

STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

[www.igz.nl](http://www.igz.nl)



STAAT VAN DE GEZONDHEIDSZORG 2009

## **De vrijblijvendheid voorbij**

**Sturen en toezichhouden op kwaliteit  
en veiligheid in de zorg**

Den Haag, november 2009

Er zijn twee bijlagen verschenen bij deze Staat van de Gezondheidszorg.

Bijlage 1 is het verslag van het door Twynstra Gudde in samenwerking met de inspectie uitgevoerde onderzoek.

Bijlage 2 is het literatuuronderzoek dat het instituut Beleid en Management in de Gezondheidszorg uitvoerde in opdracht van ZonMw.

Deze bijlagen zijn te downloaden van [www.igz.nl](http://www.igz.nl).

## Inhoudsopgave

### Voorwoord 4

### Samenvatting 7

#### 1 Vertrouwen in zorgverleners en instellingen 11

1.1 Vertrouwen is niet vanzelfsprekend 11

1.2 Er is een probleem 14

1.3 De inspectie neemt actie 15

1.4 Leeswijzer 18

#### 2 De rol van de patiënt en cliënt 22

#### 3 Professionals staan in voor kwaliteit en veiligheid 24

3.1 Vakmanschap is meesterschap 24

3.2 Het huis op orde houden 25

3.3 Verantwoording afleggen hoort erbij 29

#### 4 Sturing is nodig 34

4.1 Kwaliteit is kerntaak 34

4.2 Visie en motivatie 35

4.3 Faciliteren van professionals 36

4.4 Intern en extern verantwoording afleggen 37

#### 5 Intern toezicht geeft vertrouwen 42

5.1 Intern toezicht professionaliseren 42

5.2 Zorgbrede Governance-code 46

#### 6 Horizontaal aanspreken én verticaal toezien 47

6.1 Verschillende verantwoordelijkheden integreren 47

6.2 Koppeling in de cardan-as 49

6.3 Uitdagingen per sector 52

6.4 Maatwerk 53

#### 7 Wederzijdse informatie: de smeerolie voor de cardan-as 56

#### 8 Het extern toezicht door de inspectie 60

#### 9 Samen gerechtvaardigd vertrouwen verdienen 63

### Summary 66

### Bijlagen

1 Opdrachtformulering Projectgroep SGZ-2009 70

2 Een chronologisch overzicht van de activiteiten 73

## Voorwoord

Sturen en toezichthouden met de focus op kwaliteit en veiligheid is een belangrijk en uiterst actueel onderwerp in de zorg. Er wordt veel positieve aandacht aan besteed door professionals, bestuurders en toezichthouders. De aanleiding voor de inspectie om aan dit onderwerp dit jaar zo veel aandacht te besteden is gelegen in het feit dat regelmatig – ook uit onze reguliere inspectieonderzoeken – blijkt dat de verantwoordelijkheidsverdeling tussen professionals, bestuur en intern toezicht onduidelijk is en te vrijblijvend wordt ingevuld. Recente calamiteiten in de zorg (UMC St Radboud, Twenteborg ziekenhuis, Medisch Spectrum Twente, Philadelphia, MeaVita, Arkin) hebben hier nog eens extra de nadruk op gelegd. Deze incidenten drijven de pers en de maatschappelijke opinie. Politiek en maatschappij vragen om actie. Deze Staat van de Gezondheidszorg (SGZ) komt daarmee uit in een tijd rijp voor discussie, actie en verandering.

In deze SGZ heeft de inspectie in samenwerking met adviesbureau Twynstra Gudde onderzoek gedaan in de sectoren gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en ziekenhuizen naar de wijze waarop instellingen vorm en inhoud geven aan bestuur en toezicht op het gebied van kwaliteit en veiligheid. We zijn tijdens het onderzoek veel goede zaken tegengekomen.

Wij hebben gezien hoe Raden van Bestuur, professionals en interne toezichthouders hun rol hebben opgepakt en hebben ingevuld, soms naar aanleiding van (op harde wijze) geleerde lessen. Deze lessen en beschrijving van ‘best practices’ kunnen als voorbeeld dienen voor anderen.

In een goed werkend systeem is de cirkel van verantwoordelijkheid gesloten: het gaat om het nemen en delegeren van verantwoordelijkheid inclusief de daarbij horende bevoegdheden en het afleggen van verantwoording hierover. Iedereen is het hiermee eens. Het bestuur van een zorginstelling is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg. De professionals die deze zorg leveren hebben daarbij een eigen professionele verantwoordelijkheid en spreken elkaar daarop aan. Het bestuur vraagt verantwoording aan de professionals, de professionals leggen verantwoording af. Zowel naar het bestuur als naar elkaar. De Raad van Bestuur legt vervolgens verantwoording af aan de Raad van Toezicht en aan de maatschappij. De inspectie is de externe toezichthouder en heeft vanuit de Kwaliteitswet zorginstellingen de opdracht om op deze verantwoordelijkheidsverdeling toezicht te houden. Deze verantwoordelijkheidsverdeling wordt bevestigd en aangescherpt in de nieuwe cliëntenwet die waarschijnlijk in 2011 in werking zal treden (zie hiervoor ook de brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer: *Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning*, 9 juli 2009).

Bestuurders en interne en externe toezichthouders balanceren voortdurend tussen vertrouwen enerzijds en controle anderzijds. Dit is een precaire taak. Vertrouwen in de bestuurders, professionals en toezichthouders van zorginstellingen en in de zelfregulering van het systeem is onontbeerlijk. Maar wanneer dit vertrouwen beschaamd wordt, is ingrijpen noodzakelijk en ontstaat als vanzelf zowel vanuit de instelling als vanuit de pers en politiek de roep om meer controle.

### **Zijn professionals, bestuur en interne toezichthouder *in control*?**

Zorgverlening is mensenwerk, er zullen altijd fouten gemaakt worden. Dat is iets wat we ons goed moeten realiseren. Belangrijk is de wijze waarop een organisatie daarmee omgaat. Treedt het bestuur op bij incidenten om herhaling te voorkómen? Zijn de professionals in staat om ervan te leren? Is er een cultuur waarin fouten (veilig) besproken kunnen worden? Neemt de interne toezichthouder zijn verantwoordelijkheid en vraagt deze om verantwoording van het bestuur? Kortom: is het bestuur met de professionals en de interne toezichthouder *in control*? Dat is de belangrijkste vraag voor de inspectie. *In control* betekent niet dat alles goed gaat, maar wel dat bestuur, professionals en interne toezichthouders zodanig functioneren dat problemen tijdig worden onderkend, dat ze in staat zijn om deze problemen zelf adequaat op te lossen en dat er voortdurend geleerd en verbeterd wordt vanuit een patiënt/cliëntgeoriënteerde visie.

### **Patiënt- of cliëntgeoriënteerde visie van professionals, bestuur en interne toezichthouders**

Opvallend is dat de patiënt of cliënt in alle missie/visie/strategiedocumenten van zorginstellingen uitgangspunt van beleid is, maar dat in de praktijk de uitwerking van dit uitgangspunt nog vaak te impliciet is en dat nogal eens andere belangen prevaleren. Er is nog veel innovatieve denkkracht nodig om dit zodanig in te vullen dat de patiënt of cliënt ook ervaart echt centraal te staan. Daar waar zorginstellingen dit herkenbaar vorm en inhoud geven, heerst een andere cultuur in de samenwerking tussen professionals, bestuurders en toezichthouders.

### **Appèl op en spiegel voor het veld én voor de inspectie**

De verantwoordelijkheden van professionals, in relatie tot het professionele kwaliteitssysteem, van de Raad van Bestuur en van de Raad van Toezicht zijn min of meer helder en beschreven in wet- en regelgeving, branchecodes en arbeids- en toelatingsovereenkomsten. Daar waar deze onvoldoende helder of richtinggevend zijn, worden zij inmiddels vernieuwd of aangescherpt. Zij vormen het kader voor goed functionerend bestuur en toezicht, maar er is meer nodig.

De daadwerkelijke invulling van ieders rol en het nemen van de verantwoordelijkheid is op *alle* niveaus vaak nog te vrijblijvend. Daarom doen wij in dit rapport een dringend *appel* op het veld om zijn verantwoordelijkheid in deze te nemen door de rollen en verantwoordelijkheden aan te scherpen en concreter in te vullen, maar vooral ernst te maken met het niet meer vrijblijvend invullen daarvan. Wij dagen het veld uit om dit rapport als een *spiegel* te gebruiken. Wij dagen organisaties, professionals, bestuurders, interne toezichthouders, brancheorganisaties, patiënten- of cliëntenorganisaties, zorgverzekeraars en beroepsorganisaties uit om zich aan dit rapport te spiegelen en die punten op te pakken die nog invulling behoeven. Elke partij heeft zijn eigen verantwoordelijkheden in het sturen en toezichthouden op kwaliteit en veiligheid. Elke partij zal dan ook actie moeten ondernemen, ook wij als inspectie!

Dit rapport is voor de inspectie een eerste stap in het ontwikkelingsproces om te komen tot een toezichtstrategie op de daadwerkelijke invulling van de verantwoordelijkheidsverdeling in zorginstellingen. Wij zullen in 2010 samen met het veld de implementatie van de aanbevelingen uit dit rapport bevorderen en stimuleren. Op basis hiervan zullen wij eind 2010 bepalen hoe we onze, in de nieuwe cliëntenwet belegde, wettelijke opdracht om toezicht te houden op het bestuur en toezicht van zorginstellingen op het gebied van kwaliteit en veiligheid van zorg, zodanig kunnen invullen dat dit daadwerkelijk bijdraagt aan die kwaliteit en veiligheid.

Prof. dr. G. van der Wal,  
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

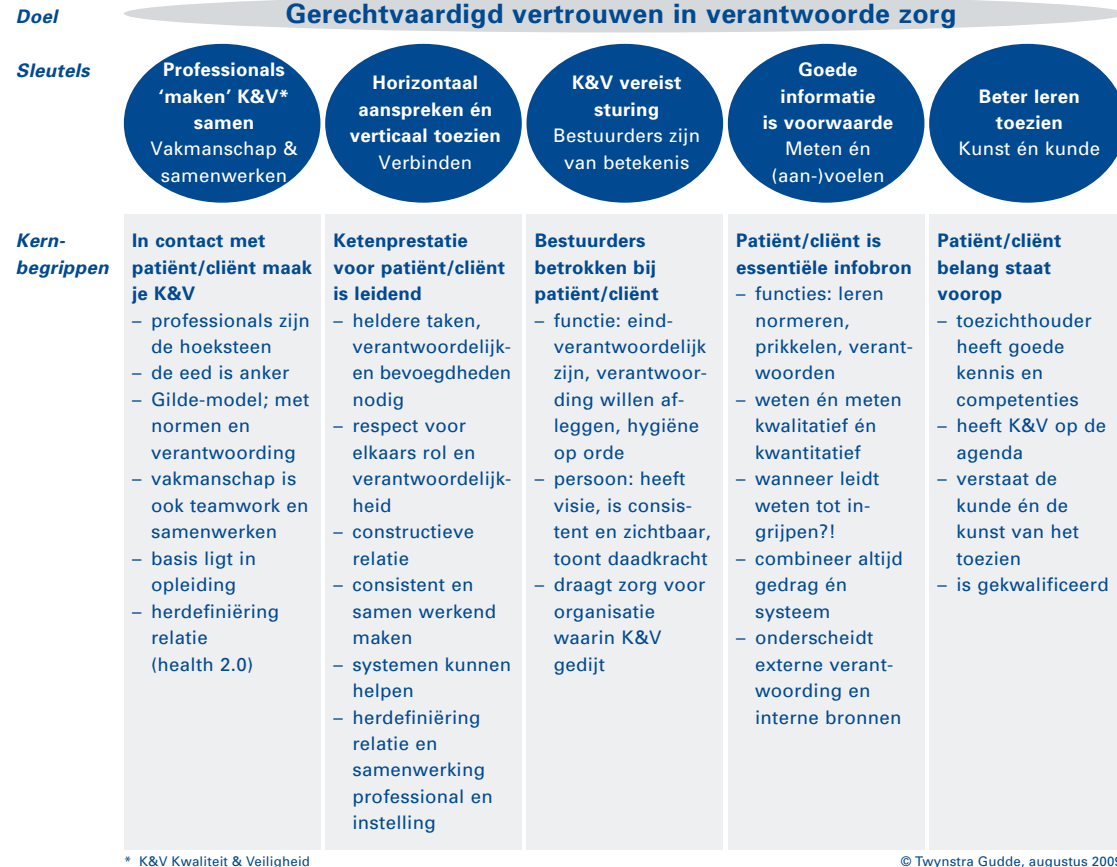
## Samenvatting

Patiënten en cliënten van zorginstellingen mogen erop vertrouwen dat hun zorg van goede kwaliteit is en veilig wordt verleend. Toch is dat niet altijd het geval, zoals blijkt uit incidenten en calamiteiten. Waar het mis gaat, blijkt vaak dat de verantwoordelijkheden te vrijblijvend zijn ingevuld: het zelfreinigende vermogen van professionals schiet in een aantal gevallen tekort, bestuurders zien kwaliteit en veiligheid nog te weinig als een kerntaak en er wordt intern onvoldoende toezicht gehouden op kwaliteit en veiligheid. Dat moet veranderen omdat patiënten en cliënten er schade van ondervinden en het maatschappelijk vertrouwen in de zorg erdoor wordt ondermijnd.

In instellingen waar het goed gaat met de kwaliteit en veiligheid blijkt het tegenovergestelde. Daar is men de vrijblijvendheid voorbij. Een uitgebreid onderzoek dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg samen met Twynstra Gudde heeft uitgevoerd, laat zien waarom het daar goed gaat:

- 1 Professionals nemen de operationele verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid op zich, werken goed samen en spreken elkaar daarop aan en leggen er verantwoording over af aan het bestuur.
- 2 Bestuurders rekenen kwaliteit en veiligheid tot hun kerntaak, stimuleren professionals, bieden hen faciliteiten en geven zelf het goede voorbeeld.
- 3 Raden van Toezicht bewaken expliciet de kwaliteit en veiligheid van de instelling en leggen daarover maatschappelijk verantwoording af.
- 4 In de verbinding van professionele en bestuurlijke verantwoordelijkheden ontstaat de meerwaarde die naar beide kanten vrijblijvendheid voorkomt.
- 5 Betekenisvolle kwantitatieve en kwalitatieve informatie, ook van patiënten en cliënten, wordt gebruikt om deze samenwerking te faciliteren.

Gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg is het doel waarnaar gestreefd wordt. Uit het onderzoek komen vijf sleutels naar voren om dit doel te bereiken. Deze zijn in het volgende schema samengevat.



Het onderzoek heeft plaatsgevonden bij instellingen die gelden als goede voorbeelden en instellingen die recent door calamiteiten door een diep dal zijn gegaan en daar lessen uit hebben geleerd. Deze geleerde lessen en *best practices* kunnen als voorbeeld dienen voor anderen. In het onderzoek zijn deze werkwijzen en lessen verzameld en getoetst in drie werkconferenties, door groeps gesprekken met experts, en vertegenwoordigers van branche- en beroepsorganisaties, zorgverzekeraars en patiënten- en cliëntenorganisaties. De bij het onderzoek betrokken instellingen hebben een duidelijke boodschap aan hun collega's: *neem je verantwoordelijkheid*. Vanzelfsprekend hebben patiënten en cliënten daar belang bij, te meer als instellingen kwaliteit en veiligheid vanuit het perspectief van de patiënt of cliënt benaderen. Patiënten en cliënten ontdekken de voor- en de nadelen immers aan den lijve. Maar ook de instellingen hebben er belang bij, want alleen in een klimaat van gerechvaardigd vertrouwen laat de maatschappij hen zelf hun huis op orde houden.

Gerechvaardigd vertrouwen in de kwaliteit en de veiligheid van de zorg ontstaat niet zomaar. Er zijn inspanningen van alle betrokkenen en op alle niveaus voor nodig: van professionals, bestuurders en interne toezichthouders. Maar ook van cliënten- en patiënten, van zorgverzekeraars, de overheid en van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

**Professionals** maken de zorg, de professionele eed of belofte is het anker voor de zorgverlener. De uitwerking hiervan in niet-vrijblijvende afspraken over verantwoordelijkheden, het afleggen van verantwoording, het goed samenwerken, het naleven van richtlijnen en andere veldnormen en het elkaar aanspreken en zich ook laten aanspreken als kwaliteit en veiligheid voor patiënt en cliënt in het geding zijn, is hierbij van groot belang.

**Bestuurders** zijn van grote betekenis. Zij zijn eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening in de instelling. Deze eindverantwoordelijkheid kan alleen worden waargemaakt in een goed werkend systeem waar verantwoordelijkheden gedelegeerd zijn en verantwoording wordt gevraagd en afgelegd. Zij bepalen het ambitieniveau en creëren een vertrouwde en veilige omgeving waar de professionals kwaliteit en veiligheid kunnen maken en verbeteren.

**Interne toezichthouders** zijn het klankbord voor het bestuur en zien erop toe dat het bestuur haar verantwoordelijkheid ook waarmaakt. Een professioneel toezicht met aandacht voor de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg krijgt vertrouwen van de maatschappij.

**Cliënten en patiënten** kunnen door het zich actief opstellen in de zorg en door het leveren van feedback op ontvangen zorg bijdragen aan het vergroten van het cliënten- en patiëntenperspectief wanneer het gaat om de verantwoordelijkheidsverdeling bij kwaliteit en veiligheid.

**Zorgverzekeraars** dragen bij aan het vergroten van de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening door eisen aan (verbetering van) kwaliteit (veiligheid, effectiviteit, doelmatigheid, tijdigheid en patiënt-/cliëntgerichtheid) op te nemen in de contractuele verplichtingen.

**De overheid** creëert de randvoorwaarden voor het zorgsysteem en scherpt via wettelijke kaders de verantwoordelijkheden en het afleggen van verantwoording voor kwaliteit en veiligheid aan.

**De Inspectie voor de Gezondheidszorg** zal bij haar risicogestuurd toezicht op de zorgverlening extra aandacht geven aan de verantwoordelijkheidsverdeling tussen professional, bestuurder en toezichthouder in zorginstellingen. Hierbij kan de inspectie haar toezicht minder intensief en/of extensief inrichten, daar waar de kwaliteit van zorg op orde is en de verantwoordelijkheidsverdeling goed functioneert, maar zal zij snel en daadkrachtig handhavend optreden daar waar blijkt dat de zorg niet op orde is of waar de verantwoordelijkheidsverdeling voor de borging van kwaliteit en veiligheid niet goed geregeld is of functioneert.

Aan het einde van dit rapport staat een overzicht van de drie belangrijkste inspanningen per actor die de inspectie van belang acht.

De aanbevelingen in deze Staat van de Gezondheidszorg worden bevorderd door borging in wetten, codes en overeenkomsten. Deze kaders zijn voor de inspectie als (veld)norm het uitgangspunt voor haar toezicht op de invulling in de praktijk van de verantwoordelijkheidsverdeling op het gebied van kwaliteit en veiligheid. De toezichtnormen van de inspectie zullen worden gebaseerd op deze (veld)normen en zullen bij haar handhaving worden gebruikt. De inspectie gaat over de daadwerkelijke invulling van deze toezichtnormen de komende maanden met het veld in overleg.

