

Effectief sturen op cliëntveiligheid in de verpleging, verzorging en thuiszorg

Juni 2015

Dr. Mathilde M.H. Strating
Dr. Martina Buljac- Samardžić
Dr. Annemiek M.V. Stoopendaal

Effectief sturen op cliëntveiligheid in de verpleging, verzorging en thuiszorg.

Auteurs

Dr. Mathilde M.H. Strating

Dr. Martina Buljac- Samardžić

Dr. Annemiek M.V. Stoopendaal



Publicatiedatum

Juni 2015

Auteurs

Dr. Mathilde M.H. Strating

Dr. Martina Buljac- Samardžić

Dr. Annemiek M.V. Stoopendaal

Contactgegevens

Erasmus Universiteit Rotterdam

instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

Mathilde Strating

Tel. (010) 408 8557

strating@bmg.eur.nl

www.bmg.eur.nl

Dankwoord

De auteurs danken alle bestuurders, kwaliteitsmedewerkers en managers voor hun deelname aan het onderzoek. Dit onderzoek is gefinancierd door ZonMw (projectnummer: 515500006).



Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Hoofdstuk 1 Inleiding	5
1.1. Probleemanalyse	5
1.2. Relevantie	6
1.3. Doelstelling en onderzoeksvragen.....	7
1.4. Theoretische perspectieven	7
Hoofdstuk 2 Methoden	9
2.1. Opzet en uitvoering van het kwalitatieve onderzoek.....	9
2.2. Opzet en uitvoering van het kwalitatieve onderzoek.....	10
Hoofdstuk 3 Resultaten	12
3.1 Bevindingen uit het kwalitatieve onderzoek.....	12
3.2 Bevindingen uit het kwantitatieve onderzoek.....	19
Hoofdstuk 4 Conclusie en aanbevelingen.....	28
4.1 Conclusie	28
4.2 Aanbevelingen	29
Referenties.....	30
Bijlagen	31

Samenvatting

In dit project is onderzocht welke activiteiten en welk gedrag bestuurders uitoefenen om te sturen op veiligheid en maakt inzichtelijk hoe het kwaliteitsmanagementsysteem is vormgegeven in zorgorganisaties in de VVT en welke rol bestuurders hierin hebben. De onderzoekspopulatie bestond uit bestuurders van de groep zorgorganisaties die met een of meerdere verbetertrajecten aan Zorg voor Beter hebben deelgenomen. In het onderzoek zijn bij 7 organisaties case studies uitgevoerd waarbij bestuurders, kwaliteitsfunctionarissen en zorgverleners zijn geïnterviewd, overleggen tussen management team en kwaliteitscommissie met Raad van Bestuur zijn geobserveerd en documentenanalyse is uitgevoerd. In totaal participeerden 164 bestuurders van 149 organisaties uit de langdurige zorg in het vragenlijstonderzoek (respons van 42,2% op organisatieniveau en 21,4% op individueel niveau).

Uit het kwalitatief onderzoek blijkt dat bestuurders vaak een spanningsveld ervaren tussen enerzijds cliëntveiligheid en anderszijds -een belangrijke waarde in de VV&T- de positie en eigen regie van de cliënt. Het is voor hen dan ook de uitdaging te zoeken naar oplossingen die zowel de leefbaarheid als de cliëntveiligheid vergroten.

Waar de ouderenzorg vroeger voornamelijk risicomijdend werkte en bewoners eerder in hun bewegingsvrijheid belemmerde, worden nu over het algemeen meer risico's toegestaan en wordt het oordeel over wat risicovol is en wat niet, maar ook over wat beter is voor een cliënt, meer aan professionals, cliënten en familieleden overgelaten in plaats van er organisatiebreed als bestuur een algemene richtlijn voor op te stellen.

Zorginhoudelijke dilemma's hebben daarmee ook altijd een bestuurlijke component.

Veiligheid staat op de agenda bij alle deelnemende bestuurders in de langdurige zorg. Bestuurders beschikken over een veelzijdigheid aan sturingsinformatie met name 'harde' signalen, maar zien niet altijd de waarde daarvan in. Met uitzondering van interne audits. Deze worden als een belangrijk instrument beschouwd door bestuurders om controle achteraf uit te voeren, om te leren van elkaar, maar de voorbereiding zelf draagt ook al bij aan kwaliteitsverbetering. Meer concrete goede voorbeelden van het gebruik van deze informatie en wellicht ook de manier waarop deze informatie tot hen komt zou kunnen hierin kunnen helpen.

