

Onderzoeksvoorstel soft signals in de zorg

Inleiding soft signals

Hard controls

Elke zorginstelling kent protocollen, procedures en richtlijnen. Ze behoren tot de zogenoemde hard controls. Hard controls zijn opdrachten die gewenst gedrag van medewerkers in de organisatie met betrekking tot bijvoorbeeld kwaliteit en veiligheid afdwingen. Deze hard controls hebben vaak betrekking op de organisatiestructuur, automatisering en processen. Of hard controls worden nageleefd, wordt getoetst met de bekende 'afvinklijstjes' van accountants, controllers en inspecties. Daarmee kan snel en feitelijk worden aangegeven waar en wanneer 'men' er zich er niet aan heeft gehouden. De toetsing resulteert in een managementletter, een aanwijzing of een waarschuwing waarin gedetailleerd en op niet mis te verstane wijze wordt geëist om alsnog snel en volledig aan de hard controls te voldoen. Dit is misschien gechargeerd maar bewust zo verwoord om de contouren van deze beheersinstrumenten goed zichtbaar te maken.

Het laat onverlet dat protocollen, richtlijnen en procedures, ook in de zorg, harde randvoorwaarden zijn voor kwaliteit en veiligheid van zorg. Echter, het zijn noodzakelijke maar geen voldoende voorwaarden.

Soft controls

Alleen hard controls leiden niet tot de gewenste bijdragen van medewerkers aan de inrichting van processen in een organisatie die de kwaliteit en veiligheid van de zorg moeten garanderen. Dat is vervelend voor wie onvoorwaardelijk gelooft in een maakbare wereld, maar tegelijkertijd onweerlegbaar. De maakbaarheid van kwaliteit en veiligheid houdt echter niet op bij het gebruik van hard controls. Deskundigen, vooral op het gebied van competentie management, vullen hard controls daarom aan met andere, meer mensgerichte beheersinstrumenten, soft controls, die dwingend het gedrag van medewerkers en management beïnvloeden. Soft controls zijn sturings- en beheersinstrumenten die invloed hebben op de motivatie, loyaliteit, integriteit, inspiratie en normen en waarden van medewerkers en management (Lückerath-Rovers, 2011; De Heus en Stremmelaar, 2000). Lückerath voegt hier aan toe: "Het is dan van belang dat bepaalde normen en waarden en/of gewenst gedrag voor eenieder helder moeten zijn en onderschreven moeten worden". Zij waarschuwt dat "In tegenstelling tot hard controls deze beheersingsmaatregelen minder goed te meten of te sturen zijn". Bos e.a. (2008) vermelden ook andere benamingen voor soft controls die alle verwijzen naar gedragsmatige theorieën: social controls, cultural controls, behavior controls, personnel controls of sociaal organisatorische controls. Kaptein

e.a. (2005) ontwikkelden een organisatie-kwaliteitsmodel voor het bepalen van de mate van aanwezigheid van soft controls in een organisatie (tabel 1). Kaptein onderscheidt zeven dimensies (Kaptein e.a., 2005).

Tabel 1: organisatie-kwaliteitsmodel soft controls van Kaptein e.a.

Dimensies van soft controls (Kaptein, 2005)	Toelichting
1. Helderheid	Verwachtingen moeten duidelijk zijn.
2. Voorbeeldgedrag	Gedrag van het management versterkt de boodschap of kan die ondergraven bij tegengesteld gedrag.
3. Uitvoerbaarheid	Gedragsnormen dienen wel uitvoerbaar te zijn.
4. Betrokkenheid	Creëren van draagvlak onder betrokkenen.
5. Zichtbaarheid	Transparantie geeft mogelijkheid tot bijsturen en corrigeren, en voor het verantwoordelijk houden van eigen gedrag.
6. Bespreekbaarheid	Door over regels te spreken worden gebruikers geholpen bij de interpretatie daarvan.
7. Sanctioneerbaarheid	Organisaties dienen bereid te zijn niet-integer gedrag te bestraffen en goed gedrag te belonen.