## 1 Vertrouwen in zorgverleners en instellingen

### 1.1 Vertrouwen is niet vanzelfsprekend

Aan het begin van hun loopbaan beloven artsen, verpleegkundigen en andere beroepsbeoefenaren zich te houden aan hun beroepscode. Voor artsen staat daar onder meer in: “Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten. ... Ik zal aan de patiënt geen schade doen... Ik zal mij open en toetsbaar opstellen...” Voor verpleegkundigen en verzorgenden betekent de eed of belofte onder meer dat: “ik zorgvragers goed zal verzorgen... ik de belangen van zorgvragers centraal stel... ik mij inzet voor een goede samenwerking met andere zorgverleners... ik de beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden als leidraad voor mijn handelen zal gebruiken”. De kwaliteit van de beroepsuitoefening en de veiligheid van de patiënt en cliënt zijn in goede handen, dat is de belofte die professionals aan patiënt, cliënt en samenleving doen. Een dergelijke belofte schept vertrouwen. Vertrouwen dat gerechtvaardigd moet zijn.

Patiënten en cliënten mogen vertrouwen op goede en veilige zorg. Telkens als ze daar direct of indirect in teleurgesteld worden, tast dat het vertrouwen aan. Dit geldt voor ieder mens, maar ook voor de samenleving als geheel.

Het is voor zorginstellingen niet eenvoudig om de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening goed te regelen. Er is een heel scala aan maatregelen en afspraken voor nodig. Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden moeten worden toebedeeld en verantwoording moet worden afgelegd.

#### Nederlandse artseneed (2003)

*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.*

*Dat beloof ik.*

*of*

*Zo waarlijk helpe mij God almachtig.*

**“Mijn grootste motivatie ligt in de persoonlijke sfeer. Omdat de arts een behandeling niet volgens het protocol deed, kreeg iemand uit mijn omgeving ingrijpend letsel. Haar vertrouwen werd beschaamd”, zegt Henk Kouwenhoven. “Bij verstandelijk gehandicapten dragen ouders de zorg aan ons over en zij vertrouwen er op dat het goed gaat. Ze zijn daarvan afhankelijk. Dat vertrouwen mogen wij niet beschamen.” Kouwenhoven is directeur verstandelijk gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg bij Cordaan, een grote speler in Amsterdam en omgeving met 9.000 medewerkers en 30.000 cliënten. Cordaan is actief in alle AWBZ-sectoren.**

## **Henk Kouwenhoven**

**Directeur verstandelijk gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg bij Cordaan. Cordaan is actief in alle AWBZ-sectoren.**

“Voor kwaliteit en veiligheid is voldoende en goed opgeleid personeel cruciaal. Incidenten zijn dikwijls hierop terug te voeren. Dat kan voor een bewoner verschrikkelijke gevolgen hebben. Een voorbeeld. Een bewoner viel 's nachts en we boden niet tijdig hulp. Er volgde ziekenhuisopname. Afschuwelijk. We hebben nu betere alarmvoorzieningen en 's nachts beter opgeleid personeel. Maar goed personeel is soms moeilijk te vinden. Verpleegkundigen bijvoorbeeld verdienen in een ziekenhuis beter dan bij ons. De arbeidsmarkt wringt in de sector”, zegt hij zuchtend.

Medicatieveiligheid is een ander belangrijk thema. Dat vraagt alle aandacht. Kouwenhoven: “Medewerkers in onze sector houden niet altijd zo van regeltjes en van registeren. Voor medicatie is dat echter erg belangrijk. Het komt voor dat achteraf blijkt dat medicatie niet of niet goed is gegeven. Dat leidt tot een serieus risico. En het is zeer ernstig als er iets mis gaat. Dit soort fouten moeten altijd worden gemeld. Om ervan te leren. Via incidentenmeldingen maken we ze bespreekbaar. De teammanager ziet hier op toe. Als blijkt dat medicatie niet is gegeven, wordt de medewerker hierop aangesproken en leidt dat tot een negatieve beoordeling.”

“We werken er hard aan om kwaliteit en veiligheid bij Cordaan goed te borgen. Op de werkvloer is daar van nature aandacht voor. Dat moet ook bij het management zo zijn. Daar ging het vaak wel over bedrijfsresultaat, reorganisatie of fusie maar nog te weinig over kwaliteit en innovatie. Gelukkig zie je dat veranderen. Cliëntenraadpleging, en frequente visitatie op kwaliteit en veiligheid helpen daarbij. Wil je verantwoording afleggen en zorginstellingen met elkaar vergelijken, moet je één taal voor kwaliteit afspreken. Ik vind het slecht als een instelling zijn eigen systeem maakt. Wij hebben via de Consumer Quality Index onze ouderenzorg laten meten. Nou, we waren niet zo goed als we dachten. Met de cliëntenraden hebben we 3 à 4 punten ter verbetering benoemd en een Plan van Aanpak gemaakt. Ieder kwartaal berichten we over de voortgang. Dat moeten alle instellingen doen, niet allemaal met hun eigen instrument. Daarmee maak je zaken voor cliënten vergelijkbaar en valt er te kiezen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg moet de coördinatie van die ene kwaliteitstaal tussen de instellingen doen.”

*“De arbeidsmarkt wringt in de sector.”*



### Eed van Verpleegkundigen en Verzorgenden (2009)

*Ik zweer/beloof dat ik mijn beroep als verpleegkundige/verzorgende op een verantwoorde en betrouwbare wijze zal uitoefenen.*

*Dat betekent*

- *dat ik zorgvragers goed zal verzorgen, hun lijden zal verlichten en hen zal helpen de best mogelijke kwaliteit van leven te realiseren*
- *dat ik de belangen van de zorgvragers centraal stel en bij de zorgverlening zoveel mogelijk rekening houd met hun opvattingen*
- *dat ik de zorgvragers geen schade zal toebrengen*
- *dat ik geheim houd wat mij in vertrouwen is verteld of wat mij ter kennis is gekomen en waarvan ik kan begrijpen dat het vertrouwelijk van aard is*
- *dat ik mijn eigen kennis en vaardigheden en die van collega's zal bevorderen*
- *dat ik de grenzen van mijn deskundigheid en verantwoordelijkheid erken*
- *dat ik mij inzet voor een goede samenwerking met andere zorgverleners*
- *dat ik mij, binnen het kader van mijn beroepsuitoefening, inzet voor de bevordering van de volksgezondheid en het welzijn van de samenleving*
- *dat ik het beroep van verpleegkundigen/verzorgenden hoog houd*
- *dat ik de beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden als leidraad voor mijn handelen zal gebruiken*

*Dat beloof ik*

*of*

*Zo waarlijk helpe mij God almachtig.*

## 1.2 Er is een probleem

De inspectie ziet in haar toezicht voor het merendeel goede zorgverlening en hardwerkende professionals en instellingen, maar er zijn desondanks te veel incidenten en calamiteiten waarbij blijkt dat zorginstellingen de verantwoordelijkheidsverdeling voor de kwaliteit van de zorgverlening en de veiligheid van de patiënten en cliënten niet goed genoeg hebben geregeld. Dit komt ook steeds weer naar voren bij de thematische onderzoeken die de inspectie uitvoert.

De inspectie is niet de enige die dit constateert. Ook de Algemene Rekenkamer komt tot deze conclusie in haar rapport over de uitvoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen. En er zijn meer rapporten in deze lijn, zoals die van de Onderzoeksraad voor de Veiligheid (over de casus cardiochirurgie in het Radboud ziekenhuis, en over de OK-brand in Almelo), het advies 'Governance en kwaliteit van zorg' van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), het advies van dhr. Legemaate

'Verantwoordelijkheid nemen voor Kwaliteit'. En heel recent nog het rapport van de Commissie Lemstra over de disfunctionerende neuroloog van het Medisch Spectrum Twente in Enschede. Al deze casus roepen de vraag op of er sprake is van op zichzelf staande incidenten of van een veel structureler probleem waarbij de extremen zichtbaar worden.

Steeds blijkt dat de verantwoordelijkheidsverdeling voor kwaliteit en veiligheid onvoldoende en te vrijblijvend is ingevuld. Vrijblijvendheid is hier blijkbaar het centrale probleem. Uit de onderzochte casus blijkt dat de verantwoordelijkheden voor kwaliteit en veiligheid onvoldoende zijn belegd of te diffuus zijn ingevuld. En het schort aan de onderlinge samenwerking. De kernproblemen zijn de volgende: het zelfreinigende vermogen van professionals, bestuurders en toezichthouders schiet tekort, bestuurders zien kwaliteit en veiligheid nog te weinig als een kerntaak en er wordt intern onvoldoende toezicht gehouden op kwaliteit en veiligheid. Dat moet veranderen omdat patiënten en cliënten er schade en nadeel van ondervinden. Daardoor komt ook het maatschappelijke vertrouwen in het geding. Een reflex is dan dat er meer controle en meer toezicht geëist wordt. De vraag is of dat een oplossing biedt. Vertrouwen slaat om in wantrouwen, met alle negatieve gevolgen van dien.

## 1.3 De inspectie neemt actie

Daarom gaat deze Staat van de Gezondheidszorg 2009 over de aandacht die professionals, bestuurders en toezichthouders aan kwaliteit en veiligheid besteden. Het doel van de inspectie is: ervoor zorgen dat het vertrouwen in onze zorginstellingen en in de mensen die er werken, gerechtvaardigd blijft.

Tal van zorginstellingen uit alle delen van de gezondheidszorg laten zien dat het beter moet en kan. In dit onderzoek is uitvoerig gesproken met alle geledingen van instellingen die zich met succes inspinnen om het professioneel aanspreken, het bestuur en het interne toezicht op het gebied van kwaliteit en veiligheid te verbeteren. Daar is men de vrijblijvendheid voorbij en wordt vertrouwen verdiend. Juist deze voorbeelden geven aan dat goede kwaliteit en veiligheid een grote inzet en een sterke betrokkenheid vereisen.

De inspectie heeft samen met Twynstra Gudde onderzoek gedaan in de sectoren gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en ziekenhuizen. Er zijn in totaal circa 80 diepte-interviews gehouden met professionals, bestuurders en toezichthouders van zorginstellingen die bekend staan als *best practices*, voorlopers in hun sector, en van zorginstellingen die recent door een diep dal zijn gegaan en daardoor door 'schade en schande' de noodzakelijke lessen



hebben moeten leren. Deze geleerde lessen en *best practices* kunnen als voorbeeld dienen voor anderen. In het onderzoek zijn deze werkwijzen en lessen verzameld en getoetst in drie werkconferenties, door groeps gesprekken met experts, en vertegenwoordigers van branche- en beroepsorganisaties, zorgverzekeraars en patiënten- en cliëntenorganisaties. Op basis van al deze gesprekken met veldpartijen zijn de conclusies getrokken zoals deze in dit rapport verwoord staan.

In dit rapport staan suggesties en aanbevelingen om het bestuur en interne toezicht op kwaliteit en veiligheid aanzienlijk te verbeteren en te ontdoen van vrijblijvendheid. Deze aanbevelingen worden bevorderd doordat ze ook structureel en juridisch zijn/worden geregeld in wetten, codes, arbeids- of toelatingsovereenkomsten en professionele statuten. Deze SGZ functioneert binnen deze structurele en juridische kaders. Overigens wordt een aantal kaders wel aangepast of aangescherpt. Bijvoorbeeld nieuwe wettelijke kaders worden in de brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer 'Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning' aangekondigd. De brancheorganisaties zijn bezig de Zorgbrede Governancecode te herzien, verschillende professionele beroepsverenigingen werken de professionele verantwoordelijkheid uit in kwaliteitskaders, en in ziekenhuisland spreken NVZ en Orde over ingrijpende aanpassingen van de toelatingsovereenkomst van vrijgevestigd medisch specialisten.

### Vijf sleutels voor een gerechtvaardigd vertrouwen

Uit het onderzoek komen vijf sleutels voor een gerechtvaardigd vertrouwen naar voren. Deze zijn in het volgende schema samengevat. (Kwaliteit & veiligheid op de agenda van professionals, bestuurders en toezichthouders. Onderzoeksverslag Twynstra Gudde 2009. Bijlage bij deze Staat van de Gezondheidszorg)



\* K&V Kwaliteit & Veiligheid

© Twynstra Gudde, augustus 2009

De instellingen die zijn geïnterviewd, hebben een duidelijke boodschap aan hun collega's: neem je verantwoordelijkheid.

Hoe doen deze instellingen dat?

- Professionals nemen de operationele verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid op zich, werken goed samen, spreken elkaar aan en leggen hierover verantwoording af aan het bestuur.
- Bestuurders rekenen kwaliteit en veiligheid tot hun kerntaak, stimuleren professionals, bieden hen faciliteiten en geven zelf het goede voorbeeld.
- Raden van Toezicht bewaken expliciet de kwaliteit en veiligheid van de instelling en leggen daarover extern verantwoording af.

Dit werkt alleen als aan twee andere voorwaarden wordt voldaan:

- Juist in de verbinding van professionele en bestuurlijke verantwoordelijkheden ontstaat de meerwaarde die naar beide kanten vrijblijvendheid voorkomt.

- Betekenisvolle kwantitatieve en kwalitatieve informatie, ook van patiënten en cliënten, wordt gebruikt om deze coöperatie te faciliteren.

#### 1.4 Leeswijzer

Voor de hele zorgsector zou het perspectief van de cliënt en patiënt de maatlat moeten zijn voor al het handelen van professionals, bestuurders en toezichthouders. Daarom is dit perspectief als uitgangspunt genomen voor alle actoren in het schema. In hoofdstuk 2 wordt verder ingegaan op het cliënten- en patiëntenperspectief.

In de hoofdstukken 3, 4 en 5 is uitgewerkt hoe de verantwoordelijkheden van professionals, bestuurders en Raden van Toezicht kunnen worden versterkt. In hoofdstuk 6 staat vervolgens aangegeven hoe deze met elkaar zijn verbonden. Horizontaal aanspreken (professionals) en verticaal aansturen en toezien (door bestuurders en interne toezichthouders) zijn hierin van groot belang. Samenwerken drijft de kwaliteit en veiligheid van een instelling met kracht aan. Bij tegenwerking komt de kwaliteit en veiligheid tot stilstand. In hoofdstuk 7 staat hoe harde en zachte informatie over kwaliteit en veiligheid het systeem soepel en gesmeerd laat functioneren. Het cliënten- en patiëntenperspectief heeft daarin een prominente plaats.

In hoofdstuk 8 komt de eigen rol als inspectie aan de orde. De Inspectie voor de Gezondheidszorg moet toezicht houden op de wijze waarop zorginstellingen (professionals, bestuurders en interne toezichthouders) de kwaliteit en veiligheid meten, verbeteren, borgen en hierover intern en extern verantwoording afleggen. Zoals uit dit onderzoek opnieuw blijkt, moeten de professionals en zorginstellingen zelf hun verantwoordelijkheid nemen voor de inhoudelijke proces en de uitkomsten hiervan. Toezicht van de inspectie gaat daarbij primair uit van het vertrouwen dat zorginstellingen deze verantwoordelijkheid in de praktijk ook waarmaken, totdat het tegendeel blijkt. De inspectie bewaakt de structurele borging van kwaliteit en veiligheid conform haar wettelijke taak zoals in de Kwaliteitswet zorginstellingen is vastgelegd. Als dit vertrouwen geschaad dreigt te worden, zal de inspectie snel en daadkrachtig optreden.

Door snel en effectief op te treden, draagt de inspectie bij aan een gerechtvaardigd vertrouwen dat nodig is om gestaag door te kunnen werken aan verbetering van de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Het externe toezicht kan ook op die manier een steun in de rug zijn voor professionals en leidinggevendenden die wel het goede voorbeeld geven.

Op basis van het onderzoek in de zorginstellingen, het literatuuronderzoek, drie werkconferenties, groeps gesprekken met experts en vertegenwoordigers van branche-, beroeps-, patiënten en cliëntenorganisaties is een inventarisatie gemaakt van drie inspanningen per partij waarvan de inspectie het van belang acht dat deze worden uitgevoerd ten behoeve van een verantwoord vertrouwen in de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening. Deze inspanningen staan in hoofdstuk 9.

De inspectie roept alle betrokkenen op hun verantwoordelijkheid voor de verbetering en borging van kwaliteit en veiligheid van de zorg te nemen en te laten zien welke invulling zij daaraan geven. De ervaring leert dat vooral een niet-vrijblijvende verankering van deze voornemens nodig én mogelijk is.

**“Ik begrijp bestuurders en professionals die bang zijn om nog meer prestatie-indicatoren over zich heen te krijgen. We moeten er namelijk voor blijven zorgen dat die kwaliteit- en veiligheidssystemen dicht bij het zorgproces blijven. Dat zit niet in aantallen. Toch kunnen we niet zonder registratie. Vanwege de interne en externe verantwoording en omdat de patiënt daardoor iets te kiezen heeft.” Aan het woord is Atie Schipaanboord, directeur beleid en innovatie van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), een samenwerkingsverband van 26 (koepels van) patiëntenorganisaties. Ik geef haar inzicht in wat de professionals, bestuurders en toezichthouders die hebben meegewerkt aan de interviews, gezegd hebben.**

**Atie Schipaanboord**  
**Directeur beleid en innovatie**  
**van de Nederlandse Patiënten**  
**Consumenten Federatie (NPCF)**

“Als zorginstellingen te weinig veiligheid ademen, dan spreken die simulatieoefeningen van het Lucas Andreas mij aan. Maar maak van de patiënt geen object. Het draait om de relatie patiënt en zorgverlener, dus om cultuur. Artsen en verpleegkundigen nemen verantwoordelijkheid voor hun eigen taakgebied. Maar niemand neemt echt verantwoordelijkheid voor het geheel. Als de bemanning van een vliegtuig onjuist handelt,

stort het vliegtuig neer. Ook voor de zorg moet gaan gelden: beleef protocollen en trainingen samen; zorgverlener én patiënt. Ken je patiënt. Maak contact! Dat is meer dan een handje schudden met de mededeling: ik ga morgen in u snijden. Als je die vaardigheden niet hebt, zorg dan dat er bijvoorbeeld een nurse practitioner is die dat wel kan. De patiënt is niet dat ding dat tussen de lakens ligt.”

Helpt één kwaliteitstaal in de zorgverlening dan wel? “Ja, ik denk het wel. Wie toch een eigen kwaliteitssysteem introduceert, moet er wel voor zorgen dat het vergelijkbaar is en blijft. Het gezamenlijke moet je niet overboord gooien. Je wilt toch tegenover de samenleving verantwoording afleggen. Ik snap dat veiligheid of kwaliteitssystemen niet alles zeggen en dat bestuurders zich ook laten leiden door intuïtie. Een bestuurder die niet op de werkvloer zijn ogen de kost geeft, vind ik geen goede bestuurder. Maar het allerbelangrijkste is dat het vertrouwen in de zorg terugkomt. Kijk naar de brief van minister Klink uit juli over ruimte en rekenschap. Er dreigt stapeling van toezicht op toezicht te komen. Terwijl we willen weten hoe een instelling er intern voor staat. Hoe professionals, bestuurders en toezichthouders elkaar – bijvoorbeeld via interne en collegiale toetsing – op die dagelijkse praktijk aanspreken. Met regels toevoegen aan een Governance Code krijg je daar geen beter zicht op. In de dagelijkse praktijk van de zorg dreigt het woord vertrouwen weg te glijden. Ik wil blind een ziekenhuis in kunnen gaan en vertrouwen op de professionals, op hun deskundigheid en hun verantwoordelijkheid. Maar door de discussies over regels en toezicht is het wantrouwend geworden. Gezondheidszorg is mensenwerk; daar hoort vertrouwen bij.”