Bestuurders krijgen veel informatie over veiligheid te horen via hun management team en vertrouwen er op dat dit team hun vertelt wat zij moeten weten. Andere instrumenten om meer 'zachte' informatie te vergaren worden nog matig ingezet. Een aantal bestuurders probeert de afstand met de werkvloer te overbruggen door walk arounds te doen of een klankbordgroep van medewerkers te starten. Dit gebeurt echter slechts in beperkte mate in de VV&T organisaties. Als we bestuurders vragen op welke wijze zij naast harde sturingsinformatie zicht en grip proberen te krijgen op veiligheid dan zien we dat bijv. slechts 12 bestuurders looprondes ('walk arounds') doen, eveneens 12 bestuurders mystery guests uitnodigen en 11 bestuurders spiegelgesprekken houden met cliënten of medewerkers. Bestuurders geven aan naar manieren te zoeken hoe vorm te geven aan de balans tussen betrokkenheid en controle.

In de meeste organisaties worden al concrete afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van professionals in de verschillende lagen van de organisatie. Steeds meer bestuurders zijn bezig de verantwoordelijkheden lager in de organisatie te leggen. Echter, het aanspreken van professionals op verantwoordelijkheden is nog niet in de organisatiecultuur ingebed en bestuurders zijn op zoek hoe hierin verbetering te realiseren.

Een Raad van Bestuur heeft te maken met de afweging van publieke belangen in de zorgsector (toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid) en instellingsbelangen (vermogenspositie, werkgelegenheid, vastgoed etc.) die met elkaar op een gespannen voet kunnen staan. Volgens 58 bestuurders (35,4%) staat de verhouding tussen deze belangen minimaal een keer per jaar op de agenda en is de keuze tussen deze belangen onderwerp van expliciete besluitvorming. Veertig bestuurders (24,4%) geven aan dat het meerdere malen per jaar op de agenda staat en 66 bestuurders (40,2%) geven aan dat het als zodanig niet op de agenda staat.

Vanuit het evolutionair model van cliëntveiligheid bekeken bevinden veel organisaties zich in stadium 1 'de waakzame professional'. Hoewel de pijlers 'verantwoordelijkheden' en 'uniformeren van processen' al iets verder ontwikkeld zijn, ontwikkelen de verschillende pijlers zich redelijk evenwichtig. Wel zien we dat in veel organisaties vaak al sturingsmodaliteiten uit stadium 2 worden ingezet terwijl de organisatieprocessen zich nog in stadium 1 bevinden. Met andere woorden: bestuurders zetten te snel bepaalde sturingsinstrumenten in.

De activiteiten en het gedrag van bestuurders is wel inzichtelijk gemaakt door het evolutionair model van patiëntveiligheid, maar hoe dit gerelateerd is aan betere prestaties op de zorginhoudelijke indicatoren en de verschillende domeinen van cliëntveiligheid was in dit onderzoek echter niet goed vast te stellen.

Het is bestuurders aan te bevelen te werken aan een beter geïntegreerd systeem van kwaliteit en veiligheid waarin vastgelegd is wat er gedaan wordt door wie en hoe dat weer gecontroleerd en waarop gereflecteerd wordt. De ambigue risico's waar deze bestuurders in de VVT mee te maken hebben vraagt om een integrale systematische aanpak van en sturing op cliëntveiligheid. Het belang van het ontwikkelen van een dergelijke systematische aanpak wordt nog eens benadrukt nu de inspectie meer gaat werken vanuit systeemtoezicht waarbij zij toeziet op (de werking van) het zelf opgezette 'systeem' om kwaliteit en veiligheid te borgen en risico's te beheersen.

Meerdere van de bevindingen en conclusies geven aanleiding tot het ontwikkelen van een handreiking waarin goede voorbeelden, activiteiten en instrumenten voor bestuurders beschreven staan om op deze wijze vorm te geven een systematische aanpak.

