

Kwaliteit & veiligheid op de agenda van professionals, bestuurders en toezichthouders

augustus 2009

Achtergrondstudie bij de Staat van de Gezondheidszorg 2009:
“De Vrijblijvenheid Voorbij, sturen en toezichthouden op
kwaliteit en veiligheid in de zorg”

Inspectie voor de Gezondheidszorg

Twynstra Gudde

ADVISEURS EN MANAGERS

Kwaliteit & veiligheid op de agenda van professionals, bestuurders en toezichthouders

Stationsplein 1
Postbus 907
3800 AX Amersfoort
Telefoon 033 4677777
www.twynstragudde.nl

Hein Abeln
Kim Grinwis
Anke ter Horst
Mieke Moor
Wilfrid Opheij

Amersfoort, augustus 2009
528605/HAB/GHY

Inhoudsopgave

1	Inleiding	1
1.1	De aandacht voor kwaliteit & veiligheid	1
1.2	Onderzoeksdilemma: afstandelijk constateren of betrokken stimuleren	2
1.3	Het veldonderzoek als veranderkundige interventie	2
1.4	Deze rapportage is het onderzoeksverslag	3
2	Opzet van het onderzoek	5
2.1	Onderzoeksdoel en -focus	5
2.2	Theoretische pijlers onder de aanpak	6
2.3	De aard van het onderzoek	8
2.4	Professionals, bestuurders en toezichhouders staan centraal	11
2.5	De deelnemende instellingen	12
2.6	De aanpak per casestudie	13
3	De aandacht per sector: veertien casestudies	17
3.1	De bevindingen geordend naar de sectoren	17
3.2	Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT)	17
3.3	Geestelijke gezondheidszorg (GGz)	20
3.4	Gehandicaptenzorg (Gz)	25
3.5	Ziekenhuiszorg (Zh)	28
4	Sleutelthema's	35
4.1	Professionals 'maken' kwaliteit & veiligheid samen	35
4.2	Horizontaal aanspreken én verticaal toezien	38
4.3	Kwaliteit & veiligheid vereisen sturing	39
4.4	Goed omgaan met informatie is voorwaarde	41
4.5	Beter leren toezien	43
5	Overzicht en samenhang: gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg	45
	Bijlagen	
1.	Deelnemende instellingen	
2.	Uitmodiging onderzoek	
3.	Gespreksformat	

1 Inleiding

1.1 De aandacht voor kwaliteit & veiligheid

De Staat van de Gezondheidszorg 2009 (SGZ 2009) staat in het teken van de aandacht die professionals, bestuurders en toezichthouders hebben voor kwaliteit & veiligheid van zorg.

Als in de zorgsector gesproken wordt over kwaliteit & veiligheid van zorg, is die aandacht vanzelfsprekend gericht op het primaire proces. Daar wordt de kwaliteit & veiligheid van zorg samen met de cliënt/patiënt door alle betrokken en samenwerkende professionals waargemaakt. Iedere dag opnieuw. Iedere volledige 24-uurs-dag. Alle dagen van de week.

De aandacht van professionals, bestuurders en toezichthouders voor dit onderwerp is echter niet vanzelfsprekend. De IGZ heeft op grond van een aantal cases en onderzoeken aanwijzingen dat voor een aantal aspecten de aandacht van professionals, bestuurders en toezichthouders voor kwaliteit & veiligheid versterkt moet worden. Deze mening wordt gedeeld door onderzoeken van de Onderzoeksraad voor Veiligheid¹) en de Algemene Rekenkamer²). De IGZ zet zich in voor het borgen van gerechtvaardigd vertrouwen in de zorg. In die gevallen waarin het vertrouwen geschaad wordt moet de IGZ doortastend en snel optreden om het vertrouwen van de burger in goede gezondheidszorg te kunnen blijven garanderen.

Om de aandacht van professionals, bestuurders en toezichthouders voor kwaliteit & veiligheid van zorg te stimuleren ging de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) in het onderzoek voor de SGZ 2009 samen met het veld op zoek naar voorbeelden en belangrijke thema's die deze aandacht faciliteren of blokkeren. De IGZ beoogt hiermee geleerde lessen uit de sector te delen met de sector. En het veld te stimuleren om zelf op zoek te gaan naar de betekenis van die voorbeelden voor de eigen praktijk ten aanzien van bestuur en toezicht bij kwaliteit & veiligheid van zorg.

¹) Onderzoeksraad voor Veiligheid,

Brand in een operatiekamer, Twenteborgziekenhuis, Almelo, 2006

Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie in UMC St Radboud, 2005

²) Algemene Rekenkamer, *Implementatie Kwaliteitswet zorginstellingen, 2009*

1.2 **Onderzoeksdilemma: afstandelijk constateren of betrokken stimuleren**

De IGZ wil in haar SGZ 2009 verantwoorden hoe de stand van zaken inzake de aandacht van professionals, bestuurders en toezichhouders voor kwaliteit & veiligheid is.

Achter deze keuze ligt haast per definitie de veronderstelling verscholen dat de aandacht nu tekort schiet en dat er veel duidelijke aanbevelingen voor verbetering te geven zijn. Als je alleen uitgaat van calamiteiten en sommige voorbeelden uit de toezichtpraktijk en onderzoeken dan zou daar ook aanleiding voor zijn.

Een werkelijke verbetering van de aandacht voor kwaliteit & veiligheid is echter afhankelijk van gerechtvaardigd vertrouwen, goede competenties en goed gedrag. Afstandelijk de les lezen, wantrouwen en controle genereren juist het tegenovergestelde gedrag.

De enige weg die naar verbetering leidt is op een betrokken wijze samen met het veld zoeken naar kritische succes- en faalfactoren. Blokkades opheffen en de ontwikkeling van succesfactoren stimuleren. En daarbij waar mogelijk aansluiten bij bestaande instrumenten en initiatieven, zoals de evaluatie van de BOZ van de governance-code, de beoordelingsafspraken van de medisch specialisten of het kwaliteitskader verantwoorde zorg in de care-sector. In het SGZ rapport wordt daar op teruggekomen.

1.3 **Het veldonderzoek als veranderkundige interventie**

Gelet op het hiervoor beschreven dilemma is een interactieve onderzoeks-aanpak ontwikkeld. Een aanpak die zich richt op het samen met professionals, bestuurders en toezichhouders in een aantal instellingen analyseren van succesfactoren en blokkades voor goed bestuur en toezicht inzake kwaliteit & veiligheid.

Om deze vervolgens gezamenlijk te bespreken en van daaruit te komen tot een brede -nationale- aanpak tot verbetering van de aandacht voor kwaliteit & veiligheid. Waarin de IGZ niet uitsluitend constateert, maar juist stimuleert dat alle betrokkenen in instellingen én op nationaal niveau hun verantwoordelijkheid nemen en verantwoording afleggen. Daarmee is het onderzoek zelf ook een belangrijke veranderkundige interventie, gericht op bewustwording.

1.4 Deze rapportage is het onderzoeksverslag

Dit rapport is het verslag van het veldonderzoekdeel voor de totstandkoming van de SGZ 2009. Het betreft het onderzoek bij de deelnemende instellingen, de terugkoppelingen en de resultaten van de werkconferentie op 18 mei 2009 met de deelnemers. Het omvat de bevindingen van het onderzoeksteam. Het gaat niet in op de analyse, conclusies en aanbevelingen in het kader van de SGZ 2009 die hierop volgden.

Na dit onderzoek wordt de totstandkoming van de SGZ 2009 vervolgd met een expertmeeting, stakeholdergesprekken met de branche- en beroepsorganisaties, een invitational conference en de publicatie van de SGZ 2009. Hoewel deze activiteiten deel uitmaken van de overal aanpak die hier beschreven wordt, vallen ze buiten de scope van dit verslag. In de SGZ 2009 zelf worden de resultaten hiervan (de analyse, conclusies en aanbevelingen van de IGZ) opgenomen.

Allereerst volgt in hoofdstuk 2 de verantwoording van de onderzoeksmethode. In de hoofdstukken 3 en 4 gaan wij achtereenvolgens in op de resultaten per sector en per centraal thema.

Wij sluiten in hoofdstuk 5 af met de betekenis van de resultaten voor de SGZ 2009.

2 Opzet van het onderzoek

2.1 Onderzoeksdoel en -focus

Dit exploratieve onderzoek heeft als doel: het versterken van aandacht voor kwaliteit & veiligheid van zorg bij professionals, bestuurders en toezichhouders. Uitgangspunt hierbij is dat dit op een manier gebeurt die het nemen van verantwoordelijkheid, het tonen van het bijbehorende gedrag en het aanspreken op competenties van professionals, bestuurders en toezichhouders stimuleert.

Focus op goed- beter- best

Wij kiezen voor een brede benadering van de verbetering van de aandacht voor kwaliteit & veiligheid. Niet alleen voor waar het slecht gaat: *goed versus slecht*. Maar juist waar het beter kan: *goed, beter, best*. Wij willen samen met het veld leren van de praktijk om de aandacht voor kwaliteit & veiligheid van zorg bij professionals, bestuur en toezicht te verbeteren. Het is nadrukkelijk niet het doel om door middel van dit onderzoek een onderscheid te maken in goede en slechte voorbeelden uit het veld.

Focus op horizontaal én verticaal toezicht

In dit onderzoek maken wij een onderscheid tussen horizontaal en verticaal toezicht. Onder horizontaal toezicht verstaan wij het door professionals onderling toezien op de eigen en elkaars kwaliteit & veiligheid van zorg. Onder verticaal toezicht verstaan wij het toezicht vanuit hiërarchisch perspectief. Van werkvloer naar management, naar bestuur, naar intern toezicht, naar extern toezicht. Hoe werken deze vormen van toezicht in de praktijk en wat is een gewenste verhouding tussen beide?

Focus op spanning tussen wens en werkelijkheid

Wij zijn er ons van bewust dat een professional, bestuurder of intern toezicht-houder te maken heeft met een werkelijke en een gewenste situatie. Beide situaties zijn van belang om belangrijke lessen en relevante thema's te identificeren en te verkennen. Taaie vraagstukken en dilemma's uit de praktijk zijn voor dit onderzoek interessanter dan 'podiumverhalen'.

Focus op 'werkende bestanddelen en blokkades'

Wij zijn erg geïnteresseerd in de werkende bestanddelen en blokkades die gesprekspartners uit het veld ondervinden bij het besturen en houden van toezicht op kwaliteit & veiligheid van zorg. Of: wat helpt en wat helpt niet?

Focus op gezamenlijke verantwoordelijkheid

Onze opvatting is dat besturen en toezicht houden op kwaliteit & veiligheid van zorg een verantwoordelijkheid is van professional, bestuurder en intern toezichthouder gezamenlijk. De samenwerking tussen de betrokkenen bepaalt in grote mate de kwaliteit van dit toezicht, zonder dat individuen zich achter die gezamenlijkheid kunnen verschuilen.

In figuur 1 hebben wij deze focus schematisch weergegeven. Dit beeld is in alle contacten met de geïnterviewden en tijdens de conferentie met hen gebruikt.



Figuur 1: focus van het onderzoek

2.2 Theoretische pijlers onder de aanpak

De onderzoeks aanpak berust op drie theoretische pijlers:

- Toezichtstrategie
- Policy Window Theory
- Veranderkunde.

Toezichtstrategie

Voor de plaatsing van dit onderzoek in de toezichtstrategie baseren wij ons op het gedachtegoed van prof. Malcolm Sparrow³). Kern van zijn visie is dat effectief toezicht gericht is op het bereiken van een wezenlijk interveniërend effect op maatschappelijke vraagstukken. Het gaat daarbij niet om signaleren of handhaven als zodanig, maar juist het dusdanig signaleren en handhaven dat er een stimulerend of effectief sanctionerend effect van uitgaat. Ons onderzoek is in die overtuiging ingezet als studie naar de echte blokkades en succesfactoren én als interventie om betrokkenen in de goede richting te stimuleren.

Policy Window Theory

Onze participatieve aanpak van het onderzoek is gebaseerd op de *policy window theory* van prof. John Kingdon⁴). Deze richt zich op het in interactie met betrokkenen tot stand brengen van een gedragen oplossing van een probleem. De kern van deze theorie geeft aan dat er slechts dan wezenlijke oplossingen van maatschappelijke vraagstukken te bereiken zijn als de definitie van het probleem, de daarvoor voorhanden zijnde oplossingen én het draagvlak ervoor overlappen.

Dergelijke overlappingen kennen een momentum, het moment waarop het ‘*window of opportunity*’ ontstaat. In ons onderzoek wordt, parallel, aan zowel het probleem als de oplossingen als het draagvlak aandacht besteed. In de conferenties en door contextmanagement wordt gezocht naar het creëren van dergelijke *windows*.

Veranderkunde

Het denken in veranderkundige interventies is gebaseerd op de *Veranderkunde* van prof. dr. L.I.A. de Caluwé en dr. J.G. Vermaak⁵).

Veranderkundige aanpakken laten zich in vijf verschillende groepen typeren. Ieder van die groepen heeft eigen kenmerken en een eigen dynamiek. Iedere stroming vraagt andere veranderkundige interventies. In dit geval richten de interventies zich vooral op de lerende aanpak (*groen*) in combinatie met het veranderen door belangen bijeen te brengen (*geel*).

³) Sparrow, Malcolm K., *The Regulatory Craft: Controlling Risks, Solving Problems, and Managing Compliance*, The Brookings Institution, 2000

⁴) Kingdon, John W., *Agendas, Alternatives and Public Policies*, Longman, 2002

⁵) Caluwé, Léon en Vermaak, Hans, *Leren Veranderen*, Kluwer, 2006

Vertaling naar de aanpak

Wij hebben de pijlers vertaald in een aanpak waarin wij eerst in een aantal exemplarische casestudies op zoek gaan naar betekenisvolle bevindingen. Vervolgens bespreken wij de observaties, analyses en bevindingen in een invitational conference met de mensen die in de casestudies geparticipeerd hebben. Op zoek naar rijke analyses en resultaten en naar draagvlak voor de conclusies.

De analyses en voorstellen die wij formuleren worden in een tweede invitational conference met een brede vertegenwoordiging uit het veld gedeeld. Dat gebeurt parallel ook in een expertmeeting (het verslag van deze bijeenkomsten valt buiten het bereik van dit verslag. De resultaten zijn in dit verslag geïncorporeerd).

