



Zienderogen Beter

Gids voor intern toezicht op kwaliteit van zorg

door

Wergroep Kwaliteit nvtz
2014



Werkgroep Kwaliteit nvtz

Alita Hidding

Anneke de Widt-Nieuwenhuizen

Cordula Wagner

Dick Kaasjager

Frits Barneveld Binkhuysen

Jan Gerrits

Marius Buiting (directeur nvtz)

Marjolein Dijs

Pim Breebaart

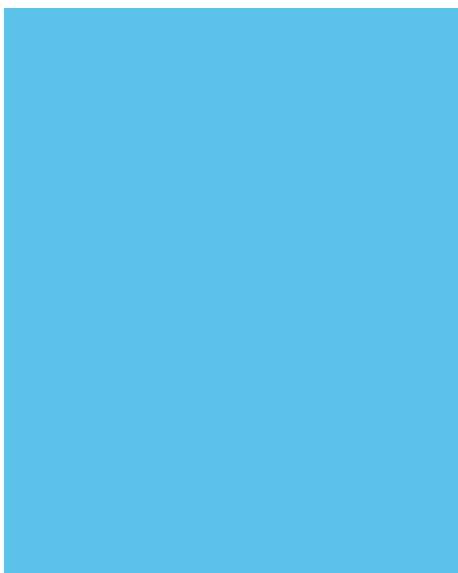
Willem den Hartog

Henk den Uijl (ambtelijk secretaris nvtz)

nvtz Nederlandse Vereniging voor Toezichthouders in Zorg en Welzijn
www.nvtz.nl

© 2014

Bij gebruik van de inhoud van dit rapport de bron vermelden.



Kijken en Zien

Er is een groot verschil tussen **kijken** en **zien**
Kijken doe je van een afstand, **zien** is intiem
Kijken doe je naar iets of iemand
Of je nu naar de televisie **kijkt**
Of op je horloge of door een sleutelgat
Je blijft een toeschouwer

Als je **ziet** daarentegen ben je met iets of iemand
Het is deel van je bestaan
Je **kijkt** naar een zonsopgang of je **ziet** hem
Je kunt naar het licht **kijken**
Maar het is toch iets heel anders als je het **ziet**

Ieder mens heeft het vermogen om te **kijken** en te **zien**
Maar veel mensen geven er de voorkeur aan vooral **kijkend** door het leven te gaan
Dat is niet verwonderlijk, want het is riskant om te **zien**
Als je iets echt **ziet**, heeft dat consequenties voor je bestaan
Terwijl je **kijkend** buiten schot kunt blijven

Daarom zijn de **kijkcijfers** hoog
En zijn er maar weinig **zieners**

Hans Korteweg

Inhoud

Kijken en Zien	5
Voorwoord Marius Buiting, directeur NVTZ	9
Inleiding	10
Deel I -Reflectie op kwaliteit van zorg en intern toezicht	13
• Dimensies van kwaliteit	14
• Aspecten van kwaliteit	14
* Statische en dynamische kwaliteit	14
* Meetbare en merkbare kwaliteit	16
* Relationele, professionele en organisatorische kwaliteit	17
* Relationele kwaliteit	17
* Professionele kwaliteit	18
* Organisatorische kwaliteit	18
* Conclusie	20
• Toezicht op kwaliteit	21
* Toezicht houden op kwaliteit en kwaliteitsontwikkeling	22
* Reflectief evenwicht	22
* Patronen herkennen	24
* Theorie en praktijk	26
* Verhouding toezichthouder en bestuurder	27
* Verhouding toezichthouder en externe omgeving	28
* Concluderend: Gerechvaardigd vertrouwen en toegevoegde waarde	29

Deel II – Instrumenten voor toezicht op kwaliteit	31
• Inleiding bij instrumenten	32
* Overzicht instrumenten	34
• Instrumenten voor toezicht op kwaliteit	
* Reflectief evenwichtig informatieprotocol	35
* Periodieke indicatoren in ziekenhuizen	36
* Periodieke indicatoren care	38
* Systeem- en regelcheck	40
* Kwaliteitsevaluaties, accreditaties en keurmerken	41
* Mystery Guest	42
* Bespreken bestuurlijke dilemma's	43
* Verhalen in de boardroom	44
* Cultuursignalen van kwaliteitsrisico's	45
* Spiegelgesprekken	46
* Moreel beraad	47
* De Miniatuur	48
* De aanspreekbare toezichthouder	50
* De Belanghoudersdag	51
* Looprondes (WalkRounds™)	52
* Speeddaten	55
* Opsporen van kritische succesfactoren (KSF)	56
• Literatuur	57

Voorwoord Marius Buiting, directeur NVTZ

De NVTZ is blij u deze gids over toezicht op kwaliteit voor te mogen leggen. Bijna zonder uitzondering zijn in Raden van Toezicht in de zorg- en welzijnssector commissies Kwaliteit & Veiligheid actief, of zijn er leden van de Raad van Toezicht met een gelijknamig aandachtsgebied. Deze trend is de afgelopen jaren ingezet. We hopen met deze gids de hele Raad van Toezicht, maar met name deze specifieke commissies of leden, te ondersteunen in hun werk.

De kunst wordt om als Raad van Toezicht niet dingen over te doen die in de organisatie al gebeuren, maar om waarde toe te voegen die uiteindelijk ook merkbaar is op het niveau van de patiënt of cliënt. Met dat als vertrekpunt zijn er ook enkele vraagstukken te benoemen die de komende jaren ingevuld dienen te worden.

Het eerste vraagstuk is hoe een toezichthouder zijn toezicht invult vanuit allereerst de waarneming, en pas daarna vanuit het papier. De vraag is hoe waarnemingen in de organisatie en confrontaties met de dagelijkse praktijk in de boardroom gebracht kunnen worden, en kunnen leiden tot een goede dialoog over de vraag of men een gerechtvaardigd vertrouwen heeft in de kwaliteit van zorg.

Het tweede vraagstuk is hoe de veelheid aan kwaliteitssystemen, die meestal gericht zijn op externe verantwoording, kunnen worden teruggebracht tot een balans tussen interne reflectie en externe verantwoording. Dit governance vraagstuk is voor zowel de Raden van Bestuur als voor Raden van Toezicht één van de thema's voor de komende jaren. Deze gids kan u wellicht tot inspiratie zijn om deze vraagstukken te bespreken en in te vullen in uw Raad van Toezicht.

Voor nu wens ik u veel leesplezier, en vooral ook een doorwerking in uw handelen toe.

Marius Buiting

Inleiding

Van raden van toezicht wordt in toenemende mate gevraagd om in hun toezicht meer aandacht te geven aan kwaliteit van zorg. Verschillende (politieke) adviezen, wetenschappelijke publicaties¹ en het toezichtkader van de Inspectie voor de Gezondheidszorg stellen de Raad van Toezicht verantwoordelijk voor goed toezicht op kwaliteit van zorg.

Heeft mijn zorgorganisatie grip op kwaliteit en kwaliteitsontwikkeling? Een vraag waar veel raden van toezicht mee worstelen als ze iets willen weten over de kwaliteit in hun zorgorganisatie. Er zijn zo veel gegevens beschikbaar, en toch hebben veel raden van toezicht het gevoel dat ze er de vinger niet achter kunnen krijgen.

Daarnaast is in het kwaliteitsdenken in de zorg een aantal verschuivingen waar te nemen.² Dit heeft enerzijds te maken met toenemende politieke druk op het zorgstelsel, meestal ingegeven vanuit een dominant financieel perspectief. Anderzijds komen vanuit het veld geluiden dat veel mensen verstrikt raken in externe en interne systemen en regels. Met name zorgprofessionals, cliëntenorganisaties en politieke partijen³ laten het geluid horen dat er een 'andere wind' moet gaan waaien. Tegelijkertijd zien we ook allerlei succesvolle zorgorganisaties opkomen, die hun besturing fundamenteel hebben veranderd, en die er klaarblijkkelijk goed in slagen om via nieuwe besturingsmechanismen een hoge kwaliteit van zorg te realiseren⁴.

Deze twee elementen, de ontwikkelingen in de zorg en het interne toezicht daarop dat nog in de kinderschoenen staat, vormen samen het uitgangspunt van deze gids.

Dit betekent dat veel van wat hier beschreven wordt gaat over de *besturing* van zorg. Daarmee willen we niet zeggen dat de toezichthouder op de stoel van de bestuurder moet gaan zitten. Wat het wel betekent is dat de toezichthouder er op moet toezien dat

¹RVZ, 2009; RMO, 2012; IGZ, 2009; Goodijk, 2012; Minderman, 2012, 2013

²Er wordt gesproken over derde generatie kwaliteitsdenken, waarin er een verschuiving plaats vindt van een beheersingsparadigma naar een waardenparadigma. Zie o.a. Hardjono et al, 2012 en Reichling et al, 2013.

³Zie bijvoorbeeld de websites www.venvn.nl en www.npcf.nl. Verder wordt in de partijprogramma's van vrijwel iedere politieke partij verwezen naar deze 'nieuwe wind'.

⁴Stereotype is Buurtzorg Nederland, maar er zijn steeds meer zorgorganisaties die op zoek zijn naar meer zelfsturing. Zie voorbeeld www.invoorzorg.nl en het lustrumboek van de NVTZ 'Spiegelbeelden'.

de besturing van zorg 1) vraaggericht, 2) doelmatig en doeltreffend⁵ en 3) gericht is op kwaliteitsontwikkeling. Bestuurders geven zelf ook aan dat het besturen van kwaliteit van zorg een nieuwe impuls kan gebruiken, maar ook zij weten nog niet precies hoe dit in te vullen. Als raden van toezicht willen we mee- en tegendenken met de bestuurders.

Deze gids bestaat uit twee delen. Het eerste deel betreft een reflectie op wat kwaliteit van zorg is, en hoe de Raad van Toezicht hierop toezicht kan houden. Het tweede deel bevat een reeks instrumenten die een Raad van Toezicht kan toepassen in haar situatie.

De **nvtz** heeft toezicht op kwaliteit hoog op de agenda staan. We zijn van mening dat als raden van toezicht naar kwaliteit gaan kijken, zoals in deze gids beschreven, ze waarde kunnen toevoegen aan de besturing van zorg. Ieder bestuur zit ingeklemd tussen interne en externe stakeholders. Het bestuur stelt zich actief op in een groot sociaal netwerk en is daardoor ook sterk gebonden. Een goede toezichthouder voegt daaraan toe dat hij voortdurend blijft toezien op de belangrijkste waarden van de organisatie. Hij let er op dat het bestuur in al zijn besluiten die waarden als doorslaggevend sturingscriterium hanteert. Goed toezicht op kwaliteit van zorg maakt het mogelijk voor de bestuurder om de zorginstelling elke dag een beetje mooier, leuker en beter te maken. Daarom ook de titel: 'Zienderogen Beter'.

