

COVID-crisis of COVID-kans? Adaptief en lerend bestuur in het LUMC en de regio

Onderzoeksgroep Population Health Governance

Jet Bussemaker, Sandra Groeneveld, Sietse Wieringa, Jelmer Schalk, Suzan van der Pas, Eduard Schmidt
en Sander Sandkuyl



**LUMC-
Campus Den Haag**



**Universiteit
Leiden**

Governance and Global Affairs

Colofon

Leiden, 2021

Dit rapport is het resultaat van een samenwerking van de onderzoeksgroep Population Health Governance, bestaande uit onderzoekers van het Instituut Bestuurskunde, Faculteit Governance and Global Affairs (FGGA), Universiteit Leiden en Afdeling Public Health & Eerstelijns geneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)

Jel Bussemaker, Sandra Groeneveld, Sietse Wieringa, Jelmer Schalk, Suzan van der Pas, Eduard Schmidt en Sander Sandkuyl

Voor vragen en opmerkingen over deze publicatie kunt u contact opnemen met de onderzoeksgroep via j.schalk@lumc.nl.

Het onderzoek *COVID-crisis of COVID-kans? Adaptief en lerend bestuur in het LUMC en de regio* is gefinancierd door het LUMC en de LUMC-Campus Den Haag.

Na beoordeling door de Medisch Ethische Toetsingscommissie Leiden – Den Haag – Delft (METC-LDD) is een niet-WMO verklaring afgegeven door de COVID niet-WMO wetenschapscommissie.

Inhoud

Hoofdstuk 1. Inleiding	5
Samenwerking, kennisontwikkeling en leiderschap als drie centrale thema's	5
Onderzoeksverantwoording	7
Leeswijzer	7
Hoofdstuk 2. De crisisorganisatiestructuur nader bekeken	8
GHOR	8
ROAZ	9
LUMC Intern	10
Hoofdstuk 3. Samenwerking	13
Samenvatting	13
Introductie en kader	13
Netwerken lopen door elkaar, in locatie en tijd	14
Een vliegende start op basis van bestaande netwerken	16
Niet alle bestaande netwerken werden optimaal benut	16
Balanceren tussen besluitvaardigheid en brede inspraak in de regio	17
De medisch-curatieve blik was dominant	18
Balanceren tussen besluitvaardigheid en brede inspraak in het ziekenhuis	19
Samenwerken <i>ondanks</i> het zorgbestel?	20
Van individuele belangen naar gedeelde doelen en weer terug	20
Urgentie zorgt voor cohesie in het ziekenhuis (maar niet duurzaam)	21
Discussie	23
Hoofdstuk 4. Kennisontwikkeling en kennisdeling	24
Samenvatting	24
Introductie en kader	24
Nieuwe kennis ontstaat op de werkvloer	24
Kennisdeling: kennis is macht	26
Veel goede initiatieven starten van onderop	27
Goede initiatieven worden onvoldoende bestendigd in de organisatie	27
Discussie	29
Hoofdstuk 5. Leiderschap	30
Samenvatting	30
Introductie en kader	30
Communiceer heldere doelen, op korte maar ook voor de lange termijn	30
Balanceren tussen draagvlak en besluitvorming vraagt om leiderschap	31
Zorg voor zichtbaar leiderschap	32
Bescherm de speelruimte van professionals	33
Zorg voor een veilige omgeving	34
Discussie	34

Hoofdstuk 6. Naar een adaptief ziekenhuis	36
1. Maak bestuur adaptief	36
2. Verbind de binnen- en buitenwereld	36
3. Geef ruimte aan professionals door heldere sturing op kaders	37
Verder onderzoek	37
Bijlagen	
1. Referenties	39
2. Topiclijst	41
3. Afkortingen	42

Hoofdstuk 1

Inleiding

De COVID-19 crisis vraagt veel van zorgprofessionals, managers en bestuurders. Deze crisis is een voorbeeld van een disruptieve ontwikkeling die op korte en lange termijn implicaties heeft voor de organisatie van de zorg. Op korte termijn had en heeft COVID-19 een enorme impact op de (organisatie van de) zorg in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en de regio en het is niet de verwachting dat die impact de komende maanden snel zal afnemen. Naast de korte termijn gevolgen van COVID-19, roept deze crisis ook fundamentele vragen op over hoe we onze zorg optimaal organiseren en weerbaar maken in situaties waarin onzekerheid een grote rol speelt en er voortdurend (tijds)druk is om snel te handelen. Met deze analyse willen we bijdragen aan het leren van COVID-19 en handelingsperspectieven bieden voor de praktijk, zowel voor de korte als de langere termijn. De vraag die hierin centraal staat is:

Hoe kunnen professionals en zorginstellingen, het LUMC en haar directe stakeholders in de regio in het bijzonder, effectief leren om in te spelen op veranderende eisen en complexe problemen die voortkomen uit de COVID-19 crisis, alsook adaptief (bij)sturen als de situatie daarom vraagt?

Het doel van dit onderzoek is om het LUMC en andere zorginstellingen handelingsperspectieven aan te bieden die kunnen bijdragen aan een robuustere zorgpraktijk. Dat doen we door onderzoek te doen naar de impact van COVID-19 op leiderschap, samenwerking en kennisontwikkeling en -uitwisseling in de zorg. Hierbij kijken we naar wat we kunnen leren van alle veranderingen als gevolg van COVID-19 en wat er nodig is om een organisatie te worden die adaptief is en continu kan inspelen op veranderende eisen en complexe problemen, zowel nu als in de toekomst. Speciale aandacht gaat hierbij uit naar initiatieven die zijn ontstaan en een belofte zijn voor fundamentele veranderingen in de zorg.

Samenwerking, kennisontwikkeling en leiderschap als drie centrale thema's

De resultaten in het onderzoek worden gepresenteerd aan de hand van drie thema's:

1. samenwerking binnen en tussen organisaties,
2. kennisontwikkeling en
3. leiderschap.

Omdat COVID-19 een enorme impact heeft op het functioneren van bestuurders en zorgprofessionals binnen het LUMC, evenals op de samenwerking tussen het LUMC en andere (zorg)organisaties in de regio (Leiden en Den Haag), bespreken we bij elk thema steeds de impact van COVID-19 op samenwerking in de regio en de impact van COVID-19 op het LUMC zelf.

De keuze voor de drie thema's komt voort uit wat crisissituaties veelal vragen van organisaties. Een crisissituatie wordt gekenmerkt door onzekerheid, onvoorspelbaarheid, een grote dreiging en tijdsdruk om snel beslissingen te nemen (Hermann, 1963). In dit soort situaties wordt van

organisaties gevraagd om hun normale routines te doorbreken. Er is dan een sterke noodzaak tot samenwerking tussen verschillende afdelingen in de organisatie zelf, alsook tussen verschillende organisaties. Dat betekent ook dat professionals soms moeten samenwerken met collega's van hun eigen organisatie of van organisaties van buitenaf, met wie zij normaal gesproken niet werken (Moynihan, 2009). Samenwerking tijdens een crisis is niet alleen noodzakelijk om de gevolgen van de crisis te mitigeren maar ook om te zorgen dat kennis wordt ontwikkeld die helpt om te gaan met de onzekerheid die een crisis brengt. Een belangrijk doel van samenwerking is om kennis en informatie op een effectieve manier te delen (Fjeldstad et al., 2019), zowel binnen een organisatie (van afdeling naar afdeling) als tussen organisaties. Samenwerking en kennisontwikkeling, binnen en tussen organisaties, is echter geen vanzelfsprekendheid, net als dat een eenduidig antwoord ontbreekt op de vraag wat samenwerking effectief maakt (Ansell & Gash, 2008). Leiderschap is een belangrijke factor die samenwerking en daarmee kennis- en informatieuitwisseling kan bevorderen (Groeneveld, 2020), bijvoorbeeld door het formuleren en communiceren van gedeelde doelen, alsmede het uitstippelen van de weg naar de vervulling van deze doelen toe (Van der Voet & Steijn, 2020).

Het is belangrijk om te noemen dat samenwerking, kennisontwikkeling en leiderschap geen nieuwe thema's zijn voor de zorg in het algemeen of het LUMC in het bijzonder. Wat betreft samenwerking kon bijvoorbeeld al voor de coronacrisis geconstateerd worden dat preventie en regionale afstemming verbetering behoeft (zie Juiste Zorg Op De Juiste Plaats en het preventieakkoord). Doelmatige en doeltreffende samenwerking is een uitdaging wanneer (zorg)organisaties sterk verschillen (Steenkamer et al., 2020). Er is daarom behoefte aan heldere kaders waarbinnen samenwerking duurzaam en effectief kan worden vormgegeven.

Samenwerking raakt zoals reeds gezegd ook sterk aan kennisontwikkeling en -uitwisseling. Het inventariseren, analyseren en delen van informatie en kennis bij het opstellen van richtlijnen en protocollen gebeurt steeds vaker door organisaties en professionals onderling (Fjeldstad et al., 2019). Steeds meer is er ook de ambitie om bij de ontwikkeling van relevante kennis voor de zorg niet alleen gebruik te maken van medisch inhoudelijke expertise, maar juist ook van niet-medische kennis (Steenkamer et al., 2020).

Ten slotte is ook leiderschap een relevant thema waar in medische context steeds meer aandacht voor is (Keijser et al., 2019). Leiderschap speelt een belangrijke rol in het faciliteren van doelmatige en doeltreffende samenwerking, bijvoorbeeld door het formuleren van een gemeenschappelijke visie en door een route uit te stippelen om die visie waar te maken. Een opdracht en uitdaging voor leidinggevendenden is om de schakel te zijn tussen wat er in de samenwerking tussen organisaties gebeurt en de interne lijnen van sturing en verantwoording. De COVID-19 crisis zorgt voor het uitvergroten van vraagstukken rond samenwerking, kennisontwikkeling en leiderschap. Tegelijkertijd zorgt COVID-19 ook voor een kans op deze gebieden omdat zaken die voorheen niet mogelijk waren of werden geacht, opeens wel realiseerbaar zijn.

Onderzoeksverantwoording

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van kwantitatief en kwalitatief onderzoek. In juli 2020 heeft de Medisch Ethische Toetsingscommissie Leiden – Den Haag – Delft (METC LDD) het onderzoek

(nummer N20.102) gezien en is het door de COVID-19 wetenschapscommissie voor niet-WMO onderzoek beoordeeld waarna een niet-WMO-verklaring is afgegeven.

Voor het kwalitatieve onderzoek zijn 29 respondenten geïnterviewd in de periode augustus-september 2020. Respondenten worden anoniem opgevoerd in dit rapport maar waren werkzaam op cruciale posities (zowel vanuit het management als in de uitvoering) binnen het LUMC en andere zorgorganisaties zoals verpleeghuizen en publieke gezondheidsinstellingen etc. in de regio ten tijde van de uitbraak van het coronavirus. Naast interviews is er gebruik gemaakt van een analyse van relevante documenten zoals updates op Albinusnet, beleidsdocumenten en evaluaties van andere organisaties (zoals de evaluatie van de crisisorganisatiestructuur in het LUMC en de evaluatie van het ROAZ). De topiclijst is in de bijlage 2 te vinden.

Voor het kwantitatieve onderzoek is gebruik gemaakt van een medewerkersmonitor die in samenwerking met het directoraat HRM van het LUMC is uitgezet onder alle medewerkers van het LUMC in augustus 2020. In totaal hebben 3599 respondenten aangegeven dat hun respons gebruikt mag worden voor dit onderzoek, wat neerkomt op een respons van zo'n 42% van alle medewerkers van het LUMC.

Leeswijzer

Ieder hoofdstuk start met de introductie van een kort (theoretisch) kader dat laat zien met welk perspectief naar het onderzoek is gekeken. Daarna volgt een bespreking van de resultaten waarbij de belangrijkste lessen worden uitgelicht. We staan steeds stil bij de impact van COVID-19 op het LUMC zelf en de impact van COVID-19 op de zorg in de regio.

Hoofdstuk 2

De crisisorganisatiestructuur nader bekeken

In Nederland werd op 27 februari 2020 de eerste patiënt met COVID-19 vastgesteld. Dit zou leiden tot grootschalige veranderingen in nationale, regionale en lokale zorgverlening. Als penvoerder in de regio is het LUMC betrokken bij diverse netwerken en samenwerkingsverbanden om de juiste zorg op de juiste plek te coördineren, organiseren en faciliteren. Tegelijkertijd is de Raad van Bestuur van het LUMC belast met het dagelijks reilen en zeilen van een organisatie met meer dan 9000 medewerkers. In dit hoofdstuk volgt een uiteenzetting van de verschillende (crisis) organisatiestructuren die voor het LUMC relevant zijn gedurende de coronacrisis.

GHOR

De Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR), voor Leiden GHOR Hollands Midden en voor Den Haag GHOR Haaglanden, coördineert, regisseert en adviseert over de geneeskundige hulpverlening bij rampenbestrijding en crisisbeheersing (GHOR, 2020). Om deze functie te bekleden is de GHOR een belangrijke onderdeel van de Veiligheidsregio. Binnen de Veiligheidsregio zijn meerdere actoren betrokken voor het verzekeren van de veiligheid van de burgers in geval van rampen en crisis, zoals onder andere de brandweer, politie en de lokale gemeenten.

In tijden van crisis is de taak van de GHOR, onder leiding van de Directeur Publieke Gezondheid (DPG) van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD), de verschillende hulpverleningsorganisaties samen te laten komen tot een keten. Dit wordt gedaan in samenwerking met het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) (zie hierna). De lokale GGD'en, in dit geval Haaglanden en Hollands Midden onderzoeken ondertussen eventuele risico's voor de volksgezondheid.