De soft controls zijn in het afgelopen decennium nauwelijks veranderd. De acht basis soft controls die KPMG in 2016 gebruikt om “Tijd voor next level compliance” aan te kondigen (KPMG, 2016), zijn nagenoeg gelijk aan die van Kaptein e.a. Alleen heet sanctioneerbeleid nu handhaving en is zichtbaarheid vervangen door aanspreekbaarheid en transparantie. KPMG definieert soft signals als: alle niet-tastbare maar wel gedrag-beïnvloedende factoren in organisaties die kunnen helpen bij het realiseren van doelen en het managen van risico's. Met de toevoeging dat ze niet in de plaats komen van hard controls. “Samen beïnvloeden zij het gedrag van mensen, er is in de organisatie een juiste balans nodig”.

Soft skills

Soft controls verschillen van soft skills. Soft skills zijn persoonlijke, emotionele, sociale en intellectuele vaardigheden zoals teamwork, leiderschap, communicatie, probleemoplossing en het hebben en geven van vertrouwen. Soft skills zijn nodig om met soft controls een goed resultaat te bereiken. Soft skills vormen een aanvulling op "hard skills": vaardigheden die voor het uitvoeren van de inhoudelijke processen van een specifiek beroep of activiteiten noodzakelijk zijn. De term soft skills is ontstaan in de IT-wereld als tegenstelling met hard skills (technische en apparaatgerelateerde vaardigheden).

Hard en soft controls: noodzakelijke en tegelijk soms pervers

De vraag is niet of hard en soft controls en soft skills nodig zijn voor het leveren van goede kwaliteit en veiligheid van zorg, maar in welke mate en in welke mix ze het beste kunnen worden toegepast. En onze stelling is dat zelfs een optimale mix onvoldoende garantie daarop biedt. Medewerkers zullen altijd wel eens fouten maken: het blijft mensenwerk. Die

fouten zijn niet alle te herleiden tot een opzettelijk afwijken van de afgedwongen houding en gedrag van medewerkers of de wijze waarop ze hun processen uitvoeren. Enkel en alleen het dwingend toepassen van hard en soft controls is onvoldoende om risico's voor het kwalitatief en veilig goed uitvoeren van zorg in een vroeg stadium, voordat er sprake is van incidenten of calamiteiten, te detecteren en te beheersen. De meeste nu in gebruik zijnde indicatoren voor kwaliteit en veiligheid van zorg berusten immers op metingen achteraf: valincidenten, vrijheidsbeperkende maatregelen, decubitus, calamiteiten & veilig incident melden, cliënttevredenheid, klachten en externe audits (Merten, 2015).