**Deel I -
Reflectie op kwaliteit van zorg
en intern toezicht**

Dimensies van kwaliteit



In dit deel bespreken we wat kwaliteit van zorg is, en wat dit betekent voor intern toezicht. De bedoeling is niet om een alomvattend kwaliteits- of toezichtbeeld neer te zetten, maar om uw opvattingen over wat kwaliteit is en hoe u daar toezicht op kunt houden, te verbreden en wellicht meer diepte te geven.

Er zijn conceptueel gezien twee algemeen geaccepteerde definities van kwaliteit van zorg. De eerste is van het Institute Of Medicine (IOM) en onderscheidt: veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, efficiency en toegankelijkheid. De tweede definitie, van de Foundation of Accountability (FACCT), verwoordt kwaliteit als: gezond blijven, beter worden, leven met ziekte of handicap, omgaan met het eind van het leven. Deze definities gelden voor deze gids als achtergronddefinities. Op basis hiervan wordt een drietal onderscheidingen besproken.

De eerste is het onderscheid tussen statische kwaliteit en dynamische kwaliteit. De tweede tussen meetbare en merkbare kwaliteit. De derde is het onderscheid tussen relationele, professionele en organisatorische kwaliteit⁶. Ze lopen min of meer in elkaar over, en ze zijn niet altijd gemakkelijk te scheiden. Maar door ze conceptueel te scheiden kan er meer inzicht ontstaan in verschillende aspecten van kwaliteit.

Aspecten van kwaliteit

Statische en dynamische kwaliteit

Een bekende auteur op het gebied van denken over kwaliteit is R.M. Pirsig. Hij schreef in zijn filosofische romans 'Zen en de Kunst van het Motoronderhoud' en 'Lila' een

⁶ N.a.v. Baart, 2011 en Van Heijst, 2005.

STATISCHE KWALITEIT

Kwaliteit die te definiëren is, zoals gewoontes, regels of ideeën.

uitvoerige zoektocht naar de betekenis van kwaliteit. Pirsig zegt dat kwaliteit in principe niet te definiëren is, maar om er beter inzicht in te krijgen onderscheidt hij statische en dynamische kwaliteit, beide noodzakelijk aanwezig

in kwaliteit. Statische kwaliteit is dood, conserverend, behoudend, meestal achteruit kijkend en gebaseerd op gewoonte. Dynamische kwaliteit heeft een hogere (morele) waarde dan statische kwaliteit. Deze kwaliteit gaat over verandering, ongewisheid, het scheppen van nieuwe werelden, het verbeteren van huidige praktijken en het ontdekken van nieuwe ideeën. Dynamische kwaliteit heeft wel statische kwaliteit nodig om te kunnen blijven bestaan.

Wij menen dat bij het evalueren van zorg vaak voornamelijk wordt gedacht in termen van statische kwaliteit. Veel meetinstrumenten worden niet gebruikt om de kwaliteit te ontwikkelen, maar om verantwoording af te leggen.

Interne regelgeving is er minder op gericht om professionals beter in staat te stellen hun werk goed te doen, maar meer om de idee te krijgen dat het management 'in control' is. Jarenlang is er gedacht dat het objectief meten als ultiem instrument helpt in het verbeteren van kwaliteit. Maar hierin lijkt men teleurgesteld.

Het zoeken naar statische kwaliteit is op zich niet verkeerd. Sterker nog, om nieuwe wijzen van werken te bestendigen zal men op deze kwaliteit moeten sturen; denk bijvoorbeeld aan minimumnormen voor kwaliteit. Waar het om draait is dat er een neiging bestaat om kwaliteit *uitsluitend* te definiëren en te sturen via regelsystemen, accreditaties en indicatoren; statisch dus. Dit zorgt ervoor dat er verminderde aandacht is voor

DYNAMISCHE KWALITEIT

Kwaliteit die niet te definiëren is, maar wel de belangrijkste vorm van kwaliteitsontwikkeling is.



dynamische kwaliteit. Juist deze dynamische kwaliteit helpt ons om de zorg ‘zienderogen beter’ te maken en om leren mogelijk te maken.

Meetbare en merkbare kwaliteit

De dynamische kwaliteit definieert kwaliteit in termen van dienstverlening die tot stand komt tussen mensen. Dit levert daardoor unieke kwaliteit op; ieder mens is anders, heeft een eigen verhaal met vreugde en leed. In de ontmoeting met de andere mens ontstaat een relatie die uniek, en daardoor maar gebrekkig te meten is⁷. Sommige kwaliteit is alleen te *merken*. Merkbare kwaliteit wordt ‘opgemerkt’ met zintuigen: zien, voelen, ruiken, horen, luisteren.

De wijze waarop we het woord *meten* vandaag de dag invullen is sterk cultureel bepaald. Met name de opkomst van de logisch-positivistische wetenschapsopvatting is daarin dominant. Daarbij gaat men er, kort gezegd, vanuit dat echte kennis alleen kan worden verworven door het wetenschappelijk of objectief vaststellen van wetmatigheden. Dat wat niet objectief kan worden gemaakt, is ook geen echte kennis. Deze stroming ging over van de natuurwetenschappelijke hoek naar de sociale wetenschappen, waaronder de bedrijfs- en bestuurswetenschappen.⁸

In de loop van de twintigste eeuw is er al veel kritiek geleverd op deze denkwijze, maar toch heeft deze opvatting aan terrein gewonnen. Dit geldt bijvoorbeeld ook voor het kwaliteitsdenken in de zorg, waarbij er over het algemeen pas gesproken wordt over goede of slechte kwaliteit als we dit aan de hand van vooraf opgestelde objectieve kwaliteitscriteria hebben gemeten en vastgesteld. Ook in de bestuurskamer en politieke arena lijkt dit denken dominant geworden. Dit moet doorbroken worden. Het gaat er om balans te vinden tussen meetbare en merkbare kwaliteit. Zorgverlening levert een geheel eigen dynamiek en complexiteit op. Het is van belang dat er ruimte is voor dit ‘merkbare’ aspect. Regelsystemen en bureaucratie die uitgaan van louter objectiviteit kunnen er



⁷Als we spreken over meten denken we al snel aan cijfers en statistiek. Het woord meten is qua oorsprong echter veel ruimer dan dat. Meten is etymologisch gerelateerd aan het woord mediteren (‘meditari’), wat overpeinzen, bestuderen en overwegen betekent. Cijfers kunnen daar een hulpmiddel in zijn, maar het ligt voor de hand dat er vele andere manieren zijn om iets te meten.

⁸Voor een toegankelijke analyse zie bijvoorbeeld Tomáš Sedláček – Economie van Goed en Kwaad

gemakkelijk toe leiden dat de kwaliteitsaspecten tussen mensen worden genegeerd. Dat gevaar is er voor zowel professionals als bestuurders.⁹ Het is daarom van belang naast *meetbare* kwaliteit ook en vooral te letten op *merkbare* kwaliteit.

Relationele, professionele en organisatorische kwaliteit

We onderscheiden in de komende paragraaf relationele, professionele en organisatorische kwaliteit.

Relationele kwaliteit

Kwaliteit van zorg heeft alles te maken met mensen en hoe ze zich tot elkaar verhouden. Er is sprake van kwetsbaarheid, asymmetrie en tevens van dood, pijn en de ongemakken van het leven. De kwaliteit van zorg is daardoor grotendeels afhankelijk van hoe er met

zorgvragers *als mensen* wordt omgegaan, en ook hoe de werknemer als mens wordt

gezien. Kwaliteit van zorg gaat niet alleen om het vermijden of verminderen van kwetsbaarheid, maar gaat ook over de erkenning dat mensen kwetsbaar zijn en dat we daar in de zorg betekenis aan geven.^{10 11}

Weet de zorgvrager zich gehoord? Is er een mogelijkheid om relaties op te bouwen

RELATIONELE KWALITEIT

De aandacht die er is voor mensen als mensen, in kwetsbaarheid en afhankelijkheid.

Gastvrijheid is een mooi voorbeeld van hoe relationele kwaliteit in de zorg werkt. In een goed georganiseerde gastvrije zorg stelt de mens de andere mens op zijn gemak door hem te laten voelen dat hij een gewenste gast is en wordt gerespecteerd als mens met zorgen en wensen.

⁹Baart & Carbo, 2013

¹⁰Baart & Carbo, 2013

¹¹Van Heijst, 2005



tussen zorgvragers en zorgverleners, of zien ze ieder uur een andere professional? Ervaren patiënten, cliënten, bewoners onze huizen als gastvrij? Is er tijd en ruimte voor professionals om mensen *als* mensen te benaderen? Zien ze elkaar als meer dan functionele componenten? Dit gaat ook over de verhoudingen tussen professionals onderling, en tussen professionals en leidinggevendenden.

Professionele kwaliteit

Deze kwaliteit gaat met name over het professionele aspect van zorg.¹² Afhankelijk van de zorgsituatie is dit in meerdere of mindere mate verweven met de hiervoor beschreven relationele kwaliteit. De kijkoperatie aan de meniscus ligt minder dicht bij relationele kwaliteit dan gesprekken over het levenseinde, en toch is er in beide gevallen sprake van professioneel handelen. In deze relatie staat de zorginhoudelijke vraag van de zorgvrager centraal en het professioneel behandelen of ingrijpen als reactie daarop. Hierbij is het van belang dat de professional de tijd neemt om te begrijpen wat er aan de hand is. Een toegewijde professional leeft veiligheidsprotocollen na. Richtlijnen en protocollen helpen hem, maar iedere specifieke situatie heeft een eigen interpretatie nodig.

PROFESSIONELE
KWALITEIT
De kwaliteit van de
professionele
handeling van
zorgverlener tot
zorgvrager

Organisatorische kwaliteit

De twee hiervoor besproken kwaliteiten kan men beschouwen als de bedoeling van een zorgorganisatie. Deze bedoeling, in institutioneel verband, moet echter wel te realiseren zijn. De kwaliteit is hier dat men op steeds slimmere wijze middelen aanwendt die voortvloeien uit de bedoeling.¹³ Met name de verbinding tussen middelen (interventies,

¹²Het woord professioneel is afgeleid van profesie en betekent een 'toezegging van toewijding' (aan bijvoorbeeld een bepaald beroep, een orde of God).

¹³nvtz, 2012, Profiel Toezichthouder Zorg 2.0.2.0



geld, protocollen, structuur) en waarden zijn belangrijk. Het komt regelmatig voor, dat op het moment dat er middelen worden aangewend men al is vergeten wat de waarden zijn van waaruit men wil handelen.¹⁴ Hier gaat het ook om afstemming. Hoe goed zijn zorgpaden op elkaar afgestemd? Wat weten de professionals van elkaar en hoe worden patiënten overgedragen? Hoe werkt een team samen?