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1. Probleemanalyse

Sinds 2005 bestaat voor de langdurende zorg Verpleging Verzorging en Thuiszorg (VVT) het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg waarin de normen voor verantwoorde zorg zijn vastgesteld. Sinds 2007 leveren zorgorganisaties in de VVT cliëntgebonden en zorginhoudelijke informatie over de door hen geleverde zorgkwaliteit. De cliëntgebonden indicatoren meten hoe cliënten de kwaliteit van de geleverde zorg ervaren. Zorginhoudelijke indicatoren reflecteren de kwaliteit van zorginhoudelijke cliëntveiligheid. Het programma Zichtbare Zorg ondersteunt bij het zichtbaar en vergelijkbaar maken van kwaliteit. In aansluiting op dit kwaliteitskader, startte in 2005 het nationaal kwaliteitsprogramma Zorg voor Beter (ZvB). Met behulp van de doorbraakmethode werd gewerkt aan gecompartmenteerde thema's van cliëntveiligheid: preventie seksueel misbruik, probleemgedrag, zeggenschap, eten en drinken, medicatieveiligheid, decubitus, valpreventie, vrijheidsbeperkende maatregelen, incontinentie en verzorgend wassen.

iBMG evalueerde het ZvB programma. Een tussenevaluatie leverde het inzicht op dat besluitvorming en prioritering van doelstellingen op strategisch niveau niet vertaald worden naar het primaire proces, en veiligheidsproblematiek op de werkvloer vaak geen bestuurlijk agendapunt is (Strating e.a. 2008). Doordat verbeterinitiatieven na initiëring door het bestuur vaak werden overgelaten aan professionals, was de onderlinge afstemming tussen die verschillende initiatieven en de borging ervan soms ver te zoeken. Uit een rapport van De Onderzoeksraad voor veiligheid (2008) en ook op basis van onze eigen bevindingen over ZvB blijkt dat bestuurders behoefte hebben aan inzicht en voorbeelden om op effectieve wijze strategische beslissingen te verbinden aan zorginhoudelijke veiligheid.

De klassieke 'kloven' die er lijken te bestaan tussen management en werkvloer worden door programma's als ZvB enerzijds overbrugd, maar anderzijds ook in stand gehouden, zo concludeerden wij. Terwijl wij ook zagen dat alle partijen op hun eigen manier bezig zijn met het zoeken naar een praktische invulling van verschillende concepten van 'goede zorg' (Stoopendaal 2011). In de organisaties werd gezocht naar alternatieven voor vaak schijnbaar tegenstrijdige waarden en dilemma's zoals vrijheid en veiligheid in de thema's vrijheidsbeperkende maatregelen en valpreventie (Stoopendaal 2010, Du Cloo 2010, Van Helden 2010). Deze conflicterende doelstellingen en dilemma's vinden op de werkvloer plaats, maar zijn net zo goed terug te vinden in de strategische beslissingen op bestuurdersniveau. Het komt er bij kwaliteitsverbetering en sturen op veiligheid op neer de al bestaande koppelingen te benadrukken. Het gaat dan om koppelingen tussen verschillende managementniveaus in de organisatie, tussen verschillende waarden die in de organisatie spelen en tussen de middelen die hiervoor ter beschikking staan.

Met name op het gebied van cliëntveiligheid worden bestuurders onder druk gezet vanuit de maatschappij, cliëntenorganisaties, Inspectie voor de Gezondheidszorg en nationale kwaliteitsprogramma's als Zorg voor Beter en In voor Zorg, om verantwoordelijkheid te nemen in het kwaliteitsbeleid. Van zorgbestuurders wordt verwacht dat zij sturen 'op afstand'. Tegelijkertijd worden zij geacht betrokken te zijn bij cliënten, hun medewerkers te kennen en over een grondige kennis te beschikken van wat er in hun organisatie gebeurt. Die dubbele opdracht van op afstand blijven maar wel betrokken zijn, was er altijd al wel, maar tekent zich in de hedendaagse zorg pregnant af doordat de specifieke aard van zorg lijkt te botsen met een bedrijfsmatige aansturing. Bovendien zijn zorgorganisaties professionele organisaties waar autonomie en inhoudelijke autoriteit van de professionals belangrijke waarden zijn. Maar hoe kan een bestuurder in de langdurige zorg daadwerkelijk zijn verbindende positie uitvoeren op het terrein van kwaliteitsmanagement en van cliëntveiligheid? Hoe gebruiken bestuurders de indicatoren die vanuit het kwaliteitskader

aangeleverd dienen te worden? Welke meetinstrumenten, organisatorische interventies, functionarissen en verbeterinstrumenten, ofwel welke activiteiten, zijn nodig om te reageren op de beschikbare sturingsinformatie?

De leidende vraag voor dit onderzoek is: Met welke bestuurlijke activiteiten en onder welke condities is het mogelijk voor bestuurders om effectief te kunnen sturen op cliëntveiligheid?