Daarnaast vertonen hard en soft controls ook kwalijke neveneffecten. Zo missen zorgverleners bij te veel controles op protocollen en werkinstructies het vertrouwen dat ze nodig hebben om hun professie goed uit te oefenen. Dat gaat ten koste van de motivatie en denkracht, bijvoorbeeld hoe te handelen in onverwachte situaties. Hart (2012) zegt hierover: "Waar een uitvoerende medewerker ooit het vak in is gegaan vanuit interesse in het helpen van mensen die dat nodig hebben, wordt hij nu verleid om zijn interesse beetje bij beetje te verleggen van de klant naar het interne systeem en naar alle afspraken die gemaakt zijn. Het uitvoeren van de indicatiestelling wordt belangrijker dan het werkelijk aansluiten bij wat de cliënt in dat hier en nu nodig heeft. ..." En hoe uitgebreider de verantwoordingsadministratie, nodig voor het toetsen, des te minder tijd er is voor het daadwerkelijk uitoefenen van hun professie. Het resultaat van (perverse) beloningsprikkels is duidelijk geworden in de financiële sector die met dit 'beheersingsinstrument' de mondiale economie bijna ruïneerde. Maar ook 'dichterbij', in de zorg, waar productiegerichte zorginkoop soms loodrecht staat op de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. In ziekenhuizen bepalen al lang niet meer alleen de medisch specialisten hoeveel verrichtingen er worden verricht. Een recent voorbeeld hiervan: de oproep van de voorzitter RvB van het Zuyderland ziekenhuis aan mediaspecialisten om meer behandelingen uit te voeren om daarmee de financiële tekorten van het ziekenhuis weg te werken. De zorgproductie is kennelijk een belangrijk instrument om een positieve financiële positie van een ziekenhuis te bewerkstelligen. Dat is ethisch gezien nog (enigszins) te rechtvaardigen als er wachtlijsten bestaan, maar dat is lang niet altijd het geval. Dus wordt er dan eenvoudigweg te veel zorg geleverd. En dat verhoogt het risico dat ons zorgstelsel op den duur niet houdbaar is. Bovendien is de kans dat de geleverde meerzorg deels bestaat uit onnodige of zelfs schadelijke zorg, relatief groot. En dat is niet alleen kwalijk maar ook schadelijk. Bij de toetsing op de werking van hard en soft controls wordt vaak gebruik gemaakt van prestatie-indicatoren, kritische succesfactoren of feitelijk waar te nemen gebeurtenissen (zoals voorbeeld- of aanspreekgedrag). Dat lijkt heel objectief en geeft de toets daarmee een soort van certificatie van echtheid. De werkelijkheid is dat al deze indicatoren en waarnemingen bijzonder gevoelig zijn voor manipulatie waardoor er niet zelden sprake is van schijnzekerheid. En die schijnzekerheid voorkomt het tijdig vaststellen en daarmee reageren op onwenselijke situaties op het gebied van kwaliteit en veiligheid van zorg.

Intern toezicht en invloed op (strategisch) beleid

En dan nog: ook als er een goede mix van hard en soft controls en soft skills is, betekent dit nog geenszins dat een organisatie geen risico loopt. Een ongebreidelde ambitie, al dan niet gekoppeld aan dominant en exorbitant gedrag van een bestuurder, een te weinig onafhankelijke, kritische en deskundige raad van toezicht of het negeren van signalen uit de organisatie zijn maar een paar voorbeelden die kunnen leiden tot het failliet van de organisatie. Goodijk (2012) is er duidelijk over: de raad van toezicht zit vaak te veel op afstand van de bestuurder, controleert te veel achteraf en heeft te weinig lef. Daardoor wordt de informatie-asymmetrie tussen bestuur en toezicht versterkt en is er te weinig zicht en controle op de ondernemingsrisico's, maar ook, voegen wij toe, op wat er op de werkvloer 'leeft'. Het intern toezicht moet dus verbeteren: professionaliseren, een eigen toezichtvisie en beoordelingskader waarin de raad aangeeft welke informatie nodig is, voldoende kwaliteit 'in de breedte', diversiteit en onafhankelijk-kritisch gedrag (Goodijk, 2012). Hij pleit onder meer voor meer strategisch partnerschap met intensief inhoudelijke betrokkenheid bij de beleidsontwikkeling om zodoende mede vorm te geven aan het beleid. Meer regelgeving van buitenaf is niet de oplossing.

Belangrijke vragen voor de garantie van goede kwaliteit en veiligheid van zorg zijn: Waar wil de organisatie heen? Is dat in het belang van de cliënten? Zijn er effectieve sturingsmaatregelen genomen en is er voldoende contact met stakeholders? En niet de minst belangrijke: krijgt en haalt de raad van toezicht tijdig relevante informatie om het intern toezicht juist uit te voeren? Onze stelling is dat die relevante informatie uit meer bestaat dan alleen de indicatoren van hard en soft controls, de toepassing van soft skills en een juist construct van samenwerken tussen bestuurder en interne toezichthouders. Die relevante informatie bestaat uit tellen én vertellen. Maar ook uit sensitiviteit voor wat er op de werkvloer gebeurt met en bij zorgverleners en cliënten/verwanten. Welke signalen geven zij af? En welk gevoel zit er in die signalen: tevredenheid of ongenoegen, macht of onmacht, opgewekt of bedrukt? En om met Cruijff te spreken: "je ziet het pas als je het doorhebt".