Hierdoor kunnen wij de voorstellen vooraf toetsen en aanscherpen, en ontstaat er grotere bewustwording in (het betrokken deel van) het veld voor de verantwoordelijkheid van professionals, bestuurders en toezichthouders bij kwaliteit & veiligheid van zorg. Deze betrokkenheid kan vervolgens door de aandacht die alle betrokkenen eraan besteden, als een 'olievlek' naar de hele sector worden verbreed.

2.3 De aard van het onderzoek

Het onderzoek is sociaalconstructivistisch, kwalitatief, interpretatief en verkennend⁶).

Sociaalconstructivistisch

In dit onderzoek gaan wij op zoek naar de betekenis die professionals, bestuurders en toezichthouders geven aan werkende bestanddelen en blokkades voor goed bestuur en toezicht bij kwaliteit & veiligheid.

Wij zullen dan de werkelijkheid die de geïnterviewden aan ons presenteren, moeten interpreteren. Dat doen wij vanuit de opvatting dat de werkelijkheid gezien kan worden als proces van sociaal construeren. Deze bestaat voor zover ze geconstrueerd wordt binnen processen van betekenisverlening en onderhandeling die steeds door blijven gaan ⁷.

⁶) de onderzoeks aanpak en de beschrijving ervan zijn afgeleid van het promotieonderzoek van Edwin Kaats en Wilfrid Opheij. Zie voor een volledige beschrijving: Kaats E. en W. Opheij, *Bestuurders zijn van betekenis, Allianties en netwerken vanuit bestuurlijk perspectief*, Maarssen: Reed Business, , 2008

⁷) Van Dongen, De Laat en Maas, *Een kwestie van verschil: Conflictantering en onderhandeling in een integratietheorie*. Delft: Eburon1996

Vervolgens is het nog mogelijk daarin verschillende posities te kiezen. Voor ons is de werkelijkheid daarbij geen objectief gegeven. Vanuit die positie voeren wij het onderzoek uit. Zoals ook De Sonnaville⁸⁾ beschrijft, heeft dat een aantal consequenties voor onze positie als onderzoekers:

- het gaat er in dit onderzoek niet om de waarheid te achterhalen door te meten, beschrijven en/of te beoordelen. Het gaat erom dat wij het proces van werkelijkheidsconstructie van professionals, bestuurders en toezichthouders rondom de aandacht voor kwaliteit & veiligheid leren begrijpen
- een werkelijkheid (die constructie) zal variatie vertonen. Geïnterviewden zullen immers vanuit verschillende contexten en achtergronden uiteenlopende werkelijkheden produceren. Variëteit en heterogeniteit zullen regel zijn. De verschillen tussen die werkelijkheden willen wij leren zien en begrijpen
- een sociale constructie is het resultaat van een interactief proces tussen mensen. Daarmee gaan wij ook op zoek naar de manier waarop verschillende mensen (binnen en tussen cases) naar die werkelijkheid kijken en naar de interactie daartussen
- als onderzoekers kunnen wij onszelf niet ontkennen. Alleen al het gegeven dat adviseurs samen met de IGZ-inspecteurs de aandacht voor kwaliteit & veiligheid onderzoeken, maakt dat de gesprekken eigen betekenis krijgen. In het onderzoek stellen wij ons op als nieuwsgierige, geïnteresseerde buitenstaanders, die op zoek zijn naar het verhaal. Daarbij laten wij zoveel mogelijk geïnterviewden hun eigen verhaal vertellen (luisteren en dialogiseren).

Kwalitatief, interpretatief

De kern van deze kwalitatieve methodologie is dat de onderzoeker voorafgaand aan het onderzoek geen uitgewerkte theorie of hypothesen op basis van 'harde' cijfers en gegevens ter beschikking heeft die in het onderzoek getoetst gaan worden. De onderzoeker gaat het object van onderzoek beschrijven terwijl hij met het onderzoek bezig is. In interactie met de mensen die bij zijn onderzoek betrokken zijn en in wisselwerking met zijn observaties komt de onderzoeker tot ruwe interpretaties die uitmonden in concepten waarvan de onderlinge samenhang toeneemt. De onderzoeker werkt vanuit specifieke observaties naar generieke uitspraken. Het verzamelen van onderzoeksgegevens gaat dus vooraf aan het formuleren van een theorie.

Verkennend

Om zo dicht mogelijk bij de werkelijkheid van de geïnterviewden per casus te kunnen komen moeten wij hen diepgaand kunnen interviewen. In onze opzet staat ook centraal dat wij betrokkenen willen selecteren die rijke data opleveren vanuit het perspectief van werkende bestanddelen en blokkades voor de aandacht voor kwaliteit & veiligheid.

⁸⁾ De Sonnaville, *Retorische aspecten van professionaliseren: een zoektocht naar beroepsvorming bij organisatieadviseurs*, Amsterdam, Vrije Universiteit 2005

Het gaat dus niet om een aselecte, grote steekproef. Wij willen juist 'schoolvoorbeelden' selecteren en op zoek gaan naar hun verhalen, omdat we daardoor diepergaand inzicht verkrijgen. Daarmee zien wij er voor een deel van af dat wij antwoorden kunnen geven die te generaliserend zijn en voor alle betrokkenen gelden.

Wij interviewen de professionals, bestuurders en toezichhouders volgens een vooraf afgesproken protocol en onderzoeksopzet. Dat doen we echter niet als 'robots'. In het gesprek zelf ontstaan interactie, rapport, intuïtie, gevoel. Op basis daarvan krijgt het gesprek vorm en diepte. Hoewel het protocol vaststaat, doen de onderzoekers zelf ertoe.

Wij gaan ervan uit dat de betrokkenen in ons onderzoek, als we met hen in interactie gaan over de vraag naar hun aandacht voor kwaliteit & veiligheid, geen absolute, ondubbelzinnige, objectiveerbare waarheden beschrijven, maar zelf ook op zoek gaan naar antwoorden. In feite construeren ze op dat moment hun werkelijkheid, aan de hand van de invalshoeken die wij kiezen in het gesprek. Daarmee is niet alleen het antwoord relevant voor het onderzoek, maar ook juist de manier waarop die betrokkenen hun werkelijkheid construeren.

Wij kiezen niet voor een onderzoeksbenadering die ervan uitgaat dat de werkelijkheid rond deze onderzoeksvraag in objectieve zin te kennen is door objectieve informatie te achterhalen. Wij kiezen voor een benadering die ervan uitgaat dat geïnterviewden in gesprek met onderzoekers verhalen vertellen en met die verhalen hun werkelijkheid creëren. Deze keuze maken wij omdat de aard van de onderzoeksvraag zodanig is dat deze wijze van onderzoek het best daarbij aansluit en het meeste perspectief biedt op betekenisvolle antwoorden.

Bij de keuze van de methode hanteerden we de volgende overwegingen:

- keuze voor de zoektocht naar de 'backstage' antwoorden vraagt om diepte-onderzoek; dat kan niet met enquêtes, maar moet persoonlijk. Casestudie en diepte-interviews zijn dan de aangewezen onderzoeksvorm
- wij zijn niet op zoek naar 'gemiddelde' antwoorden, maar naar 'verschil makende antwoorden'. Dat maakt dat we een selecte groep van geïnterviewden benaderen
- wij willen dieptevragen stellen. Vanzelfsprekend maken we dan als onderzoekers deel uit van onze observatie. Door de ondervraagde geïnterviewden ook medeonderzoeker te maken, versterken we de kans dat we diepergaande antwoorden vinden
- wij zijn op zoek naar antwoorden die het inzicht verdiepen in zowel gedrag van professionals, bestuurders en toezichhouders als in achterliggende argumenten, overtuigingen en drijfveren. Dit hoeft niet generaliseerbaar te zijn.

Betrouwbaarheid en validiteit

Een onderzoeksaanpak als deze levert veel inzicht op. Tegelijkertijd heeft de aanpak beperkingen: het levert geen ‘harde data’ op die opgeteld (en nageteld) kunnen worden. Dat kan de vraag opleveren naar betrouwbaarheid en validiteit van de inzichten. Door de competenties en ervaring van de TG en IGZ onderzoekers, validatierondes met betrokkenen, met experts en met een groot aantal geïnviteerden is aan deze bezwaren tegemoet gekomen. Ook de feedback van ervaren collega’s bij de IGZ en TG zorgden voor een aanscherping van de betrouwbaarheid en de validiteit.

Op grond van de resultaten van deze toetsingen achten wij de resultaten voldoende gevalideerd om als basis te dienen voor de SGZ 2009. Een Staat van de Gezondheidszorg die naar verwachting veel professionals, bestuurders en toezichthouders in de zorg extra zal inspireren om persoonlijk verantwoordelijkheid te nemen voor en verantwoording te willen afleggen over hun aandeel in de kwaliteit & veiligheid van de zorg.

2.4 Professionals, bestuurders en toezichthouders staan centraal

Wij stellen de professionals, bestuurders en toezichthouders centraal in ons onderzoek en analyseren hun verhalen over werkende bestanddelen en blokkades bij kwaliteit & veiligheid.

Werkelijke kwaliteit & veiligheid begint immers in het domein van de professional⁹⁾ en bij zijn/haar samenwerking met de cliënt/patiënt. Bij de dagelijkse kwaliteit & veiligheid in het primaire proces. Bij de samenwerking tussen alle professionals in het primaire proces.

Goede of uitstekende kwaliteit & veiligheid van zorg vraagt sturing. Sturing van professionals en (leidinggevenden) bestuurders (wij nemen hen voor de duidelijkheid samen). Dat gaat niet vanzelfsprekend goed en eist bijzondere kwaliteiten¹⁰⁾. Te beginnen bij bestuurders die een visie op uitstekende kwaliteit & veiligheid hebben en in staat zijn de aandacht ervoor toe te snijden op de specifieke situatie en mogelijkheden. Bestuurders die in staat zijn om de professionals zodanig te motiveren en te faciliteren dat deze visie ook gerealiseerd wordt.

⁹⁾ Wij onderscheiden voor de eenvoud in dit verband professionals, bestuurders en toezichthouders. Onder professionals verstaan wij alle zorgverleners in het primaire proces (zij die rechtstreeks zorg verlenen voor patiënten en cliënten) en zij die hen rechtstreeks ondersteunen. Artsen, verpleegkundigen, paramedici, etcetera.

¹⁰⁾ prof. dr. Mathieu Weggeman, *Leiding geven aan professionals; Niet doen!*, Scriptum, 2008

*Goed bestuur verdient goed toezicht*¹¹). Een goed bestuurder verantwoordt zich ook over kwaliteit & veiligheid. In een hybride systeem als de zorg is verantwoording over schijnbaar evidente zaken als financiën of productie al complex. De ervaring met verantwoording over kwaliteit & veiligheid is minder ver ontwikkeld en het onderwerp moeilijker te kwantificeren en eenduidig te kwalificeren. Hoe verantwoordt de bestuurder zich dan tóch? En welke eisen stelt dit aan de interne toezichthouder?

Ruim 70 professionals, bestuurders en toezichthouders uit 13 instellingen waren bereid hun ervaring te delen voor dit onderzoek (zie bijlage 1 voor het overzicht). Aan de conferenties namen in totaal ongeveer 350 personen deel. Daarnaast zijn er met veel andere betrokkenen gesprekken gehouden.

2.5 De deelnemende instellingen

Per sector zijn in overleg met de IGZ instellingen benaderd, waarvan de sector kan leren. Exemplarische voorbeelden voor de zoektochten en lessons learned van professionals, bestuurders en toezichthouders. Iedere instelling is in zijn geheel en in samenhang als casus voor de leerervaringen beoordeeld. De verhalen van de geïnterviewden, gecombineerd met de documentenstudies en de gesprekken met de accounthouders van de IGZ, vormen het basismateriaal van ons onderzoek.

Wij kozen instellingen met en instellingen zonder een recente stevige bemoeienis van de IGZ. Instellingen die willen leren en waarvan geleerd kan worden. Voor de deelname gaan wij uit van de volgende criteria. De instellingen waarmee wij in gesprek gaan:

- zijn representatief voor de sector of
- hebben ‘iets’ uitzonderlijks op het gebied van bestuur en toezicht rondom kwaliteit & veiligheid van zorg gedaan
- staan open voor reflectie, kunnen afstand nemen van recente incidenten en willen volledig inzicht bieden
- willen ook de eigen rol in de ‘coulissen’ delen
- bieden mogelijkheden voor de totale sector om van te leren.

Instellingen dus, die op basis van hun eigen ervaring kunnen bijdragen aan het leren over bestuur en toezicht bij kwaliteit & veiligheid van zorg.

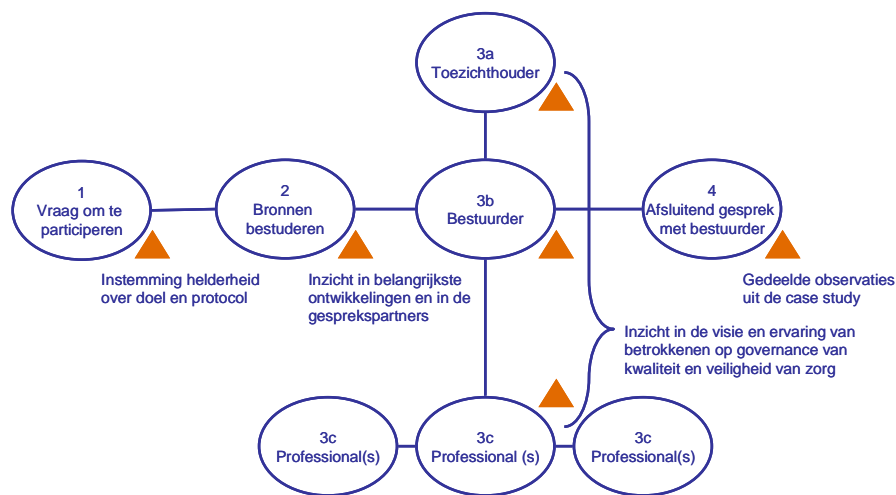
Teams van inspecteurs van de IGZ en adviseurs van Twynstra Gudde¹²) namen gezamenlijk deel aan de gesprekken met de geïnterviewden. De vertrouwelijkheid is gewaarborgd, ondersteund door een specifiek onderzoeksprotocol.

