien Seignette	Senior inspecteur
Martine van den Belt-Buurma	Medewerker toezicht

Samenstelling klankbordgroep

Naam	Affiliatie
Jop Groeneweg	TU Delft
Cordula Wagner	Nivel
Ian Leistikow	IGJ
Sidney Dekker	Griffith University in Brisbane, Australië
Jaap Hamming	Leiden UMC
Yolande Voskes	VUmc & Breeburg

Bijlage B Werkdefinitie Rechtvaardige Cultuur

Een rechtvaardige cultuur is een cultuur van vertrouwen waarin medewerkers zich vrij voelen om open te zijn over onveiligheid en feilbaarheid. Er wordt met name gekeken naar het gedrag in plaats van naar de uitkomsten van dat gedrag, omdat het gedrag iets is wat zorgverleners zelf in de hand hebben, terwijl de uitkomst gedeeltelijk afhankelijk is van factoren buiten de directe invloedssfeer van de zorgverlener.

Leren en verbeteren in plaats van straffen staat voorop binnen een rechtvaardige cultuur. Er heerst een open, veilige en informele aanspreekcultuur, waarin men in een voortdurende leercyclus, gezamenlijk werkt aan de kwaliteit van zorg. Dit houdt echter niet in dat mensen binnen een rechtvaardige cultuur niet verantwoordelijk kunnen worden gehouden voor hun gedrag. Er wordt een verschil gemaakt tussen 'de schuld krijgen' (to blame) en 'verantwoording afleggen' (accountability).

Er wordt op een rechtvaardige manier omgegaan met mensen die betrokken zijn bij ongewenste uitkomsten of fouten hebben gemaakt en er wordt een balans gevonden tussen het afleggen van verantwoording over een gemaakte fout en het leren en verbeteren naar aanleiding van die fout. Een gemaakte fout wordt vooral gezien als aanleiding om van te leren binnen een rechtvaardige cultuur. Daarbij wordt nadrukkelijk ook gekeken naar systeemfactoren. De relevante vraag is: wat maakt dat deze situatie is ontstaan? Peer support van 'second victims' is een vanzelfsprekend onderdeel van een rechtvaardige cultuur, naast, uiteraard, aandacht voor primair benadeelden.

Een rechtvaardige cultuur erkent dat er geen enkelvoudige waarheid van een gebeurtenis bestaat. Het gaat om het waarderen en in ogenschouw nemen van meerdere perspectieven op een gebeurtenis. Rechtvaardigheid betekent: niet vanuit één perspectief oordelen, maar zoveel mogelijk perspectieven meenemen. Deze meervoudigheid vereist een dialoog. Normen, zoals bijvoorbeeld vastgelegd in klinische richtlijnen, worden hierbij in ogenschouw genomen maar nooit als standaard gebruikt; er is steeds aandacht voor de situatie van waaruit is gehandeld en de interpretaties van de norm die daarbij zijn gehanteerd.

Een centraal begrip voor een rechtvaardige cultuur is vertrouwen; vertrouwen van medewerkers onderling dat zij zich ook naar elkaar uit te kunnen spreken, van medewerkers in managers dat er op een rechtvaardige manier met hen wordt omgesprongen, vertrouwen van patiënten en hun familie dat er respectvol met hen wordt omgegaan en dat er wordt geleerd en verbeterd naar aanleiding van eventuele fouten.

In een rechtvaardige cultuur wordt niet geoordeeld op basis van een uitkomst (goed dan wel slecht) maar op het gedrag dat aan die uitkomst heeft bijgedragen.