Toezicht op goede kwaliteit en veiligheid van zorg

Goede kwaliteit en veiligheid van zorg, dat is het doel van zorginstellingen en het (intern) toezicht. Maar wat is dat precies, een goed kwaliteit? Uiteraard hangt dat samen met professionele kwaliteit waarvoor protocollen en richtlijnen onontbeerlijk zijn. Echter, dat geeft nog geen 100% garantie voor de professionele kwaliteit en zeker niet voor de kwaliteit die de cliënt of patiënt wenst of ervaart. Voor hem¹ is professionele kwaliteit zelfs vanzelfsprekend (zogenoemde hygiënische kwaliteit) maar daarnaast wil hij in toenemende

¹ Waar 'hem' staat, wordt ook 'haar' bedoeld en waar 'hij' staat, wordt ook 'haar' bedoeld. Gekozen is voor de mannelijke weergave omdat cliënt en patiënt mannelijke zelfstandige naamwoorden zijn.

mate ook nog prettig worden bejegend, snel(ler) worden geholpen en volledig worden geïnformeerd (relationele kwaliteit). Bovendien is het wel prettig als na de behandeling ook de klacht is verholpen (functionele kwaliteit). Maar ook deze vormen van goede kwaliteit zijn geen garantie voor de duurzaamheid van goede en betaalbare zorg voor iedereen.

Gechargeerd: als cliënten of patiënten, of anders wel hun verwanten vandaag de dag vaak 'alles en nu' willen of eisen, is dat juist een risico voor een duurzame gezondheidszorg. 'Alles en nu' komt immers lang niet altijd overeen met zorg die nodig en beschikbaar is. Vooral van huisartsen, als poortwachters 'verantwoordelijk' voor alle vervolgzorg, wordt verwacht dat ze conflicterende eisen en wensen van patiënten combineren met hun ethische beroepsopvatting en de doelmatigheid die de 'maatschappij' verlangt om zo een oplossing te bieden waarmee iedereen tevreden is. Dat is een schier onmogelijke opgave die al tot menige burn-out heeft geleid. Hoe dan ook: al deze wensen en eisen leiden tot aanvullende kwaliteitseisen aan de geleverde zorg en aan het administreren ervan, het verantwoorden erover en het toezien erop. En dit laatste leidt weer tot bedenkingen en vooral nog meer belasting van zorgverleners. Bedenkingen over de noodzaak: wordt hierdoor de kwaliteit van de zorg wel verbeterd? En bezwaren die erop neerkomen dat zorgverleners liever hun tijd aan zorg besteden dan aan administratie, gevoed door de opvatting dat ook zonder deze administratieve 'bureaucratie' zorgverleners de goede zorg leveren, ook zonder dat hiervoor gedwongen voorschriften zijn. En vaak is dat ook wel zo, maar helaas niet altijd...