1.2. Relevantie

Toezichthoudende instanties trachten verantwoordelijkheid dichter bij de daadwerkelijke uitvoering van zorg in het systeem in te vullen, waarbij zorgbestuurders en raden van toezicht meer verantwoordelijkheid nemen (zie ook meerjarenbeleidsplan (MJB) van de inspectie (MJB 2012-2015)). Recent onderzoek naar succes en faalfactoren op bestuurdersniveau en implementatie van sturingsmodaliteiten heeft laten zien dat de meeste VVT instellingen zich in een stadium bevinden waarin de *eerste fundamente van veiligheidsmanagement* vorm krijgen (Lemmens, 2011a). Organisaties werken aan de verbetering van systemen en procedures. De verantwoordelijkheid voor het optimaliseren van de veiligheid ligt echter nog sterk bij de individuele professional. De rol van de bestuurder is te typeren als „veiligheid staat op de agenda”. Bestuurders en managers lijken zoekend hoe om te gaan met conflicterende waarden als cliëntveiligheid en eigen regie van de cliënt.

De focus van de initiatieven om veiligheid te verbeteren is gericht op het primaire proces en nog specifiek op handelingen van individuele professionals. Cliëntveiligheid is in compartimenten opgedeeld en de verbeterinitiatieven van programma's als ZvB richten zich dan ook op één type incident (valpreventie, medicatieveiligheid), op compliance aan richtlijnen, op één bepaalde afdeling en op het individuele functioneren van de professional en bieden managers en bestuurders een beperkte rol en sturingsmogelijkheid (enkel als steun, gezicht). Ondanks de eindverantwoordelijkheid is het niet aan de bestuurder om zich direct bezig te houden met operationele processen op de werkvloer. De gegeven manier van werken kent daarmee weinig oog voor het feit dat cliëntveiligheid een zaak van 'vele handen' is (van bestuur, management en professionals). De discussie over de randvoorwaarden voor cliëntveiligheid, waar het bestuur verantwoordelijkheid voor krijgt toebedeeld, blijft dan steken in thema's als: tijd, geld en organisatiestructuren. Het wordt aan professionals overgelaten veilig te werken en hun collega's daar op aan te spreken.

De veiligheidsthema's waar aan gewerkt is binnen het kader van ZvB zijn bij uitstek goede voorbeelden van hoe - afhankelijk van het type risico (eenvoudig, complex, onzeker of ambigue) - het handelingsrepertoire van bestuurders kan verschillen (Bont, de 2009, pagina 7). De verschillende veiligheidsthema's kunnen tot verschillende besturingsstijlen leiden. Zo kunnen risico's waarvoor veel evidentie bestaat en waarvoor de maatregelen ter voorkoming van de schade bekend zijn, zoals decubitus, op een meer directieve en normerende manier worden aangestuurd dan thema's waarvoor dit niet het geval is, zoals preventie seksueel misbruik, waarvoor bestuurders juist een veilige en reflexieve sfeer moeten helpen creëren. Als de evidentie ontbreekt en/of er geen consensus bestaat over de waarden die in het geding zijn, is een andere vorm van sturing nodig. In dergelijke gevallen zijn meer lerende vormen van sturing effectiever dan strikt normerende. Het directieve sturingsmodel waarbij een generieke oplossing wordt opgelegd schiet vaak te kort in het omgaan met ambigue oorzaken van cliëntveiligheid (Leistikow 2010).

Juist de sturing op veiligheid in organisaties, zoals nu ingevuld in de zorg, kent beperkingen. Een belangrijke beperking is de smalle focus van veel veiligheidsprojecten. De initiatieven richten zich op één afdeling, of één type behandeling. Een bredere opvatting van veiligheid met oog voor de complexiteit van grotere systemen is nodig. Daarin wordt de rol

van bestuurders en managers ook concreter; zorgen voor voldoende capaciteit opdat er een zekere buffer is om incidenten op te vangen of het maken van heldere keuzen tussen conflicterende doelen. Bij de afweging van ambigue risico's is de rol van Raad van Bestuur mogelijk ook groter. Als zorginhoud en overige elementen in de bedrijfsvoering nadrukkelijker verbonden worden, is er voor bestuurders en managers een duidelijker rol weggelegd in het initiëren, borgen en verspreiden van kwaliteitsverbeteringen die leiden tot cliëntveiligheid.

