

Shared Governance bij Icare

Zeggenschap en eigenaarschap van verpleegkundigen en verzorgenden

Icare zette als eerste in Nederland een Shared Governance structuur neer. Bij Shared Governance ervaren verpleegkundigen en verzorgenden maximale zeggenschap en eigenaarschap over kwaliteit en veiligheid van de patiënt. Dit artikel biedt een overzicht van de gezette stappen en de geleerde lessen. Ervaringen van wijkverpleegkundige Sanneke Hey illustreren de werkwijze.

C. van der Velde en A.M. Vaalburg

In december 2013 kwam een grote groep wijkverpleegkundigen van Icare bij elkaar om te besluiten van welke zes zorginhoudelijke kwaliteitsonderwerpen de beroepsgroep 'eigenaar' willen zijn. De organisatie wilde af van de klassieke manier waarbij een beleidsafdeling onderwerpen zoekt, beleid en besluiten opschrijft en vervolgens uitstrooit over de zorgverleners met de boodschap: ga het doen. De groep benoemde zes kwaliteitsonderwerpen die voorrang hadden: Hygiëne, Visie op Zorg, Zorgdossier, Medicatieveiligheid, Overdracht en Veilig Melden. In de twee jaar die volgden zijn er stapsgewijs zes groepen van wijkverpleegkundige vertegenwoordigers uit ieder van de zes rayons gevormd. Deze 'kwaliteitsgroepen' of councils nemen besluiten over zorginhoudelijk beleid rondom hun eigen kwaliteitsonderwerp. Ze werken aan een door henzelf geformuleerde 'stip' aan de horizon.

Is beleid werkbaar in de zorgpraktijk?

Sanneke Hey is wijkverpleegkundige bij Icare en voorzitter van de kwaliteitsgroep

Medicatieveiligheid. Zij vertelt hoe die groep te werk is gegaan: 'Het doel dat we als kwaliteitsgroep Medicatieveiligheid formuleerden luidde: Zo min mogelijk medicatiefouten bij cliënten teneinde gezondheidsrisico's door medicatiefouten te voorkomen. Onze eerste actie was kritisch te kijken of het huidige beleid van Icare over medicatieveiligheid voldoet aan actuele beroepsnormen en of het beleid volgens die beroepsnormen wel werkbaar is in de dagelijkse zorgpraktijk. We constateerden dat de dubbele controle van medicatie nog niet goed in het beleid opgenomen was. Dat is in de thuiszorg ook niet makkelijk te organiseren, om de eenvoudige reden dat je in je eentje bij cliënten werkt. Het veilig vormgeven van die dubbelcheck was daarom een agendapunt in de kwaliteitsgroep. De Inspectie voor de Gezondheidszorg gaf drie mogelijke werkwijzen: skypen met een collega, een foto versturen via de smartphone of telefoneren. Eerst hebben we die drie kritisch bekeken. Op het moment van de beoordeling waren de medewerkers nog niet voldoende toegerust met tablets of smartphones, die twee opties vielen voorlopig af. We kozen dus voor de optie telefoneren. Omdat daarbij beeld ontbreekt, is het wel de meest risicovolle optie. De kwaliteitsgroep ontwikkelde daarom een handleiding met stappen voor dubbelcontrole per telefoon.

In kleine stappen de weg zoeken

Er zijn in Nederland geen zorgorganisaties die als voorbeeld kunnen dienen op de weg naar

deze nieuwe organisatiestructuur. Icare voert daarom de structuur met councils stap voor stap, al lerend, in. Een terugblik op de eerste twee jaar, leert welke zaken belangrijk zijn:

- Standaardiseer de instrumenten en de werkwijze.
- Ondersteun de overlegcultuur van de groepen.
- Zorg voor een gezamenlijke mindset: iedereen is geïnformeerd en kan daardoor meedoen.
- Maak iedereen bewust van zijn nieuwe rol en het gedrag dat daarbij hoort.
- Creëer naast de kwaliteitsgroepen een kennisstructuur om implementatie en borging van zorgbeleid volgens de waarden van Shared Governance handen en voeten te geven.
- Breng merkbare en meetbare effecten in kaart.
- Zorg voor een aantal kritische randvoorwaarden.