Soft signals

"De sterke drang tot beheersing (control) komt voort uit onze menselijke behoefte aan zekerheid. Control en 'harde metingen' kunnen onze onzekerheid reduceren, geven je grip op de ontwikkelingen, doen je 'zeker weten' dat je op de goede weg bent. Maar zou het niet juist de kracht van good governance moeten zijn ook op een zeker vertrouwen te sturen, te willen leren van de inzichten van onderop, het benutten van de verantwoordelijkheid van professionals, het met onzekerheden durven omgaan? Moeten we niet nadrukkelijker de mythe van de (totale) beheersbaarheid van organisaties onder ogen zien en het overheersende beheersingsgedrag durven loslaten? Zouden we niet veel meer aandacht moeten geven aan soft signals en early warnings die met omgang en gedrag te maken hebben?" Aldus Goodijk in zijn oratie op 12 november 2015. Een treffende samenvatting van het voorafgaande en de 'brug' naar soft signals. Maar helaas, hij noemt ze wel maar definieert ze niet. Wel een verwijzing dat ze met omgang en gedrag hebben te maken. Van den Belt (2015) noemt ze eveneens. Hij ziet soft signals in relatie tot het toepassen van soft skills: "Naast oog voor de 'harde' bewijsstukken", zoals diverse rapportage- en verantwoordingsdocumenten, dient de toezichthouder ook actief aandacht te schenken aan de zgn. 'soft signals', die een indicatie kunnen geven voor het al dan niet goed functionerend leiderschap en voor de bedrijfscultuur. Deze 'soft-signals' kunnen met name waargenomen worden in de directe contacten met organen en professionals, oftewel het toepassen van de 'soft-skills'.

Een eenduidige definitie van soft signals is dus niet voorhanden. Ook niet bij andere auteurs die de term soft signals noemen (Kwaliteitskader gehandicaptenzorg (2017), Buiting (2016) in “beter toezicht door Inzicht” en Twynstra Gudde (2009) in “Kwaliteit & Veiligheid op de agenda van professionals, bestuurders en toezichthouders”. Wat wij ervaren is dat achteraf de oorzaken van ‘missers’ in het verlenen van zorg betrekkelijk gemakkelijk worden geduid: zoals onbegrepen en ongeschreven regels, ingeslopen handelswijzen, onvoldoende samenwerking, (com)passie en betrokkenheid. Interessanter is dat er vaak al vooraf signalen waren. Geen duidelijke signalen van hard en soft controls, maar signalen die mensen, ieder op hun eigen manier, ervoeren als ‘het zit niet goed’. Het zijn zachte signalen, soft signals, die serieus genomen moeten worden. Het zijn immers indicaties, (voor)tekenen van een risico. De verschijningsvorm is pluriform: een object, actie, beweging, gemoedstoestand, gebaar, gebeurtenis, patroon, waarschuwing, opmerking of zelfs een opvatting. Deze verschijningsvorm krijgt vaak zijn betekenis pas bij reflectie aan (het begrip van) de ‘normale’ context. Vaak met een (gevoelsmatige) waardering: ‘het hoort zo niet te zijn’ of juist: ‘het is goed zo’. In wetenschappelijke literatuur is hierover weinig te vinden, met één uitzondering: het ‘pluis-niet pluis-gevoel’ (Stolker, 2010). Het omgekeerde van niet pluis, pluis, kan dus ook: een soort van tevreden gevoel, zonder verankerde toetsing van feiten. Dit raakt (enigszins) aan de Duitse (gevoels)uitdrukking ‘das gewisse etwas’, waarmee iets aantrekkelijks, begeerlijks dat niet kan worden verwoord, wordt aangeduid.

Leren van soft signals: maatschappelijk en wetenschappelijk relevant

En dit alles intrigeert en maakt nieuwsgierig. Want stel dat je meer zicht krijgt op soft signals en stel dat je aanwijzingen vindt voor een relatie met een verhoogd risico op onvoldoende kwaliteit en veiligheid van de zorg, dan is dat wetenschappelijk en maatschappelijk relevant. Of je zou de verschillende vormen van soft signals die waargenomen worden in een organisatie –doorgaans op de ‘werkvloer’- bespreken en daarmee zichtbaar maken en daardoor niet langer onopgemerkt laten. Dat alleen al biedt kansen op een betere (uitvoering van) kwaliteit en veiligheid van zorg en een ruimer bewustzijn daarover. Het biedt kansen om van elkaars ervaringen op dat gebied te leren en om met meer focus naar de eigen zorgverlening te kijken. Als onderdeel van het werkoverleg kan het doel én middel zijn: creëer de ruimte om erover te praten en kwaliteit en veiligheid staat op een ongedwongen wijze op de agenda. Het brengt de organisatie zo dicht bij het gezamenlijk streven naar betere kwaliteit en veiligheid van zorg. En zelfs voor de aanhangers van de maakbaarheid is het waarnemen van soft signals aantrekkelijk. Je kunt ze immers een plaats geven in een early warning system en zo tijdig het risico op verminderde kwaliteit en veiligheid van zorg verminderen. Wetenschappelijk biedt het mogelijkheden voor verdergaand onderzoek, zoals de vraag of er een relatie is (en zo ja welke) is tussen soft signals en hard en/of soft controls/soft skills.