Organisatorische kwaliteit is een voorwaarde voor de hierboven genoemde kwaliteiten. Organisatorische kwaliteit kan daarom de relationele en professionele kwaliteit versterken of verzwakken. De structuur en cultuur van de organisatie kan immers de mogelijkheid frustreren om de mens voor wie wordt gezorgd als *mens* te zien.

Bovendien kan door veel bureaucratie de professionele zorg zijn doel voorbij schieten en kunnen financiële prikkels de organisatie onder spanning zetten.

Het is van belang om deze drie aspecten van kwaliteit – relationeel, professioneel en organisatorisch – integraal te benaderen. Als één van de drie ontbreekt, of niet in orde is, zal dit van invloed zijn op alle aspecten van kwaliteit. Ze zijn bovendien met elkaar verweven en niet altijd gemakkelijk te onderscheiden.

ORGANISATORISCHE KWALITEIT

De aanwending van de beschikbare middelen in relatie tot de kernwaarden van de organisatie



Conclusie

Het kwaliteitsdenken in de zorg heeft zich de laatste decennia sterk toegelegd op statische en meetbare kwaliteit.

Statische kwaliteit richt zich op gewoontes, verantwoording en dingen blijven doen zoals ze gaan. De zorg heeft behoefte aan meer aandacht voor dynamische kwaliteit; hoe kunnen we het beter, anders of mooier doen?

Meetbare kwaliteit richt zich op het aggregeren van meetgegevens om iets te kunnen zeggen over de algemene kwaliteit. Kwaliteit laat zich echter niet vangen in alleen meetbare gegevens. Het is daarom van belang meer nadruk te leggen op merkbare kwaliteit; dat wat alleen met de zintuigen kan worden 'opgemerkt'.

Verder hebben we drie aspecten van kwaliteit onderscheiden, namelijk relationele, professionele en organisatorische. Het is van belang om deze drie aspecten in samenhang te evalueren.

Deze beschouwingen op kwaliteit laten mogelijk een ander licht schijnen op hoe de Raad van Toezicht kijkt naar kwaliteit van zorg.

Verantwoordelijkheid Raad van Toezicht volgens IGZ (2011, p. 18, 19)

De Raad van Toezicht:

* Houdt toezicht op de wijze waarop de Raad van Bestuur haar eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid aantoonbaar waarmaakt vanuit het belang van de patiënt/cliënt.

* Werkt met betrekking tot haar verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid volgens de BoZ-Governancecode volgens het 'pas toe of leg uit' principe.

* Hanteert als leidend principe het belang van de patiënt of cliënt.

* Grijpt zo nodig in als dat voor de borging van de kwaliteit of veiligheid van de zorg noodzakelijk is.

* Heeft zicht op de risico's in de patiëntenzorg en op klachten, incidenten en calamiteiten.

* Is geïnformeerd over wat speelt in de organisatie onder leidinggevenden, professionals en patiënten/cliënten.

* Kwaliteit en veiligheid is binnen de Raad van Toezicht expliciet belegd.

* Voert jaarlijks gesprekken met elk van de leden van de Raad van Bestuur over het functioneren met betrekking tot kwaliteit en veiligheid.

* Legt extern verantwoording af over haar functioneren in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording, inclusief haar eigen rol met betrekking tot kwaliteit en veiligheid.

Toezicht op kwaliteit

Er is verschil tussen toekijken en toezien, zoals het gedicht aan het begin van deze gids verwoordt. Van raden van toezicht in zorg en welzijn wordt gevraagd dat zij toezicht houden op de kwaliteit van zorg. De IGZ rekent hen daar ook volgens het toezichtkader Kwaliteit en Veiligheid op af.¹⁵

Toezicht houden op kwaliteit is voor veel raden van toezicht een relatief nieuw fenomeen. Raden van toezicht geven aan dat het lastig is om grip te krijgen op de materie. De afstand tot de dagelijkse gang van zaken, in ruimte en in tijd, wordt als belemmerend ervaren. Aan de andere kant is er toch een veelheid aan informatie beschikbaar over de kwaliteit van zorg. Al snel ziet men door de

¹⁵IGZ, 2011, Toezichtkader Bestuurlijke Verantwoordelijkheid voor Kwaliteit en Veiligheid

bomen het bos niet meer. In dit hoofdstuk worden de meest essentiële functies van intern toezicht op kwaliteit besproken. Namelijk dat toezicht op kwaliteit:

- Gaat om het doordringend analytisch en empathisch kijken naar wat de kwaliteit en kwaliteits-ontwikkeling is, op alle niveaus en met betrekking tot alle drie de genoemde kwaliteiten, waarbij toch voldoende afstand in acht wordt genomen.

Toezicht houden op kwaliteit en kwaliteitsontwikkeling

De Raad van Toezicht kan niet alles weten, gezien zijn positie, rol en beschikbare tijd. Dat is ook niet de bedoeling; informatie verzamelen is geen doel op zich. De kunst van toezicht houden op kwaliteit is om precies die dingen te zien of te doen waardoor men een *gerechtvaardigd* vertrouwen heeft in de kwaliteit en kwaliteitsontwikkeling van zorg.

Reflectief evenwicht

De huidige informatievoorziening bij veel raden van toezicht is in twee opzichten eendimensionaal. De eerste is dat de Raad van Toezicht het leeuwendeel van haar informatie vergaart bij monde of pen van de bestuurder, in de context van de bestuurskamer. De tweede is dat de inhoud van de informatie sterk cijfermatig en abstract is (statisch en meetbaar).

De kunst van het toezicht houden is, dat men verschillende soorten informatie raadpleegt, en kijkt hoe deze zich tot elkaar

Het recente IGZ rapport over het VUmc (2013) kaart dezelfde punten aan als deze gids. De raad van toezicht ging te weinig zelfstandig de organisatie in om op de hoogte te blijven. Daarnaast wordt er gesproken over het ontbreken van een leercultuur in de organisatie.



verhouden. Deze methode wordt ook wel het zoeken naar een ‘reflectief evenwicht’ genoemd¹⁶: het beoordelen van situaties kan alleen goed worden gedaan als men verschillende soorten analytische methoden hanteert.

Deze methode kan als invulling worden gezien van de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg van toezichthouders.

Kwaliteitsaspect/ Soort informatie	Relationele kwaliteit	Professionele kwaliteit	Organisatorische kwaliteit
Statisch en/of meetbaar	Tevredenheidsonderzoek	Aantal vermijdbare sterfgevallen	Beschikbaar investeringsvermogen
Dynamisch en/of merkbaar	Meekijken moreel be- raad	Veiligheidsrondes	Gesprekken met professionals over hand- lingsruimte

We kunnen het reflectief evenwicht en toezicht op kwaliteit weergeven in een tabel: In de tabel geven we een aantal voorbeelden van verschillende soorten informatie. (In deel 2 van deze gids, met praktische instrumenten, werken we deze tabel verder uit). Als de methode ‘reflectief evenwicht’ wordt gebruikt, gaat men na in hoeverre de methoden waarmee men informatie verzamelt verdeeld zijn over de tabel. Hoe meer verdeling, hoe

¹⁶ N.a.v. Goodman, 1983



REFLECTIEF
EVENWICHT
Oordeel vormen op
basis van
verschillende
soorten informatie

beter men tot een reflectief evenwicht kan komen. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat de bovenste rij erg goed gevuld is (meetgegevens, verslagen en rapporten), en de onderste rij niet (bezoeken, gesprekken). Of men heeft vooral veel informatie uit de tweede en derde kolom (professioneel en organisatorisch) en maar weinig uit de eerste (relationeel). Door dit in een tabel weer te geven kan men in het opstellen van een informatieprotocol op zoek gaan naar een reflectief evenwicht in de informatie-voorziening.

Patronen herkennen

Vervolgens kan er gewogen worden wat de informatie weergeeft. We noemen dit het 'herkennen van patronen in waarnemingen'. Dit gebeurt op twee manieren. Het eerste is het uitstellen van het oordeel, het tweede is het vergelijken van de observaties en waarnemingen op basis van consistentie, coherentie en congruentie.

Oordeel uitstellen en dilemma's bespreken

Het uitstellen van het oordeel en het hebben van een onderzoekende houding is van vitaal belang voor de toezichthouder. Dit geldt zowel voor gesprekken met de bestuurder en het bekijken van cijfers, als voor het spreken met werknemers en patiënten of cliënten. Pas na verloop van tijd, en na het vergelijken van verschillende vormen van informatie kan men tot een gewogen 'oordeel' komen over de kwaliteit van zorg. Het is belangrijk om het oordeel uit te stellen omdat we, als we op zoek zijn naar kwaliteit, niet alleen op zoek zijn naar een bepaalde *status*, maar naar *kwaliteitsontwikkeling*. Dit laat zich niet in één waarneming zien.

Als het gaat over kwaliteit van zorg en de besturing daarvan stuit men al snel op allerlei dilemma's. Dit kunnen morele dilemma's zijn: hoe gaan we om met levenseindevragen,



kwaliteit van leven in relatie tot risicobeheersing en aansprakelijkheid? Het kunnen ook bestuurlijke dilemma's zijn: moeten we personeel ontslaan, afdelingen splitsen? De Raad van Toezicht kan als geen ander bijdragen aan discussies over deze dilemma's, vanwege haar afstand en onafhankelijkheid. De bestuurder moet deze dilemma's dan wel voorleggen, en de Raad van Toezicht moet er expliciet naar vragen. Juist bij het bespreken van dilemma's is het belangrijk om het oordeel uit te stellen en goed te onderzoeken hoe het dilemma in elkaar steekt. Hier zit een belangrijke toegevoegde waarde van het intern toezicht. Andersom zou de Raad van Toezicht vraagtekens kunnen plaatsen bij een Raad van Bestuur die weinig dilemma's deelt.

Het vergelijken van observaties en waarnemingen

Consistentie

CONSISTENTIE
VAN
INFORMATIE
Eén soort informatie laat een stabiel patroon zien

Het eerste patroon zegt iets over hoe de verschillende waarnemingen consistent met elkaar zijn. Consistent wil zeggen dat één soort observatie, bijvoorbeeld een gesprek met een manager, iedere keer een zelfde patroon kent. Als een manager in twee verschillende gesprekken twee totaal verschillende signalen geeft, of als de bestuurder over hetzelfde thema in twee gesprekken iets heel anders zegt, is de informatie niet consistent. In het reflectief evenwicht wordt consistentie gemeten door bijvoorbeeld meerdere tevredenheids-onderzoeken naast elkaar te leggen, en te

kijken of ze een zelfde beeld weergeven, of er sprake is van ontwikkeling, stagnatie of achteruitgang, of een wisselvallig beeld.

COHERENTIE VAN INFORMATIE

Verschillende soorten informatie laten hetzelfde patroon zien

Coherentie

Het tweede patroon zegt iets over in hoeverre de verschillende bronnen van informatie met elkaar overeen komen. Als bijvoorbeeld een tevredenheidsonderzoek is besproken waaruit blijkt dat de mensen voor wie wordt gezorgd tevreden zijn, en u spreekt een aantal keren met verschillende zorgvragers en hieruit blijkt dat dit wat genuanceerder ligt, dan is de informatie niet coherent. In het reflectief evenwicht wordt coherentie gemeten door bijvoorbeeld het tevredenheidsonderzoek te vergelijken met gesprekken met mensen voor wie wordt gezorgd.