*“De patiënt is niet dat ding dat tussen de lakens ligt.”*

## 2 De rol van de patiënt en cliënt



\* K&amp;V Kwaliteit &amp; Veiligheid

© Twynstra Gudde, augustus 2009

### 2.1 Perspectief van cliënt en patiënt

Tijdens de diepte-interviews in het onderzoek is het cliëntenperspectief vooral in de caresector benoemd als sturend voor de visie op zorgverlening. Voor de curesector was dit het impliciete doel van al het handelen, maar expliciet is dit weinig door de gesprekspartners naar voren gebracht. Vooral uit de groepsgesprekken met experts, en vertegenwoordigers van branche- en beroepsorganisaties, zorgverzekeraars en patiënten- en cliëntenorganisaties is gebleken dat juist het perspectief van cliënt en patiënt meer aandacht behoeft bij het sturen en toezicht houden op kwaliteit en veiligheid.

De rol van cliënten en patiënten bij kwaliteit en veiligheid is in de praktijk nog volop in ontwikkeling. Dit vraagt nog veel aandacht van betrokkenen, in de eerste plaats

van patiënten en hun organisaties, maar ook van de professionals, de instellingen en de overheid, waaronder de inspectie. Een belangrijke ontwikkeling hierin is het beoordelen van de geleverde zorg door cliënt en patiënt. Deze oordelen worden zowel ad hoc als structureel gegeven. Een goed voorbeeld hiervan zijn de metingen van klantervaringen volgens de systematiek van het Centrum Klantervaring in de Zorg en de cliëntwaarderingmetingen in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg als onderdeel van het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg.

Nieuw is dat patiënten en cliënten ook zelf informatie gaan produceren en deze gaan gebruiken als keuze-informatie. De huidige internetmogelijkheden bieden daarvoor volop de gelegenheid. Er is zelfs een markt voor cliënt- en patiëntgeoriënteerde informatie over de zorg. Over enkele jaren zal het net zo gebruikelijk zijn even op internet te kijken naar de prestaties en klantervaringen van de zorginstelling of professional als dit nu al is bij tal van andere diensten (restaurants, hotels, vliegtuigmaatschappijen, enz.). Een goed voorbeeld hiervan is de website KiesBeter voor klantervaringen in de verschillende sectoren van de zorg.

Professionele zorgverlening en de kwaliteit en veiligheid ervan vragen samenwerking tussen de cliënt of patiënt en de professionals. Dit is de basis van de Wet cliëntenrechten zorg die naar verwachting in 2011 in werking treedt. De cliënt of patiënt is zowel een mondige burger als soms ook nog een afhankelijke patiënt. Dit vraagt om een herdefiniëring van de relatie tussen zorgprofessional en cliënt waarbij deze niet meer eenzijdig berust op gezag en kennis van de professional, maar waarbij het veel meer gaat om de wederzijdse competenties in kennis en gedrag. Daarbij zal de professional open moeten zijn over zijn competenties en zijn de cliënt, de patiënt en zijn familie vaak ervaringsdeskundigen. Er ontstaat een nieuwe, niet-vrijblijvende relatie, waarin van beide kanten inzet en feedback gevraagd mag worden.

Het vertrouwen in de zorg zal groter zijn naarmate ook de inspectie het cliënt- en patiëntenperspectief meer inhoud geeft. Eén van de activiteiten die op dit moment worden ondernomen, is het maken van structurele afspraken over het verkrijgen van signalen over mogelijke misstanden in de zorg.

### 3 Professionals staan in voor kwaliteit en veiligheid



\* K&amp;V Kwaliteit &amp; Veiligheid

© Twynstra Gudde, augustus 2009

#### 3.1 Vakmanschap is meesterschap

Een professie is een georganiseerde beroepsgroep met professionele standaarden. We spreken dan over artsen, verpleegkundigen, verloskundigen, psychologen, paramedici, pedagogen, verzorgenden, etc. Door aan haar leden eisen te stellen en die te handhaven, biedt de professie aan de bevolking een garantie van kwaliteit en een bescherming tegen ondeskundigheid. Dat wekt vertrouwen. Dit is nodig in de gezondheidszorg, omdat de cliënten en patiënten vaak in een afhankelijke positie verkeren en erop moeten kunnen vertrouwen dat een professional zijn werk goed doet. Wie lid is van een professie voldoet aan de standaarden voor de uitoefening van zijn beroep, stelt zich toetsbaar op en legt verantwoording af. Daarmee draagt deze professional een vertrouwenwekkend kwaliteitsstempel.

Wij kennen in de zorg veel professionals die hun kwaliteitsstempel waarmaken en zich inspinnen om zich verder te verbeteren. Elke professie is weer anders georganiseerd. Medisch specialisten hebben bijvoorbeeld per specialisme een eigen wetenschappelijke vereniging en daarnaast een beroepsvereniging die de belangen van het beroep en de beroepsgenoten behartigt. Verpleegkundigen zijn georganiseerd in een landelijke beroepsorganisatie (V&VN) waarin ook diverse verpleegkundige specialismen zijn ondergebracht. Deze organisatie zorgt voor beroepsontwikkeling en kwaliteitsverbetering. Er zijn meer beroepen op een vergelijkbare wijze georganiseerd, maar er zijn ook minder goed georganiseerde beroepen met lossere standaarden. Van het ene beroep kan dus op het vlak van kwaliteit en veiligheid meer worden verwacht dan van het andere.

Bij alle (para)medische, verplegende en verzorgende, psychologische en agogische beroepen is meer aandacht nodig voor de verdere professionalisering in de zin van duidelijke lidmaatschapseisen, normering en toetsing van de uitoefening van het beroep. Dat neemt niet weg dat de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid blijft verankerd in de professionaliteit van iedere beroepsbeoefenaar.

De kwaliteit van de zorg en de veiligheid van cliënten en patiënten zijn 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. Deze waarden zijn cruciaal. Zonder dit commitment aan deze waarden is het kwaliteits- en veiligheidsbeleid in instellingen gedoemd te mislukken. Dan blijft het steken in goede bedoelingen, gedeeltelijke successen en *window-dressing*. De leiding van instellingen mag een beroep doen op dit commitment. Het is aan hen om professionals vanuit gemeenschappelijke doelstellingen te stimuleren, middelen ter beschikking te stellen, te ondersteunen en ook verantwoording te vragen over de resultaten van hun inspanningen, óók ten aanzien van kwaliteit en veiligheid.

#### 3.2 Het huis op orde houden

Professionals moeten zelf de kwaliteit en veiligheid van hun beroepsuitoefening op orde houden. Verantwoording en intern toezicht door professionals zelf en door hun beroepsgroep is hiervoor van groot belang. De uitwisseling van *best practices*, de ontwikkeling en toepassing van richtlijnen en normen én de controle op de kwaliteit van de beroepsuitoefening (toelating, herregistratie, visitatie en kwaliteitsregister) horen in de eerste plaats bij de beroepsgroep zelf thuis.

De inspanningen van een groot deel van de beroepsverenigingen zijn – zo blijkt uit onderzoek van de inspectie, maar ook van anderen – nog te vrijblijvend. Binnen de ziekenhuizen vullen de maatschappen/vakgroepen en medische staven hun verant-

**“Met alleen protocollen en checklisten ben je er niet. Het is noodzakelijk simulatie-trainingen te doen. Je moet de handelingen zelf ervaren hebben, wil je een goede professional worden.” Vol vuur vertelt Marion Heres, sinds 2001 perinatoloog in het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis in Amsterdam, over de door haar opgezette trainingen, de zogeheten verloskunde drill's. “Jaren geleden maakte ik een reanimatie mee van een zwangere vrouw die 30 minuten met haar auto te water was geraakt. De reanimatie had een andere aanpak nodig dan het team en ik toen wisten. De vrouw haalde het niet. Vreselijk. In Engeland leerde ik dat je na 4 minuten een acute keizersnede moet doen. Dat had bij die vrouw niet gekund, maar ik had het moeten wéten! Toen ik de opleiding begon stond het beschreven in een reanimatie protocol. Ik las het niet omdat ik mij bekwaam achtte; ik was ook opgeleid in de reanimatie techniek.”**

**Marion Heres**  
Perinatoloog in het Sint Lucas  
Andreas Ziekenhuis

Het voorval heeft Heres gevormd. Nu is ze, samen met verpleegkundige Heleen Vermeulen, door de Raad van Bestuur benoemd tot patiëntveiligheidsfunctionaris. Hun taak is de invoering van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS). “Het VMS moet in 2012 uitgerold zijn. Het draait niet om louter controle. Onze ruggengraat is het Veilig Incident Melden (VIM). Daar geloof ik in en we leren teams om fouten met elkaar te

bespreken. Maak veiligheid ook voor patiënten zichtbaar. In Boston hoorden wij over oranje veiligheidsvesten. Er staat op: niet storen wij delen medicijnen uit. Dat voorkomt fouten en je laat zien dat je serieus je werk doet.”

Met de simulatietrainingen zijn Heres en Vermeulen 4,5 jaar geleden begonnen. “Wij hebben dit onder andere afgekeken van de luchtvaartsector.” Heleen Vermeulen heeft daar gewerkt. Op de parkeerplaats van Schiphol zweette ik al veiligheid, zei Heleen. Wij denken altijd dat de ziekenhuisprocedures veilig zijn, maar als je checklisten ontwikkelt komt je erachter dat er heel wat kan verbeteren. Nu oefenen de teams bijvoorbeeld een bevalling met overmatig bloedverlies. Dan moet je eigenlijk zuurstof geven. Dat staat in de checklist, maar het gebeurde niet. Door de drill zit het nu wel tussen eenieders oren. Bij de training is de debriefing belangrijk. Door het stap voor stap door te nemen. We doen daarbij aan crisis-resource management. In de luchtvaart gemeengoed. Het gaat om eenduidig samenwerken. Van rampen als die van Tenerife hebben ze geleerd. Als een hogergeplaatste een fout maakt en een stewardess merkt dat op, dan roept die: ‘hé er gaat iets mis’. Kortom speak up, doorbreek de hiërarchie. Dat doen wij nu ook tussen specialist en verpleegkundige. Natuurlijk is er wel eens weerstand tegen de training, maar als onze LOTUS, een actrice, echt heel goed een insult naspeelt en ze allemaal peentjes staan te zweten dan zeggen ze achteraf, dit was top.”

*“Kortom speak up,  
doorbreek de hiërarchie.”*



woordelijkheid vaak nog niet duidelijk in. Er zijn Verpleegkundige Adviesraden (VAR) in 59 ziekenhuizen (algemeen en academisch), 25 GGZ-instellingen en in 31 instellingen in de care (thuiszorg en verpleeghuizen), maar die zijn duidelijk nog geen gemeengoed<sup>[1]</sup>. Voor alle sectoren geldt dat professionals zich niet altijd duidelijk gedragen volgens de beroepscode, onvoldoende verantwoordelijkheid nemen en elkaar onvoldoende aanspreken bij fouten of disfunctioneren. Op het vlak van normontwikkeling, toepassen van richtlijnen en protocollen, visitatie en verantwoording is nog veel winst te behalen.

Het lidmaatschap van een professionele beroepsorganisatie hoort een kwaliteitsgarantie in te houden. Dat wil zeggen dat deelname aan kwaliteitstoetsing door de beroepsgroep niet vrijblijvend kan zijn, maar verplicht is. Daarbij horen dan vanzelfsprekend ook sancties. Willen professionals het algemene maatschappelijke vertrouwen blijven houden, dan moeten zij hun eigen ‘gilde-model’ strikt handhaven:

- Toezien op opleiding, toelating en functioneren.
- Ontwikkelen van richtlijnen en normen voor verantwoorde zorg.
- Handhaven van de naleving door de beroepsgenoten zelf en elkaar aanspreken als het niet goed gaat.
- Sanctionerend optreden door een beroepsgenoot te verbieden bepaalde handelingen te verrichten of uit de beroepsvereniging te zetten.
- De kwaliteit zichtbaar bijhouden door zich in te schrijven in een voor een beroepsgroep aanwezig openbaar kwaliteitsregister.

Medisch specialisten die niet in loondienst zijn, hebben zich in ziekenhuizen georganiseerd in maatschappen en zijn lid van een medische staf. Er is dus een professioneel platform dat in de organisatie is verankerd en een actieve rol kan spelen in de bewaking en bevordering van kwaliteit en veiligheid. In andere sectoren ontbreekt vaak zo'n platform voor zowel de (para)medische als verpleegkundige professionals. Het is sterk aan te bevelen dat zo'n professioneel orgaan ook daar wordt ingericht. Belangrijk hierbij is wel dat de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid niet vrijblijvend wordt ingevuld en dat hierover verantwoording wordt afgelegd. Om deze professionele verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid organisatorisch te beleggen, dienen Raden van Bestuur hiervoor de voorwaarden te creëren. Professionals zullen expliciet inhoud moeten geven aan die verantwoordelijkheid en dit zien als een normaal onderdeel van hun beroepsuitoefening. Zij kan niet naar staffunctionarissen of managers worden ‘gedelegeerd’.

### 3.3 Verantwoording afleggen hoort erbij

Er is niet alleen meer verantwoording nodig op het niveau van de individuele professional, maar ook op het niveau van de afdeling, het team, de werkeenheid, de maatschap/de vakgroep, de medische staf of een ander professioneel orgaan dat past bij de zorginstelling.

Een goed voorbeeld hiervan is de Siza Dorp Groep. Zij voert pilots uit om instrumenten te ontwikkelen die informatie geven over de kwaliteit en veiligheid die verder gaat dan maat en getal. Cliënten, cliëntvertegenwoordigers, alle professionals, het management en externe stakeholders zijn daarbij betrokken. Het UMC St Radboud experimenteert met een onafhankelijke kwaliteitsaudit als methode om deze verantwoording te valideren. Deze verantwoordelijkheid is door het Stafconvent, de VAR (Adviesraad Verpleegkundigen & Paramedici) en de Raad van Bestuur gezamenlijk genomen. De ervaringen ermee zijn pril, maar veelbelovend. Ook in de geestelijke gezondheidszorg zijn dergelijke voorbeelden te vinden. Zo heeft de Parnassia Bavo Groep naast de *financial control* de zogenaamde *zorg control* ingevoerd. Daar is voor professionals ‘geen ontkomen aan’. Het gaat daarbij niet alleen over systemen en standaardinformatie, maar ook over regie en nieuwsgierige professionals die willen leren.

Professionals kunnen op verschillende manieren verantwoording afleggen, maar dát ze het doen is essentieel om het vertrouwen in de beroepsuitoefening te rechtvaardigen.

[1] Bron: V&VN

**“Het paradepaardje in onze organisatie is het technoteam. Daar ben ik trots op. Een team van specialistische verpleegkundigen dat 24 uur per dag beschikbaar is. Bedoeld voor medisch- en verpleegtechnische zorg, zoals pijnbestrijding via een pijnpomp, of het inbrengen van een infuus. Ik heb dat opgezet omdat ik vanuit privéomstandigheden heb ervaren hoe belangrijk het is om meer mogelijkheden thuis te creëren.” Annelies van Beem startte haar loopbaan als verpleegkundige en kwam na specialisaties 20 jaar geleden bij Verian, de grootste (thuis)zorgorganisatie in de regio Oost-Veluwe. Nu is ze manager servicecentrum, innovatie en facilitaire dienstverlening.**

## **Annelies van Beem**


**Manager servicecentrum, innovatie en facilitaire dienstverlening bij Verian, een thuiszorgorganisatie**

“Door gerichte scholing houden we de kwaliteit van zo’n team hoog. Ook toetsen de medewerkers elkaar voortdurend op procedures en protocollen, waardoor ze zich zelf blijven verbeteren. De cliënt is uitgangspunt, dus ik spreek van kwaliteit als de cliënt de zorg goed vindt. Natuurlijk toets je de kwaliteit ook middels systemen. Het gaat om plan, do, check and act. Procedures en protocollen gaan pas leven als er verbeter-

plannen uit voortkomen. Die moet je borgen. Bijvoorbeeld door workshops door gespecialiseerde verpleegkundigen, waardoor medewerkers kennis delen en nieuwe inzichten leren. Een deel van die cursussen is verplicht.”

“We krijgen eenheid in kwaliteit via onze kwaliteitsfunctionarissen en de kwaliteitswerkgroep. De verbeterplannen bespreken we in het managementteam, dan gaat het naar de regio-managers, die vertalen het naar de teamleidinggevend en zij op hun beurt naar de medewerkers. Niet van boven naar beneden hoor. Als je de medewerkers er niet bij betrekt, gaat het mis. De medewerkers hebben de ideeën, zij zijn de professionals. Neem de uitgifte van medicijnen, daar is veel om te doen geweest. Ze worden vergeten in te nemen door de cliënt of er worden verkeerde medicijnen gebruikt. Na overleg met medewerkers, apothekers en huisartsen, doen we het anders. De huisarts en de apotheek zijn nu medeverantwoordelijk via medido. Een door de apotheek voorverpakte medicijndoos die elke maand naar de klant gaat. De apotheek is verantwoordelijk voor hoeveelheid en type medicijn. De arts schrijft voor. Wij kunnen nu simpel zien of het zakje van maandag 10 uur wel is gebruikt. De doos krijgt binnenkort een chip. Die geeft een alarm als de cliënt zijn medicijn vergeet. Als hij niet handelt, krijgen wij een melding. Als we dan nog geen respons krijgen, gaan we op bezoek. De chip voorkomt onnodig huisbezoek en levert efficiency op.

Dit komt voort uit de professionals, maar het zijn de bestuurders en de Inspectie voor de Gezondheidszorg die de voorwaarden creëren. Dat betekent dat een Raad van Toezicht en een Raad van Bestuur moeten weten wat kwaliteit is en daar zicht op hebben. Dat lukt hen en de inspectie alleen als ze zich laten informeren, juist door medewerkers”, aldus Van Beem.



*“Het gaat om plan, do, check and act.”*



**“Je maakt mensen lui met protocollen afvinken. Ik ga voor het ‘pas toe, leg uit’ principe. Controle ja, maar als een professional kan uitleggen wat hij gedaan heeft en als dat redelijk is, is dat beter dan louter bureaucratie.” Bart Berden, lid van de Raad van Bestuur van het St. Elisabeth Ziekenhuis, aarzelt geen seconde als hij zijn kwaliteitsprincipes uiteen zet. Met 3400 professionals in dienst en 160 specialisten in maatschappen wil hij in Tilburg het liefste ziekenhuis van Nederland maken. “Daar is lacherig over gedaan, maar kwaliteit draait om een combinatie van high tech én high touch. We draaien – na een 0-meting – een half jaar samen met de Universiteit van Tilburg. De patiënt speelt een hoofdrol; hij kan foto’s aanleveren over zijn ziekenhuisbezoek, we doen aan spiegelgesprekken, shadowing etc. Via deze methodiek brengen we verbeteringen aan, want we willen een innovatieve, lerende gemeenschap zijn.”**

**Bart Berden**  
**Lid van de Raad van Bestuur**  
**van het St. Elisabeth Ziekenhuis**

Berden gelooft niet in administratieve controlesystemen.