Standaardiseer instrumenten en werkwijze

Met behulp van evidence based materiaal uit Amerikaanse Magnet Hospitals zijn instrumenten ontwikkeld die gebruikt worden door alle kwaliteitsgroepen. Het gaat bijvoorbeeld om (1) een toolkit voor Shared Governance, met daarin uitleg over het concept en praktische instrumenten voor de opbouw, implementatie en borging van de structuur (Haag-Helman en George, 2010), (2) een reglement waarin het profiel, de selectie, de rol en bevoegdheden, de zittingsduur en de besluitvorming van leden van de kwaliteitsgroep worden toegelicht en (3) een draaiboek voor de start van een nieuwe kwaliteitsgroep.

Steun de overlegcultuur van de groepen

Icare had voor ogen dat kwaliteitsgroepen zelfstandig het proces doorlopen waarlangs ze hun resultaten behalen en de verantwoordelijkheid dragen voor de besluitvorming, de implementatie en de borging van zorgbeleid. De voorzitters en vice-voorzitters van de kwaliteitsgroepen doorliepen hiervoor een training. Het technisch voorzitterschap, het beïnvloeden van het functioneren van de groep en het onderliggende gedachtegoed van Shared Governance vormden de kern van de training. Er is veel aandacht geweest voor basale vergaderdiscipline: altijd aanwezig zijn en anders vaste vervanging regelen, op tijd komen, goed voorbereid zijn, acties volgens afspraak terug rapporteren, vervanger bijpraten, enzovoort. Dit om vaart te houden en in kleine stappen succes te boeken.



Een wijk in Groningen waar Icare actief is.

Zorg voor een gezamenlijke mindset

De ontwikkeling tot Shared Governance raakt de gehele organisatie, aldus Peppel (2015). Het is dus belangrijk om iedereen te informeren over de overkoepelende waarden en de nieuwe werkwijze. Alle kwaliteitsgroepen hebben een plek op het intranet van Icare waar de leden zichtbaar zijn en waar ze doorlopend

Geen voorbeelden op de weg
naar deze nieuwe organisatiestructuur

laten zien waar ze mee bezig zijn door middel van agenda's, actielijsten en besluitenlijsten. In de maandelijkse digitale nieuwsbrief voor de wijkverpleegkundigen en teams vragen ze aandacht voor ontwikkelingen van hun eigen kwaliteitsonderwerp en wat dat betekent voor de dagelijkse beroepspraktijk. Kortom: het Shared Governance verhaal wordt voortdurend vanuit alle invalshoeken verteld: de kracht van de herhaling.

Icare

De stichting Icare biedt met ruim 6.000 medewerkers verpleging en verzorging bij mensen thuis of in een verpleeg- of verzorgingshuis. De ledenvereniging van Icare bestaat uit 400.000 huishoudens. De zorgaanbieder is actief in Flevoland, Drenthe, Gelderland, Overijssel, Friesland, Groningen. Stichting Icare is onderdeel van espria.

Maak iedereen bewust van z'n nieuwe rol en het gedrag dat daarbij hoort

Peppel beoogt in zijn blog over Shared Governance (2015) verder: 'Er is sprake van samen (shared) sturen, ieder vanuit het eigen verantwoordelijkheidsgebied' en 'iedereen heeft wat te leren in dit proces, het vraagt van iedereen ander gedrag.' Vooral 'oud' gedrag blijkt een obstakel voor verandering te zijn. Op de vraag hoe je ervoor zorgt dat gedrag verandert, is inmiddels een aantal antwoorden gevonden die in de literatuur (Peppel, 2015; Porter-O'Grady et al., 1996; Wilson, 1994, Dunbar et al., 2007) bevestigd worden:

- High tolerance/low trust moet worden low tolerance/high trust. Collega's aanspreken en aangesproken worden hoort daar bij. Verpleegkundigen zijn dit niet gewend. Het inrichten van intercollegiale toetsing en peer-review ondersteunen dit proces.
- Reflectie is nodig op alle lagen in de organisatie: vertonen we als groep (teamcoaches, wijkverpleegkundigen, verzorgenden, Human Resources, opleidingsfunctionarissen, managers, directieleden en raad van bestuur) binnen de organisatie het juiste voorbeeldgedrag. We verwachten van zorgverleners dat ze leiderschap vertonen, het management moet in gelijke mate voorwaardenscheppend en enthousiasmerend gedrag vertonen.
- Management op de beweging: het aanbrennen van dwarsverbanden, het doorbouwen en de koers vasthouden vraagt om goed leiderschap: leiders die een transitie kunnen begeleiden en dienend zijn aan de visie.