Hard signals

Wie soft signals noemt, erkent daarmee impliciet ook het bestaan van hard signals. De term an sich komt in de wetenschappelijke literatuur vrijwel alleen maar in medische literatuur voor. In organisatietheorieën nauwelijks. Zelfs indicatoren als ziekteverzuim worden zelden aangeduid als een hard signaal, terwijl je dit best zo zou kunnen noemen. De 11 dimensies voor cliëntveiligheidscultuur die Schilp et al² (Schilp e.a., 2015) benoemen, beter gezegd het ontbreken daarvan, zijn risico's voor de cliëntveiligheid, maar je zou het ook harde signalen kunnen noemen. En sommigen noemen de resultaten, of afwezigheid daarvan, van hard en soft controls ook wel hard signals. In het onderzoek naar soft signals nemen we aan dat hard signals goed gedefinieerd kunnen worden of in elk geval een directe relatie hebben met de situatie, toestand e.d. waar ze een indicatie van zijn. Zachte signalen/soft signals zijn daarentegen veel minder duidelijk of minder manifest gerelateerd aan een bepaalde situatie of toestand.

² *Samenwerking tussen afdelingen, samenwerken binnen afdeling, goede wisseling van diensten, meldingsfrequentie, niet-straffende reactie op fouten, open communicatie, feedback en leren van fouten, verwachtingen en acties van leidinggevendenden, steun vanuit het management, adequate personele bezetting, algemene perceptie van patiëntveiligheid.*

Onderzoek: de zoektocht naar het onbegrepen

Probleemstelling

Onderzoek naar soft signals is relevant (zie ook hiervoor). Kwaliteit en veiligheid van zorg zijn belangrijk, vooral voor ontvangers en verleners van zorg, maar ook voor het continueren van een duurzaam betaalbaar zorgstelsel. Hard en soft controls, alsmede soft skills zijn noodzakelijke maar onvoldoende voorwaarden voor het handhaven en bevorderen van een goede kwaliteit en veiligheid van zorg. Kennis van de aanwezigheid en betekenis van soft signals is een welkome en misschien wel noodzakelijke aanvulling daarop. Door soft signals vroegtijdig waar te nemen vermindert het risico op onvoldoende kwaliteit en veiligheid van zorg. Door erover te praten worden zorgverleners en cliënten bewust betrokken bij belangrijke aspecten van zorg: kwaliteit en veiligheid. Latente ervaringen van mensen worden zo op een positieve wijze manifest. Het negeren of niet verder exploreren van soft signals is daarmee een gemiste kans op de mogelijkheid om (tijdig) bij te dragen aan het bevorderen van kwaliteit en veiligheid. Bovendien past de bespreking ervan uitstekend in het voeren van gesprekken tussen zorgverleners en ontvangers: het is een welkome aanvulling omdat het gaat over hoe zorgontvangers de gegeven zorg ervaren. Als zorgverleners met elkaar praten over soft signals als aspecten die ze belangrijk vinden, zal de waardering en passie voor hun werk toenemen. Dat alleen is al bevorderend voor het verbeteren van kwaliteit en veiligheid van de zorg. En het voortdurend verbeteren van kwaliteit en veiligheid van zorg draagt bij aan een duurzaam en betaalbaar zorgstelsel. Het herkennen en erkennen van soft signals draagt daar positief aan bij. En daarvoor is nodig dat we het 'mysterie' van de soft signals gaan ontrafelen. In het belang van cliënt/patiënt en zeker ook de zorgverleners. En daarmee in het belang van het vertrouwen dat wij in onze gezondheidszorg en zorgverleners zo graag willen hebben.