“Ik vind dat we een gekte hebben opgebouwd. Wij controleren omdat we denken dat het verstandig is, maar hebben weinig zicht op de effecten. Versta me niet verkeerd, ik ben niet tegen controle of een NIAZ-certificering. Maar bij ieder incident komen er nieuwe rituelen bij. Ik heb liever dat mensen zich verantwoordelijk voelen en zeggen; ‘we hebben goed ge-

controleerd, we hoeven niks te vervangen’. Controle leidt ook tot pervers gedrag. Ik krijg het aantal doorligmeldingen zo naar beneden door éénmalig op een droge dag te meten in plaats van het hele jaar door! Ik ben voor handen wassen. Maar laatst liet een specialist haar, door veel wassen, gekwetste handen zien. Vreselijk. Hoe meer gekwetst, hoe langer je moet wassen. Zij zei: ik was minder door te werken met wegwerphandschoenen. Prima toch.”  
“Als bestuurder loop ik regelmatig met professionals mee. Door intuïtie en door het lezen van incidentmeldingen weet je waar iets mis is. Ik ben eindverantwoordelijk, maar primair moet de professional kwaliteit en veiligheid zelf organiseren. Wij hebben interne visitaties. Mensen beoordelen elkaar, ook de Raad van Bestuur. Ik word beoordeeld door 5 eigen medewerkers. Zij willen weten wat ik doe als er brand is; als er griep uitbreekt; hoe onze afspraken met medisch specialisten zijn. Niemand is zo kritisch als mensen in je eigen huis. Naast een financiële audit maken we er ook een over kwaliteit en veiligheid. Dat doe ik met de voorzitters van de kwaliteitsraad en de medische staf. Voorheen informeerde ik zelf de toezichthouders. Nu zijn de professionals ook aan tafel.”

“Ik heb mij ook laten inspireren door een automobielfabrikant. Ja, we hebben hier Toyota-dagjes”, zegt hij lachend, “wij vertalen hun methode bijvoorbeeld door eenmaal per week gele briefjes te plakken: wat schaffen we af, wat verbeteren we. Wat blijkt: verbeteringen liggen voor het oprapen.”



*“Je maakt mensen lui met protocollen afvinken.”*

## 4 Sturing is nodig



\* K&V Kwaliteit & Veiligheid

© Twynstra Gudde, augustus 2009

### 4.1 Kwaliteit is kerntaak

Dienstverlening aan cliënten en patiënten is de kerntaak van een zorginstelling. Het is daarom een kerntaak van bestuurders om hiervoor de nodige faciliteiten te bieden. De zorgverlening, de mensen die de zorg verlenen en hun relatie met de patiënten en cliënten hebben hun voortdurende aandacht nodig.

De inzet van de Raad van Bestuur is van doorslaggevend belang voor de kwaliteit van de zorg in een instelling en de veiligheid van de cliënten en patiënten. Zijn taak is vooral:

- Een duidelijke visie hebben op kwaliteit en veiligheid vanuit het perspectief van cliënten en patiënten.
- Deze visie uitdragen en de urgentie hoog houden.

- Zorgen dat 'kwaliteit primair van de professionals' is.
- De juiste voorwaarden creëren.
- Bij verbeteracties ook gebruikmaken van de uitkomsten van patiënt- of cliëntwaarderingmetingen.
- Zorgen voor een cultuur van vertrouwen en veiligheid om leren en verbeteren mogelijk te maken.
- Zorgen dat professionals verantwoording afleggen over de aanpak en resultaten van de zorg, inclusief complicaties en incidenten.
- Tijdig en hard ingrijpen waar aantoonbaar sprake is van disfunctioneren.
- Zorgen voor adequate verantwoording naar het interne toezicht.
- Zorgen voor een adequate maatschappelijke verantwoording en verantwoording naar het externe toezicht.

### 4.2 Visie en motivatie

Om zorg van goede kwaliteit te kunnen verlenen en de veiligheid van de patiënten en cliënten te kunnen waarborgen, moet de instelling duidelijk worden aangestuurd. De bestuurder van een instelling is hiervoor eindverantwoordelijk. Hij moet 'missiegedreven' leiderschap tonen vanuit het perspectief van de cliënt of patiënt, hij moet over een duidelijke visie beschikken die hij goed over het voetlicht kan brengen en hij moet durven prioriteiten te stellen. Dit soort leiderschap is nodig om te voorkomen dat professionals in routines verzeild raken. De bestuurder moet zorgen dat ingesloten opvattingen over behandeling of begeleiding toch ter discussie blijven staan om te voorkomen dat professionals zich gelaten en vermoeid terugtrekken in hun eigen aandeel in de cliënten- of patiëntenzorg. Hij moet de *conspiracy of silence* geen kans geven. Dit betekent ook het hoog houden van professionele en intermenselijke waarden in de instelling, zodat er geen normvervaging optreedt: het geleidelijk aan steeds meer accepteren van het niet-acceptabele. Dit vraagt ook zo nodig tijdig en hard ingrijpen. Een goed voorbeeld hiervan is de wijze waarop de bestuurder van 's Heeren Loo Midden Nederland een calamiteit heeft aangepakt en omgebogen tot uiteindelijk meer professionalisering, groei van medewerkers en het stoppen van de (negatieve) publiciteit. Kern van de oorzaak van de calamiteit was een afgeleden normbesef, elkaar daarop niet aanspreken en onvoldoende professioneel handelen. Op basis van de uitkomsten van een extern onderzoek is de betreffende locatie gesloten en is een verbeterplan gemaakt dat zich richtte op alle voorwaarden voor cliëntgerichte zorg en een zelfreinigende cultuur. De medewerkers van de betreffende locatie hebben een intensieve scholing (intern) ondergaan, waarbij het accent lag op het nemen van eigen verantwoordelijkheid en elkaar aanspreken. Dit proces is vervolgens ingezet in de hele regio met een zeer positief effect. Culturele factoren die maken dat professionals die weten dat het 'niet pluis' is, maar

dit individueel en collectief niet ter discussie stellen, hoort de bestuurder samen met de professionals te doorbreken. Hoe moeilijk dat ook is. Hij moet ervoor zorgen dat kansen om de kwaliteit en veiligheid te verbeteren worden benut, dat het werk van de professionals uitdagend blijft en dat zij werkelijk goede zorg kunnen blijven leveren. Dat is in de praktijk niet eenvoudig. Het vraagt een sterke persoonlijkheid, gedegen kennis, bestuurlijke intuïtie, durf en vasthoudendheid. En persoonlijk commitment.

#### 4.3 Faciliteren van professionals

Welke voorwaarden moet een Raad van Bestuur creëren om de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid bij zijn professionals neer te kunnen leggen? Het is in ieder geval belangrijk om te zorgen voor een goede kwaliteitscultuur: vertrouwen, veiligheid, leren en openheid. Het bestuur hoort duidelijke prioriteiten te stellen en keuzes te maken die toegesneden zijn op de eigen instelling, waarbij de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid ook echt bij de eigen professionals komt te liggen. Het bestuur moet professionals ondersteunen om de verantwoordelijkheid en verantwoording werkelijk bij hen zelf te laten. Afleggen van verantwoording door de professionals aan het bestuur is daarbij vanzelfsprekend. Professionals moeten kunnen beschikken over goede informatiesystemen zonder dat ze met onnodige administratieve lasten worden opgezaagd. Het bestuur moet zorgen voor een duidelijk besturingsmodel en een duidelijke toedeling van bevoegdheden, verantwoordelijkheden en taken en moet voorkomen dat men zich verschuilt achter onduidelijkheden. Door tijdig in te grijpen als het echt mis dreigt te gaan, geeft het bestuur het goede voorbeeld.

Bestuurders in alle sectoren van de zorg geven aan hoe belangrijk het is dat zij voeling houden met de werkvloer. Naast de harde informatie over de kwaliteit en veiligheid van zorg, die steeds meer wordt ontwikkeld en die onmisbaar is, zullen goede bestuurders met name alert zijn op zogenaamde *zachte signalen*. Zachte signalen hebben betrekking op de manier waarop je kwaliteit kunt zien en voelen en hoe dit vertaald wordt naar systemen en indicatoren. Het gaat om zaken als professionele nieuwsgierigheid, bereidheid om te leren van wat er fout gaat, serieus nemen van hulpvragers, een open cultuur, teamwork, netjes georganiseerd werken, niet afschuiven maar nemen van verantwoordelijkheid, tijd nemen voor patiëntbesprekingen en intervisie, steeds willen verbeteren en het op orde houden van de bedrijfsvoering.

Bestuurders gebruiken zachte signalen om risico's tijdig te signaleren, zo nodig gericht onderzoek te doen en op basis van dit onderzoek dan ook maatregelen te nemen. Dat gaat makkelijker als de bestuurlijke structuur compact wordt gehouden, bijvoorbeeld door het aantal middenlagen te verkleinen, de invloed van staven te

beperken en de autonomie van de werkeenheden te vergroten. Die oplossingen verschillen per sector. Bijvoorbeeld de relatie tussen de 'care-bestuurder' en zijn medewerkers is er vaak een van 'stille consensus'. Dat vindt zijn oorzaak in een cultuur die op harmonie en hiërarchie berust. Daarom geven de bestuurders uit de care aan dat het cruciaal is om een goed contact te houden met de werkvloer, zodat tijdig wordt opgevangen waar risico's zijn en deze intern aan de orde gesteld kunnen worden.

#### 4.4 Intern en extern verantwoording afleggen

Een kwaliteitscultuur waarin professionals verantwoording nemen voor kwaliteit en veiligheid en daarover verantwoording afleggen aan het bestuur van de instelling, stelt bestuurders in staat om te besturen, bij te sturen en waar nodig verbeteringen door te voeren, en tegelijk ook zelf aan de Raad van Toezicht en aan de inspectie, de stakeholders en de samenleving verantwoording af te leggen. Hierbij hoort vanzelfsprekend te zijn dat de professionals de resultaten van hun kwaliteitsbeleid rapporteren aan het verantwoordelijke bestuur. Dit zijn bijvoorbeeld resultaten van verbeteracties, van intercollegiale toetsing, visitatieverslagen, gegevens over complicaties of functioneringsgesprekken. Ook het tijdig melden van samenwerkingsproblemen, potentieel disfunctioneren en andere zaken die bedreigend zijn voor de zorg voor cliënt en patiënt, stellen het bestuur in staat om tijdig zijn verantwoordelijkheid te nemen. Dit afleggen van verantwoording schept vertrouwen. Wantrouwen en controle op professionals van de kant van het bestuur zijn alleen op hun plaats als dit vertrouwen geschaad wordt. Dat speelt gelukkig maar in een zeer beperkt aantal gevallen. De ervaring leert dat dan vooral duidelijk en snel moet worden opgetreden. Een te afwachtende en omzichtige houding van collega's en bestuurders is in die gevallen vaak het echte probleem. Niet-ingrijpen waar ieder ziet dat dit nodig is, ontmoedigt de rest van de organisatie, ondermijnt de verbetercultuur en vergroot in de loop der tijd het risico op incidenten onrustbarend. Ook moet worden voorkomen dat de goeden als gevolg van incidenten onder de kwaden lijden doordat zij allemaal aan strenge controle worden onderworpen. Dat is maar al te vaak de reflex van de bestuurder en de maatschappij. Maar door zo te reageren beschadigt men al snel het vertrouwen en het commitment van de professionals, waardoor het kwaliteitsklimaat verschaalt.

**“Ik ben een groentje in de zorg, maar ik verbaas mij hoe complex de kwaliteit in de zorg wordt gemaakt. Doe het met tien indicatoren, hou het simpel. De registratiedruk is op het bizarre af. Onze groepsleiders zitten wel 2 uur administratie in te vullen. Onze geestelijk gehandicapte cliënt wil aandacht, die snapt dat niet. Maak alsjeblieft eenvoudige vragenlijsten die met een paar kruisjes zijn in te vullen.” Paul de la Chambre is nauwelijks te stuiten in zijn betoog. Hij is voorzitter van de Raad van Bestuur van 's Heeren Loo, dat verspreid in Nederland zorg aanbiedt aan 9.000 geestelijk gehandicapten. Er werken 12.000 mensen.**

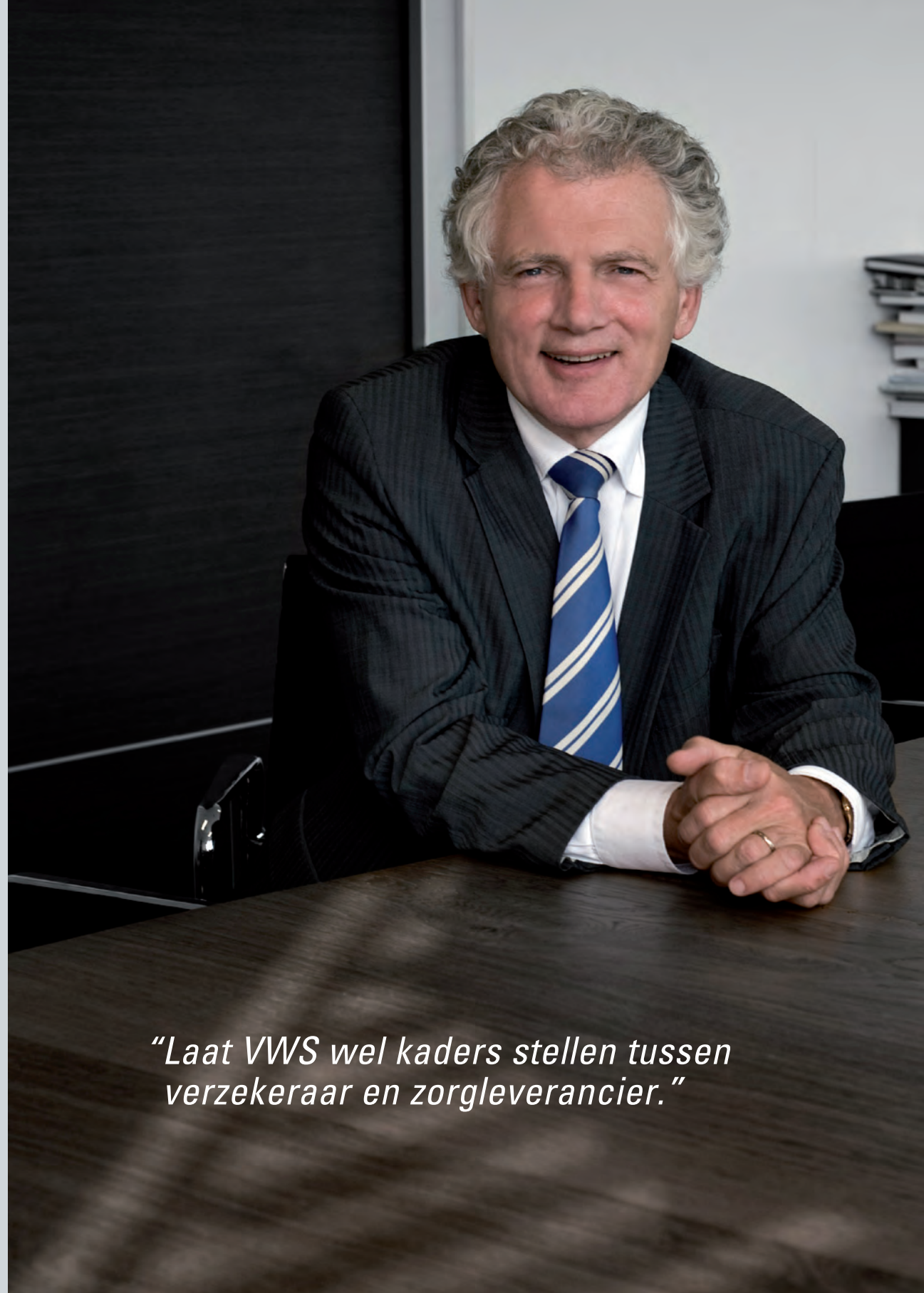
**Paul de la Chambre**  
Voorzitter van de Raad van Bestuur van 's Heeren Loo, een gehandicaptenzorginstelling

“In Noordwijk hebben wij hondenopvang en gaan cliënten, begeleid, met de honden wandelen. Kwaliteit, maar het heeft géén indicator! Wie bepaalt kwaliteit? Als ik minder valpartijen meld? Die kan ik sturen door cliënten vast te binden. Meten is belangrijk, maar meet je daadwerkelijk wat je wilt weten? Het ministerie van VWS bemoeit zich te veel met het primaire proces, door de marktwerking moeten ze dat durven los te laten.

Laat VWS wel kaders stellen tussen verzekeraar en zorgleverancier. Ik móet van de verzekeraar op kiesbeter.nl, ik móet op datum X mijn jaarverslag af hebben, anders krijg ik budgetkorting! Dat gaat te ver.” Kwaliteitsbewaking doet De la Chambre ook via werkbezoeken. “Als de huisvesting goed is, de cliënten zich lekker voelen door de zorg en aandacht, de voeding oké is en er fatsoenlijke dagbesteding is, lever ik kwaliteit. Laatst heb ik een locatie gesloten. Het was daar een afgetrapte zoi. Mijn vraag aan alle teams is: Hoe gaat het? Zaken bespreekbaar maken zit niet in onze cultuur, want mensen werken al jaren samen. Melden moet je dan leren, het helpt als de politiek dan niet meteen afstraft.”

“Wij hebben de verantwoordelijkheidsverdeling veranderd. Er is een laag tussenuit gehaald want de afstand tussen regiomanager en de cliënt was te groot. De regiomanager is nu verantwoordelijk voor 100 tot 350 cliënten. Incidenten speelden daarin een rol, bijvoorbeeld die in Ermelo waar een cliënt een medecliënt ernstig mishandelde. Vlak daarna werd ik bestuursvoorzitter. Ik ben eindverantwoordelijke, maar ik weet nu wie ik kan aanspreken op kwaliteit. Kwaliteit en veiligheid is ook een vast gespreksonderwerp bij de Raad van Commissarissen. Zij toetsen en stellen kritische vragen. Zij zijn eerder klankbord dan baas. En we geven kwaliteitsimpulsen via twee door ons gefinancierde leerstoelen.”

Het kwaliteitsdebat vindt De la Chambre belangrijk, maar het mag niet doorschieten. “Durf neen te zeggen als ouders de bedhekjes naar beneden willen. Hun kind kan stikken bij het uit bed vallen. Straks beslissen cliënten mee over grote investeringen volgens de nieuwe Medezeggenschapswet. Dat vind ik dwaas. Haal dat morgen uit het wetsvoorstel.”