Met name in de eerste piek van de uitbraak van het coronavirus leidde de aard en omvang van deze specifieke crisis tot verschillende overlegstructuren en verantwoordelijkheden. Zo was er bijvoorbeeld dagelijks afstemming tussen de voorzitter van de ROAZ (toentertijd de bestuursvoorzitter van het LUMC) en de Directeuren Publieke Gezondheid van Haaglanden en Hollands Midden. Gedurende de crisis hadden de DPG's een bijzondere verantwoordelijkheid gekregen van de minister van VWS voor de organisatie van de gezondheidszorg buiten de ziekenhuizen.

De voornaamste verantwoordelijkheid van de GHOR gedurende de eerste coronapiek was het signaleren van ontwikkelingen en knelpunten bij zorgpartners die van belang kunnen zijn voor de openbare orde en veiligheid of maatschappelijke onrust, bijvoorbeeld over de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen. Omdat de crisis van invloed was op de gehele zorgketen was het ROAZ meer in een leidende positie, waar doorgaans bij opschaling van zorg een leidende positie wordt ingenomen door de GHOR.

Een ander belangrijk aspect waarin het LUMC een belangrijke rol heeft gespeeld is het opleiden van Informatie Coördinatoren (ICO's). Door relevante informatiestromen met elkaar te delen werd

getracht een actueel situatiebeeld van de ontwikkelingen rondom COVID-19 te monitoren. Deze informatie beslaat onder andere de capaciteit, zorgcontinuïteit en algemeen beeld van de keten. Zo heeft de GHOR ten opzichte van de ROAZ een meer faciliterende rol op zich genomen.

ROAZ

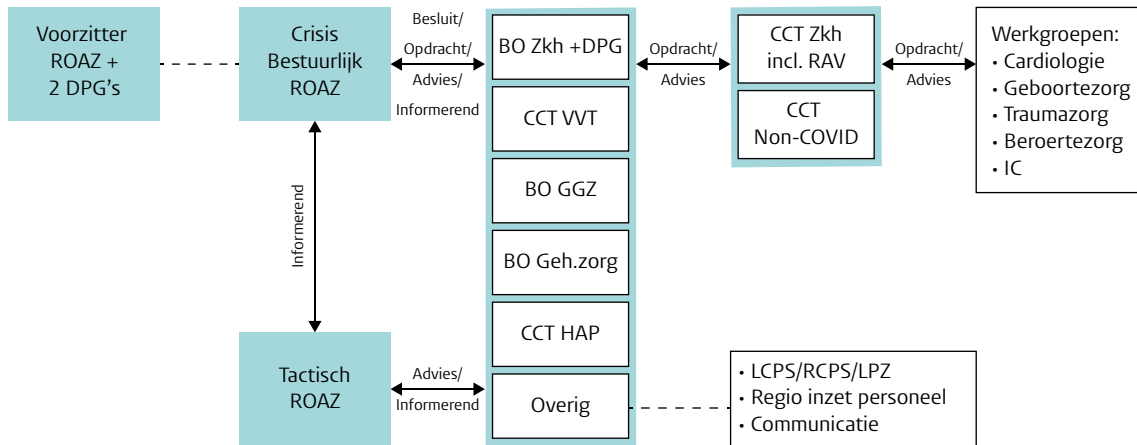
Het ROAZ, onderdeel van het Netwerk Acute Zorg regio West (NAZW) omvat de veiligheidsregio's Haaglanden en Hollands Midden. In overleg met de andere ziekenhuizen met traumafunctie in deze regio (Hagaziekenhuis en Haaglanden Medisch Centrum) is besloten dat het LUMC penvoerder is van het ROAZ en daarmee verantwoordelijk is voor de regionale coördinatie van de organisatie. In het ROAZ maken aanbieders van acute zorg in regionaal verband afspraken over organisatie, samenwerking en verbetering van de acute zorg. Sinds 2019 zijn ook niet-acute zorgpartners, zoals instellingen vanuit de VVT-sector (Verpleeghuizen, Verzorgingshuizen en Thuiszorgorganisaties) bij het ROAZ regio West betrokken.

Voor uitbraak van het coronavirus kwam het ROAZ, bestaande uit een Bestuurlijk ROAZ en een tactisch ROAZ, zo'n drie tot vier keer per jaar tezamen om de ontwikkelingen uit de regio te bespreken en zo nodig hiernaar te handelen. In het bestuurlijk ROAZ neemt via een bestuurder van de participerende instelling elke ketenpartner deel aan het overleg. Dit Bestuurlijk ROAZ wordt voorgezeten door de voorzitter van de Raad van Bestuur van het LUMC en is verantwoordelijk voor uitvoering van de opdracht zoals wettelijk gesteld in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi, 2006, artikel 3).

Het Tactisch ROAZ bestaat uit ongeveer 30 vertegenwoordigers met het mandaat van de participerende ketenpartners. Deze vertegenwoordigers hebben overzicht van de acute zorgketen in hun organisatie, bijv. de sectormanagers, clustermanagers of managers (acute) zorg. De vertegenwoordigers zijn aangedragen door de betrokken bestuurders

In de acute crisisfase (eind februari tot zomer 2020) van COVID-19 is de netwerkstructuur van het ROAZ regio West tijdelijk aangepast om beter te voldoen aan de werkzaamheden als crisisorganisatie. Aangezien het ROAZ van oorsprong geen crisisorganisatie is, was deze netwerkstructuur cruciaal vanwege de impact op de volledige reguliere zorgcontinuïteit. Vanuit de behoefte slagvaardig samen te kunnen werken is een Crisis Bestuurlijk ROAZ met vertegenwoordigers uit de betrokken acute en niet-acute zorgpartners geformeerd. De afgevaardigden van bestuurlijk ROAZ hadden daaronder een eigen overlegvorm in de vorm van een crisiscoördinatieteam (CCT) vanuit die sector. Door de dubbelrol van vertegenwoordigers in het Crisis Bestuurlijk ROAZ als voorzitter van het CCT kwamen agendapunten uit het Crisis Bestuurlijk ROAZ ook op de CCT-tafel en vice versa. Tevens namen er in het CCT naast bestuurders onder andere inhoudsdeskundigen en zorgmanagers plaats (zie figuur 1 hierna).

Figuur 1
Netwerkstructuur ROAZ regio West



Een additionele aanpassing ten tijde van de COVID-19 crisis was een verandering in de samenstelling van het bestuurlijk ROAZ. Zo werd er bijvoorbeeld besloten dat organisaties in het kader van de gehandicaptenzorg aan moesten schuiven om de niet-acute zorg verder te betrekken in de besluitvorming omtrent COVID-maatregelen. Daarnaast sloten de zorgverzekeraars aan bij dit overleg zodat direct de financiële haalbaarheid van ieder voorgenomen besluit getoetst kon worden.

LUMC Intern

Binnen het LUMC is er sprake van een crisistructuur die snel en effectief ingeschakeld kan worden indien acuut handelen noodzakelijk is, bijvoorbeeld in het geval van calamiteiten als brand of uitval van ICT. In de gebruikelijke crisistructuur, zoals deze operationeel was aan het begin van de coronacrisis, is er een crisisteam (CT) en een crisisbeleidsteam (BT). Het crisisteam is verantwoordelijk voor de directe operationele organisatietaken en het beleidsteam is verantwoordelijk voor verstrekkende strategische besluiten en communicatie.

Het LUMC heeft op 25 februari de crisisorganisatie ingelicht over wanneer besloten zou worden tot opschaling naar het crisisteam. Dit zou zijn indien er sprake was van één of meer van de volgende scenario's:

1. Ernstig capaciteitsprobleem wat niet meer in het reguliere capaciteitsmanagement kan worden opgelost. Dit zou mogelijk veroorzaakt kunnen worden door tekort aan personeel wegens veel uitval van zieke medewerkers of door een groot tekort aan medische hulpmiddelen.
2. Grote onrust onder medewerkers.

Op 2 maart, gelijktijdig aan de inrichting van de nationale crisisorganisatie, is intern besloten tot opschaling van het crisisteam ter centrale voorbereiding op pandemie en de schaarste betreffende persoonlijke beschermingsmiddelen.

Het Infectiebeheersteam (IBT) is het bestaande, adviserend orgaan dat zich volledig richt op maatregelen ten behoeve van de beheersing van infectieziekten. Het IBT heeft intern een belangrijke rol vervuld in de kennisontwikkeling en het bepalen van de maatregelen tegen het coronavirus. De voorzitter van het IBT neemt plaats in het CT en adviseert gevraagd en ongevraagd ook het BT.

Waar de crisisorganisatie doorgaans voor enkele uren tot dagen operationeel is, is er nu sprake van een langdurige crisis waardoor met name het BT tevens gericht moet zijn op de langetermijnevolgen van de crisis en de zogeheten *going concern* van het LUMC. Zo moet de medische zorg in volle omvang geborgd worden, evenals de kerntaken onderwijs en onderzoek. Als gevolg hiervan is het Beleidsteam uitgebreid en zijn er werkgroepen tot stand gekomen die zich hierom bekommeren (zie onderstaande figuur 2).

Figuur 2

Crisisorganisatie bij epidemie/pandemie waarbij sprake is van langdurige crisisituatie

Frequentie, functie, leden en verantwoordelijkheden

Gebaseerd op crisisplan LUMC, versie 13 april 2020

Vergaderklok	Team	Leden	Taken/verantwoordelijkheden/bevoegdheden
Di, do 15.30-16.30	Strategisch Beleidsteam (BT)	<ul style="list-style-type: none"> Voorzitter RvB > aansluiting ROAZ 	<ul style="list-style-type: none"> Verstrekkende besluiten (besluiten die strategische keuzes in kerntaken maken) In- en externe communicatie Overleg BT-CT
Ma, di, wo, do, vr 13.00-13.15	Strategisch BT-	<ul style="list-style-type: none"> Voorzitter RvB of vervanger Directeur Communicatie Voorzitter Crisisteam 	
Di, do 11.00-11.30			
Di, do 12.00-13.00	Tactisch Crisisteam (CT)	<ul style="list-style-type: none"> Voorzitter Crisisteam Directoraat Communicatie Managers zorg Manager bedrijfsvoering div. 4 en directoraten IT&DI Supportteam Crisismanagement Voorzitter Infectiecommissie 	<ul style="list-style-type: none"> Tactische leiding crisis Maatregelen nemen LUMC-breed Scenario's uitwerken Continuïteit waarborgen
Ma, wo, vrij 13.00-15.00	Operationeel Infectiebeheersteam (IBT)	<ul style="list-style-type: none"> Voorzitter Infectiecommissie Stafflid infectieziekten Internist-infectioloog Medisch manager en afdelingshoofd Verpleegkundig manager Deskundige infectiepreventie Biologisch veiligheidsfunctionaris Viroloog Directoraat Communicatie FB B&C Manager zorg Medisch specialist Bedrijfsarts 	<ul style="list-style-type: none"> Coördinatie opvang en behandeling van patiënt(en) Adviseren Crisisteam Formuleren/afstemmen beleid gericht op beheersing van de situatie
<p>Werkgroepen behorende bij BT of CT</p> <ul style="list-style-type: none"> Capaciteitsmanagement: Triage Overleg Capaciteitsmanagement: Regulier Bedden Overleg Onderwijs Onderzoek <p>Werkgroepen zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> Personeel Materieel Patiëntstromen 			

Op 27 mei is in het LUMC besloten om de crisisorganisatie op te heffen en werd er overgeschakeld naar een zogeheten hybride organisatie. Aan de hand van de werkgroepen zullen de lopende zaken vanuit het CT en BT worden afgerond. De hybride organisatie dient als een hulpstructuur naast de reguliere lijnen binnen het LUMC. Deze werkgroepen werken in afstemming met de eigen portefeuillehouder van de Raad van Bestuur. Parallel hieraan komen de leden van de Raad van Bestuur, samen met de divisievoorzitters, prof. SchaliJ namens het capaciteitscentrum en vanaf 1 januari 2021 lid RvB LUMC, directeur DKP (Directoraat Kwaliteit en Patiëntveiligheid) en directeur Communicatie nog wekelijks bijeen.

Een belangrijke wijziging in de crisisorganisatie is op 27 augustus via Albinusnet gecommuniceerd met de werknemers van het LUMC. Hierin maakt de Raad van Bestuur bekend dat er gebruik zal worden gemaakt van een *versterkte lijnorganisatie*. Deze lijnorganisatie bestaat uit Raad van Bestuur en Divisievoorzitters, aangevuld met de directeuren Communicatie en Facilitair Bedrijf. De voorzitter van de OR en CR is uitgenodigd als toehoorder. Deze nieuwe structuur faciliteert in snelle besluitvormingen en helpt onder meer in de afstemming van opvang van (corona) patiënten op de beschikbare capaciteit. Het doel is om de mogelijkheid te bieden om geleidelijk te kunnen opschalen zonder dat het crisisteam opnieuw wordt ingezet. Zo wordt er getracht minder drastische maatregelen te moeten nemen en iedereen gepaste zorg te kunnen leveren, in combinatie met het geven van onderwijs en ruimte te houden voor onderzoek in het LUMC.

Hoofdstuk 3

Samenwerking

Samenvatting

Dit hoofdstuk gaat over samenwerking binnen het LUMC en samenwerking van het LUMC met andere organisaties in de regio. De crisis zorgde voor een grote mate van samenwerking tussen organisaties, die elkaar vonden via formele netwerken maar ook via informele en persoonlijke contacten. Ook in het ziekenhuis zorgde COVID-19 voor meer samenwerking tussen afdelingen. Naarmate de tijd vorderde, namen organisatie- en afdelingsbelangen echter weer toe en de bereidheid tot samenwerken af. Een continu vraagstuk, zowel in het LUMC als in de regio, was of de juiste stakeholders op tijd betrokken werden. In het ziekenhuis werd de cliëntenraad eigenlijk niet betrokken, en in de regio haakte de VVT-sector pas laat aan. Daarnaast zijn verschillende regionale, maar ook persoonlijke netwerken verweven in een complexe structuur. Het belang van continu reflecteren op de vraag of de juiste partners aan tafel zitten en het sturen op grensoverschrijdende samenwerking, bijvoorbeeld tussen organisaties, afdelingen en individuele professionals zijn belangrijke aandachtspunten.