¹¹) Commissie Meurs over Health Care Governance, 1999

¹²) IGZ: mw. Lucie Claessen, dhr. Armand Höppener, mw. Franske Keuter, dhr. Jan van Berlo, mw. Anja Jonkers; TG: mw. W.J. Moor, dhr. W. Opheij, mw. A.E. ter Horst-Duffues, dhr. H.J.B.M. Abeln

2.6 De aanpak per casestudie

In onderstaande figuur hebben wij schematisch aangegeven op welke wijze wij elk van de casestudies uitvoerden. Doel is samen met de betrokkenen uit de organisaties te komen tot vernieuwende inzichten. De combinatie van inzichten uit de case studies draagt bij aan de gezamenlijke kennis over de rollen en verantwoordelijkheden van professionals, bestuurders en toezichthouders bij kwaliteit & veiligheid van zorg. Op basis van die gezamenlijke kennis kunnen wij conclusies en aanbevelingen formuleren.



Figuur 2. Aanpak per casestudie

Wij gaan hierna in op de verschillende activiteiten.

1. Vraag om te participeren

Als geverifieerd is dat de case aan de geformuleerde criteria voldoet dan werd de voorzitter van de Raad van Bestuur door een vertegenwoordiger van de IGZ gevraagd om te participeren. De onderzoeksbrochure (zie bijlage 2) dient ter toelichting op de vraag.

Als de betrokken organisatie meedoet, dan onderschrijft men daarmee het doel en de opzet van het onderzoek en zegt toe zich in te spannen om zo veel mogelijk leerervaringen in te brengen, en ook een echt ‘kijkje in de keuken’ te gunnen.

Daarbij verzochten wij om deelname van in ieder geval één bestuurder, één professional en één toezichthouder.

2. Onderzoeken van bronnen van deze casestudie

Onderzoekers spannen zich in om goed voorbereid de gesprekken te voeren. Daartoe worden de essentiële en publieke bronnen bij de organisatie opgevraagd. Tevens wordt vastgesteld in hoeverre er bij de IGZ al een kwaliteitsdossier beschikbaar is, en wat daar wetenswaardigheden in zijn.

De voorbereiding moet opleveren:

- inzicht in de publieke uitingen over kwaliteit & veiligheid van zorg en de kwaliteitsfilosofie
- inzicht in eventuele incidenten uit het verleden, en signalen die er zijn geweest naar bestuur en in- en extern toezicht
- inzicht in mogelijke thema's voor het gesprek die zich lenen voor nader onderzoek
- inzicht in de achtergrond van de gesprekspartners.

3. Gesprekken met de betrokkenen (professionals, bestuurder en toezichthouder)

Wij reserveren voor de gesprekken ca. 2 uur per betrokkene. Ter voorbereiding hebben de te interviewen personen de onderzoeksbrochure ontvangen. Zij hoeven zich verder niet specifiek voor te bereiden. Wij vertrouwen erop dat de gesprekken inzicht bieden in voorbeelden van instrumenten die in de praktijk blijken te werken, taaie vraagstukken en mogelijke blokkades die optreden.

Voor de gesprekken hanteren wij acht aanvliegroutes met vraagstellingen:

1. Rollen en samenwerking
 - *Hoe functioneert jullie horizontaal en jullie verticaal toezicht op kwaliteit?*
 - *Hoe werken ze samen?*
2. Beelden over kwaliteit & veiligheid van zorg
 - *Wat verstaan jullie onder kwaliteit?*
 - *Welke discussies voeren jullie daarover?*
3. Zicht en overzicht
 - *Hoe krijg je zicht op kwaliteit?*
 - *Wat bepaalt je overzicht?*
4. Bestuurlijk handelen
 - *Welke signalen zie je?*
 - *Wanneer handel je, en wanneer niet?*
5. Kwaliteitscultuur
 - *Hoe leeft kwaliteit?*
 - *Waar zie je dat aan?*

6. Persoonlijke betrokkenheid

- *Hoe ben je zelf betrokken bij kwaliteit?*
- *Wie zijn je partners daarbij?*

7. Externe partijen

- *Welke externe partijen spelen voor jou een sleutelrol?*
- *Helpen ze, en hoe dragen zij bij aan good governance?*

8. Instrumentarium & organisatie

- *Welk instrumentarium hebben jullie?*
- *Waarom juist deze, en werkt het?*

De gesprekken hebben allemaal dezelfde opzet:

- toelichting op de kern van het onderzoek, de onderzoeksopzet en focus
- toelichting op het gespreksformat (zie format van de gebruikte *placemat* in bijlage 3)
- voeren van een gesprek op basis van de hiervoor genoemde acht ‘aanvliegroutes’. Gesprekspartners mogen zelf de volgorde van de aanvliegroutes kiezen; het merendeel (maar niet per se alle) van de aanvliegroutes willen we graag bespreken.

In de gesprekken spannen wij ons ervoor in dat de betrokkene(n) zich vrij voelt om open van gedachten te wisselen.

4. Afsluitend gesprek met de bestuurder

De resultaten van de gesprekken worden door ons samengevat. Op basis van deze samenvatting voerden wij een afrondend gesprek met de bestuurder. Er wordt geen verslag gemaakt van ieder van de gesprekken. Het afsluitende gesprek staat in het teken van terugkoppeling én verdieping.

Wij verwachten door deze aanpak een grotere kans te maken op het verkrijgen van verdiepend inzicht op de aandacht van professionals, bestuurders en toezichthouders van deze organisatie voor kwaliteit & veiligheid van zorg, en de mechanismen die daarin een belangrijke rol spelen.

Wij voerden de gesprekken binnen een casestudie bij voorkeur op één dag. Het afrondende gesprek vond plaats op een andere dag.

3 De aandacht per sector: veertien casestudies

3.1 De bevindingen geordend naar de sectoren

In dit hoofdstuk doen wij verslag van de resultaten van de casestudies per sector. Daarbij moet opgemerkt worden dat de gesprekspartners uitstekend en openhartig meegewerkt hebben. Dit kleurt de observaties.

Dit verslag betreft de samenvatting van onze generieke bevindingen over de belangrijkste succesfactoren en blokkades die professionals, bestuurders en toezichthouders ondervinden bij hun aandacht voor kwaliteit & veiligheid.

Deze bevindingen zijn gebaseerd op de gesprekken over de acht aanvliegroutes die wij per casestudie bespraken, de terugkoppelingen met de bestuurders en de terugkoppeling met alle onderzoeksdeelnemers in een werkconferentie.

Wij hebben eerst per sector ‘door de casestudies heen’ gezocht naar ‘rode draden’. We interpreteren die rode draden ook als *lessons learned* waar het gaat om de vraag hoe professionals, bestuurders en toezichthouders aandacht hebben voor kwaliteit & veiligheid van zorg.

De resultaten van de sectoren verschillen onderling. Daarom volgen hier eerst de beelden per sector. Er zijn ook verschillen tussen de casestudies gesignaleerd, maar die laten wij hier buiten beschouwing.

In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de centrale thema’s die op basis van de studies per sector zijn gedefinieerd.

3.2 Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT)

De VVT ondergaat de laatste jaren in een zeer fors tempo een groot aantal ingrijpende veranderingen. De wijzigingen van de AWBZ, de introductie van de WMO, de invoering van het kwaliteitskader voor verantwoorde zorg, de consolidatiegolf, etcetera. Samen goed voor een wel erg grote belasting van professionals, bestuurders en toezichthouders.

Specifiek voor de aandacht voor kwaliteit & veiligheid van zorg is van belang dat er met succes een consistent en vasthoudend beleid is gevoerd inzake de introductie van het kwaliteitskader verantwoorde zorg en de zorginhoudelijke en cliëntgebonden prestatie-indicatoren. Ook certificering is breed geïmplementeerd.

Al met al liggen de bedreigingen voor goede kwaliteit & veiligheid niet zozeer op het niveau van de systemen of indicatoren. Die lijken voldoende ontwikkeld. Zij liggen vooral in de financiële effecten van de nieuwe contracterings- en bekostigingssystematieken. Die de kwaliteit van de werkelijk geleverde zorg kunnen bedreigen omdat de ruimte voor professionaliteit en werkelijke kwaliteit erdoor weggerationaliseerd kan worden.

Daarnaast wordt veel gevraagd van de competenties en het gedrag van bestuurders en toezichthouders. Kunnen zij zorgdragen voor voldoende aandacht voor kwaliteit & veiligheid bij de veelheid aan parallelle strategische veranderingen?

Maar de echte zorg voor kwaliteit & veiligheid ligt bij het draagvlak en de draagkracht van de professionals. Zij moeten de vertaling van al het 'omgevingsgeweld' naar de dagelijkse praktijk, naar de zorgverlening, maken. Dat vraagt keuzen en prioritering binnen zeer beperkte ruimte. Ruimte voor invulling van kwaliteit & veiligheid die door zaken als indicatiestelling, certificering, tijdverantwoording, de gewijzigde bekostiging en de contractering 'weggehaald' is bij die professionals. Waardoor de professionele inbreng en verantwoording voor de werkelijke kwaliteit in het gedrang lijkt te zijn gekomen.

3.2.1 *De spagaat tussen binnen- en buitenwereld is spannend*

Door alle aandacht die strategie, marktwerking, stelselwijziging, bekostiging, contractering, etcetera, vragen, wordt de aandacht van de bestuurder snel afgeleid van waar het eigenlijk om gaat: het faciliteren van de relatie tussen de professional/verzorgende en de cliënt.

Dat vraagt om een continue visionaire aandacht voor het primaire proces en voor de mensen die daar kwaliteit moeten realiseren. Dat schuilt in aandacht voor sfeer, durven vertrouwen op het 'buikgevoel', 'rondlopen' en 'kleine verhalen' horen, gewóón doen, weten wat er speelt, en, waar dat écht nodig is, niet aarzelen in te grijpen.

De buitenwereld eist ook veel aandacht op die vaak niet helpt. Dat zit in te vaak wisselend en onvoorspelbaar beleid, soms té veelvragend instrumentarium, maar ook de druk om 'mee te moeten doen' in het 'praatcircuit' en de dominante bestuurderscultuur. Waar strategie, groei en externe issues vaak prevaleren boven het streven naar betere kwaliteit.

Dat wil niet zeggen dat álles wat van buiten komt niet helpt/tegenwerkt. Maar het vraagt wel een continu kiezen voor een goede balans – en een grote inzet om zich niet door de buitenwereld 'op te laten slorpen' en 'gewoon' aan het werk te zijn.

3.2.2 *Relatie bestuurder – werkvloer luistert nauw*

Anders dan de verhalen ‘die je wel eens hoort’ over hoe het in ziekenhuizen gaat tussen het bestuur en de professionals (veel strijd), is de relatie tussen ‘care-bestuurder’ en zijn medewerkers er vaak één van ‘stille consensus’.

Dat heeft veel te maken met een cultuur die veel meer op harmonie en hiërarchie berust. Dat kan betekenen dat signalen over kwaliteits- of veiligheidsvraagstukken onvoldoende of onvoldoende snel doorkomen. Daarom is het voor een bestuurder cruciaal om goed in contact te zijn met de werkvloer. Om tijdig op te kunnen vangen waar risico’s zijn en te voorkomen dat dingen ‘naar buiten gaan’ alvorens ze binnen aan de orde zijn gesteld. Om de professionals weer meer ruimte voor hun eigen verantwoordelijkheid te geven en verantwoording af te laten leggen.

Dat doen de bestuurders vooral door ‘er te zijn’, alert te wezen op ‘kleine dingen’ die van grote betekenis zijn, maar ook gericht te investeren in communicatie. Voor de werkvloer is dat vaak niet zo zichtbaar, vaak alleen in de verte voelbaar.

Het ‘compactere’ maken van de besturing door de autonomie van de werkeenheden te vergroten, het aantal middenlagen te verkleinen en de invloed van staven te beperken kan helpen om deze verbinding van de bestuurder met de werkvloer te versterken.

3.2.3 *De Raad van Toezicht kan heel helpend zijn, maar helpt niet altijd*

Ook door de recente publiciteit over de rol van de toezichthouders in een paar grote collega-instellingen zijn de Raden van Toezicht zich meer bewust van hun kritische rol inzake kwaliteit & veiligheid.

Men ervaart dat dit veel vraagt van de leden van raad, maar (lang) niet alle Raden van Toezicht hebben het gevoel dat ze dat ook aankunnen. Dat ze daarvoor zijn toegerust als het écht spannend wordt. Zij vertrouwen er voornamelijk vooral op dat zij tijdig en volledig door de bestuurder worden ‘geïnformeerd’.

Wat (ook voor een bestuurder) heel goed werkt is échte kennis van zaken in de Raad van Toezicht. Niet alleen op het financiële, maar juist ook op de inhoud een visie hebben en van daaruit met voldoende afstand van en vertrouwen in de bestuurder kritisch kunnen meedenken. Dat maakt het toezichthouden meer en meer tot een echt vak.

3.2.4 *Kwaliteit gaat altijd over en zit dichtbij de cliënt/patiënt*

Als het over kwaliteit gaat, dan gaat het vrijwel altijd over de cliënt zelf. Over diens (subjectieve) bestaan en hoe in de relatie tussen cliënt en hulpverlener dat bestaan passender, beter, fijner, etcetera kan worden.

Alle objectieve indicatoren (zowel de zorginhoudelijke als de cliëntgebonden) helpen om signalen op te vangen, maar zijn secundair en komen pas vertraagd beschikbaar. Juist heel direct in contact zijn met cliënt/patiënt -de 'kleine verhalen' horen (en optekenen)- geeft direct toegang tot een besef van kwaliteit.

Dat is vooral een beroepshouding. Die zich niet door 'bazen, bureaucratie en beleid' laat afdwingen. Maar alléén door de inspiratie door vakgenoten, de verrijking van de vakinhoud en de ruimte voor vakontwikkeling kan blijven bestaan en verder kan worden doorontwikkeld.

3.2.5 *Schaalgrootte speelt mee?*

Bij de gegeven ideaaltypische organisatie, waar 'dichtbij zijn', zelf voelen, zien en ruiken belangrijk is, komt vanzelf de vraag naar schaalgrootte op. Dit ook omdat de meeste organisaties in deze sector bovendien een stevige spreiding aan locaties kennen (tot thuis toe).

De indruk bestaat dat er een grens aan de grootte is. Dat hoe groter een organisatie is, hoe moeilijker het is om voeling te houden met het primaire proces. En té klein maakt erg kwetsbaar.

Het vraagt in elk geval hele korte lijnen en veel investering van de bestuurder ín (binnen) de organisatie. Terwijl die bestuurder als gevolg van de toegenomen schaalgrootte tegelijkertijd ook meer de buitenwereld ingetrokken wordt.