*“Laat VWS wel kaders stellen tussen verzekeraar en zorgleverancier.”*

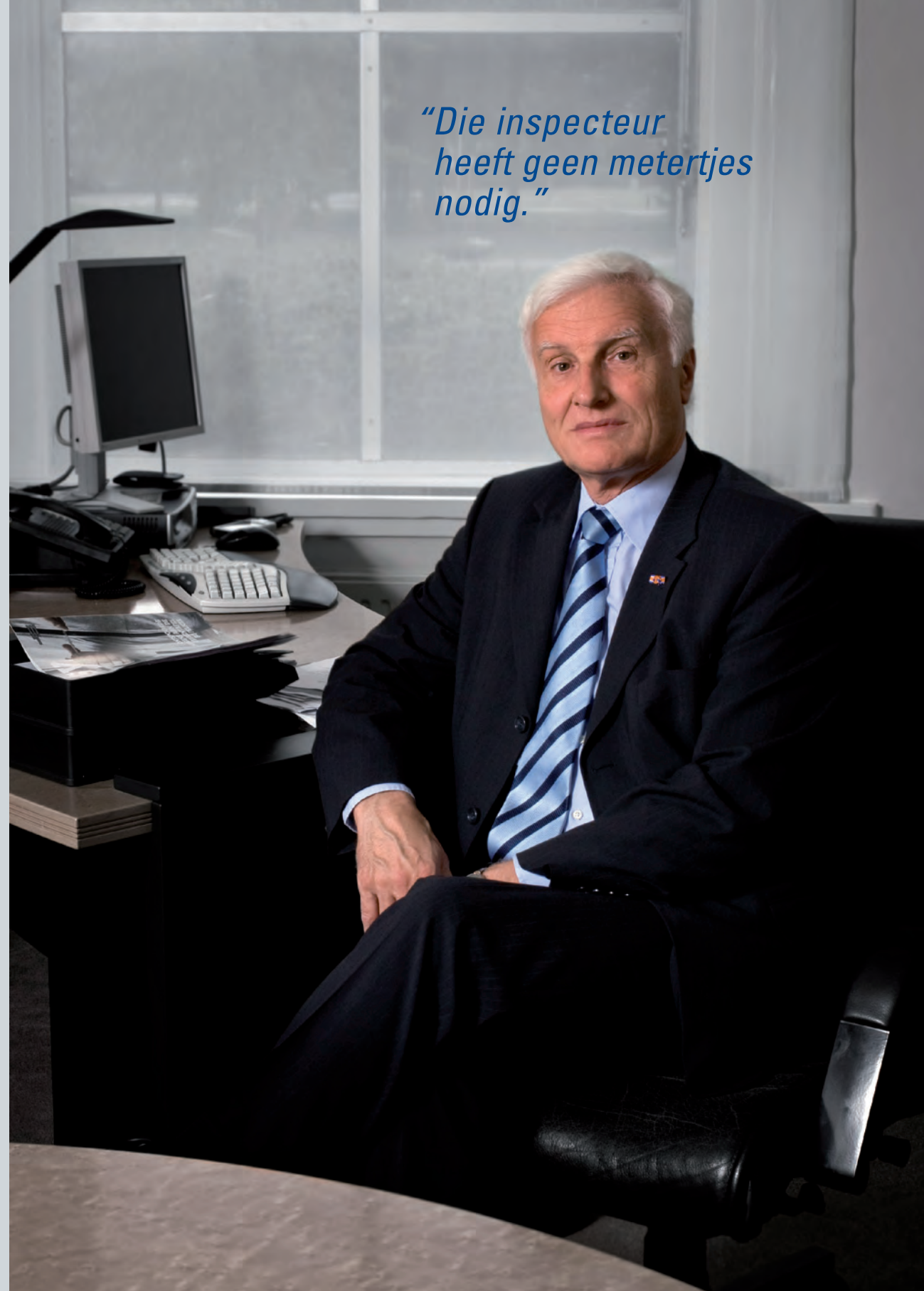
**“Als toezichthouder kijk je door de voorruit van de cockpit en niet naar alle metertjes op het dashboard. Die zijn voor het management. Ik wil de totaalsom zien.”** Ruim 45 jaar is Peter Koopman actief in de zorg. Hij begon als verpleegkundige en nu is hij directeur concernbureau bij Dimence (geestelijke gezondheidszorg). Bij Verian, de thuiszorgorganisatie vanuit Oost Veluwe, is hij 7 jaar voorzitter van de Raad van Toezicht. **“Als toezichthouder bepaal je niet de kwaliteit van de gegeven zorg; je controleert. De bestuurder geeft de koers aan. Wij kunnen hem uitdagen of bijsturen. Wij moeten de juiste vragen stellen en nagaan of discussies over kwaliteit en veiligheid plaatsvinden met de organisatie en medezeggenschapsorganen. Onze Raad van Toezicht functioneert als collectief en in plaats van 5 x komen we 10 x per jaar bijeen. Daardoor zijn we goed geïnformeerd, houden we hechting met de instelling en lopen we niet achter de feiten aan.”**

**Peter Koopman**  
**Voorzitter van de Raad van Toezicht**  
**van Verian, een thuiszorgorganisatie**

Hij was in zijn nopjes toen Verian hem vroeg. “Ik kende Verian uit mijn plaatselijke krant. Ze hadden een conflict met de verzekeraar over kraamzorg. Verian viste naast het contract, maar hield toch alle kraamverzorgers in dienst. Uiteindelijk kwam de verzekeraar met hangende pootjes terug. Bepalend is dus wie het goede personeel heeft. Die houding van Verian sprak me aan, dat duidde op visie en kwaliteit. Ik spreek zelf

van kwaliteit als iedere cliënt een professional heeft die voor hem verantwoordelijk is. Beleg die verantwoordelijkheid in de zorg niet bij een collectief.”

Hij is verontrust over de houding van politici. “Neem die brief van Klink over rekenschap die op 9 juli naar de Tweede Kamer ging. Daarin regeert angst voor fouten en stelt men vooral een Raad van Bestuur verantwoordelijk. Onzin! Als er een medewerker van ons bij iemand thuis komt, dan is die verantwoordelijk. Hou dat vertrouwen vast in de zorg. Zorgprofessionals willen trots zijn op wat ze doen. Ik hoorde laatst een expert vragen of we niet meer onderzoek moeten doen waarom het zo vaak goed gaat! Politici denken te veel vanuit de bestuurskunde. De Raad van Bestuur moet je vergelijken met een managementbureau voor artiesten. Dat bureau is niet de baas over de artiesten en wordt niet afgerekend als een artiest slecht piano speelt. Onze medewerkers zijn weliswaar geen artiesten, maar wel verantwoordelijk voor hun daden. De bestuurder zorgt voor de randvoorwaarden en wij kijken of hij dat goed doet. De politiek is nu te dicht op het primaire proces gaan zitten. Beleg die toetsing bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Net als iedere andere professional in de zorg ruikt die of iets pluis is.” En met een twinkeling in zijn ogen: **“Die inspecteur heeft geen metertjes nodig.”**



*“Die inspecteur  
heeft geen metertjes  
nodig.”*

## 5 Intern toezicht geeft vertrouwen



\* K&amp;V Kwaliteit &amp; Veiligheid

© Twynstra Gudde, augustus 2009

### 5.1 Intern toezicht professionaliseren

De aandacht voor professioneel toezicht op de kwaliteit en veiligheid van zorginstellingen is de laatste jaren enorm toegenomen. Incidenten en de maatschappelijke druk die daardoor ontstaat, maken professionalisering van het interne toezicht op kwaliteit en veiligheid noodzakelijk. Werving, selectie, opleiding en bijscholing, evaluatie, registratie en verantwoording moeten gewoon beter.

Lang niet alle Raden van Toezicht hebben het gevoel dat ze het toezicht op kwaliteit en veiligheid goed aankunnen en ervoor zijn toegerust als het écht spannend wordt. Zij vertrouwen er voorsnog op dat zij tijdig en volledig door de bestuurder worden geïnformeerd. Zij zijn vooral op zoek naar specifieke deskundigheid en toegesneden

informatie. De beroepsverenigingen van toezichthouders spannen zich hiervoor in. Maar hun aanbod is vrijblijvend en te weinig toegesneden op de eisen die specifieke situaties en niveaus van complexiteit stellen. Zo vraagt het interne toezicht op een academisch ziekenhuis andere competenties van een Raad van Toezicht dan het interne toezicht op een verpleeghuis of een gehandicaptenzorginstelling. Dergelijk specifiek onderwijsaanbod voor deze toegesneden eisen ontbreekt.

#### Specifieke deskundigheid binnen de Raad van Toezicht

Het wordt vanwege kwaliteits- en veiligheidsissues steeds meer noodzakelijk om te zoeken naar leden met een hart voor de patiënt en cliënt en visie op toezicht. Daarnaast horen in de Raad van Toezicht ook leden te zitten die kennis hebben van de sector en het primaire proces. Toezichthouden is een zeer verantwoordelijke functie, het is geen erebaantje meer en het gaat ook niet meer alleen om het sociale en bestuurlijke netwerk in de locale of landelijke politiek. De toezichthouder moet natuurlijk ook het toezicht-vak verstaan en voldoende afstand kunnen houden tot de casuïstiek en de betrokkenen.

#### Betere verantwoordingsinformatie over kwaliteit en veiligheid

Het vraagt nog veel aandacht om de werkelijke kwaliteit en risico's op instellingsniveau inzichtelijk te krijgen. De Raad van Toezicht heeft behoefte aan informatie over professionele, organisatorische en relationele kernaspecten van kwaliteit en veiligheid. Daarbij is het aan de Raad van Toezicht om prioriteiten te stellen en te zorgen dat zij de goede informatie tot zich neemt en ernaar handelt. Het kan bijvoorbeeld gaan om informatie over klachten, incidenten, calamiteiten, integriteitmeldingen, probleemafdelingen en probleemgevallen (audits). Ook wisselingen in het topkader, indicatoren uit de diverse indicatorensets, kwaliteitskaders, het Jaar-document Zorg en benchmarks horen daarbij. Daarnaast kan een Raad van Toezicht correspondentie met en verslagen en rapporten van de inspectie als informatie gebruiken. Ervaren toezichthouders zorgen er voor dat zij voor hun informatievoorziening niet alleen afhankelijk zijn van de Raad van Bestuur, maar zich breed laten informeren door bronnen in en buiten de organisatie. Goed contact houden met belangrijke stakeholders is essentieel voor goed toezicht op kwaliteit en veiligheid. Ook voor toezichthouders geldt dat ze gevoelig moeten zijn voor *zachte signalen* zodat ze weten waar ze naar moeten vragen.

#### Gevoelige balans tussen nabijheid en afstand van bestuurders

De Raad van Toezicht gaat niet op de stoel van de bestuurder zitten. De bestuurder moet de ruimte hebben om naar eigen inzicht te handelen en verdient daarbij het vertrouwen van zijn Raad van Toezicht. De Raad van Toezicht functioneert vooral als kritisch klankbord op de achtergrond. De toezichthouder kan de bestuurder er

**“We waren net gefuseerd of we hadden twee sterfgevallen in het psychiatrisch centrum in Amsterdam Oost. Dat had ik als toezichthouder niet voorzien. We constateerden al snel dat verbeteringen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg niet waren opgevolgd”, vertelt Peter van Lieshout op afgewogen toon. Hij is voorzitter van de Raad van Toezicht van Arkin een GGZ-instelling in Amsterdam en omgeving met 3.200 werknemers en ongeveer 25.000 cliënten. Natuurlijk vroeg hij zich toen af of de fusie wel juist was gewogen.**

**Peter van Lieshout**  
**Voorzitter van de Raad van Toezicht**  
**van Arkin, een GGZ-instelling**

“Bij een fusie stuur je op meetbare gegevens. Je kijkt naar de bedrijfsvoering, naar de financiën. Al snel gaat het ook over macht; wie komt in de Raad van Bestuur en dergelijke. We hebben geen instrumenten die de kwaliteit van de zorg echt meten. Er moet een beter evenwicht komen tussen klassieke parameters als financiën en kwaliteitsindicatoren. Onze werkwijze is door de incidenten niet wezenlijk veranderd, ik ben wel

alerter geworden.” Certificeringssystemen zijn voor Van Lieshout niet de oplossing om kwaliteit te garanderen. “Ik vind ze niet onzinnig, maar ze focussen sterk op het voorkomen van fouten. Dat is natuurlijk goed, maar cijfersystemen leiden snel tot strategisch gedrag. Systemen moeten gedragen worden door professionals zelf. Wil je van een 6 naar een 8 dan moet je professionals een centrale rol geven. Een bestuurder kan dat niet opleggen, wel voorwaarden scheppen. Maak kwaliteitssystemen tot onderdeel van het lerend vermogen van de organisatie. Dat bewerkstellig je door zaken als intercollegiale toetsing in te voeren en bij- en nascholing.”

Van Lieshout hanteert simpele vuistregels om de kwaliteit te achterhalen. “Als het ziekteverzuim boven de 9 procent komt, dan weet je dat het met de kwaliteit van de zorg slecht is gesteld. Je kijkt naar het verloop op afdelingen, naar patiënttevredenheid, naar de klachtenbehandeling. De Raad van Bestuur beoordeel je op het proactief agenderen; weten ze wat er speelt, hebben ze de vergadering goed voorbereid; kortom zijn ze ‘in control’. Alleen dan zullen ze adequaat acteren.”

Een toezichthouder is niet eindverantwoordelijk voor de kwaliteit. “Neen”, zegt Van Lieshout zonder aarzeling, “dat is de Raad van Bestuur. Wel moeten we door een goede samenstelling kwaliteit en veiligheid beter borgen in de Raden van Toezicht. Dat is niet wettelijk geregeld. Ik zou het niet onlogisch vinden om als samenleving randvoorwaarden te formuleren. Good governance heeft een zorgbrede code opgeleverd om integer te functioneren. Borg in een tweede ronde beter de samenstelling van de Raden van Toezicht door ervaring te eisen met financiën, met HRM, met kwaliteit in de zorg. Maak de code bovendien minder vrijblijvend door naast een financiële commissie ook een kwaliteitscommissie af te spreken. De inspectie mag die ronde wat mij betreft subtiel stimuleren en agenderen.”

*“We hebben geen instrumenten die de kwaliteit van de zorg echt meten.”*



bijvoorbeeld voor behoeden dat hij te incidentgedreven reageert of ‘machogedrag’ naar de professionals gaat vertonen. De Raad van Toezicht helpt vooral mee te zoeken naar condities die in de organisatie een veilige en lerende cultuur – gericht op structurele verbetering van kwaliteit en veiligheid – introduceren. De Raad van Toezicht treedt met name dan én duidelijk én snel op als het vertrouwen geschaad wordt.

### Gebruik maatschappelijke verantwoording

Toezichthouders zoeken een manier om bij te dragen aan het maatschappelijk vertrouwen in de instelling. Parallel aan de verslaglegging door de accountant over financiën en informatievoorziening kan een afzonderlijke audit van kwaliteit en veiligheid daaraan bijdragen.

De verplichting om in het Jaardocument Zorg verantwoording af te leggen, is volgens velen onvoldoende voor de brede maatschappelijke verantwoording die ermee wordt beoogd. Het wordt nu al teveel als een formaliteit afgedaan en leidt niet tot wezenlijk inzicht en communicatie over en weer. Dat zou verbeterd kunnen worden door bijvoorbeeld frequenter informatie op internet te plaatsen en jaarlijkse bijeenkomsten te houden met stakeholders, waaronder de patiënt- en cliëntorganisaties.

## 5.2 Zorgbrede Governance-code

De naleving en verdere ontwikkeling van de Zorgbrede Governance-code is belangrijk. In de door de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) uitgevoerde evaluatie van december 2008 staan belangrijke verbetervoorstellen, zoals het professionaliseren van het interne toezicht, de explicitering van het informatieprotocol tussen bestuurder en toezichthouder en de aanscherping van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van professionals, bestuurders en toezichthouders op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Het is sterk aan te bevelen dat de brancheorganisaties deze voorstellen uit de evaluatie voortvarend en niet langer vrijblijvend oppakken in de hernieuwde Governance-code. Toetsbare compliance aan deze (vernieuwde) governancecode is een voorwaarde voor lidmaatschap van de brancheorganisatie in de eigen sector. Deze compliance kan echter steviger worden ingevuld. Ook dat zal bijdragen aan gerechtvaardigd vertrouwen.

## 6 Horizontaal aanspreken én verticaal toezien



\* K&V Kwaliteit & Veiligheid

© Twynstra Guddé, augustus 2009

### 6.1 Verschillende verantwoordelijkheden integreren

De verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid moet terug naar waar zij hoort: bij de professionals die daadwerkelijk zorg verlenen of daarbij behulpzaam zijn. Dat vraagt veel aandacht, tijd en vasthoudendheid van alle geledingen van de zorginstelling. Allereerst van de professionals zelf die deze verantwoordelijkheid op zich nemen en er verantwoording over afleggen. Maar ook van de bestuurders die hen deze verantwoordelijkheid toevertrouwen, want zij dragen de eindverantwoordelijkheid voor het sturen op kwaliteit en veiligheid en worden daar extern op aangesproken.

De verhouding tussen professionals en bestuur is te vergelijken met een cardan-as. Een cardan-as is een onderdeel van een auto en bestaat uit twee gekoppelde assen die



niet zoals gebruikelijk in elkaars verlengde liggen maar in een hoek ten opzichte van elkaar staan. Een cardan-as brengt krachten en beweging over van het ene naar het andere uiteinde. De ‘cardan-as’ tussen professional en bestuur brengt ook krachten over, maar nu gaat het om krachten op het gebied van kwaliteit en veiligheid. De professionals vormen de horizontale as, de bestuurlijke kolom is de verticale as. De twee assen zijn gekoppeld, zijn altijd met elkaar in verbinding en bewegen nooit onafhankelijk van elkaar. De cardan-as van bestuur en professionals drijft de kwaliteit en veiligheid in de organisatie aan, waarbij de horizontale aansturing en verantwoording tussen professionals samengaat met de verticale aansturing en verantwoording van de bestuurlijke kolom.



Een cardan-as

De praktijk laat zien dat deze cardan-as niet hoeft vast te lopen in domeinstrijd, machtsstrijd, tegenwerking of gebrek aan daadkracht. In tegendeel, zij zorgt voor kracht en vooruitgang als aan een aantal voorwaarden is voldaan:

- 1 Een houding van vertrouwen, openheid en respect, waarin iedereen in de kwaliteitsketen verantwoordelijkheid neemt, vertrouwen krijgt en zich verantwoordt.
- 2 Een formele regeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, zodat iedereen weet wat van hem verwacht wordt en waarop hij aangesproken kan worden. Dit wordt ingevuld in de arbeids- c.q. toelatingsovereenkomst tussen bestuur en professional.
- 3 Een constructieve aansluiting en verbinding van ieders rol. Professionals die elkaar aanspreken weten zich gesteund door het bestuur en de Raad van Toezicht. Hun actie krijgt een duidelijke follow-up in de bestuurlijke keten. Omgekeerd kan het kwaliteitsbeleid van bestuur en toezicht rekenen op draagvlak en commitment van de professionals.

## 6.2 Koppeling in de cardan-as

Hoe functioneert deze cardan-as? Afgezien van het soms ontbreken of onvolledig zijn van duidelijke en formeel vastgelegde regelingen, ontstaan er vaak problemen die voortkomen uit de karakteristieken van de verschillende partijen en de specifieke verhoudingen tussen professionals en bestuur in de verschillende sectoren.