1.3. Doelstelling en onderzoeksvragen

Doel van het onderzoek is om inzicht te bieden in de activiteiten die zorgbestuurders kunnen ondernemen om op effectieve wijze te kunnen sturen op zorginhoudelijke indicatoren om daarmee de gewenste verbetering van cliëntveiligheid te kunnen bereiken.

De onderzoeksvragen zijn als volgt geformuleerd:

1. Hoe is de verantwoordelijkheid voor kwaliteit in de VVT vorm gegeven? Met wie, op welk niveau en in welke overlegstructuren worden de prestaties op de zorginhoudelijke indicatoren en informatie vanuit 'soft signals' besproken?
2. In hoeverre gebruiken bestuurders sturingsinformatie met betrekking tot cliëntveiligheid bij het formuleren en afstemmen van strategische doelstellingen?
3. Welke effectieve activiteiten gericht op het sturen op cliëntveiligheid heeft een bestuurder voorhanden, welke interventies worden ingezet om te verbeteren op de zorginhoudelijke indicatoren en hoe worden deze geborgd in de organisatie?

1.4. Theoretische perspectieven

Alvorens wordt ingegaan op de gekozen aanpak en onderzoeksopzet zal eerst worden toegelicht vanuit welke theoretische perspectieven de dataverzameling en analyse daarvan vertrekt. Gezien de aard van het onderzoek zal het niet mogelijk zijn om tot toetsbare hypothesen te komen, maar worden deze theoretische kaders als leidraad gebruikt ter beantwoording van de vragen.

Toezichthoudende instanties trachten verantwoording dichter bij de daadwerkelijke uitvoering van zorg in het systeem in te vullen. Dit wordt in de literatuur geduid als systeemtoezicht (ST): toezicht door de overheid dat gebruik maakt van en toezicht houdt op de kwaliteit van het kwaliteit & veiligheidssysteem zoals gehanteerd binnen instellingen waarbij zorgbestuurders en raden van toezicht meer verantwoordelijkheid nemen.

Conform de Kwaliteitswet Zorg Instellingen (KZI), verplaatst de verantwoordelijkheid en uitvoering van toezicht deels naar zorgaanbieders zelf, die hun functioneren middels kwaliteitsbeleid en -systemen (art. 2-5 KZI) transparant maken. Systeemtoezicht is gericht op de kwaliteit van het interne kwaliteitscontrolesysteem dat gehanteerd wordt binnen instellingen en waarvoor de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht verantwoordelijk zijn.

Het kwaliteitsmanagementsysteem in organisaties is gebaseerd op sturingsinformatie. Sturingsinformatie in zorgorganisaties is te onderscheiden naar verschillende soorten. Er zijn in het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg normen ontwikkeld voor de VVT die duidelijkheid moeten scheppen over wat onder verantwoorde zorg verstaan moet worden (Zichtbare Zorg 2010). Bekwaamheid van personeel komt hier ook ter sprake doordat dit tot doeltreffendheid, doelmatigheid, veiligheid en cliëntgerichtheid moet leiden. Deskundigheid dient op peil

gehouden te worden niet alleen door opleiding, scholing, inwerkprogramma's, functioneringsgesprekken, teambesprekingen en werkoverleg maar ook door gebruik te maken van instrumenten die door de beroepsorganisaties zijn ontwikkeld. Kwaliteitsmanagement in de zorgorganisaties gaat dus niet alleen over de juiste dashboards. Dat is te beperkt. Het gaat eerst en vooral over de structuren (verdeling van verantwoordelijkheden, expertise etc) waarin dit soort informatie is ingebed. Patiëntveiligheid en controle op de uitvoering van zorg krijgt in instellingen vorm in een proces van 'negotiated knowledge' (Leistikow 2010). Daarbij gaat het ook over de competenties van bestuurders, professionals en raden van toezicht (Scott 2008). Van zorgbestuurders wordt verwacht dat zij sturen 'op afstand'. Tegelijkertijd worden zij geacht betrokken te zijn bij cliënten, hun medewerkers te kennen en over een grondige kennis te beschikken van wat er in hun organisatie gebeurt (Stoopendaal 2008). Om recht te doen aan de dynamiek van de bestuurderspraktijk is afstand en betrokkenheid van belang (Stoopendaal, 2008). In zorgorganisaties wordt voortdurend, in een continu proces, gezocht naar een aan de situatie aangepaste mate en vorm van afstand en betrokkenheid.