Introductie en kader

Samenwerking vindt plaats op verschillende bestuurlijke en operationele niveaus, en gebeurt zowel spontaan als binnen vastgelegde bestuurlijk-organisatorische kaders. *Intern* kent de besluitvorming in LUMC een duidelijke hiërarchische structuur, met een beleidsteam, crisisteam, infectiebestrijdingsteam en de divisies (zie hoofdstuk 2).

Als we kijken naar de *externe* bestuurlijk-organisatorische inbedding, dan kunnen we het ROAZ kenmerken als een *netwerkorganisatie*: het gaat om samenwerking op basis van gelijkwaardige inbreng van een aantal autonome organisaties, en met beperkte doorzettingsmacht van één enkele organisatie (Provan en Kenis 2008). Hoewel de beslismacht meer verdeeld is over een verscheidenheid aan actoren, heeft een netwerkorganisatie niettemin *sturing* nodig: afspraken over en structuren voor beslissingsbevoegdheden en samenwerking om middelen toe te wijzen en om de gezamenlijke activiteiten te coördineren en op te volgen (Kenis en Cambré 2019). Deze zijn in hoofdstuk 2 voor het ROAZ beknopt beschreven.

De crisisbestendigheid van de interne en externe bestuurlijke organisatie hangt niet alleen af van de formele sturing, maar ook van de manier waarop bestuurders en professionals daar in de praktijk invulling aan geven. Samenwerken over organisatie- en afdelingsgrenzen heen vraagt om een andere manier van besturen en *managen*, waarbij competenties als verleiden, overtuigen, *framen* en het bouwen aan vertrouwen centraal staan. Wanneer afdwingen minder kan of niet wenselijk is, is het aangaan en onderhouden van relaties cruciaal voor succes.

We hebben in deze evaluatie gekeken naar het netwerkgedrag van bestuurders en professionals buiten de grenzen van hun eigen organisatie of afdeling. Dergelijk netwerkgedrag vindt plaats binnen de formele crisisorganisatie die we uiteengezet hebben in hoofdstuk 2, maar dat is nooit het hele verhaal. Op basis van eigen inzichten en belangen gaan bestuurders en professionals ook

relaties aan buiten het formeel vastgestelde netwerk – of de interne afdelingenstructuur – over zaken die het ROAZ, en organisatie-eenheden binnen het LUMC raken.

Daarnaast zijn zowel de bestuurlijke organisatie als het netwerkgedrag niet statisch en beïnvloeden zij elkaar. Omdat we in de crisiscontext altijd te maken hebben met een veelvoud aan actoren, is het zelden het geval dat een enkele persoon of organisatie een volledig overzicht heeft van de partners waarmee daadwerkelijk (veel) wordt samengewerkt. Zo'n overzicht kan effectieve handvatten bieden om onderbouwd in te grijpen in de bestuurlijke organisatie om die beter te laten functioneren (Schalk, Van den Bekerom & Van der Heijden 2018).

Hoe complexer de beleidsomgeving en hoe meer die aan verandering onderhevig is, hoe moeilijker het doorgaan is om partners voor een lange termijn aan de gezamenlijke doelstelling te committeren. Juist in die situaties is een goede *samenwerkingsstrategie* belangrijk. De kwaliteit daarvan kan onder andere worden afgemeten aan de wijze waarop deze strategie verbindingen weet te leggen met ontwikkelingen in andere gebieden (bijvoorbeeld andere ROAZ-regio's en de landelijke beleidscontext) of beleidssectoren (bijvoorbeeld de niet-medische zorg en maatschappelijke ondersteuning). Dit heeft als gevolg dat de strategie inhoudelijk aan kracht wint, daarnaast wordt ook de gezamenlijke identiteit van de samenwerkende organisaties ten opzichte van de omgeving geaccentueerd, wat het commitment kan versterken.

In de volgende twee secties bespreken we de belangrijkste bevindingen over samenwerking tussen organisaties in de externe omgeving van het LUMC – Regio West – en de samenwerking tussen professionals binnen het LUMC, die uit de interviews naar voren zijn gekomen.

Netwerken lopen door elkaar, in locatie en tijd

Een belangrijke bevinding uit het onderzoek is dat verschillende netwerken door elkaar heen lopen, resulterend in een complexe samenwerkingsstructuur op geaggregeerd niveau. Dat hoeft geen probleem te zijn en kan zelfs voor slagvaardigheid zorgen, zolang de verbindingen, of 'hubs', de verschillende netwerken op een effectieve manier verbinden. Gebeurt dat niet, dan kan er verwarring ontstaan door dubbele of tegenstrijdige informatiedeling en communicatie.

Veiligheidsregio, ROAZ-regio en gezondheidsregio zijn voorbeelden van de verschillende overleggen die er zijn maar die niet per definitie dezelfde (geografische) grenzen aanhouden en daarmee niet altijd dezelfde organisaties beslaan. Waar in Zuid-Holland de ROAZ-regio en de Intensive Care (IC)-regio overlappen, kan gemakkelijk geschakeld worden tussen personen. Overlappen de regio's niet, dan blijven netwerken en de mensen daarin soms toch (meer) van elkaar gescheiden. Dat kan onder andere komen doordat bestuurders met een bepaald aandachtsgebied onverwacht in een andere regio terechtkomen dan gewend en dat betekent dat ze moeten samenwerken met organisaties met wie ze dat normaal niet doen. Dat kan onrust geven, zeker wanneer maatregelen verschillen tussen regio's.



Wat ik lastig vind is dat we allemaal verschillende regio's hebben. Je hebt 25 veiligheidsregio's en elf ROAZ-regio's en dan heb je weer GHOR-regio's die allerlei anders zijn. Dus enerzijds hebben we heel erg dat we dingen regionaal moeten bepalen. Anderzijds denk ik, maar wat is dan de regio? Wat is dan de grens? Over welke regio hebben we het? En die regiogrenzen dat is best wel ingewikkeld elke keer ... Bijvoorbeeld Gouda, er is een huisartsenpost in onze regio die ook gedeeltelijk op Rotterdam zit."

Er is hier een groot belang bij kennisbrokers die in verschillende overlegstructuren betrokken worden en daardoor kunnen zorgen voor verbinding en uitwisseling van kennis. Individuen (of organisaties) worden als broker gezien als zij in meerdere netwerken actief zijn en daardoor kunnen zorgen dat nieuwe kennis en informatie van het ene netwerk naar het andere netwerk kan worden gebracht (Provan & Lemaire, 2012). Brokers die zowel persoonlijk als bestuurlijk al gewend waren in verschillende structuren (veiligheidsregio, ROAZ, gezondheidsregio, landelijk) te zitten, leggen verbindingen tussen personen en organisaties die elkaar nu moeten vinden op nieuwe coronaproblemen. Brokers zijn niet (altijd) formeel aangewezen, maar kunnen ook meer emergent ontstaan. Dat betekent ook dat niet altijd vanzelfsprekend duidelijk is wie de broker is die netwerken bij elkaar kan brengen.

Een voorbeeld illustreert hoe in de regio west op een goede manier aandacht is geschonken aan het verbinden van verschillende netwerken. De regio heeft het bijzondere kenmerk dat één ROAZ regio overlapt met twee GHOR regio's (Haaglanden en Hollands Midden). De twee directeuren publieke gezondheid in de regio hebben vroeg in de crisis bewust afgestemd dat een van hen zich grotendeels zou concentreren op het landelijke crisisnetwerk, terwijl de ander in het regionale netwerk opereerde, gericht op alle ROAZ-gerelateerde besluitvorming. Door deze bewuste afstemming, op basis van een uitzonderlijke bestaande structuur, kon informatie uit verschillende netwerken worden verbonden, waarbij wel wordt aangegeven door respondenten dat de persoonlijke relaties bij een dergelijke taakverdeling sterk moeten zijn, gebaseerd op onderling vertrouwen en een behoorlijke geschiedenis van samenwerking:



"Het is wel belangrijk dat je elkaar goed kent ... En we hadden natuurlijk ook al ... elkaar goed leren kennen en veel samengewerkt. En hetzelfde geldt voor de andere directies, met name in deze regio, dat je gewoon elkaar wel kent en ook de bereidheid hebt om samen te werken."

Op basis van dit onderzoek is geen vergelijking te maken met andere regio's, en dus of het de specifieke organisatiestructuur van de GHOR en ROAZ in regio west is die met name heeft gezorgd voor effectievere rolverdeling en het organiseren van 'hubs' tussen netwerken. En hoewel verbinding leggen tussen verschillende formele en informele netwerken noodzakelijk kan zijn voor goede besluitvorming en crisiscommunicatie, is er het risico op (de schijn van) belangenverstremming als actoren verschillende rollen hebben. In zulke gevallen is het belangrijk dat duidelijk is namens welke organisatie en achterban je in een bepaald overleg zit (bijvoorbeeld vanuit je eigen organisatie of vanuit het ROAZ).

LES

Identificeer kennisbrokers die uitwisseling van kennis en informatie kunnen verzorgen.

Een vliegende start op basis van bestaande netwerken

De omvang en complexiteit van de crisis zorgden voor een grote informatiebehoefte en noodzaakten zorgorganisaties om bestaande formele overlegstructuren uit te breiden en aan te passen aan de specifieke uitdagingen waarvoor zij zich gesteld zagen, zoals het distribueren van voldoende beschermingsmiddelen en het realiseren van voldoende IC- en testcapaciteit. Uit de interviews komt naar voren dat de overleggen en structuren die al bestonden, een belangrijke rol speelden als basis voor deze uitbreidingen.



Het platform bestond al, maar door de Coronacrisis hebben ze de scope van het platform vergroot. Dat is altijd het makkelijkste, want iets nieuws introduceren in een organisatie kost altijd tijd. Dus we proberen altijd te kijken: wat kan via bestaande lijnen en via bestaande platformen al [werken], waar moeten we soms wat extra doen of accenten verschuiven en wat moet je echt nieuw organiseren, omdat de crisis dat vraagt?”

Het uitgaan van een bestaande basis voor samenwerking was op bestuurlijk-organisatorisch vlak belangrijk – zo werd de intensiteit van overleggen binnen het bestuurlijk ROAZ snel opgeschaald naar meerdere keren per week en werd er een aparte CCT VVT ingericht binnen de bestaande ROAZ structuur. Maar binnen deze bestuurlijke organisatie ‘op papier’ was men sterk afhankelijk van de persoonlijke netwerken van de betrokken bestuurders. De 06-nummers in hun telefoon waar zij op kunnen terugvallen, bijvoorbeeld door hun lidmaatschappen in andere overlegstructuren zoals de veiligheidsregio, de GHOR, het OMT, het LNAZ etc.), zijn cruciaal: zij zijn de ‘kennisbrokers’ in de crisisorganisatie die kunnen zorgen voor het tijdig uitbreiden en aanpassen van de crisisorganisatie. Het gaat daarbij om het kunnen vinden van elkaar maar ook het weten hoe men te werk gaat en hoe men elkaar het beste kan helpen. Persoonlijke contacten helpen daarnaast ook in het zorgen voor open gesprekken waarin ook de knelpunten voor goede zorg in de eigen organisatie aan de orde kunnen komen. Juist door persoonlijk contact kunnen mogelijke spanningen tussen organisaties gedepersonaliseerd worden en kan discussie vooral op de inhoud gevoerd worden (Heifetz et al., 2009).

LES

Zorg ook voor terugkoppeling in formele overlegstructuren wat er gebeurt in informele netwerken. Aandacht voor relaties (niet alleen op inhoud/taakgericht maar ook tijd maken voor persoonlijke relaties).

Niet alle bestaande netwerken werden optimaal benut

Overigens werden niet alle bestaande overlegstructuren en netwerken in dezelfde mate gebruikt. Waar het ROAZ, mede door de sterke verbondenheid met het LUMC, een belangrijke rol speelde in de regio, werden de bestaande structuren van netwerkorganisaties in de regio zoals Transmuralis en Stichting Transmurale Zorg (STZ) soms minder gebruikt terwijl juist zij als netwerkorganisatie

partners kunnen verbinden, bijvoorbeeld de VVT en ziekenhuizen. Nieuwe overlegstructuren werden geïnitieerd vanuit het ROAZ, door mensen die elkaar al kenden uit overlegstructuren van Transmuralis en STZ, zoals bijvoorbeeld blijkt uit het volgende citaat:

“ *En [we] dachten van: ja, maar dat heeft gewoon echt heel erg met elkaar te maken, je moet juist zorgen dat de keten goed gaat functioneren. Dus wij hebben bedacht dat dat allemaal bij elkaar komt in het crisis bestuurlijk-ROAZ.*”

Naast het verbinden van verschillende organisaties, kunnen dit soort organisaties ook een rol spelen als meer ‘neutrale’ netwerkpartij bij het afstemmen van de reguliere zorg. De kennis en ervaring waarover STZ en Transmuralis beschikken, zou volgens sommige respondenten beter benut kunnen worden:

“ *Een advies uit de regio voor de regierol van het LUMC: steek je licht op bij onafhankelijke netwerkorganisaties. Dat heb ik wel gemist. Het is een beetje het oude top-down werken. Terwijl ik denk, je kunt ook even je licht op steken bij de clubs die daar onafhankelijk in staan in de regio, en heel snel een beeld krijgen van hoe de dynamiek is. Dus ga een beetje ‘outreaching’ te werk ook als groot LUMC. En dat regie voeren. Weet je, steek je licht op in de regio.*”

LES

Evalueer de samenwerking met bestaande netwerkorganisaties (zoals STZ en Transmuralis) om hun rol/taak in de keten helder te maken en te kijken of de bestaande structuren meerwaarde bieden.