Congruentie

Het derde patroon gaat over de relatie van de waarden en beleid van de organisatie en de uitvoering daarvan, 'walk the talk'. De bestuurder kan bijvoorbeeld hele mooie waarden of een uitgekende strategie uitdenken. De toezichthouder zal op de één of andere manier moeten onderzoeken of dit ook wordt uitgevoerd. Dit kan ook in het primaire proces. Als er bijvoorbeeld als waarde geldt dat de bewoner van het verzorgingstehuis zoveel mogelijk eigen regie heeft, terwijl een bewoner (impliciet) te kennen geeft dat de zorg toch erg aanbodgericht is, dan ontbreekt het wellicht aan congruentie.

CONGRUENTIE VAN INFORMATIE

Wat men zegt of schrijft, komt overeen met wat men doet.

Theorie en praktijk

Dit is natuurlijk een mooi theoretisch verhaal, en misschien niet zo eenvoudig toe te passen. We geven daarom het advies om deze methode pragmatisch te benaderen. Het gaat niet om het afvinken van de verschillende methodes of het nauwkeurig invullen van de tabel; het gaat om de schets en de achterliggende idee. Het invullen van de tabel kan



helpen om overzicht te krijgen in de verschillende toezichtmethoden. Het kan ons ook helpen op een effectieve manier te luisteren, door de consistentie, de coherentie en de congruentie steeds in het achterhoofd te houden. We raden aan om als individuele Raad van Toezicht een toezichtkader te ontwikkelen op basis van het reflectief evenwicht. Hierin wordt vastgelegd waarop, hoe, wanneer en op welk aggregatieniveau toezicht wordt gehouden. Bij het maken van zo'n toezichtkader is het wel van belang om voldoende vrijheidsgraden in te bouwen; het werk van de Raad van Toezicht laat zich niet helemaal vastleggen.

Verhouding toezichthouder en bestuurder

Veel van wat we hier aanreiken zou ogenschijnlijk ook zo kunnen belanden in een advies aan bestuurders. Ook zij worstelen met de vraag hoe kwaliteit en kwaliteitsontwikkeling in kaart is te brengen, en ook zij hebben te maken met een veranderend speelveld en verschuivende opvattingen over kwaliteit van zorg.

Er zijn daarom twee belangrijke kanttekeningen bij deze gids.

1. Probeer het juiste evenwicht te vinden tussen detail en overzicht.
2. Blijf nadenken over zelfstandige informatievoorziening van de Raad van Toezicht.
3. Probeer regelmatig vast te stellen in hoeverre de Raad van Bestuur valide en actueel zicht en grip heeft op de kwaliteit van zorg.

ad 1) De kunst voor de toezichthouder is om een reflectief evenwicht te vinden in zijn toezicht, in de beperkte beschikbare tijd en zonder een te hoog detailniveau in acht te nemen. De Raad van Toezicht kan de bestuurder stimuleren zelf een dergelijk reflectief evenwicht te vinden. De bestuurder heeft hier veel meer tijd voor en kan ook meer in detail treden.

Er ontstaat hier een duidelijk toezichtdilemma: enerzijds moet de toezichthouder in het vormen van een oordeel een reflectief evenwicht vinden, anderzijds moet hij (gezien zijn rol, tijd en ruimte) voldoende afstand bewaren.

ad 2) Dat de toezichthouder van de bestuurder een reflectief evenwicht vraagt, ontslaat hem niet van de verantwoordelijkheid om zelfstandig het toezichtproces te organiseren. Hij zal het reflectief evenwicht moeten zoeken op een meer algemeen niveau. Het is daarom van belang dat hij de juiste informatiebronnen zoekt en met elkaar combineert.

ad 3) Deze kanttekening geldt met name voor grote instellingen. De Raad van Toezicht houdt er ook toezicht op of de Raad van Bestuur zelf wel voldoende zicht en grip heeft op de kwaliteit van zorg en of die evenwichtig tot stand zijn gekomen. De Raad van Toezicht 'bewaakt' niet de kwaliteit, maar moet zich afvragen of de bestuurder de kwaliteit van zorg in de vingers heeft.

Verhouding toezichthouder en externe omgeving

De toezichthouder ziet toe op de kwaliteit van zorg. Dat is een maatschappelijke opdracht. Zorg speelt zich niet alleen in de instelling af, maar wordt deels bepaald door de zorgketen. Dit is in toenemende mate het geval. Hoe er voor mensen wordt gezorgd aan de voor- en achterkant van de instelling bepaalt dan ook steeds meer de kwaliteit van zorg. Dit afstemmingsvraagstuk verdient op bestuurlijk niveau dan ook extra aandacht. De Raad van Toezicht heeft hier een speciale taak, omdat zij over het instellingsbelang dient heen te kijken: hoe is de zorg voor onze patiënten in de keten geregeld? Hoe is de relatie van de organisatie met ketenpartners?

Het kan helpen als de Raad van Toezicht contact heeft met relevante belanghebbenden. De IGZ nodigt al regelmatig toezichthouders uit naar aanleiding van een inspectierapport.



Gemeentes geven aan dat de Raad van Toezicht de ‘grote afwezige’ is in het debat over de decentralisaties.


Een maatschappelijke opdracht vraagt om maatschappelijke verantwoording. In het jaarverslag van de Raad van Toezicht kan verwezen worden naar het reflectief evenwicht en een eventueel toezichtkader. Veel belanghebbenden zullen het jaarverslag echter niet lezen. Het verdient daarom aanbeveling om via andere media verantwoording af te leggen. Men kan bijvoorbeeld denken aan een belanghoudersdag, zie daarvoor het instrument in deel 2 van deze gids.

Concluderend: Gerechtvaardigd vertrouwen en toegevoegde waarde

Voor de toezichthouder is het van belang om dit reflectief evenwicht steeds voor de geest te houden om een gerechtvaardigd vertrouwen te krijgen in de kwaliteit van zorg, het lerend vermogen en de besturing daarvan. Wordt aan alle drie de aspecten van kwaliteit genoeg aandacht besteed? Zijn de verschillende vormen van informatie consistent, coherent en congruent? Wordt er zowel aandacht besteed aan statische als dynamische kwaliteit? Is er kwaliteit merkbaar die zich niet goed laat meten? Door dit te combineren kan een Raad van Toezicht meer grip krijgen op het thema van toezicht op kwaliteit.

De Raad van Toezicht die een breed perspectief op kwaliteit van zorg kiest, heeft toegevoegde waarde voor het bestuur en de instelling. De Raad van Toezicht geeft daarmee impulsen aan de bestuurder en de besturing. Dit, om in voortdurende relatie tot de kernwaarden, de kwaliteit van zorg steeds verder te ontwikkelen en aan te passen aan de huidige en toekomstige vraag van de maatschappij.

De bestuurder kan in de waan van de dag of door hoge druk deze kernvragen in besluitvorming uit het oog verliezen. Het is de taak van de Raad van Toezicht de



bestuurder hier steeds aan te herinneren. De Raad van Toezicht kan door de papieren werkelijkheid heen prikken en de vraag stellen aan de bestuurder of interventies daadwerkelijk bijdragen aan betere zorg. Door op deze manier naar kwaliteit te kijken is er niet alleen sprake van 'controle' of toezicht als zodanig, maar geeft zij een signaal af aan de organisatie en de externe omgeving dat kwaliteitsontwikkeling de hoogste prioriteit heeft.

Daarnaast lopen professionals en bestuurders in de zorg tegen allerlei dilemma's aan, waarin keuzes gemaakt moeten worden. Denk bijvoorbeeld aan de afweging tussen veiligheid en kwaliteit van leven: hoeveel leefruimte geef je een verstandelijk gehandicapte mens? Maar het kan ook op besturingsniveau: financieel is deze fusie aantrekkelijk, maar wordt de kwaliteit van zorg er ook beter van? De Raad van Toezicht kan de Raad van Bestuur helpen te reflecteren op dergelijke dilemma's door er met verschillende perspectieven naar te kijken en er voor te zorgen dat dilemma's in ieder geval worden ingebed in een discussie over kernwaarden. Om dergelijke discussies goed te kunnen voeren heeft de Raad van Toezicht wel een goed beeld nodig over wat de kwaliteit en de kwaliteitsontwikkeling van zorg in de instelling is.

Deze gids zou kunnen leiden tot een andere invulling van de agenda van de Raad van Toezicht. We willen u graag verwijzen naar het instrumentengedeelte van deze gids, waar allerlei concrete voorstellen worden gedaan om deze invulling handen en voeten te geven.

**Deel II –
Instrumenten voor toezicht op kwaliteit**

Inleiding bij instrumenten

In dit gedeelte van de gids vindt u een aantal praktische handvatten en instrumenten om het interne toezicht op kwaliteit vorm te geven. Hoewel ook de hele Raad van Toezicht met deze instrumenten aan de slag kan, zijn veel van de instrumenten voornamelijk geschikt voor de commissie Kwaliteit & Veiligheid (indien aanwezig). De instrumenten zijn bruikbaar voor zowel hele grote als kleine zorg- of welzijnsorganisaties. Wel is het zo dat hoe groter de organisatie, hoe moeilijker het is om uit waarnemingen en gesprekken een patroon af te leiden.

Het doel van de instrumenten is om u als toezichthouder aanknopingspunten te geven om uw toezichtproces en informatieprotocol in te richten. Het is daarbij expliciet niet het doel hier een volledige en gedetailleerde beschrijving te geven, hoe men precies het toezicht kan of moet inrichten. Het is geen richtlijn, eerder een hulpmiddel. De hoge mate van contextgebondenheid van een specifieke Raad van Toezicht in een specifieke organisatie betekent dat u als toezichthouder deze instrumenten moet interpreteren en dat u zelf moet zien te ontdekken of ze behulpzaam zijn in het toezichtproces. Wel hebben we geprobeerd zoveel mogelijk aspecten van toezicht op kwaliteit met een instrument te dekken.

U kunt met deze instrumenten experimenteren, en ontdekken of ze bij uw Raad van Toezicht en zorgorganisatie passen. U kunt naar eigen wijsheid de instrumenten aanpassen of zelf instrumenten bedenken. We streven er naar deze instrumenten steeds uit te breiden. Op de website van de **nvtz** zal een pagina komen waar toezichthouders hun instrument kunnen delen, en waar eventueel reacties en feedback op kunnen komen. Ook kunt u hier een voorbeeldreglement 'Commissie Kwaliteit en Veiligheid' vinden.