### Professionals – bestuurders

Zorgprofessionals hebben geleerd op hun eigen oordeel te vertrouwen. Zij hebben er vaak moeite mee zich te houden aan collectieve besluiten en elkaar aan te spreken en ter verantwoording te roepen. Er is wel een accentverschil tussen verpleegkundige en medische professionals. Verpleegkundigen zijn vanuit hun 24-uurs continuïteit van zorgverlening meer gewend om samen te werken en zorgvuldig over te dragen. Medische professionals werken meer casuïstisch en solistisch en zijn gewend snel beslissingen te nemen en handelend op te treden. Zij leren het vak aan de hand van een leermeester en daarmee blijkt het moeilijker om ingeslepen gewoonten af te leren. Voor alle professionals geldt dat beleidsbeslissingen nemen, strategische keuzen maken, over de grenzen van individuele gevallen heen kijken, innovatie organiseren, verantwoording afleggen – uitzonderingen daargelaten – niet zozeer het ambacht van de professional, maar meer het ambacht van de bestuurder van een instelling is.

### Bestuurders – professionals

De algemene reflex van bestuurders is het willen beheersen van de instelling. Zij stellen vaak hun eigen overtuiging centraal. Dit brengt een neiging om ongeduldig te zijn, competitief te reageren en door te willen drukken met zich mee. Moeite met loslaten, vertrouwen en veiligheid bieden kan daar een gevolg van zijn. Op de Bühne stellen ze zaken vaak mooier en rationeler voor dan ze zijn.

Professionals kunnen hieraan tegenwicht bieden door constructief kritisch te zijn, realistisch te blijven, mee te denken en te doen, overzicht te hebben en dus enig abstractieniveau, hun eigen oordeel in te brengen, zich betrokken te tonen en zich te willen verantwoorden.

### Interne toezichthouders – bestuurders

Interne toezichthouders mogen zich in dit veld van verschillend gearde professionals en bestuurders niet alleen verlaten op de informatie van de bestuurders. Zij zullen alert moeten blijven op *zachte signalen* uit de organisatie, het oordeel over de zorgverlening van de patiënten en cliënten in de instelling en uit de omgeving van de instelling, de rapporten en signalen van de inspectie etc. Slechts dan kunnen zij een kritisch klankbord zijn voor de bestuurders, de juiste vragen stellen en waar nodig tegenwicht bieden. Hun taak is moeilijk omdat ze daarbij niet op de stoel van de bestuurder mogen gaan zitten, maar ook niet teveel op afstand blijven.

**“Kwaliteit en veiligheid? Dat is openheid en verantwoording afleggen. Professionals geven die kwaliteit en veiligheid vorm, mede door goed te luisteren naar hun patiënten. Professionals zijn verantwoordelijk, niet een inspectie of een ministerie. De bestuurders in het ziekenhuis zijn eindverantwoordelijk.” Melvin Samsom kiest zijn woorden weloverwogen en legt kordaat zijn opvattingen over kwaliteit en veiligheid op tafel. Hij is binnen de Raad van Bestuur van het UMC St. Radboud verantwoordelijk voor patiëntenzorg.**

## Melvin Samsom


Lid van de Raad van Bestuur  
van het UMC St. Radboud

“Alles draait om de hygiëne van je afdeling. Wat ik daarmee bedoel? Een afdelingshoofd moet de kwaliteit herkennen van de professionals, maar ook hun fouten. En händel als je verbeteringen aan kan brengen. Dat vraagt om samenbindend leiderschap. Zo creëer je een veilige omgeving waarin mensen hun fouten melden. Dat doe je niet door honderden prestatie-indicatoren na te lopen. Natuurlijk moet je indicatoren hebben,

maar implementeer die niet van bovenaf. Zorg dat de professionals ze aanleveren. Laat de inspectie daar eens energie insteken en maak afspraken wanneer ze af zijn.”

Samsom trad 2 jaar geleden aan nadat het UMC St. Radboud een tijdelijke sluiting van het Hartlongcentrum achter de rug had door een aantal onnodige sterfgevallen. “De nieuwe Raad van Bestuur heeft het Radboud doorgelicht en we zijn gestart met Beter worden in het Radboud om een top-academisch ziekenhuis te zijn voor patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs. Kwaliteit doe je met vaandel dragers. Met de Raad van Bestuur en de afdelingshoofden. We hebben een tussenlaag van managers weggehaald. Professionals moeten kwaliteit en veiligheid als hun verantwoordelijkheid voelen. Richt je organisatie daarop in.” Samsom weet waar hij over spreekt. Als maag-, darm- en leverarts maakte hij een fout mee bij een endoscopie door nieuwe, niet goed ingeregelde apparatuur. De patiënt lag weken langer in het ziekenhuis. “Ik heb daarvan geleerd dat je apparatuur systematisch met collegae, assistenten en leveranciers moet bespreken. Kwaliteit en veiligheid in de keten werkt alleen als je goed met elkaar communiceert. Anders gaan er in de overdracht zaken verloren. Daar moet je dus op sturen.”

Hoe hij zelf stuurt? “Ik lees de klachten van patiënten, de decentrale incidentmeldingen, analyseer calamiteiten, bespreek de audits die door ons eigen veiligheidsinstituut, het IWKV worden gehouden. Ik laat mijn neus regelmatig op de werkvloer zien. Afdelingshoofden rapporteren rechtstreeks aan de Raad van Bestuur. Ik ben makkelijk aanspreekbaar waardoor alle professionals, van specialist tot en met onderhoudstechnicus mij sneller iets melden.” Is een eigen audit wel onafhankelijk genoeg? “Ja natuurlijk”, zegt Samsom verwonderd en gepikeerd, “je bént toch verantwoordelijk als ziekenhuis. Een externe instantie is hooguit een extra toets. Maar zorg er voor dat je je eigen huis op orde hebt.”



*“Alles draait om de hygiëne van je afdeling.”*

### 6.3 Uitdagingen per sector

#### Verpleging en verzorging

In de verpleging, verzorging en thuiszorg is vooral de beroepshouding van de professional doorslaggevend voor de geboden kwaliteit en veiligheid. Hier zien we dat professionaliteit op de werkvloer en in professionele organen extra aandacht verdient. In de eerste plaats moet worden erkend dat deze professionaliteit met betrekking tot verpleegkunde op voldoende niveau aanwezig moet zijn. De vraag is vervolgens of de professionals binnen de instelling voldoende ruimte krijgen voor eigen verantwoordelijkheid, inbreng en organisatie. En verder is het van belang dat de beroepsverenigingen hun leden voldoende inspiratie, leiding en steun bieden. Een extra probleem is hier dat veel verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden niet zijn aangesloten bij de voor hen belangrijke beroepsorganisatie.

#### Geestelijk gezondheidszorg

In de geestelijke gezondheidszorg heeft een professionaliseringsslag plaatsgevonden, maar lijkt de autonomie van de professionals te zeer ingeperkt. Dat dempt de intrinsieke motivatie om verantwoordelijkheid te nemen voor kwaliteit en veiligheid. Het probleem is verder dat de taakafbakening tussen de verschillende professies en professionals onduidelijk is. Daardoor is ook de verantwoording over ieders professionele bijdrage aan de patiëntenzorg niet goed geregeld.

#### Gehandicaptenzorg

In de gehandicaptenzorg werken professionals die deel uitmaken van goed georganiseerde beroepsgroepen. Zij zijn actief in de ondersteuning van de begeleiders en in de directe cliëntenzorg. Maar hier is ook behoefte aan een versterking van het professionele bewustzijn.

Andere professionals, zoals de begeleiders, zijn slecht georganiseerd en zijn zelden lid van een beroepsvereniging. Als professionele groep zijn ze te weinig zichtbaar, terwijl hun beroepshouding en bejegening van cliënten doorslaggevend zijn voor de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening.

#### Ziekenhuizen

In de ziekenhuissector zijn soms kwaliteit en veiligheid te veel de verantwoordelijkheid van kwaliteitsfunctionarissen geworden. Verantwoording afleggen wordt vaak ervaren als een bureaucratische plicht, terwijl het een steun in de rug is voor werkelijke kwaliteitsverbetering. Professionals, zowel artsen als verpleegkundigen, moeten hier hun verantwoordelijkheid weer zelf op zich nemen en verantwoording gaan afleggen om zodoende de kwaliteit en veiligheid van de cliënten- en patiëntenzorg te garanderen.

### 6.4 Maatwerk

De cardan-as tussen bestuurders en professionals vraagt om maatwerk. Immers, kwaliteit en veiligheid zijn mensenwerk en worden door de kwaliteit van de samenwerking, door feitelijk gedrag, bepaald. Er hoort aansturing op gedrag bij, persoonlijk meesterschap. Dat vraagt van professionals en bestuurders dat zij met respect voor elkaars rol en verantwoordelijkheid op zoek gaan naar duidelijke taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden en op die basis en niet langer vrijblijvend een sterke samenwerking opbouwen.

**“Welke informatie heb ik nodig om rustig te kunnen slapen. Dat is de kwaliteitsvraag voor bestuurders in de zorg. Ik garandeer niet dat het bij ons overal super is. Maar ik voel tijdens locatiebezoek dat de meeste medewerkers met vertrouwen en passie hun werk doen.” Aan het woord is Rob Hoogma, voorzitter van de Raad van Bestuur van Siza Dorp Groep. Met 150 accommodaties en 2.800 medewerkers een grote werkgever in Gelderland. Hoogma volgt niet louter zijn intuïtie. “Dat is te simpel. Wij werken met een kwaliteitsmanifest, geschreven vanuit de cliënt. Hoe wil hij leven, wanneer wil hij hulp, welke hulp en op welke plek. Dat leggen we vast in een ondersteuningsplan met in ons achterhoofd: zou jij als professional deze instelling aan je dierbaren adviseren?”**

**Rob Hoogma**  
Voorzitter van de Raad van Bestuur van Siza Dorp Groep, een gehandicaptenzorginstelling

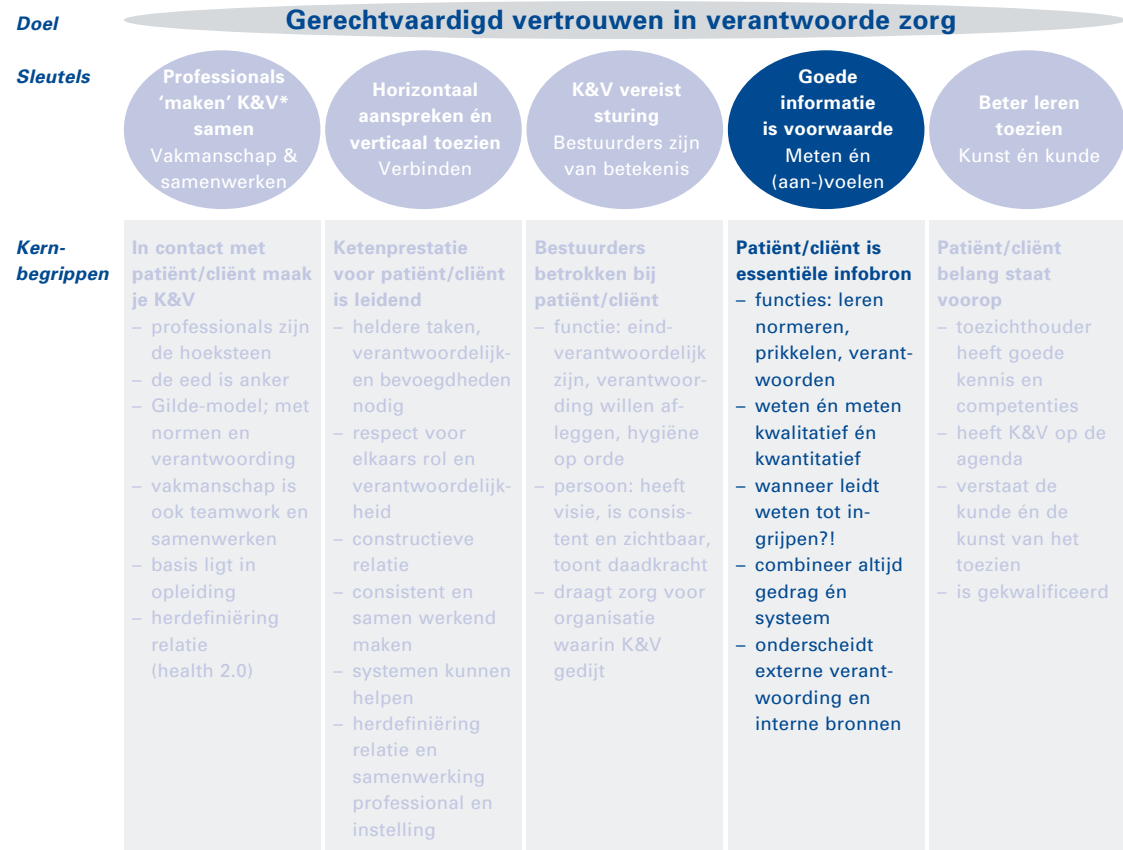
“In onze dienstverlening kan gemakkelijk iets fout gaan. Het gaat om mensen die permanent op zorg zijn aangewezen. De een wil zo gewassen worden, de ander juist niet. Er kan dan iets kleins verkeerd gaan met vaak grote gevolgen voor het individu. Toch gaat weinig echt fout. Omdat we medewerkers uitdagen hun vak bij te houden en te handelen volgens de laatste inzichten. Dat organiseren we. Zodat we onze cliënten een zo gewoon mogelijk leven kunnen geven.”

Hoogma trots: “Wij hebben een eigen aanpak ontwikkeld. Wij verzamelen informatie om oplossingen te bedenken en die info kun je ook gebruiken om je te verantwoorden. Dat is in reguliere kwaliteitssystemen als HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) gescheiden. Door onze kwaliteitsmeting komen er meteen verbeterpunten uit.” Bij Siza Dorp Groep geen CO-index vragenlijsten. Wel bevraagt Siza Dorp Groep de cliënten zelf over hun kwaliteitsbeleving van de dienstverlening als (objectiverend) onderdeel bij de bespreking van het ondersteuningsplan. We laten anderen over onze schouders meekijken. Teamleiders hanteren een toolkit, die hen helpt hun managementvraagstukken vanuit de zorgvragen van de cliënten te benaderen. Ook dat wijkt af van andere managementcursussen. “Wij doen dit allemaal zelf. Waarom zou ik een buitenstaander inhuren? Wij doen niet zomaar iets, onze aanpak wordt wetenschappelijk gevalideerd. Toen we HKZ overboord zetten, wilden verzekeraars ons bijna niet meer contracteren. Nu erkennen ze veel beter inzicht te hebben in de werkelijk geleverde kwaliteit en steunen ze onze aanpak.” Zuchtend: “Wij laten ons momenteel regeren door politici en journalisten die moord en brand schreeuwen over incidenten. En wat levert dat op? Een systeemwereld van controle en afrekenen, waardoor de echte leefwereld wordt overstemd. Ik ga voor meerzijdig verantwoording afleggen. Ik hou niet van turfsmurfen. Natuurlijk houden wij lijstjes bij hoe vaak iets mis gaat, groot of klein. Maar leg niet te veel accent op die cijfers, geef ze juist betekenis door interpretatie. Het kwalitatief beschrijven wat er in huis gebeurt en het bedenken van oplossingen is veel belangrijker.”

*“Wij werken met een kwaliteitsmanifest, geschreven vanuit de cliënt.”*



## 7 Wederzijdse informatie: de smeerolie voor de cardan-as



\* K&amp;V Kwaliteit &amp; Veiligheid

© Twynstra Gudde, augustus 2009

Instellingen hebben voor sturing harde managementinformatie nodig. Indicatoren en de informatie die kwaliteitskaders en programma's als Zichtbare Zorg opleveren, zijn niet meer weg te denken. Het is informatie die de professionals en cliënten (en hun vertegenwoordigers) in de organisatie zelf aandragen. De toepassing ervan stimuleert de interne en externe verantwoording over kwaliteit en veiligheid en helpt professionals, bestuurders en toezichthouders om die te bewaken en te verbeteren. Kort gezegd is harde informatie noodzakelijk om het huis op orde te houden.

Toch zijn kwaliteit en veiligheid niet met vaste datasets alleen te bewaken. Het dashboard van de professional, bestuurder en toezichthouder is zeer belangrijk, maar kan niet het directe zicht op de werkelijkheid vervangen. Als je vraagt 'hoe zie je dat er

kwaliteit is', antwoordt men spontaan: professionele nieuwsgierigheid, openheid om te leren en te verbeteren, serieus nemen van patiënten en cliënten en luisteren naar wat ze belangrijk vinden, een open cultuur waar teamwork en het nemen van verantwoordelijkheden bij horen, het 'huis op orde hebben' door netjes georganiseerd te werken en goede bedrijfsvoering. Er zijn veel van dit soort *zachte signalen* die de professional, bestuurder en toezichthouder helpen om de juiste vragen te stellen en gericht onderzoek te doen.

In systemen en bij indicatoren hebben deze *zachte signalen* maar een beperkte plaats. Voor een goed oordeel over de feitelijke kwaliteit en veiligheid zijn beide typen informatie nodig: zowel harde als zachte informatie. Zo is de onvolmaaktheid van het bestaan in sommige zorgsectoren een essentieel zorgaspect, dat zich moeilijk door objectieve input-, throughput- of outputinformatie alleen laat vatten.

De informatie die voor de bewaking van kwaliteit en veiligheid essentieel is, wordt verkregen door te vertrouwen op professionele en bestuurlijke intuïtie, door *zachte signalen* op te vangen, te interpreteren en daarop te reageren. Dat doen professionals en bestuurders vooral door 'er te zijn', alert te wezen op 'kleine dingen' die van grote betekenis zijn, maar ook door gericht te investeren in communicatie. Op deze wijze kunnen zachte signalen essentieel zijn om te weten waar verder moet worden doorgevraagd of nader onderzoek noodzakelijk is. Hiermee zijn de zachte signalen aanvullend op of juist een bevestiging van hardere managementinformatie.

De uitwisseling van informatie tussen professionals en bestuurders is een belangrijk aandachtspunt. Veel professionals zijn er beducht voor dat systemen en informatie die juist bedoeld zijn om in alle veiligheid van problemen te leren, ook worden gebruikt om mensen te controleren. Dat leidt tot strategisch gedrag of gebrek aan medewerking, waardoor de informatie minder bruikbaar wordt, ook voor verbetering van de zorg. Informatie uit professionele kwaliteitssystemen moet daarom niet zonder meer gebruikt worden voor intern en extern toezicht. Bestuurders en toezichthouders hebben er zelf belang bij om dit te erkennen om vandaaruit met de professionals afspraken te maken welke informatie wel en niet openbaar gemaakt wordt.