Hoe het kwaliteitsmanagementsysteem is vormgegeven in zorgorganisaties en welke rol bestuurders hierin hebben kan goed worden beschreven aan de hand van het evolutionair model van patiëntveiligheid zoals ontwikkeld door Plexus (Lemmens, 2011b). Het model beschrijft vier onderling samenhangende elementen die essentieel zijn voor patiëntveiligheid en beschrijft vier ontwikkelstadia oplopend van relatief onveilig (stadium 0) tot erg betrouwbare zorg (stadium 3). Afhankelijk van de ontwikkeling en vormgeving van de afzonderlijke pijlers kan bepaald worden in hoeverre een zorgorganisatie 'veilige zorg' levert. De vier pijlers van veiligheid zijn:

- meten en monitoren (zoals audits, visitaties, risico-analyses, incidentmeldingen)
- optimaliseren en uniformeren van processen (zoals kwaliteitssystemen, procesbeschrijvingen, richtlijnen en protocollen)
- organisatiecultuur (zoals walk arounds, ambassadeurs, patiëntveiligheidskaart)
- verantwoordelijkheid en aansturing (zoals formaliseren van verantwoordelijkheidsafspraken tussen management en professionals, informatieprotocol ten aanzien van sturingsinformatie).

Dit laatste element haakt direct in op de rol van de bestuurder en omvat de taakomschrijving en het concrete gedrag van bestuurders. Aan de hand van het model kan per stadium en per pijler beschreven worden welk gedrag en welke activiteiten van de bestuurder aan patiëntveiligheid hebben bijgedragen. Recent onderzoek van Lemmens (2011b) heeft laten zien dat de meeste VVT instellingen zich in stadium 1 bevinden waarin de eerste fundamentelementen van veiligheidsmanagement vorm krijgen. Dit onderzoek is echter slechts bij vijf zorgorganisaties uitgevoerd. De vraag rijst hoe generaliseerbaar dit is voor deze sector en op welke wijze er gestuurd wordt in deze sector wanneer zorgorganisaties zich in stadium 2 (aangeduid als collectieve professionaliteit) of stadium 3 (high reliability zorg) bevinden.

Bovenstaande theoretisch perspectieven bieden het fundament om te achterhalen hoe in de besturingspraktijk het kwaliteitsbeleid rondom cliëntveiligheid wordt vormgegeven, welke bestuurlijke activiteiten plaats vinden en bijdragen aan betere cliëntveiligheid.

Hoofdstuk 2 Methoden

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruikt. Gezien de aard van de vragen en het feit dat er slechts weinig beschikbare voorbeelden van vragenlijsten zijn waarin dit type informatie wordt uitgevraagd, is gestart met kwalitatieve dataverzameling. De kwalitatieve dataverzameling had een exploratief doel en bestond uit documentenanalyse en case studie onderzoek bestaande uit interviews en observaties. Het case studie onderzoek biedt eerste inzichten in de beantwoording van deelvragen 1, 2 en 3. De resultaten van het kwalitatieve onderzoek zijn ook gebruikt voor opstellen van het vragenlijstonderzoek onder bestuurders. Het vragenlijstonderzoek is gebruikt om tot meer generaliseerbare uitspraken te komen als beantwoording op de deelvragen 1, 2 en 3.

De onderzoekspopulatie bestond uit bestuurders van de groep zorgorganisaties die met een of meerdere verbetertrajecten aan Zorg voor Beter hebben deelgenomen. In totaal is het aantal organisaties dat heeft deelgenomen aan Zorg voor Beter bij benadering¹ 380 verpleeg- en verzorgingshuizen en 63 thuiszorgorganisaties. Onder bestuurders wordt verstaan de leden van de Raad van Bestuur, het orgaan dat verantwoordelijk is voor de dagelijkse bedrijfsvoering in de organisatie.

2.1. Opzet en uitvoering van het kwalitatieve onderzoek

2.1.1. Documentenanalyse

Als voorbereiding op de ontwikkeling van de vragenlijst en de kwalitatieve dataverzameling heeft een documentenanalyse plaats gevonden van jaardocumenten Maatschappelijke Verantwoording, inspectieverslagen en informatie over zorginhoudelijke indicatoren en cliëntgebonden indicatoren gemeten met de CQ Index zoals beschikbaar op websites als www.igz.nl, www.jaarverslagenzorg.nl en www.kiesbeter.nl.