De instrumenten volgen uit de reflecties die in deel I zijn besproken. Uitgangspunt is het vinden van een reflectief evenwicht (zie pagina 23) In lijn met dit reflectief evenwicht

betekent het dat als de instrumenten met elkaar in verband worden gebracht, ze meer waarde hebben dan ieder instrument op zichzelf. Op de volgende pagina vindt u een overzicht van het schema 'reflectief evenwicht', ingevuld met de instrumenten die aan de orde komen. De instrumenten zijn zo gekozen dat er een evenwichtige verdeling ontstaat tussen de verschillende kwaliteitsaspecten, en de verschillende aggregatieniveaus voor intern toezicht.

Ieder instrument wordt kort beschreven. De instrumenten zijn ingedeeld in categorieën die passen in het schema van het reflectief evenwicht. Het opstellen van het reflectief evenwicht is dan ook het eerste instrument. Sommige instrumenten zijn vanwege hun aard wat lastiger in te delen in specifieke categorieën. Zij krijgen het label 'algemeen'.

Overzicht instrumenten

De instrumenten die we hieronder presenteren zijn ingedeeld in de categorieën van het reflectief evenwicht.

Kwaliteitsaspect/ Soort informatie	Relationele kwaliteit ¹⁷	Professionele kwaliteit ¹⁸	Organisatorische kwaliteit ¹⁹
Statisch en/of meetbaar ²⁰		<p>Indicatoren, p. 36-38</p> <p>Systeem en regelcheck, p.40</p> <p>Kwaliteitsevaluaties, accreditaties en keurmerken p. 41</p> <p>Mystery Guest, p. 42</p> <p>Bestuurlijke dilemma's omtrent kwaliteit, p.43</p> <p>Verhalen in de boardroom, p. 44</p> <p>Kritische Succes Factoren, p. 56</p>	
Dynamisch en/of merkbaar (concreet) ²¹		<p>Cultuursignalen van kwaliteitsrisico's, p. 45</p> <p>Spiegelgesprekken/Moreel beraad, p.46,47</p> <p>Speeddating, p. 55</p> <p>De miniatuur, p. 48</p> <p>'Walk-arounds', p. 52</p> <p>Aanspreekbare toezichthouder, p. 50</p> <p>Belangenhoudersdag, p. 51</p>	

¹⁷Kwaliteit die voornamelijk wordt geassocieerd met levensvragen, kwaliteit van leven, kwetsbaarheid en relaties.

¹⁸Kwaliteit die voornamelijk gaat over de output van behandelingen; worden mensen beter? Worden ze goed verzorgd?

¹⁹Kwaliteit die voornamelijk gaat over de organisatorische randvoorwaarden, in relatie tot kernwaarden.

²⁰Met abstract wordt geaggregeerde informatie bedoeld. Hetzij in rapporten en verslagen, hetzij in cijfers en statistieken.

²¹Met concreet wordt 'in de werkelijkheid' bedoeld. Hetzij door gesprekken, hetzij door waarnemingen.

Methode:

1. Ga van het afgelopen jaar na en noteer welke informatie u over kwaliteit van zorg hebt ontvangen van de bestuurder, of zelf hebt verworven in de instelling of anders.

Kwaliteitsaspect/ Soort informatie	Relationele kwaliteit	Professionele kwaliteit	Organisa- torische kwaliteit
Statisch en/of meetbaar
Dynamisch en/ of merkbaar

2. Vul de verschillende soorten informatie in de tabel Reflectief Evenwicht in.
3. Over sommige soorten informatie zult u twijfelen waar ze geplaatst moeten worden. Het is daarom geen probleem om één informatiebron in verschillende vakjes in te vullen.
4. Bespreek met de Raad van Toezicht of commissie Kwaliteit & Veiligheid in hoeverre er een reflectief evenwicht is bereikt (Is er een redelijke verdeling over de vakken? Zijn er lege vakken?)
5. Maak een nieuwe lege tabel.
6. Bepaal welke informatie u komend jaar wilt krijgen en vul die in. Probeer daarbij een zo evenwichtig mogelijke verdeling te maken. **U kunt bij het invullen eventueel gebruik maken van instrumenten in deze gids.**
7. Bespreek het resultaat met de bestuurder en stem af.
8. Dit model kan worden toegevoegd aan de brede toezichtvisie, het toezichtkader, het toetsingskader en het informatieprotocol van de Raad van Toezicht. Zie hiervoor het werkboek Toezichtvisie en Toezichtkader op <http://www.governance-leadership.org>

TIP:

U kunt in het informatieprotocol ook een reflectief evenwicht in informatievoorziening van de bestuurder vragen. Zo kan duidelijk worden of de bestuurder op een evenwichtige wijze naar kwaliteit kijkt.

Achtergrond: De gids 'Zienderogen Beter' staat helemaal in het teken van deze methode. Specifiek verwijzen we naar pagina 23 e.v.

Naam:
**Reflectief evenwichtig
informatieprotocol**

Categorie:
Algemeen

Doel:
Door middel van
verschillende soorten
informatie komen tot een
gerechtvaardigd
vertrouwen in de kwaliteit
van zorg.

Naam:
**Periodieke indicatoren
in ziekenhuizen²²**

Categorie:
Meetbaar/Professionele en
organisatorische kwaliteit

Doel:
Globaal inzicht krijgen in
aanwijzingen van kwaliteit
van zorg in het ziekenhuis,
op verschillende gebieden.
Ordenen en verminderen
van het aantal indicatoren.

Methode:

Er bestaan veel indicatoren over de kwaliteit van zorg van een ziekenhuis. Ze worden voor allerlei doeleinden gebruikt. De gebruikers zijn bovendien divers. Naast de Raad van Bestuur is er de IGZ, vakgroepen en organisaties van specialisten en verzekeraars, om er maar enkele te noemen. De Raad van Toezicht kan door een selectie te maken uit de veelheid van indicaties en normeringen voor zichzelf een overzicht maken van periodiek te bespreken en te beoordelen kwaliteitsindicatoren. De Raad van Toezicht doet dit in overleg met de Raad van Bestuur, maar heeft wel zijn eigen taak en verantwoordelijkheid voor ogen. De relevante elementen van het ziekenhuis kunnen in een vijftal hoofdgroepen worden verdeeld, waarbij uiteindelijk het gehele ziekenhuis de revue passeert. Gelet op de positie van de Raad van Toezicht zal het aantal indicatoren beperkt moeten blijven, maar moet het toch een verantwoorde representatie van het geheel zijn.

Het is van belang in een algemene toelichting uit te leggen waarom de Raad van Toezicht een bepaalde indicator wil volgen. Bij het overzicht van de gekozen indicatoren hoort ook weergegeven te worden hoe de ontwikkeling op dit terrein in het ziekenhuis op langere termijn is verlopen. Vergelijking met een landelijk vastgestelde normering en met andere ziekenhuizen in dezelfde categorie moet daar ook aan worden toegevoegd.

Indicatoren zijn geen resultaten. Het zijn aanknopingspunten ('clues') om de dialoog over de algemene gang van zaken vorm te geven.

Vergelijk periodieke rapportages altijd met voorgaande rapportages (trends).

1. Indicatoren
 2. Kwaliteit medische zorg
 - a. HSMR (Hospital standardized mortality rates) (zie voorbeeld)
 - b. Klachten en claims
 - c. Wachttijden
 - d. Heropnames
 2. Kwaliteit van de organisatie van zorg (zorgprocessen)
 - a. Interne en externe audits
 - b. Visitaties
 - c. VIM (Veilig Incident Melden)
 - d. Calamiteiten
 - e. BRMO (Bijzonder resistente micro-organismen)
 3. Kwaliteit van medische staf en medewerkers
 - a. IFMS (Individueel functioneren medisch specialisten)
 - b. Functioneringsgesprekken

²² Met dank aan Raad van Toezicht Kennemer-Gasthuis

- c. Ziekteverzuim personeel
 - d. MTO (Medewerkers tevredenheidsonderzoek)
 - e. Opleidingsklimaat arts-assistenten (Bijv. DRECT)
4. Kwaliteit van gebouwen en apparatuur
 - a. Ontruimingsoefeningen, oefening crisisstaf
 - b. Veiligheidsrondes
 5. Overig
 - a. Patiënttevredenheid
 - b. Lijstjes, lintjes

2. Voorbeeld omschrijving indicator:

Indicator 1	HSMR
Wat zegt het?	Sterftecijfers
Hoe meten?	Data uit medische registratie en patiëntendossiers. De sterftecijfers zijn op te splitsen op specialisme-, of zelfs diagnosesniveau. Voor de Raad van Toezicht is het belangrijk de jaarlijkse HSMR te krijgen, met een toelichting. Daarnaast krijgt de Raad van Toezicht de conclusies van de necrologiecommissie als die is verzocht om aanvullend onderzoek.
Benchmark	HSMR rapportage CBS
Frequentie	Jaarlijks, Q4, indien relevant vaker. Uitschieters SMR rapporteren (afdelingsniveau) indien die zich voordoen.

Voor een uitgebreidere beschrijving van de indicatoren zie de website op www.nvtz.nl.

Achtergrond: zie pagina 16 over meetbare en merkbare kwaliteit.

Naam:**Periodieke indicatoren care**²³**Categorie:**

Meetbaar/Professionele en organisatorische kwaliteit

Doel:

Globaal inzicht krijgen in aanwijzingen van kwaliteit van zorg in care instellingen, op verschillende gebieden. Ordenen en verminderen van aantal indicatoren.

Er bestaan veel indicatoren over de kwaliteit van zorg van een zorginstelling. Ze worden voor allerlei doeleinden gebruikt. De gebruikers zijn bovendien divers. Naast de Raad van Bestuur is er de IGZ, vakgroepen en organisaties van verpleegkundigen en verzekeraars, om er maar enkele te noemen. De Raad van Toezicht kan door een selectie te maken uit de veelheid van indicaties en normeringen voor zichzelf een overzicht maken van periodiek te bespreken en te beoordelen kwaliteitsindicatoren. De Raad van Toezicht doet dit in overleg met de Raad van Bestuur, maar heeft wel zijn eigen taak en verantwoordelijkheid voor ogen. De relevante elementen van de zorginstelling kunnen in een negental hoofdgroepen worden verdeeld, waarbij uiteindelijk de gehele zorginstelling de revue passeert. Gelet op de positie van de Raad van Toezicht zal het aantal indicatoren beperkt moeten blijven, maar moet het toch een verantwoorde representatie van het geheel zijn.

Het is van belang in een algemene toelichting uit te leggen waarom de Raad van Toezicht een bepaalde indicator wil volgen. Bij het overzicht van de gekozen indicatoren hoort ook weergegeven te worden hoe de ontwikkeling op dit terrein in de zorginstelling op langere termijn is verlopen. Vergelijking met een landelijk vastgestelde normering en met andere zorginstellingen uit dezelfde sector moet daar ook aan worden toegevoegd. Indicatoren zijn geen resultaten. Het zijn aanknopingspunten ('clues') om de dialoog over de algemene gang van zaken vorm te geven.