**“Welke gebeurtenis inzake kwaliteit mij heeft geraakt?” Na enig nadenken: “De komst van het Elektronisch Patiëntendossier. Toen ik als psychiater nog crisisdienst draaide en ‘s nachts een verwarde patiënt kreeg, was het fantastisch dat wij op een stand alone computer de kerngegevens hadden gezet over de bij ons bekende patiënten. Je wist snel wie je voor je had. Nu is dat geprofessionaliseerd en gestandaardiseerd en wil iedereen een EPD, toen was dat nieuw.”**

**Victor Vladár Rivero**  
Lid van de Raad van Bestuur  
van Parnassia Bavo Groep,  
een GGZ-instelling

Victor Vladár Rivero kiest weloverwogen zijn woorden. Hij zit sinds 2001 in de Raad van Bestuur van de Parnassia Bavo Groep, een grote GGZ-instelling in de Randstad met 180 locaties en 8.000 medewerkers. “Wij zijn gevierd integraal verantwoordelijk. Als zorgbestuurder heb ik de portefeuille inhoud en uitvoering van de zorg. Ik vraag mij regelmatig af waarom juist in de zorg niet alle professionals met veiligheid

bezig zijn. Dat moet gewoon zijn. Ik duik. Als er problemen zijn kent iedere duiker in de wereld de taal onder water en heeft noodsituaties geoefend. Vóór je het water in gaat checkt iedere duikschool je uitrusting, als het fout gaat raken zij hun licentie kwijt. Alles ademt veiligheid. In de zorg doen we aan afschuiven. Een lastige, psychiatrische patiënt plaatsen we bijvoorbeeld buiten het gebouw, ons niet afvragend wat de effecten zijn voor omwonenden.”

De Parnassia Bavo Groep kiest voor specialisatie, onder meer met de door PsyQ ontwikkelde behandelprogramma's voor meest voorkomende psychische klachten. Vladár Rivero: “Je hebt schaal nodig om te kunnen specialiseren en ergens goed in te worden. Om zorg en kwaliteit te borgen is in 2007 Zorgcontrol ingevoerd naast Financieel control. De zeven zorgbedrijven hebben ieder een Geneesheer-directeur die calamiteiten en klachten analyseert en bijhoudt. En er is een Concern Geneesheer-directeur. Ook heeft de directeur van het Zorgservicebedrijf, dat onder andere de centrale aanmelding en de crisisdienst doet, een borgingstaak. Bij de Concern Geneesheer-directeur en de directeur Zorgservice komt alle zorginformatie van de bedrijven samen. Zij maken daarmee de planning en control-cyclus en rapporteren aan mij. Maar het gaat niet louter om de systemen. Je hebt mensen nodig die willen leren van fouten en die de systemen willen gebruiken. Pas dan maak je echte verbeterlagen. Als bestuurder kijk je niet alleen naar data. Sturen op afstand kan niet. Je moet bij wijze van spreken de kinderen horen huilen.” Hij schuift een citaat van Simon Vinkenoog toe: Ik hoop dat mensen tot hun verstand komen en wel ontroering toelaten en emoties, want het is echt niet alleen rekenen, wegen en meten. Vladár Rivero: “Daar draait het om, dát moet de inspectie beseffen. Maak een minimalistisch systeem, meet de juiste dingen, heb geen heilig geloof in systemen en werk niet vanuit wantrouwen doch wees streng en rechtvaardig.”



*“Je hebt schaal nodig om te kunnen specialiseren en ergens goed in te worden.”*

## 8 Het extern toezicht door de inspectie

De Staat van de Gezondheidszorg 2009 is geen vrijblijvend rapport, ook niet voor de inspectie. Het probleem dat hier wordt aangekaart, is niet dat het aan goede bedoelingen of aan initiatieven ontbreekt om de kwaliteit en veiligheid in instellingen te verbeteren. Het centrale probleem is dat door ernstig falen in een (beperkt) aantal gevallen het maatschappelijk vertrouwen in de zorg in het geding is. Onderzoek van deze gevallen laat zien dat er op alle niveaus (professionals, bestuur en intern toezicht) onvoldoende verantwoordelijkheid werd genomen: dit falen beschadigt het vertrouwen in de zorg fundamenteel. Het is een breed gedeeld gevoel dat hier geen sprake is van op zichzelf staande incidenten, maar van een veel meer structureel probleem.

Als het vertrouwen evident wordt geschaad, zullen alle betrokkenen (professionals, bestuurders en interne toezichthouders, en ook de inspectie) sneller en daadkrachtiger moeten optreden. Alleen zo behoudt de sector het maatschappelijk vertrouwen dat nodig is om goed te kunnen functioneren en geconcentreerd door te kunnen werken aan structurele verbeteringen van de zorgverlening. Dit vereist een 'dubbele inzet': enerzijds continu leren en verbeteren en anderzijds tijdig en hard ingrijpen waar dit nodig is. Deze 'dubbele inzet' geldt voor professionals, bestuurders en toezichthouders binnen de instellingen, maar ook op het niveau van branche- en beroepsorganisaties en de overheid.

Uit het onderzoek is duidelijk geworden hoe de verantwoordelijkheden en bevoegdheden afzonderlijk en in samenhang moeten worden belegd en welke randvoorwaarden daarvoor nodig zijn. De belangrijkste zijn: het cliënten- en patiëntenperspectief centraal stellen, elkaar wederzijds informeren, horizontaal aanspreken en verticaal toezien. Behalve het toedelen van verantwoordelijkheden is ook het nemen van verantwoordelijkheid cruciaal met – vanzelfsprekend – ook het afleggen van verantwoording.

De vraag die opkomt is: 'gaat de inspectie haar toezicht anders inrichten?'. Het antwoord daarop is 'nee' en 'ja'.

Nee, want de inspectie blijft de toezichthouder die in opdracht van de Minister van VWS toezicht houdt op de uitvoering van de verschillende zorgwetten. De inspectie blijft meldingen en calamiteiten onderzoeken (incidententoezicht). De inspectie blijft onder meer met behulp van kwaliteitsindicatoren gefaseerd toezicht uitvoeren op die delen van de zorg waar de risico's voor de patiënt/cliënt het grootst zijn. Daarnaast blijft de inspectie thematisch onderzoek uitvoeren naar risicovolle zorgprocessen.

Ja, want dit onderzoek leert dat de inspectie ook een aantal nieuwe accenten moet gaan leggen:

- Een belangrijke les uit het rapport is dat het nemen van verantwoordelijkheid en het afleggen van verantwoording nog steeds te vrijblijvend is ingevuld. De inspectie zal haar toezicht ook richten op deze verantwoordelijkheidsverdeling binnen zorginstellingen. De inspectie zal er op toezien dat de zorgaanbieder zorg draagt voor een zodanige verantwoordelijkheidsverdeling dat dit redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg. Hierin hebben alle drie de sleutelactoren een rol: de professional, de bestuurder en de interne toezichthouder.
- Hierop sluit aan dat de inspectie nog sneller en daadkrachtiger wil optreden waar bij onderzoek van meldingen en calamiteiten en bij gefaseerd en/of (follow-up van) thematisch onderzoek blijkt dat de verantwoordelijkheidsverdeling niet goed is ingevuld of er niet naar wordt gehandeld.
- De inspectie kan haar toezicht aanpassen als de scores van zorginstellingen op kwaliteit en veiligheid goed zijn en de Raad van Bestuur haar verantwoordelijkheid aantoonbaar waarmaakt: waar de Raad van Bestuur en daarmee de instelling *in control* is. *In control* betekent voor de inspectie dat een Raad van Bestuur in staat is om knelpunten tijdig te (laten) signaleren en hierop adequaat te (laten) reageren, dat de Raad van Bestuur verantwoording aflegt, dat de professionals samenwerken en onderling op elkaar toezien en dat de Raad van Toezicht haar rol als toezichthouder invult, ook met betrekking tot kwaliteit en veiligheid.

Hiermee verwacht de inspectie haar toezicht effectiever en ook efficiënter in te kunnen zetten. De toezichtlast zal daarmee niet *meer* maar *anders* worden, nog meer gericht op waar de grootste risico's voor de patiënt/cliënt zijn.

De inspectie baseert zich bij haar toezicht op de (veld)normen die reeds bestaan ten aanzien van bestuur en toezicht op het gebied van kwaliteit en veiligheid. De inspectie zal over de verdere invulling van haar toezicht het komende jaar in overleg gaan met het veld.

De inspectie is voornemens deze Staat van de Gezondheidszorg breed te verspreiden en op basis daarvan te bezien hoe zij haar toezichtstrategie hierop beter kan inrichten:

- De inspectie wil in 2010 met veldpartijen, inclusief patiënten- en cliëntenorganisaties en zorgverzekeraars, in gesprek blijven om te bespreken wat implementatie van bestuur en intern toezicht op het gebied van kwaliteit en veiligheid inhoudt en welke veranderingen worden doorgevoerd en door wie.
- De inspectie wil in overleg over de wijze waarop zij haar toezicht hierop kan inrichten, zodat deze implementatie enerzijds wordt gestimuleerd, maar anderzijds ook niet meer vrijblijvend is.

- Op basis van het voorgaande kan de inspectie dan eind 2010 bepalen hoe zij haar wettelijke verantwoordelijkheid zal gaan invullen om toezicht te houden op ‘bestuur en toezicht van kwaliteit en veiligheid door zorginstellingen’. Immers, deze Staat van de Gezondheidszorg is ook voor de inspectie geen vrijblijvende exercitie.
- De inspectie wil ook met veldpartijen overleggen op welke wijze externe verantwoording zodanig kan worden ingevuld dat enerzijds het interne kwaliteitssysteem van professionals en zorginstellingen in een veilige cultuur van leren en verbeteren kan blijven functioneren, en anderzijds de zorginstelling wel extern verantwoording kan afleggen aan de patiënt/cliënt en aan de inspectie.
- Daarnaast zal de inspectie in voorkomende gevallen bij afwijking van de (wettelijke) normen ook harde handhavende maatregelen nemen indien die nodig zijn.

Daarnaast zal de inspectie zich ook inspannen om het gewenste gedrag van alle betrokken partijen te bevorderen door een juridisch en structurerend kader dat stimulerend, normerend en ook corrigerend vorm geeft aan wat gewenst is.

- De inspectie zal bij de Minister van VWS bepleiten de bevindingen en conclusies van dit rapport mee te nemen in zijn toekomstig beleid. Dit geldt met name voor de uitwerking van dat gedeelte van de brief aan de Tweede Kamer “Ruimte en Rekenschap voor zorg en ondersteuning” (9 juli 2009) dat over bestuur en toezicht gaat.
- De inspectie pleit bij de brancheorganisaties in de zorg bij de invulling van de nieuwe Zorgbrede Governance-code voor een minder vrijblijvende toepassing hiervan door zorginstellingen.
- De inspectie adviseert zorginstellingen de contractuele relatie met hun professionals opnieuw te bezien en zo nodig aan te passen, zodat het bestuur daadwerkelijk in staat is om zijn eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van zorg waar te maken. Dit betreft zowel de arbeidsovereenkomsten met professioneel statuut als de toelatingscontracten van vrijgevestigde professionals in alle sectoren. De inspectie zal bij de betrokken brancheorganisaties bepleiten om de onderzoeksresultaten uit deze SGZ mee te nemen bij de invulling van de landelijke modellen. Dit is in ieder geval urgent voor de sector ziekenhuiszorg wat betreft de contractuele relatie tussen enerzijds het ziekenhuis en anderzijds de medisch specialist, de vakgroep of maatschap en de medische staf.

## 9 Samen gerechtvaardigd vertrouwen verdienen

Gerechtvaardigd vertrouwen in de kwaliteit en de veiligheid van de zorg ontstaat niet zomaar. Er zijn inspanningen van alle betrokkenen en op alle niveaus voor nodig: professionals, bestuurders en interne toezichthouders, lokaal en nationaal. Op basis van het uitgevoerde onderzoek onder instellingen, het literatuuronderzoek, drie werkconferenties en een groot aantal groeps gesprekken met experts en vertegenwoordigers van branche- en beroepsorganisaties, verzekeraars en cliënten- en patiëntenorganisaties is een inventarisatie gemaakt van de inspanningen van elke partij die nodig zijn. De drie belangrijkste aanbevelingen per partij zijn:

### Professionals en hun beroepsorganisaties

- Geven niet-vrijblijvende patiënt- of cliëntgeoriënteerde aandacht aan kwaliteit en veiligheid, aan de samenwerking met elkaar, ook in multidisciplinair en ketenverband.
- Laten zich aanspreken en spreken collega's aan die onvoldoende (aantoonbaar) richtlijnen of veldnormen naleven en daarmee te weinig aandacht besteden aan kwaliteit en veiligheid en het vertrouwen schaden.
- Leggen verantwoording over kwaliteit en veiligheid af aan het bestuur van de instelling.

### Bestuurders en hun branche- en beroepsorganisaties

- Zorgen voor een duidelijke patiënt- of cliëntgeoriënteerde visie op kwaliteit en veiligheid en voor een daarop gebaseerde verdeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheden en taken op het gebied van kwaliteit en veiligheid, en organiseren het afleggen van verantwoording.
- Zorgen voor – wat verantwoordelijkheid en verantwoording betreft – aangescherpte individuele arbeids- en toelatingsovereenkomsten, professionele statuten en overeenkomsten met maatschappen en medische staven.
- Zorgen voor aanscherping en naleving van de Governance-code en hanteren niet-vrijblijvende toelatingseisen voor het lidmaatschap van de brancheorganisaties.

### Interne toezichthouders en hun beroepsorganisaties

- Zorgen voor een adequate professionalisering van het patiënt- of cliëntgeoriënteerde toezicht door passende werving en selectie van toezichthouders, opleidings- en bijscholingsprogramma's, en evaluaties.
- Richtten het toezicht op kwaliteit en veiligheid specifiek in (onder meer informatie-protocol, inhoudelijke deskundigheid toezichthouders, agendering, audits).
- Zorgen voor een ruimhartige maatschappelijke verantwoording van het toezicht op kwaliteit en veiligheid.



### **Clënten- en patiëntenorganisaties**

- Geven mede invulling aan een samenwerkingsrelatie tussen patiënt of cliënt en professional.
- Ondersteunen cliënten en patiënten in het geven van informatie over kwaliteit en veiligheid en blijven het belang benadrukken van hun feedback over de kwaliteit en veiligheid van de zorg.
- Dragen bij aan en stimuleren protocollering en normering van kwaliteit en veiligheid voor specifieke doelgroepen en kwaliteitsonderwerpen (zoals bewoners in de gehandicaptenzorg en diabetespatiënten).

### **Zorgverzekeraars**

- Gebruiken bij de zorginkoop waar mogelijk de door professionals in samenwerking met patiënten-, cliënten- en brancheorganisaties ontwikkelde indicatoren (en voorkomen waar mogelijk wildgroei).
- Stimuleren het landelijk ontwikkelen van richtlijnen en normen voor verantwoorde zorg en faciliteren naleving hiervan bij de contractering van zorg.
- Stimuleren het afleggen van verantwoording door professionals, bestuurders en toezichthouders door eisen voor kwaliteit (veiligheid, effectiviteit, tijdigheid, patiënt/cliëntgerichtheid en doelmatigheid) op te nemen in de contractuele verplichtingen.

### **Overheid**

- Zorgt voor een goede afstemming van alle inspanningen van betrokkenen op het gebied van kwaliteit en veiligheid (voorkomt 'bestuurlijke drukte', draagt zorg voor effectiviteit van inspanningen, voorkomt wildgroei).
- Stelt eisen aan de kwalificatie van bestuurders en toezichthouders.
- Scherpt wetgeving aan betreffende verantwoordelijkheden en afleggen van verantwoording (WTZi, Wet BIG, Kwaliteitswet zorginstellingen, WCZ) en vermijdt daarbij onnodige (detail)regelgeving.

### **Inspectie voor de Gezondheidszorg**

- Gaat met het veld in gesprek over de aanbevelingen in dit rapport om te komen tot niet-vrijblijvende afspraken tussen veld en inspectie over het interne en het externe toezicht en baseert zich hierbij op de hoofdlijn: risicogestuurd toezicht op de daadwerkelijke zorgverlening met extra accent op de verantwoordelijkheidsverdeling tussen professional, bestuurder en toezichthouder in zorginstellingen.
- Richt haar toezicht minder intensief en/of extensief in daar waar de kwaliteit van zorg op orde is en de verantwoordelijkheidsverdeling goed functioneert en treedt snel en daadkrachtig handhavend op daar waar blijkt dat de zorg niet op orde is of waar de verantwoordelijkheidsverdeling voor de borging van kwaliteit en veiligheid niet goed geregeld is of functioneert.

- Vertrouwt er op (en toetst dat ook) dat alle betrokkenen hun verantwoordelijkheid nemen en zo een niet langer vrijblijvende bijdrage leveren aan een 'gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg'.

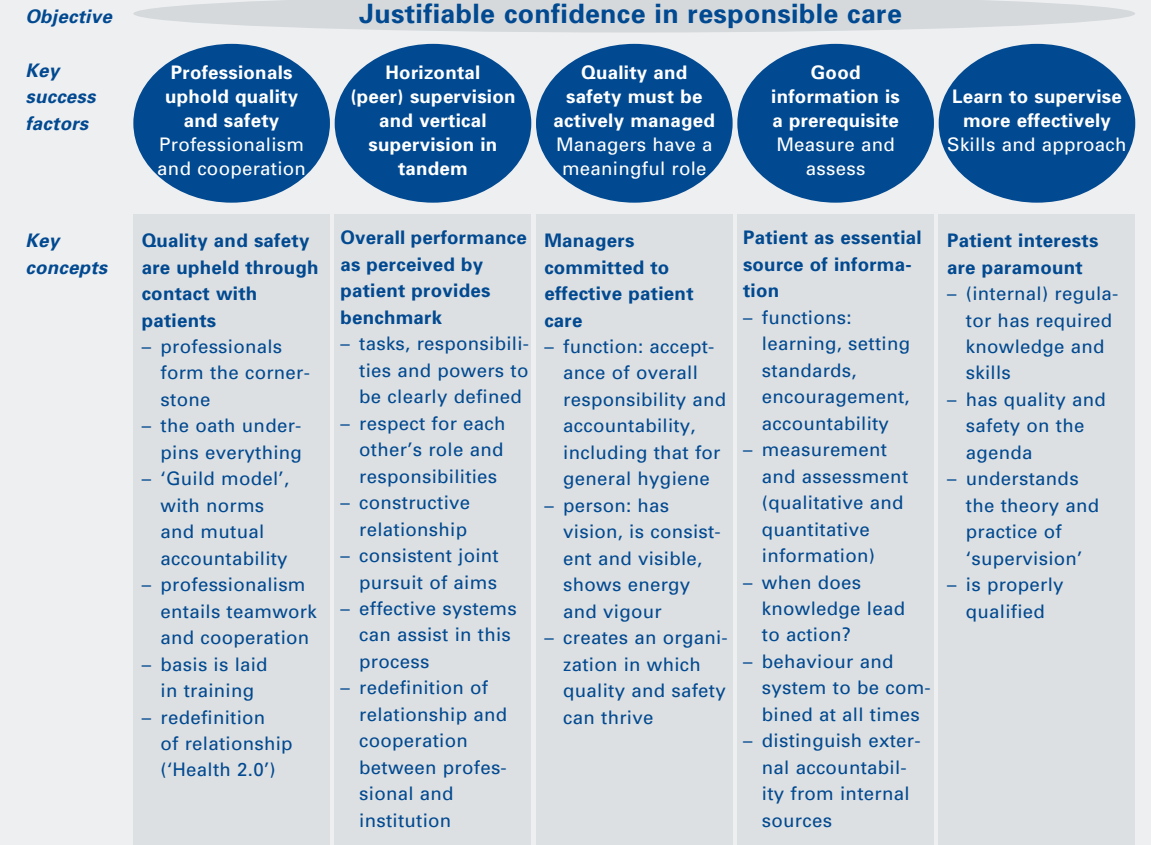
## SUMMARY

The patients of health care institutions should be confident that the services they receive are safe and of high quality. This is not always the case, as illustrated by the reports of (serious) incidents received by the Health Care Inspectorate. In many instances, investigations reveal that responsibilities have not been adequately defined, assigned or accepted. Some professionals still regard self-regulation as an 'optional extra'. Managers have not embraced responsibility for quality and safety as a core task, whereupon there is inadequate supervision and internal regulation. This situation must be rectified in order to preclude further adverse effects for patients and the erosion of public confidence in the health care sector as a whole.