Vraagstelling

Exploreren

Maar wat willen we dan weten? Wat zijn de onderzoeksvragen?

De eerste vraag is: wat is eigenlijk een soft signal, of beter, wat zou je eronder kunnen verstaan? Daarvoor bestuderen eerst de bestaande literatuur erover. Zijn er überhaupt wetenschappelijke onderzoeken bekend over soft signals en wat vertellen ze ons?

Hoe waar te nemen?

We weten dat het waarnemen van en de verschijningsvorm van soft signals sterk te maken heeft met de wijze waarop je zelf kijkt naar organisatie en mensen en zo sommige dingen wel en andere niet waarneemt. Door met meerdere personen tegelijk te kijken en/of gezamenlijk daarop te reflecteren kunnen soft signals beter worden geduid. Het is enigszins

vergelijkbaar met de manier waarop risicoanalyse plaatsvindt. Als meerdere mensen, soms vanuit verschillende invalshoeken, hetzelfde waarnemen is het 'verschijnsel' duidelijk minder toeval.

Aandacht belangrijk

Een andere vraag die intrigeert is: waarom besteedt men aandacht aan soft signals? Of tegenovergesteld: waarom wordt aan deze signalen weinig of geen aandacht besteed? Waarom wordt vaak pas achteraf uiting gegeven aan het voorkomen van deze signalen? Terwijl herkenning kan worden beschouwd als een extra blijk van waardering voor en vertrouwen in de professionaliteit van de zorgverleners die hier oog voor hebben. In de sporadische wetenschappelijke literatuur die hierover beschikbaar is, wordt dit goed weerspiegeld in het 'Pluis of Niet-Pluis gevoel' van zorgverleners. Hoe dankbaar kun je zijn als een zorgverlener, ondanks de afwezigheid van 'objectieve' signalen toch aangeeft, en naar later blijkt terecht, de zaak niet te vertrouwen?

Early warning system

Het voordeel van het eerder in beeld hebben van soft signals, als indicatoren die anders dan hard en soft controls duiden op een verhoogd of verlaagd risico voor de kwaliteit van zorg, spreekt voor zich. De vraag is of en hoe je soft signals onderdeel van early warning systems kunt laten zijn? En zo ja, hoe je dat moet doen?

Het zich bewust zijn van het voorkomen van soft signals of het in samenhang (kunnen) bezien met andere signalen, maakt dat zorgverleners met andere ogen kijken naar cliënten/patiënten, collegae, omstandigheden, gedragingen, uitingen en ander menselijk gedrag in relatie tot het leveren van goede zorg. Het is een aanmoediging om het met elkaar daar over te hebben en het te bespreken in een context van kwaliteit van zorg. Dat alleen al is een bijdrage aan een early warning system, anders dan het administreren ervan. Het is ook een belangrijke bijdrage aan de noodzakelijke (com)passie in de zorg.

Methoden en technieken

Wetenschappelijke literatuur

Er is weinig wetenschappelijke literatuur over soft signals voorhanden. En alleen met het model van het Pluis-Niet Pluis-gevoel kunnen we niet alle vragen beantwoorden.