1. Indicatoren

Klachten

MIC (Meldingen incidenten cliënt)

Calamiteiten

Inspectiebezoeken

Clienttevredenheidsonderzoek

Medewerker tevredenheidsonderzoek

Interne audit

Externe audit

Incidenten medewerkers (prikaccident, (bijna) ongeval, gevaarlijke situatie, geweld, (seksuele) intimidatie)

²³Met dank aan Raad van Toezicht Careyn

2. Voorbeeldschema:

Indicator 4	Inspectiebezoeken
Wat zegt het?	<p>Een inspectiebezoek en de rapportage zegt iets over de kwaliteit en veiligheid in de organisatie.</p> <p>Voor Raad van Toezicht is het belangrijk inzicht te hebben in het aantal inspectierapporten, alswel de inhoudelijke leerpunten. Het kan helpen om grote rapporten als Raad van Toezicht met de IGZ te bespreken.</p>
Hoe meten?	Opvragen inspectierapporten
Benchmark	Gesprek met IGZ
Frequentie	Jaarlijks, indien relevant vaker. Uitschieters melden.

Voor een uitgebreidere beschrijving van de indicatoren zie de website op www.nvtz.nl.

Achtergrond: zie pagina 16 over meetbare en merkbare kwaliteit.

Naam:

Stelsiem- en regelcheck

Categorie:

Meetbaar/organisatorische
kwaliteit

Doel:

Inzicht krijgen in de mate
waarin er systemen en
regels in de organisatie
aanwezig zijn.

Methode:

1. Vraag aan de raad van bestuur of hij alle (interne en externe) regels en protocollen wil verzamelen en tijdens de volgende Raad van Toezicht vergadering op tafel wil leggen (of eventueel rapporteren).
2. Agendeer een bespreking.
3. Over de informatie kunnen de volgende vragen worden gesteld:
 - Hoeveel procent van de tijd zijn professionals kwijt aan het invullen van lijsten?
 - Is er bekend wat deze regels en protocollen kosten aan overhead?
 - Welke van deze regels of protocollen dragen niet bij aan de kwaliteit van zorg? En als we het een professional zouden vragen?
 - Welke regels en protocollen zouden we met een gerust hart kunnen schrappen?
4. Vraag eventueel of de bestuurder met professionals en leidinggevenden wil inventariseren wat wel en niet bijdraagt aan de kwaliteit van zorg.

Achtergrond: Zie pagina 18 over organisatorische kwaliteit.



Methodie:

Zorginstellingen doen vaak evaluaties en audits. Het kan gaan om evaluaties op basis van zorgprocessen, zorguitkomsten of voorwaarden voor zorg (organisatie). In Nederland zijn de meeste evaluaties gericht op procesinformatie. Het verdient de aanbeveling om bij het kiezen van evaluaties de verhouding tussen processen, uitkomsten en voorwaarden goed in de gaten te houden.

Doordat keurmerken en accreditaties vaak extern worden verplicht, door bijvoorbeeld zorgverzekeraars, kan het gebeuren dat dit middel tot doel wordt. Het is echter een hulpmiddel voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Veel organisaties gaan in tijden van audits harder lopen (dan ze kunnen). Dit kan zeer demotiverend werken voor professionals. De Raad van Toezicht heeft tot taak om te zorgen dat evaluaties, accreditaties en keurmerken worden gebruikt als hulpmiddel om te leren, en daarnaast dat het doen van audits niet onnodig veel (administratieve) last vraagt van medewerkers.

Kijk voor een volledig overzicht van alle beschikbare keurmerken in de zorg op de website van de NVTZ. Voor ziekenhuizen zijn er twee bekende accreditatiesystemen, namelijk NIAZ en JCI. In de care wordt vaak HKZ gebruikt.

Er zijn steeds meer zorgorganisaties die op een andere manier dan via de mainstream accreditaties en keurmerken hun kwaliteitsbeleid beheersen. Vaak wordt dit als positief ervaren, doordat men zelf de regie heeft over wat van belang is en wat niet. De Raad van Toezicht moet in ieder geval de kritische vraag stellen wat voor de organisatie het meest opportuun is.

Narratieve kwaliteitsevaluaties kunnen als aanvulling dienen voor kwantitatieve kwaliteitsevaluaties. De Raad van Toezicht kan de Raad van Bestuur stimuleren om narratieve kwaliteitsevaluaties uit te voeren. Dit kan leiden tot een beter reflectief evenwicht in het evalueren door middel van audits.

Er zijn verschillende bureaus en organisaties die narratieve kwaliteitsevaluaties kunnen uitvoeren. Bijvoorbeeld:

- a. Beelden van Kwaliteit (VU), www.beeldenvankwaliteit.nl
- b. Perspectief, www.perspectief.org
- c. ARGO, www.argo-rug.nl
- d. C!|ct (cliënten evalueren met app eigen leefomgeving), zie www.Koraalgroep.nl

Achtergrond: Zie pagina 17 e.v. over het belang van verhalende kwaliteitsevaluaties.

Naam:
Kwaliteitsevaluaties, accreditaties en keurmerken.

Categorie:
Meetbaar/relatieve, professionele, organisatorische kwaliteit.

Doel:
Inzicht krijgen in kwaliteit van zorg door middel van evaluaties, accreditaties en keurmerken.



Naam:
Mystery Guest.

Categorie:
Merkbaar/moreel, professioneel, organisatorisch.

Doel:
Inzicht krijgen in hoe een patiënt wordt behandeld.

Methode:

De IGZ gebruikt de methode van Mystery Guest. Bureaus die ervaring hebben met deze vorm van 'bezoeken' zijn: <http://www.publicarea.nl> en <http://www.zorgvisite.nl>. De Raad van Toezicht kan de mystery guest uitnodigen om verslag te doen.

Achtergrond: Zie pagina 21 over verhouding Raad van Toezicht en IGZ.

Methode:

1. Vraag expliciet aan de bestuurder dat hij kenbaar maakt wanneer er een bestuurlijk dilemma voorligt op het gebied van kwaliteit (bijvoorbeeld een incident, keuzes m.b.t. kwaliteit van leven en veiligheid, onenigheden met medisch specialisten, contract-besprekingen met verzekeraars en gemeenten, fusies)
2. Vraag de bestuurder om aan het begin van de vergadering zijn vijf belangrijkste zorgpunten te melden.
3. Soms kan het nodig zijn dat de Raad van Toezicht ad hoc bij elkaar komt, omdat er voor de volgende reguliere vergadering al een besluit moet zijn genomen. Geef daarom bij de bestuurder aan dat de Raad van Toezicht ook bij elkaar kan komen op afroepbasis; zelfs binnen een week indien noodzakelijk.
4. De Raad van Toezicht kan zijn visie geven op de problematiek, de bestuurder vragen stellen, en er op letten dat het behandelen van het dilemma gebeurt op basis van kernwaarden. Eventueel kan de Raad van Toezicht de Raad van Bestuur spiegelen op maatschappelijke waarden en instellingsbelang.
5. Het is van belang dat de Raad van Toezicht niet in de besluitvorming zelf gaat zitten. Het is vooral een vorm van spiegelen en sparren (impliciete besluitvorming).

Achtergrond: Zie pagina 24 over het belang van het bespreken van dilemma's.

Zie voor de rol van de Raad van Toezicht bij calamiteiten de NVTZ gids 'Een Calamiteit in uw Zorginstelling? Leidraad voor toezicht voor Raden van Toezicht in de zorg.'

Naam:

Bespreken bestuurlijke dilemma's.

Categorie:

Merkbaar/professionele kwaliteit en organisatorische kwaliteit.

Doel:

Inzicht krijgen in bestuurlijke dilemma's, bestuurder voeden met verschillende invalshoeken.

Naam:
**Verhalen in de
boardroom.**

Categorie:
Merkbaar/morele kwaliteit,
professionele kwaliteit.

Doel:
Bewust worden van
verbinding tussen
vergadering Raad van
Toezicht en de
werkorganisatie

Methode:

Verhalen de boardroom in halen kan op allerlei manieren. Plan het altijd aan het begin van een vergadering.

- Begin de vergadering met een filmpje/interview met een patiënt uit de instelling. Het mag vrolijk, of juist tragisch zijn.
- Vraag naast (bijvoorbeeld) sterftcijfers ook concrete namen, levensgeschiedenissen en foto's van mensen die zijn overleden. Als het er teveel zijn, gebruik dan voorbeelden.
- Vraag de bestuurder aan het begin van de vergadering of hij een aangrijpend of mooi verhaal of dilemma wil delen waar hij recentelijk in de instelling tegenaan is gelopen.
- Vraag of een professional een aangrijpend of juist mooi verhaal wil vertellen over een recente gebeurtenis in de instelling (bijvoorbeeld op film).
- Vraag een professional die als patiënt/cliënt/betrokkene te maken heeft gehad met de kwaliteit van zorg in de instelling om te vertellen over zijn of haar ervaringen.

Achtergrond: Zie pagina 21 over verhouding Raad van Toezicht en IGZ.



Methode:

Voor veel cultuursignalen is het van belang dat de Raad van Toezicht spreekt met mensen uit de werkorganisatie, eventueel zonder de raad van bestuur. Men kan denken aan managers, teamleiders, verpleegkundigen en patiënten/cliënten. Dit kan door middel van werkbezoeken, maar ook door meer vrijblijvende of informele situaties. Het zogenaamde ‘onderbuikgevoel’ speelt hier een belangrijke rol: klopt het of klopt het niet?

Voorbeelden van risicovolle cultuursignalen:²⁴

- Raad van Bestuur is eenzijdig gericht op groei en financiën;
- Raad van Bestuur is weinig bezig met kwaliteit;
- Raad van Bestuur weet niet goed wat er in de organisatie speelt;
- Raad van Toezicht spreekt alleen of voornamelijk over vastgoed en financiën;
- Verzuiling in de organisatie, onderlinge spanning of kannibalisme;
- Managers die de schijn ophouden en risico's niet melden aan Raad van Bestuur;
- Er worden (bijna) alleen maar successen gecommuniceerd (onterecht optimisme);
- Ruzie en spanningen tussen artsen onderling of tussen artsen en verpleegkundigen of leidinggevenden;
- De houding en gedrag dat ‘hier geen fouten gemaakt kunnen worden’;
- Grote verschillen in harde indicatoren tussen afdelingen of locaties;
- Arrogantie bij artsen (regels worden aan de laars gelapt);
- Bepaalde mensen in de organisatie worden teveel op een voetstuk geplaatst;
- Er wordt veel gehandeld op basis van ‘zo doen we het nu eenmaal’;
- Teveel protocollen en interne regelgeving;
- Medewerkers kunnen niet vertellen wat de kernwaarden van de instelling zijn;
- Permanente weerstand tegen verandering;
- Nadruk op KPI's en productiecijfers;
- Permanent geklaag over werkdruk;
- Permanent geklaag over onheldere taakverdeling;
- Teveel aandacht voor ‘control’ en top-down management;
- Chaotische sfeer op werkvloer;
- Vaak defecte of uitvallende techniek;
- Veel uitzendkrachten;
- Patiënten/cliënten zien teveel verschillende behandelaars.