3.3 **Geestelijke gezondheidszorg (GGz)**

De GGz kent de laatste tientallen jaren een toenemende inhoudelijke, organisatorische en strategische dynamiek.

De GGz is een brede sector met tal van raakvlakken naar andere gezondheidsectoren en maatschappelijke activiteiten waardoor het overzicht moeilijk is en veel bestuurlijke expertise noodzakelijk is. De zorgvraag is niet altijd makkelijk af te grenzen in ziek of gezond en vrijwillig of gedwongen.

Er heeft een ingrijpende professionalisering plaatsgevonden waarbij veel zorgprogramma's en richtlijnen zijn ontwikkeld en deels ook geïmplementeerd. Parallel hieraan heeft een verdere specialisatie en stratificatie plaatsgevonden met Top GGz als punt van de kennispiramide. Na de deconcentratie vanuit bossen en duinen naar de steden hebben twee fusiegolven plaatsgevonden.

De eerste rondom samengaan ambulante en klinische zorg en de tweede rond de regio-overschrijdende samenwerking.

De wijzigingen in de bekostiging en de introductie van marktwerking hebben geleid tot een aantal naast elkaar en soms met elkaar overlappende bekostigingssystemen zoals de AWBZ, zorgverzekeringswet, WMO, gemeentelijke financiering maar ook door justitie.

De sector heeft werk gemaakt van de introductie van het kwaliteitskader. Zowel procesmatig, zorginhoudelijk als cliëntgebonden: HKZ, prestatie-indicatoren, patiënten feedbacksystemen en sinds kort ook routine outcome metingen (ROM). De sector werkt ook mee aan de ontwikkeling van een veiligheidsmanagementsysteem.

Met name binnen de gedwongen zorg zorgden enkele incidenten ervoor dat professionals, bestuurders en toezichthouders meer aandacht aan kwaliteit & veiligheid besteden.

Door de protocollering en de op de kosten/baten gebaseerde interne bedrijfsvoeringssystematieken is de autonomie van de professionals fors ingeperkt. Deze eenzijdige aandacht leidt ertoe dat bestuurders maar ook professionals het gevoel krijgen dat alles draait om geld, productie en hier efficiënt mee omgaan. Hun intrinsieke motivatie, dat zij werken voor een vaak complexe moeilijke doelgroep die zelf maar moeilijk om hulp vraagt, wordt daardoor nauwelijks gevoed. De transparantie over wie wat feitelijk doet met de cliënt in de samenwerking tussen verschillende professionals komt maar moeizaam tot stand. Die aandacht voor ieders professionele bijdrage en de verantwoording daarover lijkt de belangrijkste uitdaging voor professionals, bestuurders en toezichthouders.

3.3.1 *'Soft signals' over kwaliteit zijn cruciaal*

Er is een opvallend verschil tussen hoe je 'kwaliteit kunt zien en voelen' en hoe dit vertaald wordt naar systemen en indicatoren.

Als je vraagt 'hoe zie je dat er kwaliteit is', dan noemt men spontaan indicaties als: professionele nieuwsgierigheid, willen leren, hulpvragers serieus nemen, open cultuur, teamwork, netjes georganiseerd werken, niet afschuiven maar verantwoordelijkheid nemen, tijd nemen voor patiëntbesprekingen en intervisie, steeds betere zorgpaden willen maken, de bedrijfsvoering op orde.

In de systemen en indicatoren hebben deze *soft signals* maar een beperkte plaats. Het lijkt erop dat de systemen en indicatoren min of meer los staan van het echte zicht van professionals, bestuurders en toezichthouders op kwaliteit & veiligheid. Dat zij per definitie achter lopen. Dat zij per definitie niet nuttig zijn voor *early warnings*. En niet als borg voor goede kwaliteit & veiligheid.

3.3.2 *Competitie tussen horizontaal en verticaal toezicht verlamt, terwijl coöperatie versterkt*

Er is een duidelijke spanning tussen horizontaal en verticaal toezicht. Beide zijn nodig, maar de worsteling is hoe ze elkaar kunnen versterken.

De relatie tussen horizontaal en verticaal toezicht wordt constructiever naarmate er sprake is van constructieve coöperatie, coalitie en het serieus nemen van de *soft signals*.

Als er sprake is van een mismatch en competitie leidt dit tot afhakende professionals en taaie implementatievraagstukken ('implementatiegevechten'). De professionals vallen dan terug op 'aangeleerde hulpeloosheid'. Zelfs als zij weten dat het ergens niet pluis is, en zij ervaren dat hun signalen en roep om aandacht geen zin heeft, is de neiging aanwezig 'om de deur te sluiten en met patiënten aan de slag te gaan'.

Door de externe regeldruk schaken de bestuurders op veel borden tegelijk. Dit betekent dat hun focus op veiligheid en kwaliteit verdund wordt. Kwaliteitsimpulsen staan hierdoor onder druk. Maar zonder leiding geen kwaliteit. Als bestuurder moet je zelf kiezen welke kwaliteitsindicatoren je van belang vindt en waarop je gaat sturen.

3.3.3 *Er is een spagaat tussen bestuurlijke en professionele taal*

Ook is er een spanning tussen de bestuurlijke blik en de professionele blik op kwaliteit. Dit ondanks het gegeven dat wij in de Raden van Bestuur gesprekspartners treffen met een achtergrond als professional.

Een goede bestuurder heeft zijn verticale toezicht goed voor elkaar. Een goede professional wil zich verbeteren en verantwoorden. Daarover is men het eens.

Spannend is echter of je de professionele verantwoordingssystemen ook kunt gebruiken voor verticale verantwoording. Dat lijkt bestuurlijk 'logisch' maar is professioneel zeker niet vanzelfsprekend. Bijvoorbeeld omdat systemen en informatie die bedoeld zijn om in alle veiligheid van problemen te leren, per definitie minder betrouwbaar worden als deze ook gebruikt worden om mensen te controleren. Soms worden met verve verwoorde bestuurlijke initiatieven niet ge-(/her-)kend door professionals.

3.3.4 *Instellingssystemen van verantwoording zijn anders dan professionele verantwoordingssystemen*

De aanwezigheid van prachtige verantwoordingssystematieken en -systemen wil nog niet zeggen dat de professionals ook echt in beweging komen. Het is zeer gevaarlijk om alleen op die buitenkant te vertrouwen. Attentie is vooral gevraagd als het stokpaardjes van de bestuurders betreft, en het (nog) niet breed verankerd is.

Overigens is er de afgelopen tien jaar een geweldige sprong gemaakt in het meten van de ‘klinische realiteit’, en de ontwikkeling van zorgpaden. Ook met de meting van cliëntervaringen. En door de introductie van de DBC’s komen nu ook kostprijs en kwaliteit bij elkaar en worden ze inzichtelijk. Dat is een goede ontwikkeling. Een basis voor een gesprek met een professional.

Een probleem is alleen dat de verschillende systemen die gebruikt worden om kwaliteit te toetsen en te verbeteren en de diverse gebruikte indicatoren niet op elkaar passen. Ze functioneren los van elkaar. Passend maken is lastig.

Het vraagstuk van nu is meer ‘hoe implementeren we het?’, en niet ‘hoe ontwikkelen we nog iets nieuws?’

3.3.5 *Consistentie en verbinding werken*

Er zijn veel overeenkomsten in werkende bestanddelen en blokkades. Deze hebben wij in onderstaande tabel samengevat.

Werkende bestanddelen	Blokkades
<ul style="list-style-type: none"> - consistentie en samenhang, horizontaal en verticaal - aandacht voor professionele waarden - slimme balans en combinatie van instrumenten en gedrag - goed en professioneel organiseren van externe verantwoording zodat de professionals er geen last van hebben - vormen van werkende coalities tussen managers en professionals - creëren van een open klimaat met mogelijkheid tot kritiek, veilig incidenten melden en zelfreflectie - managers/management met voldoende aandacht voor de inhoud en die de bedrijfsvoering op orde houden 	<ul style="list-style-type: none"> - aangeleerde hulpeloosheid van professionals - uitsluitend vertrouwen op instrumenten - matig werkende logistieke organisatie en capaciteitsinzet - de stap van ‘praten over kwaliteit’ naar daadwerkelijk en echt laten werken in de praktijk - bestuurlijk bedenken van indicatoren, deze ook willen uniformeren en standaardiseren. En te weinig aandacht besteden aan het betekenis geven voor en in het in de praktijk brengen van de professionals - Raden van Toezicht die alleen letten op bedrijfsvoering en strategie

3.3.6 *Vertrouwen als voorwaarde voor verbinding*

Alle betrokkenen erkennen de onderscheiden verantwoordelijkheid van een ieders rol (toezichthouder, bestuurder, manager, professional). Het vraagstuk is niet of men de verantwoordelijkheid respecteert en elkaar daarin vertrouwt, maar hoe men komt tot een constructieve aansluiting en verbinding.

Randvoorwaarde daarbij is wederzijds vertrouwen. Waar dat ontbreekt of is uitgehold zijn ook kwaliteits- en veiligheidsproblemen waarschijnlijk. Waar respect ontbreekt zijn er vrijwel zeker problemen te voorzien. Maar zelfs als er respect en vertrouwen is, moet je toch voortdurend alert blijven.

3.3.7 *Combineer systeem- en gedragsinterventies*

Kwaliteit & veiligheid is bovenal mensenwerk en wordt door de kwaliteit van samenwerking bepaald. Je kunt mechanisch iets uitrollen maar er hoort aansturing op gedrag bij, persoonlijk meesterschap. Met een heldere definiëring van rollen en taken.

Toezicht op kwaliteit & veiligheid kun je niet alleen vangen in procedures, systemen en uitkomstindicatoren. Het is zoeken naar de optimale combinatie van systeem- en gedragsinterventies om kwaliteit & veiligheid te verbeteren.

3.3.8 *Extern toezicht helpt*

Externe partijen en toezichthouders kunnen een constructieve rol spelen bij de verbetering van kwaliteit & veiligheid. Men noemt daarbij expliciet de IGZ, NvvP en GGZ Nederland. Over de exacte rol en invulling van deze partijen heeft men nog beperkt nagedacht en kunnen de beelden verschillen.

3.3.9 *Toeziethouders vragen instrumentarium*

Er is een constructieve rol weggelegd voor de IGZ. Dat gaat van toezichthouders die vragen: "reik ons instrumentarium aan om slim toezicht te houden op kwaliteit". Via bestuurders die vragen om de externe blik. Naar professionals die aangeven dat de inspectie kan helpen bij het op orde houden van de 'hygiëne' op kwaliteit & veiligheid.

Een belangrijke zorg daarbij is dat de professionals ervaren dat de toegenomen aandacht voor kwaliteit & veiligheid tot nu toe ook heeft geleid tot een grote toename van de externe administratieve lasten. Als organisatie moet je de professional beschermen en alleen lastig vallen met kwaliteitsindicatoren die hij/zij direct kan beïnvloeden.

Toezichthouders onderschrijven allemaal het belang van toezicht op kwaliteit. Dat hoort erbij. Men is nog wel zoekende hoe dit goed handen en voeten te geven, ook omdat men beseft dat het vooral mensenwerk is.

Van belang daarbij zijn:

1. een doordachte, intelligente en geloofwaardige zorgvisie
2. een goede en constructieve relatie tussen management en professionals
3. samenwerking tussen professionals die gericht is op verbetering, vernieuwing en teamwork met bijbehorend instrumentarium
4. en consistent denken vanuit hulp aan en behoeften van hulpvragers.

De vraag is vooral hoe dit goed te operationaliseren.

3.3.10 *Hulpvragers: het evidente wordt niet gezegd of is niet in beeld?*

Opvallend is dat de hulpvrager/cliënt er bij de casestudies in de conclusies over de aandacht voor kwaliteit & veiligheid van zorg niet 'uitspringt'.

Maar wel begrippen als rapportages, professionals, bestuurlijke verantwoording, vertrouwen, productie, interventies. Dat is de meer gebruikte taal. Wordt het evidente niet gezegd of is het niet in beeld? Waarschijnlijk beiden.

In reactie hierop geven bestuurders aan dat zij mede dankzij dit soort onderzoek de aandacht voor kwaliteit & veiligheid beter denken te kunnen borgen. Daar hebben patiënten en hulpvragers in ieder geval baat bij. Het gaat uiteraard om kwaliteit voor de patiënt, maar we moeten oppassen dat dit geen 'schaamlap' is.

3.4 **Gehandicaptenzorg (Gz)**

In de Gz vraagt de omslag van aanbod- naar vraaggestuurde zorg de laatste jaren volop de aandacht. Vooral van de grotere instellingen vraagt dit een grote omslag in de organisatie en cultuur van werken.

De introductie van de op de individuele cliënt gerichte financiering via PGB's, de invoering van het kwaliteitskader met de prestatie-indicatoren, het hanteren van ondersteuningsplannen, etcetera, vragen een forse omslag van de organisatie en medewerkers. Van groeps- en aanbodgericht werk naar individu en vraaggericht.

Het vraagt ook een nieuwe verhouding tussen de professionals in de werkeenheden en de professionele ondersteuners, zoals instellingsartsen, orthopedagogen, psychologen, fysiotherapeuten, logopedisten, etcetera. Waarbij de professionals in het primaire proces de verantwoordelijkheid en verantwoording voor de geleverde zorg weer 'terugkrijgen' en de professionele staven de kwaliteit van zorg weer werkelijk ondersteunend faciliteren.

3.4.1 *De bestuurder doet ertoe*

De drive van de bestuurder, zijn ondubbelzinnige visie op wat kwaliteit is, zijn eigen betrokkenheid op de zorg/sector, zijn vermogen om een gezamenlijke taal te scheppen (levenstaal in plaats van organisatietaal) en zijn durf om nee te zeggen tegen de buitenwereld, zijn van cruciaal belang in het inspirerend op de agenda krijgen en houden van kwaliteit.

Kwaliteit is dan geen ‘abstract begrip’, maar zit vervat in het dagelijkse werk dat óók als zodanig door de bestuurder wordt verricht.

De bestuurder vertrouwt op zijn mensen, houdt voeling met wat gebeurt door ‘dichtbij’ te zijn. Is, naast heel scherp te zijn op de ‘harde kant’, vooral heel alert op *soft signals*. Is open, durft te zeggen waar het op staat en in te grijpen als het nodig is. En herhaalt onvermoeibaar de missie en visie op kwaliteit waar het maar zinvol is. Weet daar vasthoudend in door te zetten.