Balanceren tussen besluitvaardigheid en brede inspraak in de regio

De aansluiting van de VVT bij het ROAZ is ook een goed voorbeeld van de mogelijke nadelen die bouwen op bestaande structuren kan hebben. Enerzijds kon de VVT aansluiten bij het ROAZ, doordat bij het ROAZ bekende bestuurders uit de sector pre-crisis al gevraagd waren vanuit die organisatie aan te sluiten:

“ *We waren destijds met vier, vijf bestuurders uitgenodigd ... rond de vraag: wie gaat deelnemen in het ROAZ? ... Toen heb ik het initiatief genomen om tegen die ... anderen te zeggen: ‘Jongens, we moeten wat gaan organiseren, hoe gaan we dat doen? Dit is mijn voorstel.’ Zo is dat gaan rollen.*”

Deze bestuurders zaten dus al *in the loop* en op die contacten kon worden teruggevallen toen de crisis uitbrak. Echter, de 177 VVT-organisaties die in de Regio West opereren zijn slechts deels aangesloten: het deel van de VVT-organisaties dat tijdig kon aansluiten bij het ROAZ, had pre-crisis al een duidelijke link met het ROAZ en was onderling georganiseerd vanuit bestaande overleggen. Voor de crisis goed ingebed zijn in strategische relaties – ook al hebben ze niet direct een duidelijke

toepassing – is dus van cruciaal belang voor zorgorganisaties. Als je niet aangehaakt bent, bestaat het risico dat jouw belangen buiten de besluitvorming worden gehouden. Niet uit kwade wil, maar als gevolg van de behoefte om snel te schakelen, en dus te bouwen op bestaande relaties. Hier ligt overigens een belangrijke rol voor het leiderschap (dat in hoofdstuk 5 uitgebreider aan de orde komt).

Met betrekking tot de VVT is het voor de volledigheid belangrijk te noemen hoe dit in de GHOR georganiseerd was, want ook hier geldt weer een complexe overlap van netwerken (zie pagina 12/13). Bij de GGD werd bij het uitbreken van de crisis opgeschaald en een extern crisisteam gevormd, gericht op het samenwerken met de ziekenhuizen in het ROAZ, met de VVT-instellingen in het kader van de GHOR, de Geneeskundige Hulpverleningorganisatie in de Regio en in dat kader ook met de Veiligheidsregio. Belangrijk kwestie in dit verband was het realiseren van bedden, wat overwegend goed verliep.



Het andere denk ik, we hebben ook met VVT-instellingen te maken gehad bij het realiseren van bedden buiten de ziekenhuizen. Dat was een opdracht die wij op 31 maart hebben gekregen als DPG van minister de Jonge. En hier in de regio hebben de instellingen dat onderling opgepakt door gewoon te besluiten: wie maakt er een Covidafdeling vrij, waar dan vanuit meerdere instellingen mensen naartoe kunnen? Nou, dat is beperkt gebeven, maar die planvorming is wel door de instellingen zelf gezamenlijk vormgegeven en dat vond ik wel positief om te zien, als ik het vergelijk met sommige andere regio's."

De medisch-curatieve blik was dominant

Een punt dat samenhangt met de vraag of alle stakeholders aangesloten waren bij de besluitvorming, zowel in het ziekenhuis als in de regio, is de observatie dat de medisch-curatieve blik domineerde in de regionale besluitvorming. In de regionale zorg bijvoorbeeld sloot de VVT wel tijdig aan bij het ROAZ, maar stonden haar belangen in eerste instantie minder op het netvlies bij de betrokken bestuurders. Dit betrof bijvoorbeeld het verkrijgen van persoonlijke beschermingsmiddelen, en het afwegen van de effecten van eenzaamheid op de gezondheid enerzijds, en besmetting met het virus anderzijds. Dit geldt nog meer voor de maatschappelijke ondersteuning in bredere zin (denk bijvoorbeeld aan daklozenopvang en de thuiszorg). Daaraan debet is onder andere ook de relatief beperkte inbreng van de cliëntenraden in de overleggen, van het LUMC maar ook van de andere betrokken ROAZ leden. Het verwelkomen van nieuwe perspectieven en expertise kan niet alleen bijdragen aan de kwaliteit van de besluiten maar ook zorgen voor meer betrokkenheid (en daarmee draagvlak) in besluitvorming (RVS, 2020).

De medisch-curatieve blik is voor een groot deel ook ingegeven door de dominantie daarvan op *landelijk* niveau. Een respondent gaf in relatie hiermee aan eigenlijk ‘burgerlijk ongehoorzaam’ te willen zijn geweest met betrekking tot de bezoeksregelingen van de verpleeghuizen. Dit schetst niet alleen een dilemma van ‘care versus cure’, maar ook weer een spanningsveld tussen beleidsvoering nationaal versus regionaal. Een voorbeeld over de VVT illustreert dit:



Wat tijdens de crisis en ook nu nog anders zou kunnen is meer consulteren in het werkveld over de besluiten die worden genomen ... Minister De Jonge staat daar te roepen dat het beleid in verpleeghuizen gaat veranderen. Er wordt geroepen dat iedereen wordt getest als je een besmetting hebt in een locatie, wekelijks. Wat zo'n opmerking teweegbrengt... Wat ik dan doe, ik bel gelijk [regionaal]: "Goh, hoe kan dit?" We zitten gisteren met elkaar in een vergadering ... We hebben het nog gehad over het beleid dat wij als zorgpartners zelf allang hanteren, dat wij mondklappers vinden voor ons personeel. Ik zeg: "Dan zit ik 's avonds te luisteren en dan hoor ik dit." ... zeg dan tegen mij: "... met de hand op mijn hart: wij ... wisten dit ook niet." Dan denk ik: dan hebben we het afgelopen jaar nog weinig geleerd."

LES

Zorg voor een bredere blik dan alleen de medisch-curatieve. Betrek ook patiënten (bijvoorbeeld via cliëntenraden), reflecteer continu of de juiste stakeholders aan tafel zitten en bekijk of de contacten met hun achterbannen goed geregeld zijn. Dat geldt ook voor het laten horen van het eigen tegengeluid in bovenregionale besluitvorming.

In de interviews is verder benoemd dat dit stil staan bij de organisatie en besluitvorming tijdens de crisis juist ook cruciaal is aan het begin. In crisistijd ligt het voor de hand om direct aan het werk te gaan en te zoeken naar een oplossing langs de bestaande organisatie en contacten in de persoonlijke netwerken. Mogelijke kleine deviaties aan het begin kunnen echter op de langere termijn voor problemen zorgen. Het is voordelig voor de organisatie indien al aan de start is nagedacht wat de beste structuur is en de bemensing daarvan? Blijf dus tijd voor reflectie en tegenspraak invoegen.



Maar we hebben dus niet eerst, zoals je een crisisteam begint, even fundamenteel gevraagd van wat is de structuur? Gaandeweg is de structuur ontstaan en communicatie volgt structuur. Daar is dus niet eerst even over de structuur nagedacht en over communicatie als gevolg van de structuur. We zijn meteen begonnen. En hier geldt 'bezint eer ge begint'. De eerste vergadering hadden we over structuur en communicatielijnen moeten nadenken."

LES

Creëer, hoe druk het ook is, ruimte voor reflectie om na te gaan of structuren nog passend zijn voor de situatie waarin de organisatie zit.

Balanceren tussen besluitvaardigheid en brede inspraak in het ziekenhuis

Het balanceren tussen besluitvaardigheid en brede inspraak is niet alleen in de regio maar ook in het ziekenhuis zelf een belangrijk thema. Uitbreiding van het beleidsteam met divisiedirecteuren zorgde er bijvoorbeeld voor dat er weliswaar meer belangen werden meegenomen in de besluitvorming maar ook dat besluitvorming trager was. Net als uit eerdere evaluaties naar de crisisorganisatiestructuur van het LUMC bleek, laten de interviews ook zien dat de vraag gesteld kan worden of de crisisorganisatiestructuur op elk moment de best passende was. Dat er nu wordt

gewerkt met een versterkte lijnorganisatie is wat dat betreft een interessant punt, dat overigens in dit onderzoek niet is onderzocht.

Samenwerken ondanks het zorgbestel?

Bij samenwerking over organisatiegrenzen heen is overeenstemming over de belangrijkste doelen niet vanzelfsprekend (Provan en Kenis 2008). Een crisissituatie kan ervoor zorgen dat er voor organisaties in een netwerk heel duidelijk één doel is waar ieder lid van het netwerk zich voor inzet. De coronacrisis was hierop geen uitzondering. Er was, zeker tussen organisaties, sprake van exceptionele saamhorigheid waarbij in overeenstemming met elkaar werd gehandeld. Grenzen tussen organisaties vielen in sommige opzichten weg juist doordat er duidelijk een gemeenschappelijk belang was om de effecten van de crisis te mitigeren en de besmetting in te dammen. Zeker in het begin van de crisis werden organisatiebelangen ondergeschikt gemaakt aan het grotere belang. Concrete voorbeelden die dit onderstrepen zijn het delen van informatie over bijvoorbeeld IC-opnamen. Natuurlijk praatten ziekenhuizen altijd al met elkaar, maar de frequentie en de diepgang tijdens de crisis werd gezien als uitzonderlijk. Ondanks dat ziekenhuizen in het huidige zorgbestel niet alleen elkaars collega's maar ook elkaars concurrenten zijn, zorgde de crisis ervoor dat onderlinge competitie (voor even) naar de achtergrond verdween.

Van individuele belangen naar gedeelde doelen en weer terug

Tegelijkertijd is terug te zien dat organisatiebelangen naarmate de crisis langer duurde, steeds vaker terug aan de oppervlakte komen. Sterker: de crisis kan (in de perceptie van betrokken organisaties) gebruikt worden om die belangen door te drukken. Voorbeelden daarvan waren de besluiten rondom de uitplaatsing van patiënten (VVT versus GGD en Ziekenhuizen) en vergoedingen voor testen en testmateriaal (GGD vs. Zorgverzekeraars). Mede als gevolg van deze belangen, die deels zijn ingegeven door het marktdenken in het zorgbestel, zijn er soms afspraken gemaakt die alleen golden tijdens de coronaperiode. Vanuit het organisatiebelang was men soms bang voor negatieve gevolgen voor het concurrerend vermogen op de langere termijn.

“

We hebben ook dingen vastgelegd, dat hield ook duidelijk in dat het alleen maar ging om de coronaperiode. Wat wij, bijvoorbeeld, ook bewust niet hebben gedaan – andere regio's wel – is: bij de opschaling kregen wij van het SZW (ministerie Sociale Zaken en Werkgelegenheid) de cijfers van de regio over hoeveel procent we opgeschaald zijn. Die kunnen we nog verder uit gespecificeerd vragen, zodat iedereen van elk ziekenhuis ziet hoe groot de wachtlijsten zijn. Daarvan hebben wij ook in de regio gezegd: “Ja, sorry, dat gaan we niet doen,” dus wij houden het op regioniveau en daar moet iedereen zichzelf maar weer gaan benchmarken om te kijken: “Hoe zit dat in mijn ziekenhuis?”. Maar we gaan dat niet verder delen met elkaar.”



Nu mag je bijvoorbeeld niet zomaar je bedrijfsgevoelige informatie met elkaar delen, dus wij delen geen wachtlijsten, dus daar zijn wij heel scherpzinnig op. Wij delen geen wachtlijsten, maar dat wil je ook niet, want daar word je straks door de zorgverzekeraar weer op afgerekend. Dan ben je volgend jaar, als de crisis voorbij is, ineens de helft van je budgetten kwijt, terwijl je personeel nog wel rondloopt. Dat is nu eenmaal het leven van een instelling en ik denk dat je niet meer bang hoeft te zijn voor een boete van de ACM (Autoriteit Consument & Markt) als je iets op papier zet als je meer ruimte zou hebben om dingen wel met elkaar te delen of het gesprek aan te mogen gaan.”

De interviews laten duidelijk zien dat het enorme gevoel van urgentie onder betrokken organisaties het denken over de eigen organisatiebelangen en juridische beperkingen heen veel meer mogelijk heeft gemaakt. Tegelijkertijd waren er nog steeds aarzelingen, die toenamen naarmate de crisis langer duurde en de piek van de eerste golf verder uit het zicht verdween. Verschillende respondenten geven aan dat er behoefte is om de systeembelemmingen die voortkomen uit wettelijke eisen rondom de marktwerking in de zorg tegen het licht te houden, en af te wegen tegen de noodzaak om – vooral in crisissituaties – snel en volledig informatie te kunnen delen om de zorg op regioniveau te optimaliseren. Gezien de uitdagingen waar de zorg zich voor gesteld ziet (zoals besproken in de inleiding) is er ook buiten crisistijd en op lange termijn de noodzaak om samenwerking tussen organisaties in de zorg (en daarbuiten) te bevorderen.

LES

Inventariseer welke belemmingen in het zorgbestel samenwerking tussen en binnen organisaties bemoeilijken, maar bekijk ook welke mogelijkheden wet- en regelgeving nu al bieden om tot meer samenwerking te komen.

Urgentie zorgt voor cohesie in het ziekenhuis (maar niet duurzaam)

Niet alleen tussen het LUMC en andere (zorg)organisaties zorgde de coronacrisis voor een toegenomen noodzaak tot samenwerking, ook binnen het LUMC was samenwerking over afdelings- en divisiegrenzen heen noodzakelijk.



Ik ben nog steeds verbaasd over de saamhorigheid en het niet overheersen van elkaar en dit was ook echt een periode die heel veel mensen geroemd hebben over [het stellen van] het LUMC-belang boven het afdelingsbelang.”