There are some health care institutions which do indeed demonstrate a high level of quality and safety. They have accepted that certain measures must be in place at all times and can no longer be regarded as 'a matter of choice'. The results of an extensive study conducted by the Health Care Inspectorate in association with Twynstra Gudde reveal a number of factors which contribute to the success of these institutions:

- 1 Professionals have accepted operational responsibility for quality and safety. They work together effectively and consider themselves answerable to each other and to management.
- 2 Managers have accepted the maintenance of quality and safety to be part of their core task. They encourage the development of professional skills, provide appropriate facilities and set a good example.
- 3 Supervisory Boards actively monitor the quality and safety of their institutions' services and provide public accountability in the form of annual reports, etc.
- 4 The coalescence of professional and managerial responsibilities creates added value which serves to ensure that both sides can meet their respective obligations.
- 5 Meaningful quantitative and qualitative information, including that derived from patients themselves, is used to facilitate cooperation.

The overall objective is to create public confidence in responsible care, and to ensure that such confidence is fully justified. The study has identified five key success factors, as shown in the summary below.



© Twynstra Gudde, August 2009

The study was conducted among institutions which are regarded as good models to follow, as well as those which have recently experienced serious incidents from which lessons have been learned. Both the best practices and the lessons can be of use to others. The study collected and collated the practices and lessons, which were then assessed in three working seminars and a number of expert group meetings attended by representatives of professional organizations, health insurers and patient associations. The institutions involved in the study have a clear message for their counterparts elsewhere: *accept your responsibilities!*

Doing so is clearly in the patient's interests, particularly if institutions come to view quality and safety from the patient perspective. It is, after all, the patient who directly experiences the advantages and disadvantages of the approach adopted. However, the institutions themselves also have a vested interest, since only in a climate of justifiable confidence will society allow them to regulate their own affairs.

Justifiable confidence in the quality and safety of health care services will not develop automatically. Effort is required on the part of all concerned: professionals, managers, and internal regulators. Some input is also required on the part of patients, health insurers, the government and the Health Care Inspectorate.

**Professionals** provide the care services. The basis of all activities must be the professional (Hippocratic) oath, translated to form binding agreements with regard to responsibilities, accountability, good cooperation, compliance with guidelines, protocols and other applicable norms, and peer supervision. It is extremely important that professionals are able to hold each other to account if quality and safety are at risk. **Managers** also have a very significant role. They hold overall responsibility for the quality and safety of the care services provided by their institution. That responsibility can only be fulfilled within a fully effective system in which tasks and responsibilities are delegated in an appropriate manner, and in which due accountability is demanded from all. It is managers who determine the level of ambition and who create the safe and well-equipped environment in which the professionals are able to provide and improve quality and safety.

**Internal regulators** act as a sounding board for senior management, ensuring that the Board of Management or Board of Directors is able to fulfil its responsibilities. Professional supervision with due regard for the quality and safety of care services is a prerequisite of public confidence.

**Patients** should assume an active role in the provision of health care services. They can provide useful feedback with regard to quality and safety, and the division of responsibilities, as seen from their perspective.

**Health care insurers** can enhance quality and safety by imposing certain requirements for (the improvement) of quality, safety, effectiveness, efficiency, prompt provision of services and patient focus, as part of their contracts with health care institutions.

**The government** creates the preconditions of the entire health care system and, by means of legislation, defines the responsibility and accountability for quality and safety within that system.

The Health Care Inspectorate is to devote particular attention to the division of responsibilities between professionals, managers and (internal) regulators in its risk based supervision of health care services. The Inspectorate may opt to apply less intensive supervision where the quality of care is seen to be at an appropriate level and responsibilities have been assigned in an effective manner. Conversely, it will apply closer supervision and will take prompt and effective action where this is not the case, i.e. where responsibility for quality and safety is not adequately defined or where the measures taken are not functioning effectively.

The full report concludes with a summary of the three interventions by each actor which the Inspectorate considers to be most important.

The recommendations offered in this State of Health Care report will be pursued by means of binding legislation, codes of conduct and formal agreements. The Inspectorate regards all such instruments to be 'field norms' and the basis on which it conducts its assessment of the division of responsibilities with regard to quality and safety. The norms applied by the Inspectorate during its supervisory and regulatory activities will be based on these field norms. The precise form of the supervisory norms will be subject to consultation with the field during the months ahead.

## BIJLAGE 1 Opmachtformulering Projectgroep SGZ-2009

### Inleiding

De Raad van Bestuur (RvB) van zorginstellingen is er verantwoordelijk voor dat de patiënt/cliënt verantwoorde zorg ontvangt (Kwaliteitswet zorginstellingen). Over invulling van deze verantwoordelijkheid en over de resultaten hiervan voor de patiënt/cliënt legt de RvB verantwoording af aan de Raad van Toezicht (RvT) en aan de maatschappij, waaronder ook aan de inspectie.

De inspectie vult haar toezichthoudende taak in via reactief toezicht (onderzoek van meldingen/calamiteiten) en door proactief onderzoek te doen of de zorginstelling verantwoorde zorg levert en voldoet aan voorwaarden voor het leveren van verantwoorde zorg. Nadruk ligt daarbij op de meest risicovolle processen en de zorg voor de meest kwetsbare patiënten/cliënten.

Via dit externe toezicht op de interne verantwoordelijkheid van het bestuur (intern toezicht) draagt de inspectie bij aan "gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg".

Er is de laatste jaren toenemend aandacht voor het functioneren van dit interne toezicht in de zorgsector. Dit blijkt uit de zorgbrede governancecode, opgesteld door de brancheverenigingen (2005), de gedragscode voor de goede bestuurder van de NVZD<sup>[2]</sup> en de code voor de toezichthouder van de NVTZ<sup>[3]</sup>. Ook in landelijke rapporten en adviezen wordt de verantwoordelijkheid van het bestuur (RvB-RvT) voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg in het primaire proces benadrukt: Rapport Willems: "Hier werk je veilig of hier werk je niet" (2004), de rapporten van de IGZ en de Onderzoeksraad voor de Veiligheid over Radboud (cardiochirurgie, 2007) en Almelo (brand in de OK van het Twenteborg Ziekenhuis, 2008) en andere thematische onderzoeksrapporten van de inspectie in de verschillende sectoren van de zorg.

Hoe geeft de Raad van Bestuur invulling aan haar verantwoordelijkheid voor het functioneren van het primaire proces en de resultaten hiervan voor de patiënt/cliënt en hoe legt zij hierover intern en extern verantwoording af? Wat is hierbij de rol/verantwoordelijkheid van de professionals? Komen de hiervoor noodzakelijke bevoegdheden van de RvB overeen met deze verantwoordelijkheid? Hoe houdt de RvT hier toezicht op? Onder welke voorwaarden kan de inspectie voldoende vertrouwen op dit interne toezicht van de RvB?

### Relevantie voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg/aanleiding

Het functioneren van het bestuur van een zorginstelling is een belangrijke "voorwaarde voor verantwoorde zorg". Alleen als het bestuur zijn verantwoordelijkheid adequaat invult en hierover ook verantwoording aflegt kan de inspectie erop vertrouwen dat het "interne toezicht" goed functioneert. Op dit vertrouwen is de werkwijze van extern toezicht door de inspectie gebaseerd. Uit het onderzoek naar aanleiding van meldingen/calamiteiten en ook uit de resultaten van haar thematische onderzoeken blijkt keer op keer dat Raden van Bestuur (RvB) problemen ervaren over de wijze waarop zij invulling moeten geven aan hun verantwoordelijkheid voor sturing op kwaliteit en veiligheid van zorg. De focus lijkt nog te vaak en te veel te liggen op andere (ook belangrijke) zaken, zoals financiën, productie, strategische positie. Het is in dit kader ook de vraag wat de Raad van Toezicht (RvT) vanuit haar verantwoordelijkheid verlangt van de RvB. Waarop wordt uiteindelijk een RvB afgerekend? De verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid blijkt te vaak gedelegeerd aan de professionals (die dat overigens vaak ook opeisen) en de eerstelijns leidinggevenden, zonder dat hiervoor de noodzakelijke voorwaarden zijn geschapen en zonder dat intern hierover verantwoording wordt afgelegd via periodieke rapportages. Ook de zeggenschap van de RvB over professionals en de zwakke positie van de RvB, wanneer de professionals het beleid niet steunen, is een belangrijk punt van (bezorgde) aandacht.

[2] NVZD: Nederlandse Vereniging van Bestuurders in de Gezondheidszorg

[3] NVTZ: Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorginstellingen

Dit complex van factoren acht de inspectie zorgelijk, te meer daar uit onderzoek steeds weer blijkt dat beleid, verbetering en borging van kwaliteit en veiligheid van zorg ook bepaald worden door de wijze waarop het leiderschap van de zorginstelling hieraan prioriteit en invulling geeft.

De inspectie wil in het licht van deze problematiek *in nauw overleg met de betrokken veldpartijen en experts* duidelijkheid scheppen over deze essentiële "voorwaarde voor verantwoorde zorg". Op deze wijze ontstaat er voor alle partijen inzicht wat met betrekking tot de sturing van kwaliteit en veiligheid van de zorg redelijkerwijs de verantwoordelijkheid is van de professional, de leidinggevenden, Raden van Bestuur en Raden van Toezicht, hoe zij daar invulling aan moeten geven, hoe zij hierover verantwoording moeten afleggen en waar zij op kunnen worden aangesproken.

### Doelstelling van de SGZ 2009: "Sturen op kwaliteit en veiligheid".

Het samen met professionals, bestuurders en toezichthouders van zorginstellingen bespreken op welke wijze zij het sturen van kwaliteit en veiligheid door professionals, leidinggevenden, Raad van Bestuur en Raad van Toezicht kunnen verbeteren en het zo nodig met hen ontwikkelen van ideeën en handvatten hoe dat in praktijk te brengen.

### Werkwijze

Het gaat in dit SGZ-project met nadruk alleen om de verantwoordelijkheid van de professionals, de leidinggevenden en de RvB en RvT met betrekking tot sturen op kwaliteit en veiligheid van de zorg voor patiënten/cliënten.

Formeel geformuleerd (vanuit de Kwaliteitswet zorginstellingen): de verantwoordelijkheid van de RvB/RvT voor het scheppen van de noodzakelijke voorwaarden voor verantwoorde zorg, het leveren van verantwoorde zorg door de zorginstelling, en het afleggen van verantwoording hierover.

Achtereenvolgens zullen worden uitgevoerd:

- 1 Literatuurinventarisatie wat er bekend is over (normstelling met betrekking tot) het functioneren van Raden van Bestuur en Raden van Toezicht, en de problemen die ze daarbij ondervinden.
- 2 Overleg met ter zake kundige experts over aanleiding, probleemstelling, rol van de inspectie, doelstellingen, vraagstelling, aanpak en te verwachten resultaten/eindproducten.
- 3 Invitationaal met betrokken brancheorganisaties, stakeholders en experts met als doel de rol van de inspectie, doelstellingen, vraagstelling, aanpak en eindresultaten te toetsen en tegelijk ook draagvlak te creëren voor dit SGZ-project.
- 4 Onderzoek (laten) doen naar het functioneren van professionals, leidinggevenden, Raad van Bestuur en Raad van Toezicht, in vijf zorgsectoren. Dit onderzoek is niet zo zeer inventariserend als wel vooral bedoeld als interventie om vanuit de Inspectie de discussie verder te stimuleren over de wijze waarop kwaliteit en veiligheid van de zorg beter kunnen worden ge-/bestuurd. Het gaat daarbij ook om het analyseren van voorbeeldsituaties, inventariseren van ideeën en instrumenten, ontwikkelen van nieuwe ideeën en handvatten, enz.
- 5 Opstellen eindrapport met aanbevelingen en dit rapport volgens de gebruikelijke procedure vaststellen en aanbieden aan de Minister.

### Te verwachten eindresultaten/eindproducten

Aan het einde van dit SGZ-project is het volgende bereikt:

- Analyse van de rol van professional, leidinggevende, bestuur en toezicht in een aantal casus van de inspectie (niet goed functionerende) in:
  - De ziekenhuizen
  - De geestelijke gezondheidszorg
  - De gehandicaptenzorg
  - De verpleging en verzorgingshuizen
  - De zorg thuis

- Analyse van de stand van zaken aan de hand van good practices binnen dezelfde sectoren:
  - Overzicht van alle lopende initiatieven en instrumenten inzake bestuur en good governance met betrekking tot kwaliteit en veiligheid
  - Op grond van voorgaande een specifiek op de vijf sectoren toegespitste set van kritische succes- en faalfactoren en aanbevelingen voor verbetering.
  - Aanbieden van goede ideeën en nuttige instrumenten
  - Binnen de Inspectie vormen van een beeld hoe de Inspectie hier vanuit haar rol verder in kan stimuleren, maar zo nodig ook in kan handhaven.

Daarmee wordt de SGZ in feite een kwalitatieve nulmeting en een interventieonderzoek. Deze kan zodanig worden uitgewerkt dat per aspect het fundament voor toekomstige signalering van de voortgang en implementatie wordt gelegd.

#### **Werkwijze**

Opdrachtgever: Inspecteur-generaal

Opdrachtnemer: Hoofdinspecteur Curatieve Gezondheidszorg

#### *Interne projectgroep*

Het project SGZ-2009 wordt uitgevoerd door een interne IGZ-projectgroep. Deze projectgroep is verantwoordelijk voor uitvoering van het project, het bereiken van de doelstellingen, het bewaken van de deadlines, het tussentijds rapporteren aan de opdrachtgever.

De projectgroep wil graag 1 of twee experts vragen voor snelle consultatie en toetsing.

#### *Interne klankbordgroep*

Periodiek (eenmaal per 2 maanden) zal overleg plaatsvinden met een interne klankbordgroep. Deze klankbordgroep geeft gevraagd en ongevraagd advies over de aanpak, (tussen)resultaten, eventuele dilemma's, enz. Deze interne klankbordgroep bewaakt ook het focus van dit project en bewaakt de IGZ-brede aanpak. De interne klankbordgroep adviseert de interne projectgroep.

## **BIJLAGE 2 Een chronologisch overzicht van de activiteiten**

### **Invitational conference 1**

*Datum:* 28-10-2008

*Doel:* Verkrijgen van inzicht in rol en visie van genodigden op het gebied van bestuur en toezicht op kwaliteit en veiligheid

*Genodigden:* Experts, Branche- en beroepsorganisaties, zorginstellingen

*Aantal deelnemers:* ca. 60.

### **Onderzoek**

*Door:* Inspectie voor de Gezondheidszorg in samenwerking met Twynstra Gudde

*Doel:* Kwalitatief, participatief onderzoek naar goed bestuur en toezicht in de vier zorgsectoren (verpleging, verzorging & thuiszorg; gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuiszorg). Het onderzoek vindt plaats in 14 instellingen. De instellingen zijn geselecteerd omdat ze hetzij bekend staan als goede voorbeelden in de sectoren hetzij recent door een dal gegaan zijn en lessen hebben geleerd. Er zijn circa 80 gesprekken gevoerd met professionals, Raden van Bestuur en Raden van Toezicht

*Looptijd:* november 2008 - mei 2009

De volgende instellingen zijn bij het onderzoek betrokken:

#### *Gehandicaptenzorg*

's Heeren-Loo Midden Nederland

Siza Dorp Groep

JP vd Bent stichting

#### *Geestelijke Gezondheidszorg*

Arkin

Parnassia Bavo Groep

GGZ Breburg

#### *Verpleging, verzorging en thuiszorg*

Sabina van Egmont

Cordaan

Frankelandgroep

Thuiszorg Verian

#### *Ziekenhuizen*

UMC St. Radboud

Twenteborg Ziekenhuis

St. Lucas Andreas Ziekenhuis

Elizabeth Ziekenhuis

**Invitational conference 2***Datum:* 18-05-2009*Doel:* Bespreken en aanvullen van onderzoeksresultaten, bepalen hoe het vervolgtraject zal zijn en discussiëren over de rol van de inspectie hierbij.*Genodigden:* Geïnterviewden uit het onderzoekstraject.*Aantal deelnemers:* ca. 60.**Gesprekken met stakeholders***Periode:* augustus en september 2009*Doel:* Voorleggen bevindingen en conclusies en discussiëren over de betekenis van deze bevindingen voor de genodigden. Verkennen welke acties reeds genomen zijn en nog genomen zullen worden.

Daarnaast verkennen welke rol de inspectie daarbij kan vervullen.

Vertegenwoordigers van de volgende organisaties zijn uitgenodigd voor deze gesprekken:

*Branche- en beroepsorganisaties*

- Brancheorganisaties in de Zorg (BoZ)
- Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad in Nederland (CG Raad)
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)
- Landelijke Beroepsvereniging Verzorging en Zorgprojecten (Sting)
- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
- Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen en Nederlands Instituut van Psychologen (NVO/NIP)
- Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorginstellingen (NVTZ)
- Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (NVVP)
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Orde van Medisch Specialisten
- Vereniging van bestuurders in de Gezondheidszorg (NVZD)
- Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde en Sociaal Geriaters (Verenso)
- Verpleegkundigen en Verzorgende Nederland (V&VN)

*Patiënten- en cliëntenorganisaties*

- Kans Plus Belangennetwerk Verstandelijk Gehandicapten
- Landelijk Platform GGz (LPGGz)
- LOC Zeggenschap in de zorg
- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
- Platform VG

*Zorgverzekeraars*

- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

**Expertmeeting***Datum:* 10-09-2009*Doel:* Voorleggen van bevindingen en discussiëren over de betekenis van deze bevindingen voor uitvoerders van zorg en inspectie.*Aanwezig:*

prof. dr. Roland Bal

mw. drs. Cathy van Beek MCM

prof. dr. Bart Berden

mw. prof. dr. Didi Braat

mw. dr. Antoinette de Bont

prof. dr. Tom van der Grinten

drs. Th.P.M. Schraven

**Invitational Conference 3***Datum:* 24-09-2009*Doel:* Voorleggen bevindingen en discussiëren over invulling door verschillende betrokkenen.*Genodigden:* Geïnterviewden uit het onderzoekstraject en genodigden door hen en door de IGZ van andere zorgorganisaties. Vertegenwoordigers van branche- en beroepsorganisaties, patiënten- en cliëntenorganisaties en zorgverzekeraars. Experts op het gebied van Governance.*Aantal deelnemers:* ca. 200.

Interviews

**Maria Henneman,  
Maria Henneman Media  
Management bv**

Grafisch ontwerp

**Faydherbe/De Vringer,  
Den Haag**

Opmaak

**Faydherbe/De Vringer  
en Heleen van Haaren,  
Den Haag**

Fotografie

**Caren Huygelen, Delft**

Fotografie omslag

**Bart Versteeg, Den Haag**