Kortom een krachtige persoonlijkheid met een missie als het om de kwaliteit & veiligheid van zorg gaat.

3.4.2 *‘Boze buitenwereld’ maakt binnenwereld krachtig en autonoom*

De buitenwereld wordt nogal eens ervaren als te veel energie opslorpend die eigenlijk naar ‘binnen’ moet. Niet dat alles van daarbuiten ‘fout’ is, maar het gaat vaak teveel over cijfers en systemen, vraagt snel te veel bureaucratie en staat te ver af van ‘kleine kwaliteit’.

Maar het lijkt ook of de druk van de buitenwereld de binnenwereld van de organisatie op een hoger niveau kan tillen. Je leren verhouden tot ‘buiten’ kan de organisatie binnen krachtiger maken doordat mensen zich meer met elkaar verbinden in ‘één club’.

3.4.3 *Systemen en verantwoording kunnen helpen, maar ook hinderen*

Met de introductie van de certificering, het landelijke kwaliteitskader en de prestatie-indicatoren is de verantwoording en transparantie gediend. De systemen en informatie kunnen zeker ook helpen. Helpen om de bewustwording te vergroten, een spiegel voorgehouden te krijgen, blinde vlekken te voorkomen, etcetera. Maar zij hebben ook ongewenste neveneffecten. Het vraagt overtuigingskracht en lef om daar tegenin te gaan.

Zo is een bezwaar dat het kwaliteitskader weinig rekening en ruimte houdt met en voor de eigen visie en prioriteiten per instelling. Dat het te kwantitatief en te weinig kwalitatief is. Dan wordt het al gauw een bureaucratische verplichting en van weinig nut voor de instelling zelf. Het vraagt lef en doorzettingsvermogen om die eigen overtuiging dan toch door te zetten.

Zoals het bijvoorbeeld ook lef vraagt om cliënten met een ernstige gedragsstoornis juist niet te fixeren en je te richten op de oorzaken van dat gedrag en te durven experimenteren op zoek naar de juiste interventies. Ondanks het feit dat daarmee bijvoorbeeld het risico op botbreuken (indicator) toeneemt en dat extra verantwoordings- en controlebemoediging met zich brengt. En mogelijk zelfs *naming en shaming* tot gevolg heeft. Dergelijke reacties veroorzaken angst en blokkeren het leervermogen.

Soms moet je ook niet ‘alles’ willen weten, maar juist onbevangen blijven zoeken naar wat ‘achter de gegevens’ schuil gaat, naar de werkelijke waarde van je inspanningen voor het welbevinden van je cliënten en hun maatschappelijke acceptatie. Dat gaat veel verder dan het ‘medisch model’. Dat gaat veel verder dan de wens ‘te willen beheersen’.

3.4.4 *De broosheid van het bestaan kun je niet wegorganiseren*

In de gehandicaptenzorg is voelbaar dat het gaat om het kunnen leven met beperkingen, met het onvermogen tot maakbaar- en beheersbaarheid. Als dat besef zich ook kan manifesteren in het organiseren van zorg en hulp kan er veel kramp verdwijnen en ruimte komen voor een kwaliteit van leven die ‘dieper gaat’.

Kwaliteit & veiligheid gaan vooral over het kunnen omgaan met kwetsbaarheid, risico's en onzekerheid, omdat dat nu eenmaal *fact of life* is.

Van Raad van Toezicht tot werkvloer gaat het om het vermogen en de durf om (weloverwogen) risico's te nemen, open te zijn over fouten, daarop te kunnen reflecteren en daarvan te leren. Ook voor een bestuurder geldt dat hij het ‘niet altijd weet’ en op de grens met het onbekende durft te staan.

3.4.5 *De Raad van Toezicht als sparringpartner*

De informatievoorziening over kwaliteit & veiligheid voor de Raad van Toezicht staat, in verhouding met bijvoorbeeld die over productie en financiën, nog in de kinderschoenen. Het vraagt nog veel aandacht om de werkelijke kwaliteit en risico's op dat niveau inzichtelijk te krijgen. Dat betekent dat ook een Raad van Toezicht zich breed moet willen laten informeren en breed en diepgaand betrokken moet willen zijn bij de werkelijke zorg. Het helpt enorm als een Raad van Toezicht zich dan niet alleen op de cijfers richt maar ook meedenkt op visionair en inhoudelijk niveau. Dat zij ook wil weten ‘hoe het zit’. Niet uit overwegingen van controle, maar vanuit betrokkenheid en de wil om zorgvuldig en verantwoord te handelen.

Het gaat ook om een juiste balans tussen afstand en nabijheid. De bestuurder moet 'eigen handelingsruimte' hebben, en vertrouwd worden door zijn raad. Maar een goede sparringpartner op de achtergrond kan dit handelen alleen maar verstevigen en bestendigen.

3.5 Ziekenhuiszorg (Zh)

In de ziekenhuiszorg is de aandacht voor kwaliteit & veiligheid de laatste jaren fors toegenomen. Onder andere door de introductie van de 'journalistenlijstjes' en internetsites, de aandacht voor borging en verantwoording door richtlijnontwikkeling en accreditatie, en een aantal incidenten (OK-brand in het Twenteborgziekenhuis, disfunctionerende specialisten in enkele ziekenhuizen, hartchirurgiecasus UMC St Radboud). De behoefte aan keuzeondersteunende informatie voor patiënten en verzekeraars blijft groot en dwingt de ziekenhuizen om zich transparanter op te stellen en de kwaliteit op orde te hebben.

Kwaliteit & veiligheid is in veel gevallen teveel de verantwoordelijkheid van kwaliteitsfunctionarissen geworden en de verantwoording wordt te vaak ervaren als slechts een bureaucratische plicht in plaats van ondersteuning voor werkelijke verbetering. Kernpunt in de ontwikkeling van de aandacht voor kwaliteit & veiligheid is nu vooral het 'terugbrengen' van de verantwoordelijkheid ervoor naar de professionals. De medici in het bijzonder. Medici die zich inspannen voor de verbetering van kwaliteit & veiligheid. Die zich daarover verantwoorden. En die zich laten aanspreken.

3.5.1 *Kwaliteit & veiligheid moet primair 'van de professionals' zijn*

Kwaliteit & veiligheid vragen primair verantwoordelijkheid nemen, vertrouwen krijgen, en verantwoording willen afleggen. Door de professionals. Door medici in het bijzonder. Maar ook door alle andere professionals die met hen samenwerken in het primaire proces of de ondersteuning ervan.

Het creëren van die dominante besturingsfilosofie en houding is de centrale opgave voor professionals, bestuurders en toezichhouders. Dat vraagt veel aandacht, tijd en vasthoudendheid. Alleen dan ontstaat er een echte kwaliteitshouding. Een houding die gedomineerd wordt door vertrouwen en openheid. Aandacht voor kwaliteit & veiligheid die gericht is op het leren van fouten en het continu willen verbeteren van de zorgprocessen. Aandacht die permanente alertheid vraagt. Ook als het goed lijkt te gaan.

Als niet aan deze voorwaarden is voldaan ontstaan er grote risico's zoals uit de casestudies blijkt. Als kwaliteit 'van staffunctionarissen en managers is'. Als accreditatie slechts gedragen wordt door verpleegkundigen en staffunctionarissen. Als professionals zich terugtrekken op hun eigen praktijk bij gebleken fouten of zelfs disfunctioneren van collega's. Als professionals zich niet toetsbaar opstellen. Als maatschapproblemen toegedekt worden.

Als professionals 'hun eigen huis niet op orde houden'. Als bestuurders niet optreden naar professionals die het vertrouwen schaden. Als kwaliteit een discussie wordt over domeinen en autonomie.

Het Veilig Incident Melden (VIM) is een belangrijk initiatief dat goed past bij een op leren ingericht organisatieklimaat. Evenals het Decentraal Incident Melden (DIM). Deze systemen kunnen ook landelijk belangrijke informatie opleveren. Dat vraagt een landelijke koppeling en analyse van deze data. Andere initiatieven die hier goed in passen zijn maandelijkse kwaliteits- en veiligheidsrondes bij afdelingen van het ziekenhuis door professionals, bestuurders en managers gezamenlijk. Om te leren en elkaar door visitatie te stimuleren. Of het instellen van een duidelijk telefoonnummer voor het melden van kwaliteits- & veiligheidsproblemen ('bel 3010').

Het creëren en gezond houden van een dergelijk door vertrouwen en openheid gedomineerd klimaat, vraagt óók duidelijk en snel ingrijpen als het vertrouwen geschaad wordt. Dat betekent niet een op controle en handhaving gebaseerd wantrouwen, maar een open en directe gezamenlijke inzet. Ook daarin hebben professionals de primaire verantwoordelijkheid. Samen met de bestuurders zorgen voor adequaat ingrijpen. Waarbij de bestuurders de eindverantwoordelijkheid dragen.

Uit de casestudies komt naar voren dat vooral de jongere generatie medisch specialisten (door hun ervaring tijdens de opleiding en de moderne beoordelingsinstrumenten als 360 graden feedback) open staan voor een dergelijk professioneel klimaat. In opleidingsziekenhuizen blijkt dat het belang van de inbreng en houding van de arts-assistenten daarbij niet onderschat mag worden. Zij stimuleren die open beroepshouding erg. In een op leren ingericht klimaat bewijzen dan ook trainingstechnieken die in andere sectoren (als de luchtvaart) gebruikelijk zijn hun grote nut. Dat geldt bijvoorbeeld voor het oefenen van hoe te handelen in extreme omstandigheden. Of de 'time-out' procedures voor de aanvang van operaties.

3.5.2 *Goed functionerend horizontaal toezicht is essentieel*

Bij het 'op orde houden van het kwaliteits- & veiligheidshuis' is de verantwoording en het interne toezicht door professionals zelf en door hun beroepsgroep van groot belang. Daar hoort de uitwisseling van best practices, de ontwikkeling van richtlijnen en normen én de controle op de kwaliteit van de beroepsgroep (toelating, herregistratie, visitatie) primair thuis.

In de casestudies werd de effectiviteit van de inspanningen van de beroepsorganisaties echter genuanceerd beoordeeld. Men kan zich daar niet op verlaten. De professionalisering van het horizontale toezicht is vooral een zaak van de eigen organisatie. De inzet van de eigen medici en de medische staf.

Het toezicht door de beroepsgroep kan faciliteren en stimuleren, maar loopt achter bij de interne doelen en resultaten van de voorbeeldcases.

Vooraf de kwaliteit van de opleidingsvisitaties wordt degelijk en behulpzaam gevonden. De impact van de herregistraties, de visitaties door de beroepsgroep en het initiatief van de Orde voor Medisch Specialisten voor de jaarlijkse evaluatie van het functioneren van individuele medisch specialisten (IFMS) zou echter vergroot moeten worden door deze minder vrijblijvend in te zetten.

Naast de aandacht voor de verantwoording op het niveau van de individuele specialist is er meer aandacht nodig voor de verantwoording op maatschap-/vakgroepniveau en op het niveau van de medische staf. Het UMC St Radboud experimenteert met een onafhankelijke kwaliteitsaudit als methode om deze verantwoording te valideren. Waarbij deze verantwoordelijkheid door het Stafconvent, de VAR en de Raad van Bestuur gezamenlijk genomen is. De ervaringen ermee zijn pril, maar veelbelovend. Ook waar het de verbetering van de informatie voor het verticale toezicht betreft. Andere voorbeelden zijn de gezamenlijke kwaliteit- en veiligheidscommissies van medici, andere professionals en medewerkers in ziekenhuizen, waarin de medici vanuit hun verantwoordelijkheid het initiatief nemen en de verbinding naar de collegae houden.

De verantwoordelijkheid en verantwoording van de professionals voor kwaliteit & veiligheid is op dit moment voor de niet-academische ziekenhuizen niet voldoende formeel geborgd in de toelatingsovereenkomsten, overeenkomsten met maatschappen en het reglement voor de medische staf. Dat vraagt om aanpassingen die de verantwoordelijkheid van medici door bestuurders expliciet en formeel afdwingbaar maken.

3.5.3 *Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor goed toezicht en de randvoorwaarden die hier voor nodig zijn*

De inzet van de Raad van Bestuur voor het realiseren van goede kwaliteit & veiligheid is cruciaal voor het succes ervan. Haar taak is vooral:

- de urgentie hoog te houden
- een heldere en gedragen visie te hebben en deze uit te dragen: ‘van afvinken naar aanvonken’
- te zorgen dat ‘kwaliteit primair van de medici’ is (communicatie, draagvlak, talent scouting, nieuwe generatie ruimte geven/stimuleren, uitdagen wetenschappelijke verenigingen)
- de juiste voorwaarden te creëren:
 - . een heldere visie en missie hebben, deze uitdragen en blijvend grote betrokkenheid tonen (niet te ver voor de troepen uitlopen)
 - . zorgen voor een goede kwaliteitscultuur: vertrouwen, leren en openheid; helder kiezen van passende prioriteiten voor eigen huis (voorkomen ‘bestuurlijke drukte’)

- . duidelijk en snel doorpakken in situaties waar vertrouwen geschaad is (incidenten helpen)
- . voorkomen dat het 'kwaliteitshuis naast het ziekenhuis wordt gebouwd': vrijstellen kernspelers en ondersteunen professionals om de verantwoordelijkheid en verantwoording werkelijk van hen te kunnen laten zijn
- . zorgen voor een helder besturingsmodel, heldere taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden (voorkomen dat men zich verschuilt achter onduidelijkheden)
- . zorgen voor goede systemen en informatie (informatie en indicatoren van en voor de professionals en beperken administratieve lasten)
- . zorgen voor de juiste competenties in de Raad van Toezicht, bij de professionals en het management (kennis, vaardigheden en talentontwikkeling)
- te zorgen voor adequate verantwoording naar het interne toezicht
- te zorgen voor een adequate maatschappelijke verantwoording en verantwoording naar het externe toezicht.

3.5.4 *De Raden van Toezicht naar een nieuwe fase*

De aandacht van de toezichthouders in de ziekenhuizen voor kwaliteit & veiligheid is de laatste paar jaar fors toegenomen. Dat is het gevolg van de toegenomen transparantie over kwaliteit & veiligheid en de maatschappelijke onrust door een aantal incidenten. Er is een duidelijke urgentie en dit momentum moet benut worden om de aandacht van toezichthouders voor kwaliteit & veiligheid stevig op de kaart te krijgen.