Uit de medewerkersmonitor onder LUMC-medewerkers volgt ook dat zowel de manier van samenwerken als de samenwerkingen die ontstonden tijdens de crisis veel genoemd worden als zaken om te behouden na COVID-19. Zo geven medewerkers aan dat er werd ‘*samengewerkt zonder oordeel*’, en dat ‘*grenzen tussen disciplines verdwenen*’. Met name professionals met direct patiëntcontact benoemen dit, wat het idee versterkt dat vooral de manier van samenwerken tussen medisch professionals over de grenzen van hun afdeling en professie heen een belangrijk punt is om mee te nemen naar de post-crisis periode. De detachering van bijvoorbeeld verpleegkundigen naar andere afdelingen dan normaal om de toestroom van Coronapatiënten onder controle te houden,

zorgde in sommige gevallen ook juist voor nuttige kruisbestuivingen. Zo vertoonde bijvoorbeeld een patiënt van de cohortafdeling neurologische problematiek en was er toevallig een verpleegkundige van die afdeling aanwezig die direct wist hoe te handelen. De crisis zorgde daarnaast voor een grote mate van cohesie onder zorgprofessionals, vanuit het idee dat iedereen z'n steentje moet bijdragen.

“

Ik denk dat we hebben laten zien dat we dit zo snel kunnen organiseren. Ik denk dat iedereen wel een soort trots gevoel heeft van wat daar neergezet is, en ook met hoe weinig strubbelingen onderling dat is gegaan. Geen eindeloze discussies over klinische beslissingen die je hebt genomen, ook omdat niemand het antwoord wist. Maar er is nooit iemand geweest die per se de boventoon wilde voeren, zich als absolute expert opwierp, dat kon je ook gewoon niet zijn.”

Belangrijk om te noemen, is dat kruisbestuiving tussen professionals uit verschillende disciplines niet vanzelfsprekend is. Onderzoek uit het sociaal domein laat bijvoorbeeld zien dat kennisuitwisseling ook belemmerd kan worden wanneer medewerkers een andere professionele expertise hebben (Van Zijl et al., 2019). Hier ligt weer een rol voor leiderschap om de expertise die noodzakelijk is te identificeren en het stimuleren van onderlinge uitwisseling van kennis (Groeneveld, 2020).

Cohesie binnen teams wordt dan ook significant hoger gewaardeerd onder zorgprofessionals, dan onder niet-zorgprofessionals. De laatste groep, die ook vaker vanuit huis aan het werk was, heeft mogelijk minder contact gehad met collega's en scoort daarom lager op dit vlak. Belangrijk om te noemen is dat teamcohesie sterk verschilt per afdeling en divisie wat kan uitwijzen dat gevoelde cohesie en het gevoel te werken aan een gezamenlijke missie, niet overal even groot was.

LES

Zorg voor een gezamenlijk missie waarbij actief gestuurd wordt op samenwerking tussen de divisies.

Uit de interviews kwam ook nog een kritische noot naar voren. Zo bleek dat er *tussen* afdelingen in sommige gevallen een scheve verdeling was met betrekking tot welke collega's wel en niet uitgeleend konden worden naar COVID-19 afdelingen, wat ook zorgde voor frictie tussen afdelingen. Zo vertelde een respondent ons dat hij de indruk had dat er niet altijd sprake was van één LUMC vanwege oud zeer tussen de verschillende afdelingen, bijvoorbeeld dat afdelingen geen toestemming kregen om te assisteren bij een andere divisie.

“

Er is een uitdrukkelijk verzoek ook geweest van verpleegkundigen op een heel rustige afdeling die dan konden ondersteunen bij bijvoorbeeld divisie 1 op een IC als buddy of wat dan ook. Ik weet van afdelingen af die gewoon geen toestemming kregen om te gaan assisteren bij een andere divisie.”

LES

Wanneer vraagstukken afdelingsbelangen raken (bijvoorbeeld als het gaat om de detachering van verpleegkundigen van de ene afdeling naar de andere afdeling) is sturing vanuit de RvB nodig.

Discussie

Een algemene uitdaging die over alle observaties hangt, zowel over samenwerking in de regio als in het ziekenhuis zelf, is hoe je van de – in het begin noodzakelijke – top-down commandostructuur, gaandeweg weer meer adaptief wordt, door samenwerking en tegengeluiden toe te staan. De ontwikkelingen als gevolg van COVID-19 laten zien dat er niet één structuur is die voor elke fase werkt. Wanneer de dreiging van de crisis groot is en er een groot belang is om snel te handelen, is het logisch dat alleen de sleutelfiguren aan tafel zitten. Gaandeweg is het belangrijk om continu goed te kijken of er niet stakeholders missen in de besluitvorming. Het voordeel van verschillende stakeholders aan tafel hebben, is dat ook niet vanuit één (medisch/epidemiologisch) perspectief wordt gekeken maar dat ook andere perspectieven de ruimte krijgen en meegenomen worden in de afweging hoe wordt omgegaan met de crisis.

Hoofdstuk 4

Kennisontwikkeling en kennisdeling

Samenvatting

Dit hoofdstuk gaat over kennisontwikkeling en kennisdeling binnen het LUMC en in de regio. De crisis zorgde voor een grote hoeveelheid aan vernieuwingen, die vooral vanuit de praktijk werden geïnitieerd. Het blijkt moeilijk om deze te behouden omdat ze niet goed geborgd worden bij een neiging om te sturen op de situatie van voor de crisis. Verder is het nog onduidelijk in hoeverre het LUMC en de regio voldoende ingericht zijn om te leren van de crisis op meer dan alleen bestuurlijk niveau.

Introductie en kader

De termen kennisontwikkeling, leren en innovatie kennen verschillende omschrijvingen in de literatuur. In dit rapport zien we kennisontwikkeling, leren en innovatie als verwante en complexe processen om uitkomsten beter te voorspellen en gewenste situaties te bereiken (Wieringa et al., 2018; Davies et al., 2008; Hacking, 2001). Hiermee is het anders dan kennisdelen, dat meer om implementatie en communicatie gaat. De kennis waarop klinici en bestuurders hun besluiten baseren, is vaak niet expliciet (zoals richtlijnen en regels) maar juist impliciet (onbewust, praktisch, moeilijk onder woorden te brengen), continue veranderend, uit vele bronnen en zowel individueel als gedeeld in een groep (Gabbay & May, 2004). Kennisontwikkeling, leren en innovatie gebeuren in die zin altijd en onafgebroken. Hierbij zijn we met name geïnteresseerd in zogenaamde *communities of practice* (praktijkgemeenschappen): mensen in een klinische en bestuurlijke praktijksituatie die samenwerken aan verwante vraagstukken en hiervan leren (Lave, 1991; Wenger & Trayner-Wener, 2015). Daarnaast is onze vraag in hoeverre het LUMC en de regio gezien kunnen worden als een lerende organisatie. In de literatuur wordt deze term onderscheiden van organisationeel leren (Tsant, 1997; Shrivastava, 1983; Elliott, 2020), wat gaat over de complexe structuren en processen waarin individuen binnen de organisatie leren. De lerende organisatie kenmerkt zich door een cultuur van continue en diep leren, steeds gericht op transformatie en verandering.

In de volgende secties, bespreken we de belangrijke bevindingen en lessen op het gebied van kennisontwikkeling en -uitwisseling.

Nieuwe kennis ontstaat op de werkvloer

Tijdens de crisis was de toestroom en verwerking van nieuwe klinische kennis enorm. Artsen, verpleegkundigen en bestuurders pasten behandelingen, protocollen en richtlijnen nagenoeg continu aan.



COVID-19 veranderde iedere dag van gezicht. Als je op de IC's kwam dan was er 's middags om vier uur even twintig minuten tijd en dan had iemand alle wetenschap van die dag weer verzameld, en serieus de volgende dag was er een ander behandelbeleid. Iedere dag weer."

Het aanpassen van protocollen en richtlijnen was niet alleen een kwestie van kennisontwikkeling die op de werkvloer plaatsvindt, maar ook een proces dat door top-down besluitvorming wordt beïnvloed. Niet alleen de aantallen protocollen die moesten worden opgesteld maar ook het bijwerken van de protocollen was vrijwel continu een belangrijke taak vanwege nieuwe richtlijnen en besluiten die op landelijk niveau werden genomen.

“

Je moest elke dag wel iets schrijven. Het hygiëneprotocol, het isolatieprotocol, het quarantaineprotocol, de bezoeksregeling, het ‘uit-huizen’, het ‘in-huizen’, het protocol bij overlijden. Nou, verzin het maar even. En dan allemaal keer 13 hebben we inmiddels, want dan komt de persconferentie weer. Nu bijvoorbeeld, dat besluit dat de quarantainetijd van 14 naar 10 dagen, dan moet je in alle protocollen gaan wijzigen. Wij hebben ook besloten om het geen persconferentie maar een pestconferentie te noemen.”

Belangrijk om hieruit mee te nemen, is dat de vertaling van kennis naar protocollen van twee kanten moet komen. Worden protocollen alleen aangepast vanwege de besluiten van hogerop, dan wordt waardevolle kennis die *on the spot* wordt opgedaan tenietgedaan. Het is daarom belangrijk dat in de organisatie goed stil wordt gestaan bij hoe protocollen tot stand komen en wat er nodig is om kennisontwikkeling te faciliteren.

Uit de interviews komt ook naar voren dat kennisontwikkeling niet altijd een gestructureerd proces is maar ook spontaan kan ontstaan. Kennisontwikkeling vond bijvoorbeeld ook plaats in interprofessioneel contact tussen specialisten van verschillende zorginstellingen:

“

En wat heel leuk was, je zag op een gegeven moment ook ontstaan dat bijvoorbeeld de specialisten ouderengeneeskunde die op een COVID-unit werkten, elkaar ook gingen ‘appen’ en behandeladviezen gingen delen. Dus er is ook heel veel bij professionals onderling ontstaan. Maar bijvoorbeeld het draaiboek voor het openen van een COVID-unit, wij waren als eerste open. We hebben dat draaiboek gelijk naar [andere organisaties] gemaild en die doen hun logo erop. Het is hetzelfde draaiboek.”

“

Dat ik ergens iets hoorde en ik dacht van, oh, ik ga eens even contact opnemen daar. Dus niet via instanties maar gewoon rechtstreeks, ik denk hé, die hebben een cohort vloer, ik ga bellen met het ziekenhuis en doe mij de leidinggevende van de cohort vloer. Ook van welke systemen die je hebt opgetuigd, zoals die omkleedbuddy, de coassistent die helpt bij het aan- en uitkleden, dat komt daar vandaan. Dat hadden ze in Brabant. ‘Beter goed gejat dan slecht bedacht’, denk ik dan altijd.”

Kennisontwikkeling is hiermee enerzijds het resultaat van structurele verbondenheid, zoals het lidmaatschap van bepaalde netwerken of het actief zijn in bepaalde inter-organisatiele overleggen. Kennisontwikkeling is tegelijkertijd ook het product van persoonlijke relaties tussen bijvoorbeeld specialisten van verschillende organisaties.

Kennisdeling: kennis is macht

Naast kennisontwikkeling spelen er ook op het gebied van kennis- en informatiedelen een aantal belangrijke vraagstukken. Een centraal thema in de interviews over kennisdeling tussen het LUMC en andere organisaties in de regio, is vertrouwen. Om kennis en informatie te delen is veel vertrouwen in elkaar nodig. In de interviews wordt aangehaald dat IC's soms een incentive hebben om cijfers (over vrije bedden) verkeerd in te vullen (te laag), om het niet te druk te krijgen. Dat schaadt het vertrouwen in het systeem, zorgt juist voor last (je gaat uit van de verkeerde cijfers) en wantrouwen tussen organisaties. De andere kant op werkt het ook, je kunt het ook te goed doen: als je bekend staat als een slagvaardig en goed georganiseerde IC, komen ze als eerste bij jou.

Tegelijkertijd lijkt er in de samenwerking en op het gebied van kennisontwikkeling en kennisdeling nu meer dan voor de crisis een basis te zijn om op door te werken.



Wij hebben wel, in de aanloop naar de nieuwe piek, die er mogelijk aan gaat komen, samen een tabel opgesteld. Niet de bestuurders, natuurlijk, maar het CCT (Crisis Coördinatie Team) en wij hebben gezegd: 'Dat is een mooie tabel. Die omarmen we,' waarin je per ziekenhuis kan zien in welke fase je zit. Elke dag krijgen wij netjes het overzicht en wat heel mooi was: ons ziekenhuis heeft nu een week lang eigenlijk al in fase oranje gezeten, omdat we heel veel patiënten op de afdeling hadden. Niet op de IC, maar wel op de afdeling en ik kreeg toevallig gister een mailtje van een bestuurder die zei: 'Joh, ik zie die lijst en ik zie dat jullie in oranje zitten. Kunnen we jullie helpen?' en ik begreep dat [een intensivist van een ander ziekenhuis] van de week al gebeld heeft naar onze intensivist met precies hetzelfde: "Joh, ik zie dat jullie in oranje zitten. Bij ons is het eigenlijk goed te overzien. Kunnen we helpen?"

Veel goede initiatieven starten van onderop

Naast kennisontwikkeling werden ook veel nieuwe vaardigheden en manieren van werken geleerd en ontwikkeld. De hoeveelheid wetenschappelijke aanvragen steeg in korte tijd tot een recordhoogte, mede omdat onderzoekers niet naar hun laboratoria konden en voorstellen gingen schrijven. Wel bestaat hierbij het vermoeden dat de compliance en privacyregels hierbij met gemak opzij werden gezet, en soms ook heel bewust.