Bij Icare is een vaste manager, met verpleegkundige achtergrond en portefeuille Shared Governance, de verbinder tussen de kwaliteitsgroepen en het Management Team. Zij opereert namens de managers, neemt besluiten of bereidt 'shared' besluiten voor al naar gelang de impact van het besluit. Verder wordt het proces begeleid door een procesbegeleider, die samen met de verantwoordelijk manager bijna full-time faciliteert en door ontwikkelt.

Creëer een kennisstructuur voor borging en implementatie volgens Shared Governance

Toen er een aantal kwaliteitsgroepen gestart waren, bleek dat er voor het implementeren en borgen van de besluiten in de verschillende rayons een ander soort council nodig was, en vanwege die behoefte is de rayonkennisstructuur ontstaan. Sanneke Heij zegt hierover:

'Het mooie aan deze netwerkstructuur is dat het helemaal niet top-down is. Het is een voortdurend brengen en halen van expertise tussen de teams en de kwaliteitswerkgroepen en de rayonkennisstructuur. Is de kwaliteitsgroep vooral geschikt voor het uitdenken hoe beleid op bepaalde zorginhoudelijke onderwerpen praktisch vormgegeven kan worden in samenspraak met een manager, de rayonkennisgroep speelt een belangrijke rol in de implementatie en borging. In de rayonkennisgroep zitten ook weer wijkverpleegkundigen. Aan de rayonkennisstructuur worden de besluiten van de kwaliteitsgroep voorgelegd en bijvoorbeeld gepeild welk team de pilot wil draaien. Een voorbeeld daarvan is hoe we zijn omgegaan met de klachten uit teams over de samenwerking met apothekers. Die horen we als wijkverpleegkundigen die lid zijn van de kwaliteitsgroep natuurlijk ook, maar we hebben de rayonkennisstructuur gebruikt om scherp te krijgen wat er dan niet goed liep. Apothekers leverden regelmatig geen actuele aftekenlijst, zoals landelijk met apothekers is afgesproken. Dat heeft ertoe geleid dat we niet meer per team eigen afspraken maken met de plaatselijke apotheker, maar dat we bij het maken van afspraken telkens terugverwijzen naar de Veilige principes in de medicatieketen, dat zijn landelijke afspraken tussen onder andere apothekers en verpleegkundigen waarin verantwoordelijkheden goed zijn vastgelegd. Om de teams te ondersteunen bij de soms lastige gesprekken met plaatselijke apothekers, hebben we een lijst met tips opgesteld voor wijkverpleegkundigen hoe je dat gesprek kunt aanpakken. Ook hebben we met de rayonkennisstructuur gekeken naar de manier waarop we binnen Icare incidenten melden. Als het goed is, geven alle incidentmeldingen tezamen een beeld van het soort medicatiefouten en dus van het soort acties die vanuit de kwaliteitsgroep Medicatie nodig zijn. In ons geval was dat niet zo. De categorie 'overige' fouten was enorm en vroeg nog een aparte analyse. We hebben daarom een nieuw meldingsformulier ontworpen en dit bij de rayonkennisstructuur getoetst, want, ook hiervoor geldt: het moet wel werkbaar zijn.'

Naast de kwaliteitsgroepen en de rayonkennisstructuur ontstond de behoefte aan een coördinerend council. De al vijf jaar bestaande Expertgroep Excellente Zorg wordt op dit moment omgevormd tot een soort Verpleegkundige Advies Raad (VAR). In deze groep zitten (wijk)verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, teamcoaches en een manager. De groep heeft als taak het functioneren van de

structuur te monitoren op de inhoud en samenhang van de beroepsontwikkeling en de implementatie en borging van zorgbeleid in wijkteams.

Breng effecten in kaart

Door tussentijdse evaluaties met sleutelfiguren wordt zowel de nieuwe manier van organiseren als de werking van de structuur gevolgd en bijgestuurd. Hierdoor kan in kleine stapjes de best werkende vorm voor onze organisatie worden ontwikkeld en de zorg voor cliënten worden verbeterd. Bij evaluaties wordt onderscheid gemaakt tussen meetbare en merkbare effecten.

Een meetbaar effect is bijvoorbeeld dat de zorgplantoetsingen halfjaarlijkse 'harde' resultaten opleveren over de kwaliteit van de zorgplannen. Naar aanleiding hiervan formuleren teams verbeteracties. Als bij de volgende zorgplantoetsing duidelijk wordt dat vooruitgang is geboekt, zien de verpleegkundigen het effect van hun eigenaarschap. En dat werkt motiverend. Dat zichtbare leiderschaps- en eigenaarschapsgedrag is een voorbeeld van een merkbaar effect. Het mes van empoweren van verpleegkundigen en verzorgenden snijdt aan twee kanten: zorgmedewerkers krijgen vleugels en de zorgkwaliteit gaat omhoog!