Achtergrond: Zie pagina 16 over hoe een cultuur de kwaliteit mede bepaalt.

Naam:

Cultuursignalen van kwaliteitsrisico's.

Categorie:

Merkbaar/morele, professionele en organisatorische kwaliteit.

Doel:

Inzicht krijgen in cultuur-aspecten van de organisatie die mogelijk de kwaliteit van zorg onder druk zetten.

²⁴C3 Adviseurs en Managers – Toezicht houden op Kwaliteit en Veiligheid



Naam:
Spiegelgesprekken.

Categorie:
Merkbaar/relatieve,
professionele kwaliteit.

Doel:
Inzicht krijgen in
patiëntervaringen.

Methode:

Een spiegelgesprek is een beproefde methode in de zorg om inzicht te krijgen in patiëntervaringen. Patiënten vertellen over hun ervaringen in het bijzijn van professionals, maar professionals mogen niet in discussie gaan. De Raad van Toezicht kan een spiegelgesprek bijwonen, of eventueel verslagen van spiegelgesprekken opvragen. Ze kan bovendien de Raad van Bestuur stimuleren om spiegelgesprekken te houden in de organisatie (indien dat nog niet het geval is).

Zie bijvoorbeeld <http://www.invoorzorg.nl/ivzweb/Overzichten-In-Voor-Zorg!/map-tools/Spiegelgesprek.html>.

Achtergrond: Zie pagina 17 over relationele kwaliteit, en pagina 25 e.v. over het belang van dit soort informatie.

Methode:

Moreel beraad is een beproefde methode in de zorg om inzicht te krijgen in morele dilemma's in de organisatie, en hoe professionals daar mee omgaan. De Raad van Toezicht kan de bestuurder stimuleren om deze vorm van beraad toe te passen in de organisatie, en kan eventueel een keer met een luisterend oor aanschuiven bij een moreel beraad.²⁵

Achtergrond: Zie pagina 17 over relationele kwaliteit, en pagina 25 e.v. over het belang van dit soort informatie.

Naam:**Moreel beraad.****Categorie:****Merkbaar/Relationele, professionele kwaliteit.****Doel:****Inzicht krijgen in morele dilemma's die professionals ervaren en hoe ze daar mee om gaan.**

²⁵Kijk op <http://www.ceg.nl/werk/bekijk/moreel-beraad> voor meer informatie over Moreel Beraad.

Naam:**De Miniatuur.****Categorie:**

Merkbaar/Relationeel,
professioneel,
organisatorisch.

Doel:

door op één klein deel van de organisatie nauwkeurig en gedetailleerd in te zoomen (een soort steekproef) krijgt u concrete informatie uit de werkelijkheid, die u kunt toetsen aan de informatie op abstract niveau.

Methode:*Vorbereiding*

Neem in het reflectief evenwichtig informatieprotocol op dat er minimaal één keer per jaar een miniatuur plaats vindt.

1. Selecteer met Raad van Bestuur bij welke locatie of afdeling een miniatuur wordt genomen.
2. Communiceer dit tijdig (minimaal een maand van tevoren) met de desbetreffende locatie of afdeling.
3. De bestuurder levert van tevoren meer gedetailleerde informatie (tekst, cijfers) aan over de betreffende afdeling. Het mag de locatie of afdeling niet meer werk opleveren!

Op locatie

Organiseer aan het begin van de dag een kleine rondleiding.

4. Zorg voor een ruimte waar de Raad van Toezicht mensen kan ontvangen.
5. Zorg voor een secretaris die een (kort) verslag kan maken.
6. In kleine groepjes (3-5) komen mensen bij de Raad van Toezicht langs voor een gesprek over de gang van zaken. Mensen die worden uitgenodigd:
 - a. Patiënten/cliënten;
 - b. Artsen;
 - c. Verpleegkundigen;
 - d. Ondersteunend personeel (technische dienst, schoonmaak, catering etc)
 - e. Teamleiders;
 - f. Locatie/afdelingsmanagement;
7. Zorg ervoor dat het duidelijk is dat het geen 'controle' sessie is. Stel mensen op hun gemak. We werken voor dezelfde instelling, helpen elkaar, et cetera
8. Alleen luisteren en doorvragen. Toezeggingen doen over beleidswijzigingen en dergelijke is uit den boze (oordeel uitstellen).
9. Bespreek aan het eind binnen de Raad van Toezicht de belangrijkste waarnemingen, en laat dit verder rusten.
10. Organiseer aan het eind van de dag een borrel met alle betrokken medewerkers en de bestuurder.

Nawerk

De secretaris maakt verslag op ter voorbereiding van volgende vergadering van de Raad van Toezicht

11. Agendeer en bespreek tijdens volgende vergadering van de Raad van Toezicht de activiteit met de bestuurder. Onderzoek of de bestuurder zich er in herkent. Zet niet in op beleidswijzigingen, maar gebruik de informatie als spiegel voor de bestuurder.

12. Kernvragen: komt de informatie van de miniatuur overeen met:

- Informatie uit cijfers en tekst en algemeen beeld uit de bestuurskamer? (coherentie)
- Hoe er op managementniveau wordt gesproken over visie en waarden? (congruentie)

Achtergrond: Zie pagina 24 e.v. over het belang van het spreken met verschillende gremia in de organisatie.

Naam:
**De aanspreekbare
toezichthouder.²⁶**

Categorie:
Merkbaar/Professionele,
organisatorische kwaliteit.

Doel:
Geïnformeerd worden over
belangrijke incidenten in
organisatie.

Methode:

Eén of twee toezichthouders worden direct aanspreekpunt voor personeel van de instelling. Dit is met name van belang als het personeel een probleem heeft met de Raad van Bestuur. De aanspreekbare toezichthouder heeft een herkenbaar gezicht en wekt vertrouwen.

Er wordt een klein protocol opgesteld wat er gebeurt als de aanspreekbare toezichthouder wordt benaderd. Hierin neemt u op dat de Raad van Toezicht er zich er van vergewist dat eerst andere paden zijn bewandeld door het personeel (leidinggevenden, managers, Raad van Bestuur). De toezichthouders doen geen toezeggingen. Indien het een, naar de mening van de Raad van Toezicht, een belangrijk onderwerp betreft zal hij het bespreken met de Raad van Bestuur. De Raad van Toezicht koppelt de bevindingen (eventueel samen met Raad van Bestuur) terug naar het personeel.

Achtergrond: Zie pagina 24 e.v. over het belang van een directe verbinding van Raad van Toezicht met de instelling, maar waar toch rolvastheid en verhouding met raad van bestuur een belangrijke rol speelt.



²⁶Zie VTW, vereniging voor toezichthouders in woningcorporaties.

Dit doet u door verschillende externe en interne stakeholders uit te nodigen en presentaties te geven over de gang van zaken, en discussies op te roepen over de wensen van stakeholders. De belanghoudersdag kan het beste worden gehouden door de instelling zelf, waarbij de Raad van Toezicht een expliciete rol heeft. De Raad van Toezicht kan hier gemakkelijk stakeholders informeel ontmoeten.

Wie: Patiënten, cliënten, medewerkers, leidinggevenden, omwonenden, gemeenteraadsleden, provinciale staten, zorgbelang, zorgkantoren, patiëntenverenigingen, OR, CR, Raad van Bestuur,, etc.

Waar: Op een toegankelijke locatie, eventueel bij de instelling zelf.

Tijd: Een halve dag, eens per jaar of eens per twee jaar.

Methode:

1. Het is vooral een taak die het bestuur (en ondersteunend bureau) moet uitvoeren. De Raad van Toezicht draagt het idee aan, omdat zij belang heeft bij het verantwoorden naar stakeholders.
2. Kies een thema voor iedere belanghoudersdag, bijvoorbeeld extramuralisatie, verminderen van bureaucratie, relatie bestuur en werkvloer, etc.
3. Nodig een externe inspirerende spreker uit, maak gebruik van videomateriaal uit de instelling en geef Raad van Bestuur en Raad van Toezicht podium.
4. Zorg voor discussie in groepjes en plenair.
5. Zorg voor voldoende informele tijd voor ontmoeting.
6. Zorg dat er een verslag wordt gemaakt en dat dit terugkomt in de vergadering van de Raad van Toezicht.

Achtergrond: zie pagina 28 over relatie met externe omgeving en verantwoording.

Naam:
Belanghoudersdag.

Categorie:
Algemeen.

Doel:
Het maken van verbinding met stakeholders en het vormgeven van directe verantwoording.

Naam:
Looprondes
(WalkRounds™)²⁷

Categorie:
Merkbaar/Professionele,
organisatorische kwaliteit.

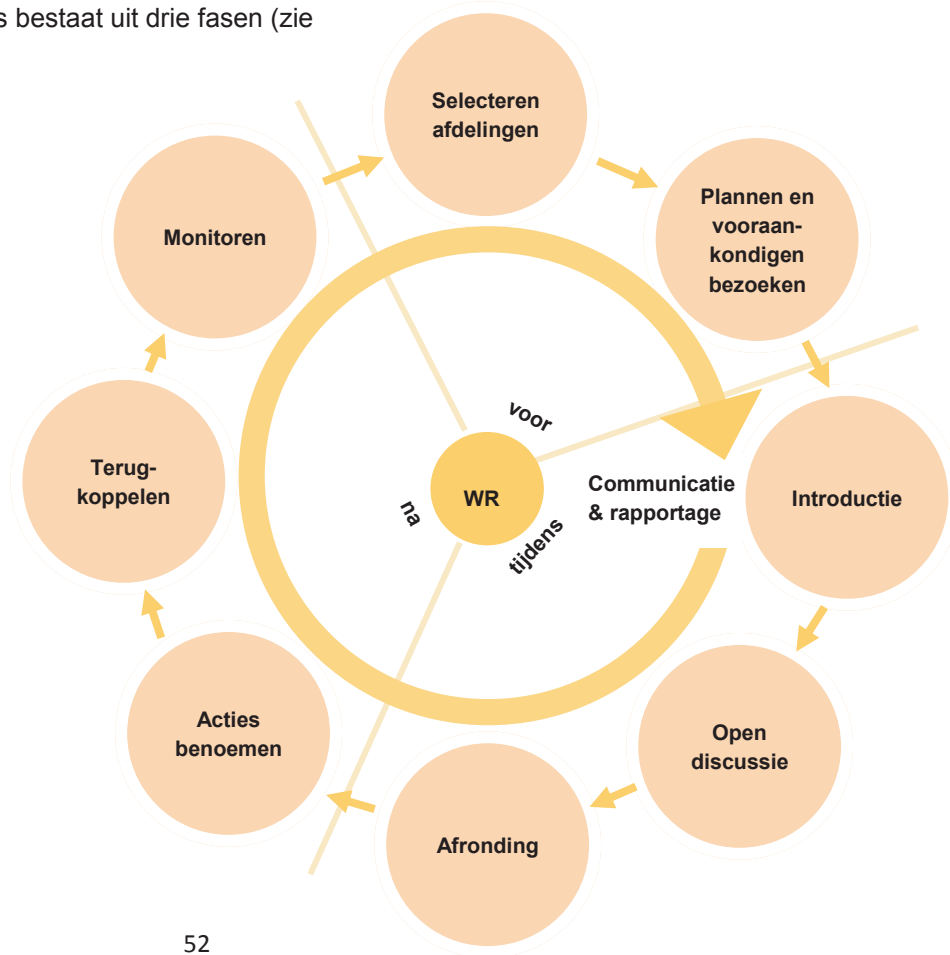
Doel:
Meekijken met looprondes
geeft inzicht in veiligheid
op specifieke afdeling of
locatie.