In de interviews kwamen veel oplossingen, innovaties en verbeteringen in het LUMC en in de regio naar voren die tijdens en door de crisis ontstonden. Zo was het de afdeling revalidatiegeneeskunde gelukt om op verschillende afdelingen draagvlak te creëren voor aanzienlijk meer aandacht voor revalidatie en functioneel herstel van patiënten. De IC-artsen ontwikkelden met elkaar een IC-commandocentrum om het personeel te coördineren en te instrueren om de zorg te optimaliseren. Met betrekking tot het kennisdelen en het inwerken van nieuwe verpleegkundigen en artsen zo efficiënt mogelijk te maken werden online platforms zoals Moodle en Sharepoint in gebruik genomen. Co-assistenten werden ingezet als zogenoemde omkleedbuddy's om het zorgpersoneel op de cohort afdelingen te helpen met het goed aan- en uittrekken van beschermende kleding, brillen en mondmaskers. Meer voorbeelden kwamen onder andere van de Medisch Ethische Toetsingscommissie die een ziekenhuisbrede wetenschapscommissie ontwikkelde om COVID onderzoek te stroomlijnen, het management van de cohort afdelingen zetten een flexpool in voor artsen en er werden tal van nieuwe overlegstructuren ontwikkeld bijvoorbeeld voor de impact op

onderwijs en wetenschap in het LUMC. Een belangrijke vraag is hoe we dit soort goede initiatieven kunnen herkennen en kunnen behouden.

LES

Zorg dat goede initiatieven die, vaak van onderop, uit de organisatie zelf komen, behouden blijven. Maak iemand verantwoordelijk voor het opzoeken en bijhouden van nieuwe initiatieven.

In het bijzonder werd een buddy systeem voor medewerkers genoemd om te voorkomen dat kennis van de actuele zaken verloren gaat bij uitval en om te zorgen voor mentale ondersteuning. Veel publieke organisaties (niet alleen in de zorg) zijn, ook onder druk van bezuinigingen, jarenlang bezig geweest om vet op de botten of *slack* weg te snijden. Tegelijkertijd is het juist die overtolligheid die kan bijdragen aan het zorgen voor een stootkussen dat schokken kan opvangen (Van de Walle, 2009). Enkel sturen op schaarste en efficiëntie, kan een organisatie minder adaptief maken. Een buddy systeem kan helpen om de organisatie robuuster te maken en zorgen dat medewerkers zich kunnen richten op hun primaire taak.

LES

Zorg voor een buddy systeem voor medewerkers zodat actuele kennis doorgegeven wordt en klappen opgevangen kunnen worden.

Regionaal werd een nieuw coördinatiecentrum voor de bezetting van bedden ontwikkeld en ontstonden nieuwe overlegstructuren bij de ROAZ, waarbij met name ook gewerkt werd aan het aansluiten van de VVT-sector, zoals in hoofdstuk 3 besproken. Zowel regionaal als in het LUMC werden veruit de meeste vernieuwingen niet vanuit hogerhand geïnitieerd maar ontwikkeld vanuit de werkvloer en contacten tussen professionals uit verschillende organisaties, zoals bijvoorbeeld gebeurde bij de nieuwe landelijke samenwerking van hoogleraren ethiek.

Goede initiatieven worden onvoldoende bestendig in de organisatie

In de interviews merken velen echter op dat deze oplossingen en verbeteringen niet werden gezien of bestendig door het management. Juist vanuit de top werd weer gestuurd op teruggaan naar de oude situatie toen er iets meer rust kwam in het ziekenhuis, waardoor innovaties onbedoeld verloren gaan. Er zijn nu signalen dat bij het opnieuw opschalen en opzetten van COVID zorg niet optimaal gebruik gemaakt wordt van expertise tijdens de crisis.

Respondenten zien zowel de regio als het LUMC niet als een optimaal lerende organisatie, in de zin dat er voldoende systematisch wordt geleerd van oplossingen en problemen in het primaire proces sinds de crisis. Er zijn wel specifieke evaluaties van de bestuurlijke respons op de crisis (bv bij het ROAZ), maar niet voor alle aspecten van de zorg.

“

Dus je moet aanhaken bij situaties die zich voordoen. Ik zie niet zozeer onszelf niet als een lerende organisatie, maar ik denk wel dat we een organisatie moeten zijn, die altijd blijft open staan voor wat er in de buitenwereld gebeurt en dat wij moeten kijken hoe we ons daar dan toe verhouden en aan aanpassen.”

“

Als je het een rapportcijfer zou moeten geven dan zou ik zeggen tussen een zes en een zeven. En ik vind dat je als organisatie wel moet streven om toch meer richting de acht te gaan. [...] je kan kwaliteit niet verbeteren als je er niet over praat met elkaar. En dat praten met elkaar dat moet je organiseren, dat gaat niet vanzelf. Dat wil niet zeggen dat je daar uren en weken aan moet besteden, maar je moet iets organiseren. Professionals moeten met elkaar gaan organiseren hoe ze reflecteren over het werk wat ze doen, anders word je niet beter. [...] Een lerende organisatie word je niet op managementniveau, een lerende organisatie word je alleen maar op professioneel niveau.”

Evident in het LUMC en de regio is een oproep op tot het behouden van open en transparante uitwisseling van informatie en meer aandacht voor scholing van medewerkers zoals verpleegkundigen, het duidelijk krijgen van hun verwachtingen, en veel beter leren om samen te werken. Belangrijk daarbij is om te leren en gevoelig te zijn voor wat er speelt in de regio door gebruik te maken van transmurale organisaties, en de cliënt en patiëntgroepen (in de zin van formele belangengroepen) niet te vergeten.

“

We zijn er nu veel beter mee bezig om die mensen te scholen en ook veel duidelijker te krijgen voor hun van, wat verwachten we van jullie? En ook met name voor onze eigen verpleging ook van, wat moet je ze laten doen? Onze eigen verpleging is niet gewend om samen te werken eigenlijk. Het klinkt misschien raar maar ... Ze hebben een patiënt en ze zijn vrij solistisch bezig. Ze zijn control freaks want anders waren ze niet IC-verpleegkundige geworden, in de goede zin van het woord. Dus ze vinden het moeilijk om dingen los te laten. Dus we moeten heel duidelijk hebben, je hebt een buddy en die helpt je bij dit en dit en dit, en die en die dingen moet je ook aan die mensen overlaten, want anders hebben ze het gevoel dat ze niet efficiënt worden ingezet en vinden ze het niet leuk.”

Ik denk dat het gezamenlijke belang, ja dat is essentieel in een crisis om vast te houden. En om vanuit daar met elkaar door te gaan. Dus ja, dat... Ik hoop dat dat ook blijft op het moment dat de COVID [besmettingen] minder worden en dat we wat meer naar de reguliere setting gaan. Want dat heeft gewoon echt enorm bijgedragen aan samenwerking. En het heeft ook dossiers die jarenlang op tafel lagen, die waren ineens in twee, drie weken geregeld. En dan kan het ineens wel. Ja, onder druk wordt alles vloeibaar, dat is echt wel gebleken.”

De laatste quote laat duidelijk zien dat een crisis als katalysator kan werken voor innovatie, vernieuwing en andere manieren van werken. Juist daarom is het belangrijk dat er goed zicht is op dit soort goede initiatieven en dat deze bestendigd worden in de organisatie of in de samenwerking met andere organisaties.

Discussie

De interviews schetsen een beeld van veel ruimte en noodzaak voor kennisontwikkeling, innovatie en leren tijdens en door de crisis. Hoewel we geen data van voor de crisis hebben, lijkt het niet onwaarschijnlijk dat dit meer was dan gebruikelijk. Een punt van aandacht is de zorg om naleving van de privacywetgeving van wetenschappelijk onderzoek tijdens de crisis.

Dat de meeste innovaties van onderaf en niet bovenaf kwamen lijkt te passen bij ziekenhuizen als professionele bureaucratieën, in de organisatie typologie van Mintzberg (Lunenburg, 2021) waarin professionals vooral veranderingen initiëren en het management vooral een communicerende en faciliterende rol heeft. Ook tijdens de crisis bleken bestaande en nieuwe *communities of practice* belangrijk voor kennisontwikkeling, juist ook regionaal en tussen divisies intramuraal.

De vraag hoe optimaal om te gaan met het grote verloop van kennis, zowel expliciet (draaiboeken, protocollen, richtlijnen) als impliciet (vaardigheden, onbewuste kennis), werd uit dit onderzoek nog niet duidelijk. Ook is het onduidelijk in hoeverre het LUMC en de regio hebben kunnen leren van de eerste golf, aangezien uit de interviews geen duidelijke cultuur van een lerende organisatie blijkt.

Hoofdstuk 5

Leiderschap

Samenvatting

Dit hoofdstuk gaat over leiderschap binnen het LUMC en in de regio. Een belangrijke rol voor het leiderschap zit in het communiceren van heldere doelen, op korte en op lange termijn, en zowel in de regio als in het ziekenhuis zelf. Op korte termijn was het belangrijkste doel helder; het bestrijden van de crisis. Naarmate de crisis langer duurde, was er juist ook behoefte aan meer helderheid over het langetermijnperspectief. Een andere rol voor het leiderschap is om actief ruimte te maken voor reflectie en tegenspraak, juist om scherp te blijven of de juiste dingen worden gedaan.

Introductie en kader

Leiderschap speelt een belangrijke rol in crisissituaties (Boin & 't Hart, 2003). Leiderschap in een crisissituatie wordt soms wel gezien als een *mission impossible* omdat er zoveel tegelijkertijd wordt gevraagd en er onder hoge druk en met een grote mate van onzekerheid beslissingen moeten worden genomen. Wat leiderschap in de context van de coronacrisis nog ingewikkelder maakt, is dat er op verschillende borden tegelijkertijd geschaakt moet worden. In het geval van het LUMC was er zowel een belangrijke rol voor leiderschap weggelegd in de regionale samenwerking, als in de interne crisisorganisatiestructuur.

Leiderschap draait uiteindelijk om het bereiken van gemeenschappelijke doelen, wat in een crisis niet anders is. Tegelijkertijd is het niet vanzelfsprekend dat er tussen afdelingen of tussen organisaties altijd hetzelfde gemeenschappelijke doel wordt nagestreefd. Een belangrijke rol voor leiderschap is daarom het formuleren van een gemeenschappelijk doel en het uitstippelen van een route naar dat doel toe. Dat begint bij het scheppen van duidelijkheid over de situatie en de nadruk leggen op de gemeenschappelijkheid. Daarbij behoort ook het continu balanceren tussen het betrekken van alle stakeholders maar ook besluitvaardig zijn.

De effectiviteit van leiderschapsgedrag wordt niet alleen bepaald door de intentie maar vooral door hoe het gepercipieerd wordt door de 'ontvanger' (Jacobsen & Andersen, 2015). Leiderschap van leidinggevendend wint aan effectiviteit als het ook wordt waargenomen door medewerkers. Dat betekent dat zichtbaarheid en een voorbeeldrol innemen, belangrijke aspecten zijn van leiderschapsgedrag (van Wart & Kapucu, 2011).

Communiceer heldere doelen, op korte maar ook voor de lange termijn

Bij de start van de crisis was voor alle medewerkers, zeker de medewerkers die direct in de patiëntenzorg werkten, duidelijk dat er met z'n allen gewerkt moest worden onder hoge druk, met beperkte informatie en risico's voor de eigen gezondheid. Juist deze gezamenlijkheid zorgde ervoor dat direct leidinggevendend aangaven dat medewerkers vanuit zichzelf een enorme motivatie tentoonspreidden om dit aan te pakken. De doelen waarvoor de organisatie stond, waren voor medewerkers helder: men moest samen door de crisis heen komen.

Er is vanuit de respondenten over het geheel genomen grote waardering voor de inzet en het leiderschap van de top van de organisatie. In het begin was dit leiderschap vooral sturend van aard. Er moesten, bijvoorbeeld in het crisisteam, beslissingen genomen worden en die beslissingen moesten worden gecommuniceerd richting medewerkers. Leiderschap lager in de organisatie is in dit eerste stadium meer faciliterend van aard. De focus lag op het zorgen dat medewerkers zo goed mogelijk hun werk konden doen. Uit de medewerkersmonitor blijkt dat dit bij sommige organisatieonderdelen beter lukte dan bij anderen. Leidinggevendend bij de IC-staf verpleging worden bijvoorbeeld significant lager beoordeeld, wat ermee te maken kan hebben dat juist op deze afdeling er sprake was van situaties waarbij de leidinggevendend onvoldoende het werk van medewerkers konden faciliteren, bijvoorbeeld door externe factoren zoals een dreigend gebrek aan persoonlijke beschermingsmiddelen.

Echter, waar in de eerste fase van de crisis ook voor de top van de organisatie de focus vooral lag op de gehele organisatie en het schip niet te laten kapseizen, was er gaandeweg de crisis steeds meer behoefte om ook duidelijkheid te hebben over wat de koers nou eigenlijk was. Dat betekent dat leiderschap ook meer richtinggevend had mogen zijn. Belangrijk hierbij is bijvoorbeeld om te schetsen hoe de organisatie de toekomst in wil gaan, zeker met de (toen nog hypothetische) tweede golf in het vooruitzicht. Leiderschap betekent ook het laten zien dat je het als één team of één organisatie met elkaar oplost en dat je als bestuurder zichtbaar waardering laat blijken voor het personeel. Dat is niet per definitie financieel als het maar wel gemeend is en ook zo overkomt.

Balanceren tussen draagvlak en besluitvorming vraagt om leiderschap

Eén van de belangrijkste rollen van leiderschap binnen samenwerking in de regio (zeker in netwerken zoals het ROAZ), is het vermogen om veel verschillende partijen te betrekken bij besluitvorming, overzicht te houden over wie er wanneer aan tafel zit en inschatten hoe besluiten op de ene plek, invloed hebben op een andere plek. Leiderschap is binnen de netwerken niet noodzakelijkerwijs gedeeld over veel verschillende actoren, eerder is te zien dat er bepaalde actoren (bijvoorbeeld het LUMC) zijn die een voortrekkersrol hebben en nemen.