Zorg voor kritische randvoorwaarden

Een eerste voorwaarde voor het echt slagen van de Shared Governance structuur en cultuur is dat de visie is geborgd op directie- en Raad van Bestuur niveau. Er moet gewerkt worden vanuit het vertrouwen dat je besluiten over de zorgpraktijk het beste bij de beroepsgroep(en) kan neerleggen. Daarnaast is het essentieel te denken in andere dan economische structuren. Niet alleen 'wat kost de tijdsinvestering van zorgprofessionals', maar terug naar de echte bedoeling: wat zijn een zorgorganisatie die de meest effectieve zorg verleent aan cliënten, waarbij alle verspilling uit het primaire proces gehaald wordt. De tijdsinvestering in overleg zien we overigens als tijdswinst in implementatie en dagelijks werk. En het belangrijkste is dat het werkplezier weer toeneemt. Eigenaarschap en zeggenschap, het gevoel invloed te hebben op de zorgpraktijk van alle dag is van onschatbare waarde voor de motivatie en het werkplezier van zorgverleners. Porter O'Grady et al. (2004) en Green en Jordan (2004) stellen: "Wanneer een verpleegkundige collega dit beleid heeft vastgesteld doet mij dat meer dan wanneer het van beleidsmedewerker achter een bureau komt".

De toekomst

Hoe zorgen we ervoor dat verpleegkundigen en verzorgenden zich weer de vakvrouw voelen die zij zijn. Of, hoe geven we het eigenaarschap weer terug aan de professional? Deze vraag houdt velen in de zorg bezig. Icare geeft hier stap voor stap handen en voeten aan.

Vraagstukken voor het vervolg zijn:

- De cliënten: merken zij effect op de kwaliteit van zorg en de relatie?
- Hoe kan het Shared Governance idee en de onderliggende waarden, dat bewust gestart is bij de wijkverpleegkundigen, het leidende gedachtegoed worden in de hele organisatie? Hoe worden de verzorgenden ingevoegd, met optimale zeggenschap en eigenaarschap, en op welke onderwerpen?
- De structuur staat in de steigers, de cultuur, de dynamiek en het commitment moeten nog mest en water krijgen om te gaan bloeien. Wat is daarvoor nog meer nodig?

Het is een spannende reis, een zoektocht in kleine stapjes, op weg naar Excellente Zorg!

Literatuur

1. Haag-Helman, B., George, V., *Guide for establishing Shared Governance: a starter's toolkit*.
2. American Nurses Credentialing Center, the Institute for Credentialing Innovation, Silver Spring, 2010. <http://www.nursecredentialing.org>
3. Peppel, R., <http://cczorgadviseurs.nl/shared-governance-nu-ook-in-nederlandse-zorgorganisaties-deel-1> 2015
4. Porter-O'Grady, T., George, V., McDonagh, K., Crow, G. L., & Wilson, C. K., A mature shared governance system more structure than substance. *Journal of Nursing Administration*, 1996, Vol. 26, Issue 2, 14-19.
5. Wilson, C.K., Shared Governance: the challenge of change in the early phases of implementation, *Journal of Nursing Administration Quarterly*, Summer 1989, Vol. 13, Issue 4, pp. 29-33.
6. Dunbar, B., Park, B., Berger-Wesley, B., Cameron, T., Lorenz, B.T., Mayes, D. & Ashby, R., Shared Governance: making the transition in practice and perception, *Journal of Nursing Administration*, 2007, Vol. 37, Number 4, pp. 177-183.
7. Porter-O'Grady, T., Overview and summary: Shared Governance: is it a model for nurses to gain control over their practice? *Online Journal of Issues in Nursing*, 2004, Vol. 9 No.1.
8. Green, A. & Jordan, C., Common denominators: Shared Governance and workplace advocacy: strategies for nurses to gain control over their practice. *Online Journal of Issues in Nursing*, 2004, Vol. 9 No.1.

Informatie over de auteurs

Cilleke van der Velde is programmaleider Excellente Zorg en projectmedewerker Shared Governance bij Icare.

Anne Marie Vaalburg is adviseur innovatie bij de V&VN, de beroepsvereniging van zorgprofessionals.