Explorerend onderzoek

We zijn op zoek naar de verschijningsvorm en betekenis van soft signals. In dat kader gaan we, na de verkenning van de literatuur, te rade bij allerlei mensen van wie we aannemen dat ze in hun 'praktijk van alledag' op de een of andere manier te maken hebben met soft signals. Soms hebben ze daarbij niet de term soft signals op hun netvlies. Echter na een korte uitleg, ontstaat er vaak een aha-gevoel en komt er een interessant en relevant gesprek op gang. Aan deze gesprekken nemen de volgende mensen deel: een (oud)inspecteur van de

IGZ, twee ziekenhuisbestuurders, een directeur van een zorginstelling voor mensen met een geestelijke handicap, de voormalige directeur van de RVZ, de directeur van een organisatie van gespecialiseerde professionals in de gehandicaptenzorg, twee zorgprofessionals, een kwaliteitsdeskundige en een voormalig bestuurder van een zorgverzekeraar. Als wij het net ophalen, is het voornemen om met al deze mensen ook nog een gezamenlijke bijeenkomst te arrangeren waarbij de gedachte is dat men elkaar versterkt en aanvult bij de formulering van soft signals. Je zou dit kunnen zien als de raadpleging van een expertteam/focusgroep.

Theoretische beschouwingen

Als we het net ophalen van de individuele gesprekken en het focusgroeps gesprek, zullen we aan de hand van een aantal theoretische concepten uit 'belendende' literatuur, aangereikt door Marjan Nijkamp, trachten die gegevens van een theoretische onderbouwing te voorzien.

- Prospect theory (Kahneman & Tversky, 1992)
- Divergent versus convergent thinking (Guilford, 1956)
- Central & Peripheral routes Elaboration Likelihood Model: rational and emotional appeal plus heuristic cues (Petty & Cacioppo, 1986)
- Positive deviance (Tuhus-Dubrow, 2008)
- Gut feeling (Stolker)
- Zebra-aforisme en heuristieken "When you hear hoofbeats, think horses not zebras" (Hunter, 1996)

Vragenlijst

De vragenlijst die wij voorleggen op zoek naar informatie over soft signals, ziet er (voorlopig) als volgt uit.

Bij de individuele gesprekken.

- Welk beeld heeft u bij de term soft signals?
- Bent u wel eens op zoek naar soft signals in uw organisatie?
- Welke waarde hecht u aan soft signals?
- Hoe gaat u om met de zender van soft signals?
- Hoe zou u soft signals willen definiëren?
- Hebt u nog plannen m.b.t. soft signals?
- Hoe zou u gebruik willen maken van soft signals?
- Met welke doelstelling zou u soft signals willen toepassen?

Bij het focusgesprek (en met input van de resultaten uit de individuele gesprekken)

- Wat onderscheidt soft signals van soft en hard controls respectievelijk hard signals?
- Hoe passen soft signals in de missie, visie en strategie c.q. beleid van een zorgorganisatie?

- Kunnen soft signals als indicatoren in een zorgorganisatie worden gezien? En zijn het dan stuurindicatoren of zijn ze misschien meer randvoorwaardelijk, bijvoorbeeld onderdeel van gedragsaspecten?
- Kan de verschijningsvorm van soft signals worden beïnvloed en zo ja, waardoor en met welke reden zou je dat willen doen?
- Wat is de betekenis van soft signals in relatie tot ervaren kwaliteit van zorg resp. Kwaliteit van leven van de cliënt/patiënt?
- Is er een indeling te maken van soft signals en wat zijn dan de indelingscriteria?
- Wat is de betekenis van soft signals in relatie tot professionele en functionele kwaliteit van zorg resp. de kwaliteit van een zorgorganisatie?
- Door wat en wie kunnen soft signals daadwerkelijk worden beïnvloed (in goede en kwade zin)? En zijn daar al ervaringen mee?
- Wat maakt dat je bij de ene organisatie een goed gevoel hebt en bij de andere niet?
- Waar komt vooral het gevoel van “niet pluis zijn” vandaan?
- Wat is de daadwerkelijke waarde van dit gevoel?
- Waardoor heb jij dit gevoel wel en iemand anders niet?