Toezichthouden wordt meer en meer gezien als een 'vak'. Zoals één deelnemer het uitdrukte: "Toezichthouden was oorspronkelijk toch vooral een 'erebaantje' en 'maatschappelijke verplichting'. Daarna was het een aantal jaren sterk gericht op het vergroten van de externe belangenbehartiging. Nu zijn we in de fase van professionalisering gekomen. Van het erkennen dat toezichthouden een 'vak' is dat de juiste competenties vereist juist voor zo'n complex onderwerp als kwaliteit & veiligheid."

Competenties die vaak genoemd worden zijn:

- bestuurlijke intuïtie: iemand die weet hoe die pluis/niet pluis gevoel om kan zetten in daden en acties ('meten is niet weten': metertjes ondersteunen of bevestigen slechts pluis/niet pluis gevoel). Het gaat voor 90% over vertrouwen en voor 10% over controle
- abstract denkvermogen: die de juiste vragen weet te stellen over de structurele aspecten van kwaliteit & veiligheid en deze ook stelt
- besluitvaardig en daadkrachtig met bestuurlijk overwicht
- dichtbij kunnen komen en toch op voldoende afstand blijven
- zichzelf en zijn medetoezichthouders scherp kunnen houden: niet 'zomaar' kritisch is, maar vooral zelfkritisch en zelfbewust

- zijn eigen kwaliteiten goed kennen, daar goed gebruik van weten te maken in een team en anderen in weten te zetten op die aspecten waar de eigen kwaliteiten niet toereikend zijn.

Aspecten die voor professionalisering worden genoemd zijn: werving, selectie, opleiding en bijscholing, evaluatie, registratie (inclusief een ‘zwarte lijst’) en verantwoording.

Men zoekt vaak nog naar de specifieke deskundigheid over kwaliteit & veiligheid in ziekenhuizen die de Raad van Toezicht zou moeten hebben. Kan dit worden geborgd door een ervaren medicus die voldoende breed en bestuurlijk toezicht kan houden? Of vraagt het meer algemene ziekenhuiskennis of juist bredere kennis op het gebied van kwaliteit & veiligheid?

Sommige toezichthouders vragen zich af of er niet, parallel aan de verslaglegging door de accountants over financiën en informatievoorziening, een afzonderlijke audit van kwaliteit & veiligheid zou moeten komen. Of eens per jaar contact met de accounthouder van de IGZ. De oprichting van het onafhankelijke instituut dat de audits in het UMC St Radboud uitvoert is een ander voorbeeld daarvoor.

Ook de instelling van een afzonderlijke commissie in de Raad van Toezicht voor kwaliteit & veiligheid wordt overwogen.

‘Dichtbij, maar zónder op de stoel van de bestuurder te gaan zitten’ is hier het centrale thema. En voorkomen dat incidentgedreven wordt gereageerd. Zoeken naar de condities voor de lerende organisatie. En slechts dan én duidelijk en snel optreden als het vertrouwen geschaad wordt (“De meerderheid goed functionerende nooit onder de paar slecht functionerende laten lijden”).

De inspanningen van de beroepsverenigingen voor toezichthouders voor professionalisering worden gewaardeerd. Maar men vindt ze te vrijblijvend en te weinig toegesneden op de eisen die specifieke situaties en niveaus van complexiteit stellen. Zo vraagt het toezicht bij een academisch ziekenhuis andere competenties dan bij een verpleeghuis. Dergelijk specifiek aanbod ontbreekt. Er wordt als voorbeeld gewezen naar de pensioenfondsen waar die verplichtingen duidelijk geregeld zijn.

De verplichting om in het Jaardocument (waarvoor de eisen door VWS gespecificeerd zijn) verantwoording af te leggen, is onvoldoende voor de brede maatschappelijke verantwoording die daarmee wordt beoogd. Het wordt nu al snel teveel als een formaliteit afgedaan en leidt niet tot wezenlijk inzicht en interactie. Dat zou verbeterd kunnen worden door frequentere informatie op internet en jaarlijkse bijeenkomsten met stakeholders.

De informatievoorziening door de Raden van Bestuur aan de Raden van Toezicht is nog in ontwikkeling. Welke informatie is relevant? Welke informatie geeft zicht op structurele tekortkomingen? Zo kan de toezichthouder zich niet verlaten op de accreditatie-informatie van het ziekenhuis of de informatie over klachten.

De ervaren toezichthouders benadrukken dat zij vooralsnog vooral ‘dicht op’ de organisatie en Raad van Bestuur zullen moeten zitten om breed en goed geïnformeerd te kunnen blijven. In ieder geval over drie kernaspecten van kwaliteit & veiligheid:

- a) professionele (medische inhoud)
- b) organisatorische en
- c) relationele.

Informatie over klachten, VIMs/DIMs, probleemafdelingen en probleemgevallen (audits), wisselingen in het topkader moeten naast een aantal indicatoren als ziekteverzuim en benchmarks standaard beschikbaar zijn.

Ook zorgen ervaren toezichthouders dat zij niet afhankelijk zijn van ‘one single point of information’ (de Raad van Bestuur). Maar zich zeer breed laten informeren door bronnen in en buiten de organisatie. Goed feeling houden met belangrijke stakeholders is essentieel voor goed toezicht op kwaliteit & veiligheid.

De naleving en verdere ontwikkeling van de Zorgbrede Governancecode wordt belangrijk geacht. In de door de BOZ uitgevoerde evaluatie staan belangrijke verbetervoorstellen. Die moeten voortvarend en niet vrijblijvend worden opgepakt.

4 Sleutelthema's

Wij hebben de sectorspecifieke bevindingen uitgebreid besproken met alle deelnemers. Op basis daarvan hebben wij vijf sleutelthema's voor alle sectoren gedestilleerd. Deze blijken in alle sectoren leidend te zijn voor de verbetering van de aandacht van professionals, bestuurders en toezichhouders in de zorg voor kwaliteit & veiligheid. Deze sleutelthema's hebben wij in de werkconferentie met de onderzoeksdeelnemers getoetst

Deze vijf sleutels zijn:

1. Professionals 'maken' kwaliteit & veiligheid samen
2. Horizontaal aanspreken én verticaal toezien
3. Kwaliteit & veiligheid vereisen sturing
4. Goed omgaan met informatie is voorwaarde
5. Beter leren toezien.

Hierna volgt de samenvatting van de bevindingen over deze sleutels.

De uitwerking ervan in de vereiste inspanningen voor verbetering komen in de SGZ 2009 zelf aan de orde.

4.1 Professionals 'maken' kwaliteit & veiligheid samen

Uit alle cases komt expliciet naar voren dat de aandacht voor kwaliteit & veiligheid begint bij, én afhankelijk is van, het professionele klimaat. De wijze waarop de individuele professionals samen in het primaire proces van nature de verantwoordelijkheid nemen voor kwaliteit & veiligheid. Voor een uitstekende zorg voor de aan hen toevertrouwde patiënten/cliënten. En de verantwoording die zij daarover uit overtuiging willen afleggen.

Veel zorgverleners leggen een vorm van beroepseed af waarin dat zo treffend wordt bevestigd. Zie de box hieronder voor de eed van de medici (KNMG 2005).

*"Ik zweer/beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten. **Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen.** Ik zal aan de patiënt geen schade doen. Ik luister en zal hem goed inlichten. Ik zal geheim houden wat mij is toevertrouwd. **Ik zal de geneeskundige kennis van mijzelf en anderen bevorderen. Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen, en ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving.** Ik zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen. Ik maak geen misbruik van mijn medische kennis, ook niet onder druk. Ik zal zo het beroep van arts in ere houden. Zo waarlijk helpe mij God almachtig / Dat beloof ik."*

Zonder dit commitment is kwaliteits- & veiligheidsbeleid gedoemd te mislukken. Dan blijft het al snel steken in partiële successen en 'bureaucratische window-dressing'. Zonder dat de zorg voor de patiënt/cliënt er wezenlijk beter van wordt. En mét het vergrote risico dat er onverantwoorde zorg wordt geleverd.

Bovendien is het resultaat van de primaire zorgprocessen vrijwel altijd het gevolg van de samenwerking van veel professionals die de zorg daadwerkelijk verlenen of ondersteunen. De kwaliteit van die samenwerking is bepalend voor het uiteindelijke resultaat.

Kwaliteit & veiligheid zijn in de cases gestoeld op vier centrale waarden: de wil om vakmanschap te realiseren, de wil om samen te werken, de wil om te leren en de wil om zich te verantwoorden. Dit vakmanschap, de lerende beroepshouding en de wil om samen te werken zijn cruciaal.

Het realiseren en handhaven van dit professionele klimaat vraagt heel veel van professionals, bestuurders en toezichhouders. Daarbij verwachten de professionals en toezichhouders initiatieven en leiding van de bestuurder. Een missiegedreven leiderschap, een heldere visie en taal, en duidelijke prioriteiten zijn daarin kernbegrippen.

Dit leiderschap is nodig om te voorkomen dat men in routines verzeilt; om te zorgen dat ingesleten behandelopvattingen toch ter discussie blijven staan; om te zorgen dat de professionals zich niet gelaten en vermoeid terugtrekken in hun eigen aandeel in de patiëntenzorg; om te zorgen dat de *conspiracy of silence* geen kansen krijgt; om te voorkomen dat uitsluitend verwezen wordt naar de verantwoordelijkheid van bestuurders en toezichhouders; om te zorgen dat de kansen voor betere kwaliteit & veiligheid worden benut; om het werk van de professionals uitdagend te houden; om werkelijk goede zorg te kunnen blijven leveren.

Die aandacht vraagt een scherpe borging van de kernwaarden in werving, selectie, opleiding, training, evaluatie, verantwoording en handhaving. Bij alle professionals. Bij alle medewerkers. Steeds weer opnieuw.

Het vraagt ook een op vertrouwen gebaseerde benadering door bestuurders en toezichthouders. Vertrouwen dat 'verdiend is'. Door een op commitment en op leren gebaseerde beroepshouding en een degelijke verantwoording van de professionals zelf. Vertrouwen dat geverifieerd wordt door elkaar als professionals en door elkaar als professionals, bestuurders en toezichthouders helder aan te spreken. En samen door intervisie aan permanente verbetering te werken.

Wantrouwen en controle zijn alleen op hun plaats als het vertrouwen geschaad wordt. In de cases geeft men herhaaldelijk aan dat dit slechts zeer weinig aan de orde is.

Dan is de ervaring dat vooral duidelijk en snel moet worden opgetreden. Dat is de werkelijke opgave in dergelijke situaties. Een te afwachtende en omzichtige houding van collega's en bestuurders is vaak het echte probleem. Daarmee wordt de rest van de organisatie snel ontmoedigd en kan het risicopercentage snel groeien.

Bovendien moet voorkomen worden dat 'de goeden' als gevolg van incidenten onder 'een algeheel controlejuk' geplaatst worden. Dat is maar al te makkelijk een reflex. Maar met die reflex beschadigt men snel het vertrouwen en het commitment van de professionals. Waarmee het kwaliteitsklimaat verdunt.

Willen professionals het algemene maatschappelijke vertrouwen blijven houden dan wordt er meer en meer verlangd van de strikte handhaving van hun eigen 'gilde-model'. Van het strikt toezien op opleiding, toelating en functioneren. Van het ontwikkelen van richtlijnen en normen voor verantwoorde zorg. Van het handhaven van de naleving. Door de beroepsgenoten zelf. Ook als dat betekent dat een beroepsgenoot bepaalde handelingen niet meer mag verrichten of uit het gilde moet worden gezet.

Zelf 'het huis op orde houden', zowel in instellingen als op sectorniveau, is volgens de deelnemers een *conditio sine qua non*. Als dat niet duidelijk en verantwoord gebeurt, is externe bemoeienis onontkoombaar. Dan zal het bestuur, de toezichthouder, de maatschappij zelf willen vaststellen of voldaan wordt aan de beroepseed en bij gebreken zelf handhavend willen interveniëren. Dat is misschien onwenselijk, maar onontkoombaar als het vertrouwen niet meer verdiend wordt.

De kans op meer externe bemoeienis neemt de laatste jaren sterk toe. Als bijvoorbeeld de inspanningen van een groot deel van de beroepsverenigingen niet minder vrijblijvend worden. Als de maatschappen of medische staven hun verantwoordelijkheid niet duidelijker invullen. Als andere professionals zich niet duidelijker volgens de beroepscode gedragen, de verantwoordelijkheid nemen en de verantwoording afleggen.

Hier is naar de mening van de deelnemers aan ons onderzoek nog veel winst te behalen. Denk aan normontwikkeling, visitatie en verantwoording. In instellingen zullen professionals expliciet vrijgesteld moeten worden om in eigen huis inhoud te geven aan die verantwoordelijkheid. Die kan niet naar staffunctionarissen of managers 'gedelegeerd' worden.

De verantwoordelijkheid en verantwoording van de professionals voor kwaliteit & veiligheid is op dit moment voor de medici die niet in loondienst zijn, de vrijgevestigde specialisten, niet voldoende formeel geborgd. Dat geldt voor zowel de toelatingsovereenkomsten als de overeenkomsten met maatschappen en het reglement voor de medische staf. Dat vraagt om aanpassingen die de verantwoordelijkheid en verantwoording van medici door bestuurders expliciet en formeel afdwingbaar maken.

Hoopgevend is naar de mening van de ziekenhuisdeelnemers aan ons onderzoek dat de generatie jongere artsen in de ziekenhuizen én de arts-assistenten deze houding meer als vanzelfsprekend aannemen en uitdragen. Dat lijkt onder meer het resultaat van de aandacht die er in de opleidingen voor patiëntgerichtheid, kwaliteit & veiligheid en evaluatie is. Maar het is waarschijnlijk ook het gevolg van de algemene maatschappelijke ontwikkelingen inzake verantwoordelijkheid en verantwoording.

In de andere sectoren binnen de zorg lijkt men op zoek naar een soortgelijke herijking van het professionele bewustzijn. De aandacht van de beroepsverenigingen (voor de beroepsinhoudelijke ontwikkeling als protocollering, opleiding en specialisatie) en de aandacht voor het kwaliteit- & veiligheidsbeleid zullen ook daar tot een hernieuwd professioneel besef moeten leiden. Tot het nemen van verantwoordelijkheid door professionals in het primaire proces. En het zich willen verantwoorden. Tot het voorkomen van een 'kwaliteitshuis' naast de feitelijke zorgorganisatie. Dat vraagt de komende jaren extra aandacht, steun en vasthoudendheid.