2.1.2. Case studie onderzoek

Door middel van case studie onderzoek is geïnventariseerd wat de huidige bestuurlijke activiteiten zijn op het terrein van cliëntveiligheid en op basis van welke signalen het beleid wordt ingezet. Het includeren van cases voor het kwalitatieve onderzoek heeft enige vertraging opgelopen door het gebrek aan bereidwilligheid van organisaties om deel te nemen. De selectie van organisaties voor het kwalitatief onderzoek is niet volgens ons voornemen verlopen. In eerste instantie hebben we organisaties benaderd voor hele case studies, bestaande uit observaties en interviews. We hadden een selectie gemaakt van goed scorende en minder goed scorende organisaties en hebben uit elke groep vier tot zes organisaties benaderd. De geselecteerde organisaties reageerden niet of afwijzend op ons verzoek deel te nemen. Op basis van die ervaring hebben we organisaties in eerste instantie alleen benaderd voor een interview met een bestuurder, en hebben we ook ons eigen netwerk ingezet om goede en minder goede organisaties te vinden en te laten meedoen. Dit heeft uiteindelijk geleid tot zeven organisaties waar we in elk geval een interview met de bestuurder hebben gedaan. In overleg met de bestuurder hebben we aanvullende interviews en observaties gepland. We hebben de bestuurder gevraagd naar namen van respondenten voor aanvullende interviews, zodat we ook het netwerk van de bestuurder konden leren kennen aangezien dit onderzoek vooral focust op de rol van de bestuurder bij cliëntveiligheid (zoals ook benadrukt door de beoordelingscommissie (honoreringsbrief 22 juni 2012)). In totaal hebben achttien interviews plaatsgevonden bij 7 organisaties. Er zijn zes observaties gedaan van bestuurs- en/of

¹ Bij benadering omdat door fusies en reorganisaties het exacte aantal niet te geven is

managementteamvergaderingen waarin het thema kwaliteit en cliëntveiligheid op bestuurlijk niveau wordt besproken. De kwalitatieve case studies bestonden uit semigestructureerde interviews met 7 bestuurders, 4 hogere managers, 4 kwaliteitsfunctionarissen en 3 verpleegkundigen/activiteitenbegeleiders. Daarnaast zijn 3 overleggen tussen management team (MT) en kwaliteitscommissie en 3 MT-vergaderingen geobserveerd. Voorafgaand aan de interviews en observaties zijn documenten zoals kwaliteitsjaarverslagen, visiedocumenten en beleidsplannen geanalyseerd.

2.1.3. Analyse kwalitatieve data

De interviews zijn opgenomen en samen met de observatieverslagen letterlijk uitgewerkt. Velddocumenten, interviews en observatieverslagen zijn op grond van de onderzoeksvragen geanalyseerd met behulp van het programma Atlas TI. De case studies geven een beschrijving van voorbeelden hoe het besturen van cliëntveiligheid in de VVT organisaties wordt vormgegeven. Inzicht is verworven in wat daarbij leidt naar goede resultaten, en welke valkuilen er zich voor doen. De informatie vanuit de kwalitatieve dataverzameling is vervolgens gebruikt om de vragenlijst te ontwikkelen waarmee het gedrag van bestuurders in kaart is gebracht.

2.2. Opzet en uitvoering van het kwalitatieve onderzoek

2.2.1. Steekproef en werkwijze

Voor het vragenlijstonderzoek is van de 380 verpleeg- en verzorgingshuizen en 63 thuiszorgorganisaties die aan Zorg voor Beter hebben deelgenomen de samenstelling van Raad van Bestuur in kaart gebracht. Door fusies en reorganisaties bleek dat er in totaal 353 concerns met een Raad van Bestuur te onderscheiden waren die in de meeste gevallen zowel zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen als thuiszorg leveren. Alle leden van Raad van Bestuur van deze concerns zijn aangeschreven (in totaal 765). Via email hebben bestuurders een uitnodiging ontvangen om een webenquête in te vullen waarin de anonimiteit gewaarborgd was. De eerste ronde van deze dataverzameling leverde helaas slechts 72 ingevulde vragenlijsten op. Om de respons te verhogen en daarmee ook de generaliseerbaarheid te vergroten is een tweede ronde uitgevoerd. Dit leverde meer succes op en in totaal is daarmee het aantal ingevulde vragenlijst op 164 uit gekomen. Dit betrof 134 bestuurders uit verschillende concerns op. Van 15 concerns reageerden 2 bestuurders. Voor elk concern waarvan een of meerdere bestuurders gereageerd hebben op de web enquête zijn aanvullende gegevens zoals omvang, aantal cliënten en aantal fte medewerkers verzameld via jaarverslagen en informatie beschikbaar op de website van het concern zelf en gekoppeld aan de resultaten van de webenquête.