Methode:

Looprondes zijn periodiek aangekondigde bezoeken van een interdisciplinair team (waaronder de bestuurder en toezichthouder) aan verschillende afdelingen van een instelling. Tijdens het bezoek stelt het team specifieke vragen aan aanwezige professionals en eventueel cliënten en mantelzorgers om een open discussie over veiligheid te starten. Er gelden de volgende regels:

- In principe wordt een loopronde vooraf aangekondigd.
- Een afgesproken loopronde wordt niet afgezegd door het loopronde team.
- De maximale duur is 1 uur.
- Looprondes vinden plaats op de werkvloer.
- Wat besproken wordt tijdens een loopronde is vertrouwelijk en wordt anoniem behandeld.

Het proces bestaat uit drie fasen (zie figuur)



²⁷WalkRounds™ is een methode die is ontwikkeld door de Hogeschool van Arnhem en afdeling IQ Healthcare van het Radboud UMC in opdracht van ZonMw. De methode is nog in ontwikkeling. <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/veiligheidsbeleid-in-de-langdurige-zorg/voortgang/>. De beschrijving is gedeeltelijk overgenomen.

1. In de voorbereidende fase is interne communicatie over de context, het doel en werkwijze belangrijk om de betreffende afdelingen te enthousiasmeren en te betrekken bij een Loopronde. Het is essentieel dat men Looprondes niet als inspectie ziet maar als een gelegenheid om met de bestuurder(s) en toezichthouders in gesprek te gaan over (patiënt/cliënt)veiligheid en kwaliteit.

2. Tijdens de Loopronde introduceert de bestuurder het Loopronde-team en licht doel en werkwijze toe. Bijvoorbeeld als volgt: 'Als instelling hechten wij groot belang aan het waarborgen van de veiligheid van onze patiënten. We willen graag een open communicatie en een 'blame free' cultuur hanteren omdat we geloven dat we op deze manier jouw werk en de zorg van de patiënten veiliger kunnen maken. Deze bijeenkomst is vertrouwelijk en is bedoeld om van elkaar te leren om zodoende de patiëntveiligheid te verbeteren.'

De Loopronde start met een vaste openingsvraag: 'Kunt u een gebeurtenis herinneren van de afgelopen dagen die heeft geleid tot schade of bijna schade bij een patiënt/cliënt?', waarna een open interactieve discussie plaatsvindt. Hierbij is zorgvuldige gespreksvoering vereist om te waarborgen dat iedereen zich veilig voelt en de gelegenheid krijgt om gehoord te worden. Het Loopronde-team is alert op zachte signalen die worden uitgezonden. De bijeenkomst sluit af met twee standaard vragen: 'Wat kan deze afdeling doen om veiligheid structureel te verbeteren?' en 'Op welke manier kunnen we nog meer uit de Looprondes halen?'. De bijeenkomst wordt afgesloten door bijvoorbeeld het vaststellen van drie punten met de hoogste prioriteit.

3. Na afloop rapporteert het Loopronde-team gegevens van de bijeenkomst waaronder de gemaakte opmerkingen en opgevangen zachte signalen. Per signaal bepaalt het Loopronde-team de risicoscore, de verbeteracties, wie het aanpakt en hoe. Urgente problemen worden binnen 24-48 uur aangepakt. De voorzitter van het Loopronde-team zorgt voor terugkoppeling naar de bezochte afdeling en bespreekt de uitkomsten van de looprondes regelmatig met de raad van bestuur. Na zes maanden vindt op elke bezochte afdeling een follow-up plaats. De voortgang van de verbetermaatregelen uit de eerste looprondes wordt besproken. De cyclus herhaalt zich.

Deze methode is ontwikkeld voor instellingen en bestuurders. Het voert te ver voor Raden van Toezicht om bij iedere Loopronde aanwezig te zijn. Zij kunnen wel de bestuurder stimuleren dit te gaan doen, en zelf een aantal keer per jaar met deze looprondes 'meelopen'.

Verder is deze methode voornamelijk ontwikkeld voor de langdurige en intramurale zorg,

gericht op patiëntveiligheid. Dit neemt niet weg dat de methode breder ingezet kan worden, zowel in andere sectoren als met een breder perspectief.

Achtergrond: Zie pagina 16 e.v. over de relatie tussen merkbare evaluaties en cultuursignalen.



Methode:

Speeddaten is een vorm van ontmoeting waarin het contact kort maar intensief is. Speeddaten kan gedaan worden met medewerkers, managers maar ook met cliënten of ex-patiënten.

Eén groep circuleert (bijvoorbeeld toezichthouders), de andere groep blijft zitten (bijvoorbeeld medewerkers). Een groep heeft maximaal twee personen uit de Raad van Toezicht 'op bezoek'

Iedere ronde duurt 10 á 15 minuten. In deze 10 minuten stelt de Raad van Toezicht een kernvraag, en daar wordt kort op doorgesproken. Bijvoorbeeld: 'Wat is het leukste aan deze organisatie?' 'Waar maak je je het meeste zorgen over?'

Als een cliënt of ex-patiënt meedoet, kan het waardevol zijn om kort het verhaal te horen hoe hij in de instelling terecht is gekomen, hoe dit is ervaren en hoe hij er eventueel weer is uit gegaan.

Het kan het gesprek helpen als de vragen vooraf op kaartjes zijn geschreven.

Sluit af met alle toezichthouders bij elkaar (en eventueel Raad van Bestuur). Deel de ervaringen en bespreek wat is opgevallen.

Achtergrond: Zie pagina 23 e.v. over het belang van verschillende soorten informatiebronnen en het voeling krijgen met de organisatiecultuur.

Naam:
Speeddaten

Categorie:
Merkbaar/professionele, relationele, organisatorische kwaliteit.

Doel:
Voeling krijgen met wat er leeft, door in een kort tijdsbestek veel medewerkers te spreken.

Naam:
**Opsporen van
kritische
succesfactoren (KSF)**

Categorie:
Algemeen

Doel:
Het vinden van factoren die
van doorslaggevende
betekenis zijn voor de
kwaliteit van de
organisatie.

Methode:

1. Zet 'Kritische succes factoren' op de agenda.
2. De Raad van Toezicht maakt samen met de raad van bestuur de volgende stellingen af: 'Als wij er niet in slagen om voor elkaar te krijgen, dan gaat het grondig mis.'
Of positief geformuleerd: 'Als wij er in slagen om voor elkaar te krijgen, dan gaan we een mooie toekomst tegemoet.'
3. Bepaal samen één, twee of maximaal drie kritische succesfactoren, en schrijf ze op.
4. Zorg ervoor dat de KSF toetsbaar (meetbaar én merkbaar) zijn. Ze moeten dus niet te algemeen van aard zijn.
5. De Raad van Toezicht kan de KSF als rode draad zien. Daarnaast moet ze de KSF steeds ter discussie stellen.

Voorbeelden:

Als wij er in slagen om klachten transparant en eerlijk te behandelen...

Als wij er niet in slagen om een aanspreekcultuur te bouwen...

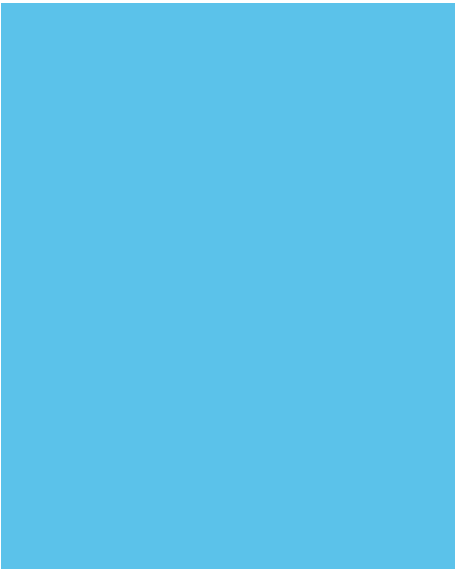
Als wij er in slagen om de overhead te verminderen tot 10%...

Als onze medewerkers plezier in hun werk ervaren...

Literatuur

- Baart, A., 2011, Een theorie van de presentie, Den Haag: Boom Uitgevers
- Baart, A., Carbo, C., 2013, De Zorgval, Amsterdam: Thoeis
- Goodijk, 2012, Falend toezicht in semipublieke organisaties?, Van Gorcum
- Goodman, N., 1983, Facts Fiction and Forecast, Harvard University Press
- Hardjono, T., Oosterhoorn, A., De Vaal, A., Vos, J., (red.), 2012, Perspectieven op Kwaliteit, INK
- Hart, W., Buiting, J.M., 2012, Verdraaide Organisaties. Terug naar de Bedoeling, Kluwer
- Heijst, van, A., 2005, Menslievende Zorg
- IGZ, 2009, Staat van de Gezondheidszorg
- IGZ, 2013, Met de patiënt voor ogen, Inspectierapport VUmc
- Juran, J.M., 1951-2010, Quality Control Handbook
- Juran, J.M., 1967, The QC Circle Phenomenon, in: *Industrial Quality Control*
- Minderman, 2012, Waar is de Raad van Toezicht (Deel I t/m III)
- nvtz, 2012, Profiel toezichthouder zorg 2.0.2.0
- Pirsig, 1974, Zen en de Kunst van het Motoronderhoud
- Pirsig, 1991, Lila
- Reichling, A., Jonker, J., (red.) 2013, Derde Generatie Kwaliteitsmanagement, Kluwer
- RMO, 2012, Loslaten in Vertrouwen
- RVZ, 2009, Governance en Kwaliteit van Zorg







E-mail

bureau@nvtz.nl

Bezoekadres

Churchilllaan 11, etage 12
3527 GV Utrecht

Postadres

Postbus 30512
3503 AH Utrecht

Telefoon

(030) 737 00 85

Bereikbaar maandag tot met donderdag: 9.00 - 16.00 uur

www.nvtz.nl