Literatuur

- Alingh, C. W., van Wijngaarden, J. D. H., van de Voorde, K., Paauwe, J., & Huijsman, R. (2019). Speaking up about patient safety concerns: the influence of safety management approaches and climate on nurses' willingness to speak up. *BMJ Quality & Safety*, 28(1), 39-48.
- Bal, R., van de Bovenkamp, H., & Wallenburg, I. (2019). Regels en veiligheid. Een reactie op het CEG-rapport 'Veilige zorg, goede zorg?'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, D4176.
- Bal, R., Stoopendaal, A., & van de Bovenkamp, H. (2015). Veerkracht en veiligheid. Hoe kan regulering daaraan bijdragen? *NTvG*, 159, A9614.
- Bal, R., & Wagner, C. (2017). Patient safety in Dutch hospitals: how can we explain success? In J. Braithwaite, R. Mannion, Y. Matsuyama, P. Schelleke, S. Whittaker, & S. Al-Adawi (Eds.), *Health Systems Improvement Across the Globe: success stories from 60 countries* (pp. 205-211). Boca Raton: CRC Press.
- Bosk, C. L. (2003). *Forgive and Remember: Managing Medical Failure* (2nd ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- van de Bovenkamp, H., Stoopendaal, A., van Bochove, M., Hoogendijk, H., & Bal, R. (2018). *Persoonsgerichte zorg, regeldruk en regelruimte: van regelreflex naar spiegelreflex*. Utrecht: Waardigheid & Trots.
- Centrum voor ethiek en gezondheid. (2019). *Veilige zorg, goede zorg?* Den Haag: CEG.
- Dekker, S. (2012). *Just Culture: Balancing Safety and Accountability*: Ashgate.
- Dekker, S. W. A., & Breakey, H. (2016). 'Just culture:' Improving safety by achieving substantive, procedural and restorative justice. *Safety Science*, 85, 187-193.
- Dixon-Woods, M., Bosk, C. L., Waveling, E. L., Goeschel, C. A., & Pronovost, P. J. (2011). Explaining Michigan: developing an ex post theory of a quality improvement program. *Milbank Quarterly*, 89(2), 167-205.
- Gioia, D. A., Corley, K., & Hamilton, A. L. (2012). Seeking qualitative rigor in inductive research: notes on the Gioia Methodology. *Organ. Res. Methods*, 16, 15-31.
- de Graaf, Y., & Heringa, M. (2016, 24 februari 2016). Rechtvaardig op zoek naar wat misging: Hoe een beslisboom in de praktijk tot een Just Culture leidt. *Medisch Contact*.
- Green, J., & Thorogood, N. (2013). *Qualitative Methods for Health Research: Third Edition*. London: Sage Publications.
- Grit, K., de Kam, D., Bouwman, R., Harmsen, M., Friele, R., & Bal, R. (2018). *Kennissynthese calamiteitentoezicht*. Rotterdam: Erasmus School of Health Policy & Management.
- Groeneweg, J. (2019). Intreerede prof. dr. J. Groeneweg: Just culture.
- Halligan, M., & Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf*, 20(4), 338-343.
- Heringa, M., & Leistikow, I. (2008, 8 juli 2008). Open over fouten. *Medisch Contact*.
- Hollnagel, E., Wears, R., & Braithwaite, J. (2015). *From Safety-I to Safety-II: A White Paper*. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in, A. (2000). In L. T. Kohn, J. M. Corrigan, & M. S. Donaldson (Eds.), *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press.
- Khatri, N., Brown, G. D., & Hicks, L. L. (2009). From a blame culture to a just culture in health care. *Health Care Manage Rev*, 34(4), 312-322.
- Kok, J., de Kam, D., Grit, K., Leistikow, I., & Bal, R. (2019). Epistemic injustice in incident investigations: a qualitative study. *Healthcare analysis*, submitted.

- Kok, J., Leistikow, I., & Bal, R. (2019a). Patient safety, healthcare and the news media: escaping the current standoff. *BMJ Quality & Safety*, submitted.
- Kok, J., Leistikow, I., & Bal, R. (2019b). The pedagogy of regulation. The constitutive effects of standards and performance measurement systems in learning from sentinel events. *Regulation & Governance*. doi:10.1111/rego.12242
- Leistikow, I., van der Tuijn, Y., & van Diemen-Steenvoorde, R. (2015). IGZ promoot *just culture*. Onveilig gedrag aanpakken om de zorg veiliger te maken. *Medisch Contact*, 70, 1742-1744.
- Leistikow, I., & Driesprong, A. (2019, 20 augustus 2019). Artsen die door de inspectie worden aangeklaagd – feiten en cijfers. *Medisch Contact*.
- Okuyama, A., Wagner, C., & Bijnen, B. (2014). Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: a literature review. *BMC Health Services Research*, 14(1), 61.
- Reason, J. T. (1997). *Managing the risks of organizational accidents*: Ashgate.
- Schwappach, D., & Richard, A. (2018). Speak up-related climate and its association with healthcare workers' speaking up and withholding voice behaviours: a cross-sectional survey in Switzerland. *BMJ Quality & Safety*, 27(10), 827-835.
- de Vos, M. S., 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. *NTvG*, 161, D1090.
- Wagner, C., et al. (2014). The associations between organizational culture, organizational structure and quality management in European hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(suppl 1), 74-80.
- Wagner, C., Verbeek-van Noord, I., Zwijnenberg, N. (2016). Patiëntveiligheidscultuur: van ontkennend naar vooruitstrevend. In R. Dillmann, Wagner, C., Schellekens, W., Klein, J., Jager, M., Grinten, T. van der (Ed.), *Patiëntveiligheid. Handboek voor medisch specialistische zorg* (pp. 243-251). Utrecht: De Tijdstroom.
- Wallenburg, I., Kok, J., & Bal, R. (2019). *Omgaan met Soft Signals in het Toezicht: Signaleren, Interpreteren en Duiden van Risico's in de Zorg door de IGJ*. Rotterdam: Erasmus School of Health Policy & Management.
- Waring, J. J., & Bishop, S. (2010). "Water cooler" learning: knowledge sharing at the clinical "backstage" and its contribution to patient safety. *J Health Organ Manag*, 24(4), 325-342.
- Weenink, J.-W., Wallenburg, I., & Bal, R. (2019). *De openbaarmaking van toetsingskaders door de IGJ. Een verkenning van de consequenties voor zorgaanbieders, inspecteurs en de kwaliteit van zorg*. Rotterdam: Erasmus School of Health Policy & Management.
- Wu, A. W. (2000). Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *Bmj*, 320(7237), 726-727.

-

Erasmus University Rotterdam

Erasmus School of Health Policy & Management

Bayle Building

Burgemeester Oudlaan 50

3062 PA Rotterdam, The Netherlands

T +31 10 408 8555

E communicatie@eshpm.eur.nl

W www.eur.nl/eshpm