4.2 Horizontaal aanspreken én verticaal toezien

Bij de aandacht voor kwaliteit & veiligheid is de samenwerking van professionals en bestuurders in onze cases essentieel. Het horizontaal aanspreken onder professionals vraagt de steun en een heldere follow-up bij bestuur en in het verticale toezicht.

Alleen dan kunnen professionals en bestuurders elkaar versterken. Sturing en verticaal toezicht zijn heilloos als deze niet gebaseerd zijn op draagvlak en commitment van de professionals. Op het horizontaal aanspreken door de professionals. En vereisen respectvol samenwerken van professionals en bestuurders.

In de praktijk zoekt men nog naar de manier waarop de samenwerking vorm kan worden gegeven.

Dat leidt vooral in de ziekenhuissector nog te vaak tot een domeinstrijd tussen professionals en bestuurders. In onze cases zien wij juist een zoektocht naar heldere Taken, Bevoegdheden en Verantwoordelijkheden en respect voor elkaars rol en verantwoordelijkheid. Op die basis wordt vervolgens gewerkt aan sterke samenwerking. Naar het gezamenlijk nemen van de verantwoordelijkheid en de erkenning van de eindverantwoordelijkheid van het bestuur. Organisatorische ingrepen die wij tegenkwamen zijn bijvoorbeeld de instelling van gemengde werkgroepen en commissies waarin vooral professionals uit het primaire proces deelnemen. Of gezamenlijke visitaties en veiligheidsrondjes. Of de inrichting van het gezamenlijke auditsysteem en het -instituut dat wij eerder in dit verslag noemden.

In de meeste gevallen is er in ziekenhuizen ook sprake van duaal management waarbij zorgprofessionals samen met bedrijfsvoerders leiding geven en verantwoordelijk zijn. In een aantal gevallen constateerden wij dat de coöperatieve samenwerking in dit management verstoord was. Dat er sprake was van competitie en conflict. Van domeinen en 'egeltjes-gedrag' als men elkaar aanspreekt. Dat leidt in de praktijk tot grote risico's. Een op samenwerking gerichte structuur vraagt nadrukkelijk ook het bijbehorende gedrag.

De manier waarop informatie in de samenwerking wordt uitgewisseld is een belangrijk aandachtspunt. Veel professionals zijn er zeer beducht voor dat informatie die voor leer-/verbeterdoelen verzameld en gebruikt wordt ook terecht kan komen in de verticale verantwoording, het toezicht of zelfs de externe verantwoording. Daarvoor waarschuwt ook de Algemene Rekenkamer in haar recente rapport. Zij geeft expliciet aan dat de informatie uit visitatie-, certificering- en accreditatiesystemen niet gebruikt moet worden voor intern en extern toezicht. Dat leidt tot strategisch gedrag en afsluiting, waardoor de waarde ervan afneemt. Ook voor de verbeterdoelen.

4.3 Kwaliteit & veiligheid vereisen sturing

Goede kwaliteit & veiligheid vraagt heldere sturing. Dat is de eindverantwoordelijkheid van de bestuurder. Een bestuurder die met inspiratie en een dagelijkse en betrokken grote inzet zorgt dat kwaliteit & veiligheid op de agenda komt en blijft. Die zichtbaar is en dichtbij stuurt op de aandacht van alle medewerkers voor de kwaliteit van het primaire proces. Aandacht toont voor de inspanningen van alle professionals voor de werkelijke kwaliteit & veiligheid, waar de organisatie haar bestaansrecht aan ontleent.

Dat is in de praktijk niet eenvoudig. Het vraagt een sterke persoonlijkheid, gedegen kennis, bestuurlijke intuïtie, lef en vasthoudendheid. En om persoonlijke betekenisgeving.

In de cases zien wij twee soorten leercurves die ook verschillende eisen stellen aan de stijl van de bestuurder:

- een 'stijle' leercurve. Aanleiding: een crisis in kwaliteit & veiligheid. Dan is duidelijke hiërarchische sturing door de bestuurder en een doortastend optreden op zijn plaats. Dan moeten zaken snel op orde worden gebracht en moet en zal daar desnoods veel voor wijken. De organisatie moet haar maatschappelijk vertrouwen snel terugverdienen en de IGZ zit er bovenop. De organisatie pakt in die cases veel tegelijk op en er worden echte kwaliteits-sprongen gemaakt. Soms van een achterstand naar een voorsprong. De bestuurder treedt duidelijk en krachtig op en het is iedereen duidelijk dat 'het menens is'
- een leercurve als 'guirlande'. Aanleiding: een breed ervaren motivatie om goede kwaliteit & veiligheid hoog op de agenda te hebben. Dan moet de bestuurder dichtbij die diepe drijfveren blijvend werken aan een gezond leerklimaat en dat blijven behouden. Daar steeds maar weer alert op zijn. Werken aan 'het op orde houden van het huis en de tuin'. Uitdagen, stimuleren, faciliteren, inspireren én duidelijk en snel ingrijpen als iemand het vertrouwen schaadt, zijn begrippen die dan gebezigd worden. De bestuurder treedt visionair en stimulerend op en iedereen vindt kwaliteit & veiligheid een 'deel van het primaire proces'.

Uit de casus komen bij beide leercurves ook vragen naar voren.

Hoe lang is de aandacht/de adrenaline van een organisatie hoog te houden 'als de crisis achter de rug is'. Hoe zorg je dat crisisinspanningen overgaan in 'normaal gedrag'? In de cultuur van de organisatie verankerd worden?

En hoe zorg je dat je alert blijft als het al jaren goed gaat? Als 'iedereen' zegt dat het allemaal goed gaat en afspraken zijn nagekomen? Als tóch ergens een arrogante leerhouding ontstaat en potentiële problemen niet meer gezien worden?

Ook stellen sommige deelnemers de vraag welke van de twee leerstijlen op termijn het meest effectief is. Het vermoeden is dat het de tweede is omdat de 'lange adem' beter past bij en langer beklijft in dit type organisaties. En een crisis is nooit een echte 'zegen'. Alleen al omdat de zorg voor patiënten/cliënten onverantwoord was. Duidelijk is ook dat het terugwinnen van een eenmaal geschonden maatschappelijk vertrouwen jaren kost en de organisatie al die jaren op achterstand brengt.

De eigenschappen van de bestuurder bij het tweede type leercurve zijn:

- neemt eindverantwoordelijkheid, heeft de hygiëne op orde en wil verantwoording afleggen
- heeft een heldere visie op kwaliteit & veiligheid, is deskundig en betrokken, consistent en zichtbaar, toont daadkracht
- heeft een goede intuïtie voor *soft signals* en neemt initiatief
- stelt patiëntenbelang boven het organisatiebelang, het financiële belang en persoonlijke belang
- faciliteert de professionals, geeft ze vertrouwen en stimuleert *best practices*
- werkt volgens de principes van goed management van professionals
- zorgt voor een uitstekende samenwerking
- zorgt voor goede systemen en informatie
- verantwoordt zich en de organisatie naar het toezicht en de maatschappij.

4.4 Goed omgaan met informatie is voorwaarde

Uit ons onderzoek blijkt dat er naar het oordeel van vrijwel allen nooit één eenvoudige en eenduidige dataset van informatie over kwaliteit & veiligheid te ontwikkelen is. Dat de feitelijke kwaliteit & veiligheid te divers is en zowel kwalitatief als kwantitatief van karakter. Dat de onvolmaaktheid van het bestaan in sommige zorgsectoren juist een essentieel behandelelement is dat zich moeilijk door objectieve input, throughput of outputinformatie laat vatten. Dat deze informatie per definitie achterloopt bij de werkelijkheid.

En dat professionele en bestuurlijke intuïtie en het kunnen interpreteren van en reageren op *soft signals* voor werkelijke kwaliteit & veiligheid de essentiële informatiehuishouding bepalen.

Wel erkent men breed dat indicatoren en de informatie die programma's als Zichtbare Zorg opleveren inmiddels *fact of life* zijn. En dat deze inmiddels ook bij 'de hygiëne' van kwaliteit & veiligheid horen. 'Natuurlijk' zorgt de instelling voor dergelijke én degelijke informatie en verantwoording. Harde managementinformatie is onontbeerlijk. Informatie die professionals zélf in de lijnorganisatie aandragen ter verantwoording. En velen zijn er ook van overtuigd dat het toepassen ervan de verdere ontwikkeling van deze verantwoording in huis en naar buiten stimuleert. Dat het professionals, bestuurders en toezichthouders helpt.

Maar tegelijkertijd waarschuwen zij ervoor dat de werkelijke kwaliteit & veiligheid nooit met vaste datasets te bewaken zijn. Dat patiënten/cliënten, professionals, bestuurders en toezichthouders zich daar niet op kunnen verlaten. Dat 'het dashboard' van de professional, bestuurder en toezichthouder in de zorg nooit het werkelijke zicht op de werkelijkheid 'door de ruit en in de spiegels' kan vervangen. Dat zelfs aan de waarde van een breed geaccepteerde indicator als de CQ-index getwijfeld moet blijven worden.

Als deze maar eens per jaar door een medewerker van relatief laag niveau in de haast ingevuld wordt. En er intern soms forse penalty's op staan als extra controles.

Veel gesprekspartners maken zich zorgen over de onstuimigheid waarmee door veel partijen aan indicatoren wordt gewerkt. Naast de IGZ zijn dat de wetenschappelijke verenigingen, de zorgverzekeraars, de keuzesites, de eigen instelling, etcetera. Over het gebrek aan afstemming en harmonisatie. De diversiteit van doelen (risico-indicatoren, prestatie-indicatoren, outcome-indicatoren, verbeterinformatie) maakt de samenhang nóg moeilijker en het nut geringer.

De administratieve lastendruk én de hinder die professionals ervan ondervinden leiden tot een groot risico op strategisch gedrag en *window-dressing*. Trots zijn op de eerste plaats in een niet-gevalideerde kwaliteitshitlijst... Vochtproblematiek noteren in plaats van doorliggen... Onvergelijkbare mortaliteitsgegevens opvragen... Wel opgeven hoeveel borstoperaties een ziekenhuis doet, maar niet de aantallen per chirurg vermelden... Niet willen vaststellen van de voor verantwoorde zorg benodigde minimaal noodzakelijke aantallen verrichtingen door wetenschappelijke verenigingen... Aangesproken worden op het aantal botbreuken als je beleid gericht is op het niet meer willen fixeren van ernstig gedragsgestoorden...

Ook de informatie die de certificering en accreditatie opleveren moet met de nodige scepsis beoordeeld worden. Deze systematieken zijn vooral gericht op de organisatorische randvoorwaarden voor kwaliteit & veiligheid en het leervermogen van de organisatie naar zelfgekozen doelen. Dat maakt ze misschien voor interne doelen en visitatie/benchmarks geschikt. Maar voor interne en externe verantwoordingen en toezicht hebben ze maar een beperkt nut. 'Hoe sterker geprofileerd dit externe gebruik, hoe minder het leergedrag' blijkt in de praktijk.

Informatie over veiligheid lijkt nog relatief eenvoudig te verzamelen en te verantwoorden. Hierbij gaat het over feitelijke en technische informatie over het onderhoud van apparatuur, installaties. Over brandveiligheid. Over Voedsel en Waren. Daar zijn veelal duidelijke normen en onderhoudsvoorschriften voor en de controle, naleving en handhaving zijn over het algemeen goed te regelen. Ook de verantwoording kan duidelijk worden geregeld.

Of bedriegt de schijn soms toch ook hier? Is er meer aan de hand zoals de ziekenhuiscasus van de OK-brand aantoont? Bij een te ver doorgedecentraliseerd bevoegdhedenmodel? Bij onvoldoende controle? Bij het onduidelijk zijn van verantwoordelijkheden tussen professionals, managers, facilitair bedrijf en leveranciers? Bij een zelfs nog steeds breed in de sector geaccepteerde riskante combinatie van gassen en elektra in OK-zuilen?

En is er meer aan de hand zoals bij de slechte naleving van de brandveiligheidsregels in verpleeg- en verzorgingshuizen? Omdat het bij de werkdruk en patiëntenpopulatie niet goed mogelijk is te werken met gesloten deuren en de medewerkers deze 'dus' met allerlei soorten klosjes open (moeten) houden...?

Ook de verbetering van veiligheid vraagt heldere taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Ondanks de goede informatievoorziening en ondanks de duidelijke normen en controle. En om permanente aandacht, een systematische benadering en alertie. En een grote inzet om de 'passieve veiligheid' telkens te vergroten. Of het nu gaat om 'het stickeren' van medische apparatuur. Of het juist duidelijk zichtbaar onder het plafond brengen van kranen van gassystemen mét een aanduiding van hun functie. Zodat een zuurstofleiding niet 'per ongeluk' dichtgedraaid kan worden...

4.5 Beter leren toezien

De aandacht voor kwaliteit & veiligheid in de zorg is gebaat bij een goed intern toezicht in de instellingen. Bij een uitstekend samenspel tussen professionals, bestuurders én toezichthouders.

Professioneel toezicht is deskundig en professioneel betrokken. Het helpt de professionals en de bestuurders om hun verantwoordelijkheid waar te maken. Het zorgt dat het haar eigen maatschappelijke verantwoording gedegen kan afleggen.

Toezicht op kwaliteit & veiligheid blijkt in de praktijk nog sterk in ontwikkeling te zijn. Vrijwel alle toezichthouders hebben nog moeite om toezicht op kwaliteit & veiligheid goed handen en voeten te geven.

Grofweg lijkt het interne toezicht haar volgende fase in te gaan: van fase 1: 'erebaan', via fase 2: 'lobbyist en netwerker' naar fase 3: 'professioneel toezichthouder'.

De aandacht voor professioneel toezicht op kwaliteit & veiligheid is de laatste jaren als gevolg van de incidenten en de maatschappelijke druk enorm toegenomen. Er is een duidelijke urgentie en dit momentum moet benut worden om de aandacht van toezichthouders voor kwaliteit & veiligheid stevig op de kaart te krijgen.

Toezichthouders zoeken daarbij vooral naar:

- de invulling van de benodigde deskundigheid binnen de Raad van Toezicht
- de verantwoordingsinformatie die zij van de Raad van Bestuur en anderen nodig hebben
- de mate van nabijheid en afstand van bestuurders en professionals
- de invulling van de balans tussen vertrouwen en controle
- de wijze waarop zij maatschappelijk verantwoording afleggen.