Een belangrijke rol voor het leiderschap binnen de netwerken is dus om stil te staan of er nog stakeholders niet aan tafel zitten maar ook om na te denken of alle stakeholders die aan tafel zitten relevant zijn. Juist in crisissituaties is het belangrijk dat er overzicht is en netwerken van organisaties niet te groot worden, zodat er nog steeds daadkrachtig gehandeld kan worden. Dat wordt ook onderkend in de interviews:



De voorzitter van het beleidsteam en de voorzitter van het crisisteam hadden daar allebei strakker in moeten doen. Ik heb gewoon weleens toegestaan dat iemand erin zat, omdat ik begreep waarom, maar dat het eigenlijk gewoon helemaal niet handig was.”



Daar [aan de overlegtafels] kwamen niet altijd mensen in die daar per se een rol hadden. Het ging beide kanten op. We hadden wel eens iemand nodig gehad die niet aan tafel kon om andere redenen, maar er moesten ook weleens mensen ingesloten worden, omdat ze eigenlijk hun eigen pad gingen lopen, wat te veel zou afwijken van de centrale lijn en daardoor zijn er weleens mensen op verschillende punten in een team beland.”



Één van de belangrijke leerpunten is dat het echt heel erg belangrijk is dat degenen die aan een crisistafel zitten, die ook in het beleidsteam zaten, dat die getraind zijn. Een crisis ‘doen’ en een crisisvergadering voeren, dat zijn behoorlijk wat taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden die echt anders zijn dan ‘going concern’ en ik denk wel dat wij ook om onze tafel, de crisistafel en ook bij de beleidsteamtafel mensen hebben gezeten die niet getraind waren in crisisteams. Dat heeft dus wel wat ‘collateral damage’ of onnodige chaos gecreëerd.”

LES

Analyseer of iedereen die tijdens crisissituaties op belangrijke posities terecht komt, voldoende toegerust is om zo’n rol op een goede manier in te vullen.

Zorg voor zichtbaar leiderschap

Specifieke aandacht is er in de interviews ook gegeven aan wat er verwacht wordt van leiderschap aan de top. Wat veel respondenten belangrijk vinden, is een zichtbaar bestuur. Dat zit soms in kleine dingen (een lid van de RvB die ‘gewoon’ zijn lunch eet in de kantine) maar kan een krachtig signaal geven aan medewerkers dat ook de kapiteins gewoon op het schip zijn. De RvB was zich hier ook van bewust:



Ik vond het belangrijk dat het Raadsbestuur hier zichtbaar aanwezig was. Dus [naam] en ik waren hier en [naam] en de bestuurssecretaris en mijn rechterhand. We aten ook elke dag in de kantine om hetzelfde...”De kapiteins zijn op het schip”.

De RvB had een taakverdeling gemaakt waarbij een deel van het bestuur de focus voornamelijk op de interne organisatie had en een deel een sterke focus op de buitenwereld, onder andere door aansluiting bij overleggen in externe netwerken. Uit de interviews blijkt dat deze taakverdeling niet altijd als zodanig werd herkend door medewerkers. Het is daarom belangrijk om continu goed na te denken over hoe gecommuniceerd kan worden over de taakverdeling en over de zichtbaarheid van de RvB en aanwezigheid in het ziekenhuis. Het belang van herhaling kan daarbij niet onderschat worden. Het zichtbaar maken van het bestuur hoeft overigens niet altijd in ‘levende lijve’ maar kan ook op andere manieren, en gekoppeld aan de inhoud.

Hoewel uit de medewerkersmonitor blijkt dat er over het algemeen veel tevredenheid heerst onder medewerkers over de informatievoorziening, is er altijd een delicate balans tussen de hoeveelheid

informatie die gegeven kan en moet worden en de hoeveelheid informatie die medewerkers daadwerkelijk tot zich willen nemen.

LES

Wees zichtbaar als RvB en leg uit wie welke rol heeft. Het belang van continu en herhaaldelijk openheid van zaken geven over waarom bepaalde besluiten genomen worden en welke afwegingen daarbij zijn gemaakt, kan niet onderschat worden.

Een ander aandachtspunt bij een sterke scheiding tussen de interne en externe oriëntatie is dat dit de vraag oproept in hoeverre het mogelijk is dat bestuurders elkaar gemakkelijk kunnen vervangen wanneer dat nodig is. Eerder werd het belang van persoonlijke contacten beschreven tussen bestuurders in bijvoorbeeld het ROAZ. Bij een duidelijke scheiding tussen de binnen- en buitenwereld is het goed vooraf na te denken hoe, wanneer de situatie daarom vraagt, dit soort contacten snel overgedragen kunnen worden naar anderen.

LES

Zorg dat de taakverdeling zo wordt georganiseerd dat taken, als de situatie daarom vraagt, gemakkelijk overgedragen kunnen worden tussen bestuurders.

Bescherm de speelruimte van professionals

Zoals geschetst in hoofdstuk 4 komt uit de interviews komt naar voren dat het ontwikkelen van nieuwe werkwijzen en protocollen het liefst wordt gedaan op de werkvloer zelf, in plaats van via meer top-down besluitvorming. Verder komt uit de interviews regelmatig naar voren dat de kennis en ervaring van de professionals die het meest te maken hebben gehad met bepaalde problematiek, dominant zou moeten zijn in de besluitvorming. Om dit te bereiken, is het belangrijk dat professionals daadwerkelijk de ruimte krijgen om te improviseren en nieuwe dingen uit te proberen. In sommige gevallen was er tijdens de COVID-19 crisis juist veel meer ruimte om te experimenteren en dingen uit te proberen.

Op basis van de medewerkersmonitor, zien we grote verschillen tussen divisies en afdelingen wat betreft autonomie en professionele ruimte. In algemene zin geven zorgprofessionals met patiëntcontact significant lagere scores op autonomie dan de professionals zonder patiëntcontact. Dat heeft er mogelijk te maken met de aard van het werk. Juist de mensen die thuis moesten werken, hadden wellicht veel meer ruimte om zelf invulling te geven aan hun werk en werktijden en minder te maken hadden met allerlei protocollen, terwijl de crisisorganisatiestructuur van mensen in het ziekenhuis vroeg om sterk vooraf bepaalde protocollen en afspraken te volgen.

Bovenstaande betekent dat de speelruimte voor sommige professionals beperkt is geweest. Dat past bij een verdere protocollering van de zorg in coronatijd, hoewel in de interviews ook wordt aangegeven dat er improviseerruimte was. Sterker nog, juist vanuit de hogere echelons wordt aangegeven in de interviews dat men niet 'in de weg wilde lopen' van de professionals. In dit geval lijkt het te gaan om meer ruimte om zelf beslissingen te nemen op afdelingsniveau, maar

deze ruimte is niet noodzakelijkerwijs dan ook voor professionals aan het bed te benutten. Een (duidelijk) mandaat af geven aan afdelingen en professionals wat betreft hun professionele ruimte kan helderheid scheppen over waar wel en geen ruimte is voor bijvoorbeeld improvisatie.

Belangrijk om te benadrukken is dat er altijd een delicate balans is tussen autonomie enerzijds en duidelijke structuren anderzijds. Meermaals komt uit de antwoorden op de medewerkersmonitor naar voren dat juist op sommige gebieden ook meer structuur wenselijk kan zijn. Autonomie en professionele ruimte kunnen immers ook leiden tot onzekerheid over wat de juiste aanpak ergens van is. Het balanceren tussen vrijlaten en structuur bieden is daarom iets waar professionals en leidinggevendenden continu aandacht voor moeten hebben.

LES

Voor operationele aangelegenheden is het belangrijk om afdelingen zelf vrijheid te geven om richting te geven aan het werk. Wanneer vraagstukken afdelingsbelangen raken is sturing vanuit de RvB nodig.

Zorg voor een veilige omgeving

Het laatste punt waar leiderschap een belangrijke rol speelt, is het zorgen voor een veilige omgeving voor tegenspraak. Het belang van het organiseren van tegenspraak is al eerder in hoofdstuk 3 aan de orde gekomen maar verdient ook hier aandacht omdat de (sociale) veiligheid om tegenspraak te durven gegeven, niet alleen afhangt van of er ruimte is binnen de structuren om dit te doen maar ook of er vanuit leiderschapsoogpunt een veilige ruimte wordt gecreëerd. Uit de resultaten van de medewerkersmonitor blijkt dat lang niet alle medewerkers zich veilig voelen om alles aan te kaarten, wat een belemmering kan zijn voor medewerkers om problemen bespreekbaar te maken. Hetzelfde geldt bijvoorbeeld voor het delen van voorbeelden van behandelingen en/of interventies die niet goed werken of zelfs fout zijn gegaan. Alleen in een veilige omgeving zullen deze gedeeld worden binnen en buiten een team (Edmondson, 2018). Het belang van een veilige omgeving geldt niet alleen in de crisis maar ook buiten crisistijd.

LES

Creëer ruimte voor reflectie en tegenspraak. Zorg dat er ruimte is, op medewerkers- en managementniveau, om tegenspraak te geven, stoom af te blazen maar ook te bespreken wat goed gaat.

Discussie

De conclusie van bovenstaande lessen is dat leiderschap een andere invulling krijgt door de tijd heen. Aan het begin van de crisis was er geen discussie over wat het belangrijkste doel was. De coronacrisis die niet zo zeer plotseling kwam maar wel razendsnel om zich heen sloeg zorgde dat er tussen het LUMC en partners in de regio, maar ook binnen het LUMC zelf, een duidelijke gemeenschappelijke vijand was. De crisis moest bestreden worden en daarvoor diende daadkrachtig te worden opgetreden. Een hoge mate van gecentraliseerde besluitvorming past bij zo'n situatie.

Juist met het voortgaan van de crisis, werd duidelijk dat zo'n gecentraliseerde manier van besluitvorming en leiderschap niet noodzakelijkerwijs de beste manier was. Sterker nog, er is steeds meer een ander type leiderschap te zien dat meer in het teken staat van het delen van nieuwe, gemeenschappelijke doelen. Leiderschap, in dit soort situaties, moet dan ook adaptief zijn en kunnen inspelen op verschillende situaties. Dat lijkt vanzelfsprekend, maar de literatuur over crisisleiderschap laat zien dat in bijvoorbeeld trainingen op dit gebied vooral de aandacht uitgaat naar een meer directieve vorm van leiderschap (orders uitdelen, als het ware) terwijl de coronacrisis een crisis is van de lange adem die om heel ander gedrag vraagt. Zo is er nu meer behoefte aan het faciliteren, informeren en ondersteunen van medewerkers en ook het bieden van perspectief.

Hoofdstuk 6

Conclusie – Naar een adaptief ziekenhuis

De coronacrisis is misschien wel de grootste uitdaging waar de zorg in Nederland ooit voor heeft gestaan. De ongekende impact van de crisis op de zorg en de samenleving heeft ervoor gezorgd dat zorgprofessionals, managers en bestuurders alles op alles zetten om de crisis het hoofd te bieden. Onder hoge werkdruk, grote onzekerheid en soms met gevaar voor de eigen gezondheid wordt dag en nacht gewerkt om goede patiëntenzorg te (blijven) bieden. Juist omdat de crisis zo'n enorme impact heeft op zorgorganisaties, is het belangrijk dat we dit moment aangrijpen om te kijken waar we lessen kunnen trekken. Zoals bijna altijd, biedt een crisis namelijk ook kansen. Juist tijdens een crisis wordt alles vloeibaar en blijken dingen die eerder niet mogelijk werden geacht opeens wél te realiseren. Dat geldt ook voor de COVID-19 crisis waar we nu mee te maken hebben. Zoals verwoord door één van de respondenten:



Ik noem het de COVID-kansen in plaats van de COVID-crisis, want dankzij COVID zijn er allerlei dingen gebeurd die normaal niet gebeuren of maanden zouden duren. Ik denk dat een heleboel processen ook in de zorg maar ook in het onderwijs en het onderzoek op een geweldige manier versneld hebben plaatsgevonden.”

Deze crisis en onze analyse van de respons biedt een uitgelezen mogelijkheid om de organisatie adaptiever te maken en weerbaarder voor turbulentie. Deze crisis laat zien dat een crisis niet altijd één gebeurtenis is die ontstaat en afgebakend kan worden in de tijd. De crisis zou daarom benaderd moeten worden als een proces, waarbij er door de tijd heen continu andere dingen gevraagd worden van de organisatie (cf. Williams et al., 2017). De vraag is hoe je de organisatie zo kan inrichten dat er ingespeeld kan worden op onverwachte veranderingen. Dat heeft zowel met formele structuren als met cultuur en gedrag te maken, waarbij ons onderzoek het doorslaggevend belang van de laatste heeft aangetoond. Drie thema's lichten we eruit.

1. Maak bestuur adaptief

Het onderzoek laat zien dat turbulentie vraagt om adaptief bestuur. Zoals eerder aangekaart in hoofdstuk 3 betekent dit dat periodes met een top-down commandostructuur moeten worden afgewisseld met periodes waarin juist meer ruimte komt voor reflectie en tegengeluiden. Het betekent ook dat de crisisorganisatiestructuur niet op ieder moment in de crisis passend is. Ook in drukke en stressvolle tijden moet ruimte worden gemaakt voor reflectie over de vraag of de manier waarop besluiten worden genomen en waarop gewerkt is, passend is voor de situatie. Wat adaptief bestuur lastig maakt, is dat het van bestuurders vraagt om besluiten te nemen die vandaag belangrijk zijn en tegelijkertijd na te denken over wat de organisatie moet doen in de wereld van morgen (Heifetz, Grashow & Linsky, 2009).

2. Verbind de binnen- en buitenwereld

Het tweede punt is hoe de binnen- en buitenwereld verbonden kunnen worden. We zagen in de top van de organisatie een scheiding ontstaan doordat een deel van de RvB heel duidelijk

een interne rol krijgt, en een deel van de RvB een duidelijk externe rol krijgt. Tegelijkertijd komen deze niet altijd samen, wat onder meer zichtbaar is aan wie in welke teams zit in de crisisorganisatie. Het is van groot belang om de interne en externe kant van de organisatie goed met elkaar te verbinden, omdat veel vraagstukken met beide te maken hebben. Kennisdeling, bijvoorbeeld, is bij uitstek iets dat zowel binnen en tussen organisaties zou moeten plaatsvinden.

3. Geef ruimte aan professionals door heldere sturing op kaders

Als het gaat om structuur, dan is het belangrijk om te kijken hoe en waar besluiten genomen mogen worden. Daarbij geldt ook dat het belangrijk is om (in de organisatie) duidelijk te maken waar besluiten genomen worden (zie tussentijdse lerende evaluatie LUMC). Daarbij geldt dat turbulentie vraagt om zowel sturing van de top als het ruimte bieden van de top aan afdelingen om zelf beslissingen te nemen.

In de crisissituatie was er enige tijd een *anything goes* mentaliteit waar alles kon, zonder dat er formeel was afgesproken wat het mandaat was. De IC-afdelingen hebben bijvoorbeeld zelf de leiding genomen en waren echt eigen baas (blijkt zowel uit reacties vanuit IC-afdelingen als vanuit de top van de organisatie), maar dit groeide meer organisch dan dat dit in de crisisorganisatiestructuur zo was afgesproken. Deze observatie is in zekere zin opmerkelijk juist omdat het begin van de crisis ook gekenmerkt werd door een strakke commandostructuur in het ziekenhuis. Dat er juist binnen de strakke, formele besluitvormingsstructuur veel ruimte was voor vernieuwing van onderop lijkt tegenstrijdig, maar is het niet. Urgentie en heldere, collectieve doelen zijn vanuit de literatuur factoren die innovatie van onderop kunnen aanmoedigen (Wiedner, Droft & McGivern, 2020). Binnen de crisisstructuur was voor iedereen volstrekt helder wat de belangrijkste doelen waren en dit kan hebben bijgedragen aan de drang en de ruimte voor innovatie van onderop.

Sturing vanuit de top is ook wenselijk wanneer vraagstukken afdelingsbelangen raken. Bijvoorbeeld bij het detacheren van verpleegkundigen van de ene afdeling naar de andere is het belangrijk dat er sturing is die afdelingsbelangen kan doorbreken en kan helpen om iedereen zijn *fair share* te laten nemen. Leiderschap in de top van de organisatie betekent dus het zorgen voor vrijheid op de werkvloer maar tegelijkertijd ook het nemen van beslissingen als dit kan helpen om belangentegenstellingen te doorbreken. Het is daarbij belangrijk om als RvB niet (te veel) in operationele vraagstukken betrokken te raken maar op strategisch niveau besluiten te blijven nemen.

Verder onderzoek

Deze eerste analyse roept veel vragen op voor nader onderzoek. Een centrale vraag, die ook al werd aangeraakt in hoofdstuk 4 over kennisontwikkeling, is hoe goede initiatieven die ontstaan zijn, behouden kunnen blijven. De crisis zorgde ervoor dat er veel meer mogelijk is dan normaal, maar nadat er meer rust kwam in de organisatie en in de regio, verdwenen sommige initiatieven ook weer. De neiging lijkt om snel weer terug te willen keren naar het 'oude normaal'. Tegelijkertijd laat dit onderzoek aanknopingspunten zien voor het LUMC en de regio om een lerende organisatie te worden: een organisatie die continue reflecteert op wat er gedaan wordt, hoe het werk gedaan wordt en probeert om dat elke dag weer beter te doen. Daarnaast kan de problematiek die ontstond tijdens de eerste golf verschillend zijn van de problematiek in de tweede golf. Hoe leerprocessen terugkomen en te faciliteren zijn in de aanpak van de tweede golf

biedt mogelijkheden voor verder onderzoek. De vraag is dus hoe initiatieven die goed bevielen en meerwaarde hebben voor de zorg in het LUMC en de regio, geïnstitutionaliseerd kunnen worden en ook hoe in de toekomst die vernieuwingsdrang en oplossingsgerichtheid gestimuleerd kan worden. Input vanuit patiënten zou daarbij een grotere rol kunnen spelen, waarbij de vraag is of huidige institutionele arrangementen daarvoor goed zijn toegerust. Verder onderzoek zou zich ook kunnen richten op het zorgbestel zelf: welke aspecten belemmeren het leer- en aanpassingsvermogen van de zorg en welke ruimte blijft onbenut? De lessen uit dit onderzoek op het terrein van samenwerken, kennis delen en leiderschap betrekken we graag ook op onszelf, een relatief jong samenwerkingsverband van bestuurs- en organisatiewetenschappers en medische wetenschappers. Gezamenlijk hopen we ook in de toekomst bij te kunnen dragen aan een duurzame, veerkrachtige en crisisbestendige gezondheidszorg.

Bijlage 1

Referenties

- Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of public administration research and theory*, 18(4), 543-571.
- Boin, A., & Hart, P. T. (2003). Public leadership in times of crisis: mission impossible? *Public Administration Review*, 63(5), 544-553.
- Gabbay, J., & Le May, A. (2004). Evidence based guidelines or collectively constructed “mindlines?” Ethnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ*, 329(7473), 1013.
- Davies, H., Nutley, S., & Walter, I. (2008). Why “knowledge transfer” is misconceived for applied social research. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13(3), 188-190.
- Edmondson, A.C. (2018). *The fearless organization: Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth*. John Wiley & Sons.
- Elliott, I.C. (2020). Organisational learning and change in a public sector context. *Teaching Public Administration*, 0144739420903783.
- Fjeldstad, Ø.D., Johnson, J.K., Margolis, P.A., Seid, M., Höglund, P., & Batalden, P.B. (2020). Networked health care: Rethinking value creation in learning health care systems. *Learning Health Systems*, 4(2), e10212.
- Hermann, C.F. (1963). Some consequences of crisis which limit the viability of organizations. *Administrative science quarterly*, 8(1), 61-82.
- Groeneveld, S.M. (2020). Grensoverschrijdende samenwerking in turbulente tijden. *Holland Management Review* (HMR 191, mei-juni 2020).
- Hacking, I., & Ian, H. (2001). *An introduction to probability and inductive logic*. Cambridge: Cambridge university press.
- Heifetz, R., Grashow, A., & Linsky, M. (2009). Leadership in a (permanent) crisis. *Harvard business review*, 87(7/8), 62-69.
- Jacobsen, C.B., & Bøgh Andersen, L. (2015). Is leadership in the eye of the beholder? A study of intended and perceived leadership practices and organizational performance. *Public Administration Review*, 75(6), 829-841.
- Lave, J. (1991). *Situating learning in communities of practice*. Washington: American Psychological Association.
- Keijser, W.A., Handgraaf, H.J., Isfordink, L.M., Janmaat, V.T., Vergroesen, P.P.A., Verkade, J.M., ... & Wilderom, C. P. (2019). Development of a national medical leadership competency framework: the Dutch approach. *BMC Medical Education*, 19(1), .
- Kenis, P., & Cambre, B. (2019). Organisatienetwerken: de organisatievorm van de toekomst.
- Lunenburg, F.C. (2012). Organizational structure: Mintzberg's framework. *International journal of scholarly, academic, intellectual diversity*, 14(1), 1-8.
- Moynihan, D.P. (2009). The network governance of crisis response: Case studies of incident command systems. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 19(4), 895-915.
- Provan, K.G., & Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), 229-252.

- Provan, K.G., & Lemaire, R.H. (2012). Core concepts and key ideas for understanding public sector organizational networks: Using research to inform scholarship and practice. *Public Administration Review*, 72(5), 638-648.
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2020). (Samen)leven is meer dan overleven. Breder kijken en kiezen in tijden van corona. Publicatie 2020-04.
- Shrivastava, P. (1983). A typology of organizational learning systems. *Journal of management studies*, 20(1), 7-28.
- Schalk J., Bekerom P. van den & Heijden M. van der (2018), *Netwerkmanagement*. In: Noort W. van, Groeneveld S., Hoek M. van der, Schalk J., Voet J. van der (Eds.) *Publiek management*. Bussum: Uitgeverij Coutinho. 101-115.
- Steenkamer, B., Drewes, H., Putters, K., Van Oers, H., & Baan, C. (2020). Reorganizing and integrating public health, health care, social care and wider public services: a theory-based framework for collaborative adaptive health networks to achieve the triple aim. *Journal of Health Services Research & Policy*, 25(3), 187-201.
- Tsang, E. W. (1997). Organizational learning and the learning organization: a dichotomy between descriptive and prescriptive research. *Human relations*, 50(1), 73-89.
- Van de Walle, S. (2009). Overtolligheid en rommeligheid in publieke organisaties: Het belang van bricolage en improvisatie in innovatieve en crisisbestendige organisaties. *Vlaams Tijdschrift voor Overheidsmanagement*, 14(4), 72-80.
- Van Wart, M., & Kapucu, N. (2011). Crisis management competencies: The case of emergency managers in the USA. *Public Management Review*, 13(4), 489-511.
- Wenger, E. (1997). Practice, learning, meaning, identity. *Training*, 34(2), 38-39.
- Van der Voet, J., & Steijn, B. (2020). Team innovation through collaboration: how visionary leadership spurs innovation via team cohesion. *Public Management Review*, Advance Online Access
- Wieringa, S., Dreesens, D., Forland, F., Hulshof, C., Lukersmith, S., Macbeth, F., ... & Zuiderent-Jerak, T. (2018). AID Knowledge Working Group of the Guidelines International Network. Different knowledge, different styles of reasoning: a challenge for guideline development. *BMJ Evid Based Med*, 23(3), 87-91.
- Williams, T.A., Gruber, D.A., Sutcliffe, K.M., Shepherd, D.A., & Zhao, E.Y. (2017). Organizational response to adversity: Fusing crisis management and resilience research streams. *Academy of Management Annals*, 11(2), 733-769.
- Zijl, A.L.V., Vermeeren, B., Koster, F., & Steijn, B. (2020). Interprofessional teamwork in primary care: the effect of functional heterogeneity on performance and the role of leadership. *Journal of Interprofessional Care*, Advance Online Access.

Bijlage 2

Topiclijst

Vooraf per e-mail naar respondent

- Introductie van het onderzoek, thema, onderzoekers.
- Aangeven dat we het gesprek willen opnemen.
- Vertrouwelijkheid gegarandeerd. Alleen het onderzoeksteam kan bij de resultaten. Geen namen in publicaties, indien dit gewenst is vanuit de onderzoeker zal dat altijd enkel met uw toestemming zijn.
- Vragenlijst ter voorbereiding/oriëntatie. Vragen hebben betrekking op de eerste maanden van de crisis respons, en de fasering daarna.

Samenwerking in de regio

- In hoeverre kon in uw beleving worden vastgehouden aan de vastgelegde richtlijnen (bijv. GHOR, ROAZ, NAZW) over samenwerking in de regio tijdens de crisis?
- In hoeverre heeft u het gevoel dat er overeenstemming was onder stakeholders (bijv. GGD, ziekenhuizen, huisartsenposten, traumacentra, verpleeghuizen, thuiszorg) over de gezamenlijke doelstelling en de prioriteiten na de uitbraak van COVID-19?
- Hoe beoordeelt u de kwaliteit van samenwerking tussen de stakeholders?
- Was er in uw ogen voldoende capaciteit – tijd, geld, mensen – om de respons effectief te organiseren? Hoe is dat inmiddels?
- Zijn er andere patronen van samenwerking ontstaan tijdens de crisis respons, en hoe hebben die zich ontwikkeld tot heden.

Leiderschap en besluitvorming

- Op welke manier werden stakeholders betrokken bij belangrijke besluiten in de regionale samenwerking? [Hoe vaak, waarover]
- In hoeverre werden besluiten door het crisisteam genomen, of werden besluiten juist lager in de organisatie genomen?
- Hoe heeft u de stijl van leiderschap in het regionale netwerk ervaren (top-down, faciliterend, consensus-georiënteerd)?

Leren

- In hoeverre was het regionale netwerk in staat zich aan te passen aan veranderende omstandigheden gedurende de crisis?
- Hoe werd (nieuwe) informatie in het netwerk gebruikt om een adequate respons (bijv. interventiemethoden, richtlijnen) te ontwikkelen?
- Wat zijn volgens u de belangrijkste lessen uit de regionale respons op COVID-19?
- Welke veranderingen in de regionale samenwerking als gevolg van COVID-19 moeten we behouden, en welke juist niet? Hoe kunnen we dat het beste doen?

Bijlage 3

Afkortingen

BO	Bestuurlijk overleg
BT	Crisisbeleidsteam
CCT	Crisiscoördinatieteam
CCT VWT	Crisiscoördinatieteam Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg
CR	Cliëntenraad
CT	Crisisteam
DKP	Directoraat Kwaliteit en Patiëntveiligheid
DPG	Directeur Publieke Gezondheid
FB B&C	Facilitair Bedrijf Beveiliging & Communicatie
Geh.zorg	Gehandicaptenzorg
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
HAP	Huisartsenpost
HRM	Human Resource Management
IBT	Infectiebeheersteam
IC	Intensive Care
ICO	Informatie Coördinatoren
ICT	Informatie- en Communicatietechnologie
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IT&DI	Informatie Technologie & Digitale Innovatie
LCPS	Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding
LNAZ	Landelijke Netwerk Acute Zorg
LPZ	Landelijk Platform Zorgcoördinatie
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
METC-LDD	Medisch Ethische Toetsingscommissie Leiden – Den Haag – Delft
NAZW	Netwerk Acute Zorg regio West
OMT	Outbreak Management Team
OR	Ondernemingsraad
PHM	Population Health Management
RAV	Regionale Ambulance Voorziening
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg
RCPS	Regionaal Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding
RvB	Raad van Bestuur
RVS	Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
STZ	Stichting Transmurale Zorg
VWT	Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
VZ	Voorzitter
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
Zkh	Ziekenhuis