Voor de samenstelling van Raden van Toezicht wordt het vanwege de kwaliteit- en veiligheidsissues gebruikelijk ook te zoeken naar leden met een zorginhoudelijk profiel. Met kennis van de sector en het primaire proces. Dat moet dan uiteraard wel een toezichthouder zijn die dit vak verstaat en ook voldoende afstand kan houden tot de casuïstiek en de betrokkenen.

Ook zoekt men naar de mogelijkheden voor verdere professionalisering van toezicht: werving, opleiding, bijscholing, evaluatie en registratie. De inspanningen van de beroepsverenigingen voor toezichthouders voor professionalisering worden gewaardeerd. Maar men vindt ze te vrijblijvend en te weinig toegesneden op de eisen die specifieke situaties en niveaus van complexiteit stellen. Specifiek aanbod ontbreekt. Er wordt als voorbeeld gewezen naar de pensioenfondsen waar die verplichtingen duidelijk geregeld zijn.

De ervaren toezichthouders benadrukken dat zij vooralsnog vooral ‘dicht op’ de organisatie en Raad van Bestuur zullen moeten zitten om breed en goed geïnformeerd te kunnen blijven. ‘*No single point of information*’ is een breed gedragen adagium. De bestuurder bestuurt en legt verantwoording af. De Raad van Toezicht is dichtbij, maar zónder op de stoel van de bestuurder te gaan zitten. De toezichthouder moet daarbij voorkomen dat incidentgedreven wordt gereageerd. En voorkomen dat haar toezichtdruk leidt tot ‘machogedrag’ van de bestuurder naar de professionals. Dat leidt al snel tot competitie en conflict. Hij/zij moet vooral mee helpen zoeken naar de condities voor de lerende organisatie. En slechts dan én duidelijk én snel optreden als het vertrouwen geschaad wordt.

De verplichting om in het Jaardocument (waarvoor de eisen door VWS gespecificeerd zijn) verantwoording af te leggen, is naar de mening van de deelnemers onvoldoende voor de brede maatschappelijke verantwoording die daarmee wordt beoogd. Het wordt nu al snel teveel als een formaliteit afgedaan en leidt niet tot wezenlijk inzicht en interactie. Dat zou verbeterd kunnen worden door frequentere informatie op internet en jaarlijkse bijeenkomsten met stakeholders.

De naleving en verdere ontwikkeling van de Zorgbrede Governancecode wordt belangrijk geacht. In de door de BOZ uitgevoerde evaluatie staan belangrijke verbetervoorstellen. Die moeten voortvarend en niet vrijblijvend worden opgepakt.

5 Overzicht en samenhang: gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg

Er zijn de laatste tijd al tal van onderzoeken over bestuur en toezicht verschenen. In het bijzonder de resultaten van de studies van de WRR, de Algemene Rekenkamer, de RvZ en de BOZ kregen veel bijval. Het meeste van wat daarin wordt geconcludeerd werd ook bevestigd in onze casestudies.

De in het vorige hoofdstuk genoemde vijf centrale sleutels kennen een grote onderlinge samenhang. Deelnemers gaven aan dat het onderscheidende van deze manier van onderzoeken en analyseren juist de samenhangende weergave betreft. Deze onderlinge samenhang en prioritering zijn na de werkconferentie van de deelnemers door het onderzoeksteam als volgt in één schema gedefinieerd.



Figuur 3. Overall schema voor SGZ 2009

Toelichting

Het doel van de SGZ 2009 staat centraal: de zorg voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg. Om dat vertrouwen te kunnen houden en verbeteren moeten de vijf sleutelgebieden op orde zijn. En onderling samenhangen.

Verbeteringen op het éne gebied zijn alleen succesvol als die samenhangen met verbeteringen op de andere gebieden. Soms zijn ze er zelfs afhankelijk van.

Drie daarvan gaan over de betrokkenen: de professional, de bestuurder en de toezichthouder. Wat is hun rol en hoe grijpt die op elkaar in?

Twee ervan zijn voorwaardenscheppend: de samenwerking en de informatie-uitwisseling. Welke eisen stelt goede aandacht voor kwaliteit & veiligheid aan deze twee?

Onder iedere sleutel zijn de kernbegrippen opgesomd die erbij horen. Daarin is te lezen wat de uitgangspunten zijn voor die betreffende sleutel. In de SGZ 2009 zelf wordt nader ingegaan op de inspanningen die nodig zijn om aan die uitgangspunten te kunnen voldoen.

De prioriteiten zijn met opzet van links naar rechts aangegeven. Dat laat zich kort samengevat als volgt lezen:

Een gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg is:

- 'van' de professionals die samen werken aan verantwoorde zorg
- die elkaar (horizontaal) aanspreken op de kwaliteit & veiligheid, er (verticaal) verantwoording over afleggen aan bestuur en toezicht
- waarbij de bestuurder de organisatie-inspanningen stuurt en faciliteert. Die duidelijk en snel optreedt indien het vertrouwen geschaad wordt. Die over kwaliteit & veiligheid naar interne en externe toezichthouders verantwoording aflegt
- waarbij goede informatie een randvoorwaarde is
- en een professioneel intern toezicht stimuleert en verantwoordt.

Gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg vraagt alle aandacht van professionals, bestuurders en toezichthouders voor kwaliteit & veiligheid.

Sámen, betrokken, vasthoudend en onontkoombaar!



Bijlagen

1. Deelnemende instellingen
2. Uitnodiging onderzoek
3. Gespreksformat

Deelnemende instellingen

Met de uiterste zorgvuldigheid hebben we onderstaande lijst met namen vervaardigd, echter van niet alle professionals hebben wij de juiste gegevens kunnen ontvangen van de instellingen. Onze excuses als er gegevens –titelatuur of initialen- ontbreken.

Ziekenhuizen

UMC St Radboud, Nijmegen

Geïnterviewden

Raad van Toezicht

- drs. P. Holland

Raad van Bestuur

- prof. dr. M. Samsom

Professional(s)

- prof. dr. R. Dekhuijzen, longarts (afdelingshoofd Longgeneeskunde en afdelingshoofd a.i. Cardiologie).

Documentatie

- *Beter worden in het Radboud!* d.d. juni 2007
- *Beter worden in het Radboud! De weg ...* d.d. oktober 2007
- *Beter worden in het Radboud! In beweging* d.d. juni 2008
- Onderzoeksraad Voor Veiligheid, 2005; *‘Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie in UMC St Radboud’*
- IGZ onderzoek hartchirurgie
- Verslagen jaargesprekken
- Meldingen van incidenten
- VMS rapporten
- Website
- Jaarverslagen
- Interview met de accounthouder IGZ.

St Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg

Geïnterviewden

Raad van Toezicht

- prof. dr. W. van de Donk

Raad van Bestuur

- prof. dr. H.J.J.M. Berden
- drs. W.A. van der Meeren (alleen terugkoppeling)

Twynstra Gudde

Professional(s)

- drs. G.J. Noordergraaf, anesthesist (commissie veiligheid)
- drs. H.G.N. Veraart, oogarts (vice voorzitter medische staf)
- dr. A.G.M. Buiting, microbioloog (voorzitter Q raad).

Documentatie

- Verslagen jaargesprekken
- Meldingen van incidenten
- VMS rapporten
- Website
- Jaarverslagen
- Interview met de accounthouder IGZ.

Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam

Geïnterviewden

Raad van Toezicht

- mr. F.H. Schreve

Raad van Bestuur

- dr. J.T.M. van der Schoot
- de heer D.G. van Gaelen
- drs. G.J.M. van den Maagdenberg

Professional(s)

- dr. B.A. van Wagenveld, chirurg (voorzitter medische staf)
- dr. M. Heres, gynaecoloog (medisch manager vakgroep en veiligheidsfunctionaris)
- mevrouw G. Hop, hoofd klinische zorg (lid Veiligheidsraad)
- mevrouw H. Vermeulen, veiligheidsfunctionaris (voorheen IC/CC vpk).

Documentatie

- Verslagen jaargesprekken
- Meldingen van incidenten
- VMS rapporten
- Website
- Jaarverslagen
- Interview met de accounthouder IGZ.

Ziekenhuisgroep Twente, Almelo/Hengelo

Geïnterviewden

Raad van Toezicht

- Drs. B. van Beusekom

Raad van Bestuur

- drs. A.C. van Alphen

Twynstra Gudde

Professional(s)

- de heer P.J.W. Wensing, radioloog (ex-voorzitter medische staf Almelo)
- de heer M.D. Lansbergen, klinisch fysisch (voorzitter TKMT)
- de heer D. Hogenkamp, beleidsadviseur veiligheid
- de heer T. Weijmans, beleidsadviseur kwaliteit.

Documentatie

- Onderzoeksraad Voor Veiligheid, 2008; ‘Brand in een operatiekamer, Twenteborgziekenhuis, Almelo’
- IGZ rapport OK brand
- Onderzoeksrapport commissie Sanders
- Reglement auditcommissie kwaliteit & veiligheid
- Verslagen jaargesprekken
- Meldingen van incidenten
- VMS rapporten
- Website
- Jaarverslagen
- Interview met de accounthouder IGZ.

Verpleging, verzorging en thuiszorg

Cordaan, Amsterdam

Geïnterviewden

Raad van Toezicht

- de heer K. Starreveld
- de heer F.A. Voermans

Raad van Bestuur

- drs. E.W.C.M. Damen MSM

Professional(s)

- drs. H. Kouwenhoven, directeur VGZ/GGz
- mevrouw L. Schrevel, directeur VV
- de heer M. Carpay, voorzitter Expertisecentrum
- mevrouw A. van Dulleman, persoonlijk begeleider.

Documentatie

- Verslagen jaargesprekken
- Meldingen van incidenten
- Website
- Jaarverslagen
- Interview met de accounthouder IGZ.

Twynstra Gudde

Frankeland, Vlaardingen

Geïnterviewden

Raad van Toezicht

- mevrouw C. van Bakel

Raad van Bestuur

- mevrouw A.M. van der Linden, directeur zorg

Professional(s)

- mevrouw A. de Waarheid, locatiemanager
- mevrouw E. den Hollander, sub hoofd
- mevrouw M. Verkerk, sub hoofd.

Documentatie

- Verslagen jaargesprekken
- Meldingen van incidenten
- Website
- Jaarverslagen
- Interview met de accounthouder IGZ.

Thuiszorg Verian, Apeldoorn

Geïnterviewden

Raad van Toezicht

- de heer P.J.M. Koopman

Raad van Bestuur

- drs. K.L. Stoter

Professional(s)

- mevrouw A.E.M. van Beem
- de heer C. Mikkers
- mevrouw A.J. Woutersen
- mevrouw G. Vorderman.

Documentatie

- Verslagen jaargesprekken
- Meldingen van incidenten
- Website
- Jaarverslagen
- Interview met de accounthouder IGZ.

Geestelijke gezondheidszorg

Arkin, Amsterdam

Geïnterviewden

Raad van Toezicht

- prof. dr. P. van Lieshout

Raad van Bestuur

- drs. J.V. Muller

Twynstra Gudde

Professional(s)

- dr. J. Huyser, psychiater
- de heer P. Gerritsen
- mevrouw W. de Wild.

Documentatie

- Verslagen jaargesprekken
- Meldingen van incidenten
- Website
- Jaarverslagen
- Interview met de accounthouder IGZ.

Parnassia Bavo Groep, Schiedam

Geïnterviewden

Raad van Toezicht

- de heer P. van Trig

Raad van bestuur

- drs. V.M. Vladár Rivero

Professional(s)

- drs. J. Beck, directeur zorg Zorgservice
- drs. J. Schneiders, geneesheer-directeur
- dr. W. Neuman-Koke, afdelingshoofd
- mevrouw D. de Ruijter, kwaliteitsfunctionaris.

Documentatie

- Verslagen jaargesprekken
- Meldingen van incidenten
- Website
- Jaarverslagen
- Interview met de accounthouder IGZ.

GGz Breburg Groep, Breda

Geïnterviewden

Raad van Toezicht

- mr. A.C.M. Neggers

Raad van Bestuur

- drs. J.M. Tromp, arts

Professional(s)

- de heer J. Aben, senior beleidsmedewerker
- de heer C. den Braber, hoofd Zorgnetwerk 5
- mevrouw I. van Vliet, consulent Zorgnetwerk 5
- de heer J. Bruijn, manager behandelzaken.

Twynstra Gudde

Documentatie

- Verslagen jaargesprekken
- Meldingen van incidenten
- Website
- Jaarverslagen
- Interview met de accounthouder IGZ.

Gehandicaptenzorg

's Heeren Loo

Geïnterviewden

Raad van Toezicht

- mr. H. Bruins Slot

Raad van Bestuur

- drs. P.E. de la Chambre, voorzitter
- drs. L. Helwig Nazarowa

Professional(s)

- dr. F. Visser, arts verstandelijk gehandicapten
- de heer J. te Loeke, regiomanager
- drs. G. Bierens, manager Adviescentrum.

Documentatie

- Verslagen jaargesprekken
- Meldingen van incidenten
- Website
- Jaarverslagen
- Interview met de accounthouder IGZ.

Siza Dorp Groep

Geïnterviewden

Raad van Toezicht

- dr. F.J.M. Gabreëls

Raad van Bestuur

- drs. R.E.C.S. Hoogma

Professional(s)

- drs. M. J. Vollebergh MHA, directeur Kenniscentrum
- mevrouw R. Rutten, regiomanager
- mevrouw S. Kramer, teamleider.

Documentatie

- Verslagen jaargesprekken
- Meldingen van incidenten
- Documentatie kwaliteitsproject
- Website
- Jaarverslagen
- Interview met de accounthouder IGZ.

Twynstra Gudde

JP van den Bent Stichting

Geïnterviewden

Raad van Toezicht

- de heer N.A. Uppelschoten

Raad van Bestuur

- de heer R.H.H. Klarenbeek

Professional(s)

- mevrouw. B. Geijtenbeek, beleidsmedewerker
- de heer T. aan de Stegge, clustermanager Kort verblijf/Crisisopvang
- mevrouw A. Veersma, clustermanager Twente Zuid.

Documentatie

- Verslagen jaargesprekken
- Meldingen van incidenten
- Website
- Jaarverslagen
- Interview met de accounthouder IGZ.