2.2.2. Inhoud van de webenquête

Om deelvraag 1 te beantwoorden is navraag gedaan over welke sturingsinformatie (zowel harde als zachte signalen zoals metingen, maatregelen, materialen, audits, dossieronderzoek, tevredenheidsonderzoeken, OR/CR/HR) bestuurders beschikken. Deze vragen bieden aanknopingspunten om in kaart te brengen hoe de pijler 'meten en monitoren' eruit ziet binnen deelnemende zorgorganisaties. Daarnaast wordt ook met name ingegaan op de pijler 'verantwoording en aansturing' en 'organisatiecultuur'. Welke sturingsinformatie wordt op welk niveau in de organisaties gebruikt? En in hoeverre en op welke wijze wordt cliëntveiligheid en sturingsinformatie besproken in overleggen tussen Raad van Bestuur, Raad van Toezicht, Management Team, cliëntenraden en overige betrokkenen in de organisatie?

Om deelvraag 2 te beantwoorden is navraag gedaan over welke sturingsinformatie bestuurders gebruiken bij het formuleren van doelstellingen. In hoeverre zijn bijvoorbeeld knelpunten op de zorginhoudelijke indicatoren bepalend geweest in het kiezen voor een bepaald verbeterthema van Zorg voor Beter? In hoeverre heeft de IGZ of een zorgkantoor hier een rol in gehad? En in hoeverre heeft er dan afstemming plaats gevonden met andere speerpunten en doelstellingen van de organisatie?

Om het kwaliteitsbeleid in kaart te brengen wordt o.a. gebruik gemaakt van de Nivel-vragenlijst 'Kwaliteit en veiligheidsmanagement' waarin vragen zijn opgenomen over het type en aantal kwaliteitsactiviteiten, aantal en aard van kwaliteitsprojecten en type gecertificeerd kwaliteitssysteem. Met dit type vragen wordt duidelijk gemaakt hoe de pijler 'optimaliseren en uniformeren van processen' eruit ziet voor deelnemende zorgorganisaties.

Gezien de waargenomen verschuiving van een interne naar een externe oriëntatie van het bestuur: van bedrijfsvoering naar strategische keuzen voor de organisatie (Maister: Van der Meulen, 2009; Noordegraaf 2004), is in de vragenlijst ook in gegaan op de mate waarin bestuurders zich bezig houden met externe contacten en ontwikkelingen en deze meespelen in het nemen van beslissingen.

2.2.3. Data analyse

De vragenlijsten zijn met behulp van het statistische programma SPSS geanalyseerd. Daarnaast zijn de gegevens vanuit de vragenlijsten gecombineerd met de prestaties van de organisaties op de zorginhoudelijke indicatoren van de afgelopen jaren (beschikbare data van 2009-2012). Het combineren van de zorginhoudelijke indicatoren van de afgelopen jaren en het vragenlijstonderzoek onder bestuurders had als doel het in kaart te brengen welke activiteiten van bestuurders positief gerelateerd zijn aan verbetering op grond van deze indicatoren.

Hoofdstuk 3 Resultaten

3.1 Bevindingen uit het kwalitatieve onderzoek

Voor ons onderzoek naar toezicht op kwaliteit en veiligheid in ouderenzorgorganisaties hebben we interviews en een aantal observaties gehouden in zeven verschillende ouderenzorgorganisaties, onder andere verschillend in grootte en in regio (zie 3.1 voor uitgebreide beschrijving van deze dataverzameling). Onze onderzoeksvraag daarbij was met name hoe bestuurders zicht houden op de kwaliteit en veiligheid in hun organisatie – oftewel het ‘dashboard’ van een bestuurder. Een daaraan ondergeschikte vraag was welke informatie op welke ‘laag’ in de organisatie bekend en relevant is, en wat daar vervolgens mee wordt gedaan. Deze data is ook als input voor een vragenlijst gebruikt die we breed in ouderenzorgorganisaties hebben uitgezet. Hieronder worden een aantal opvallende punten uit de kwalitatieve dataverzameling gepresenteerd, waarbij we zowel op verschillen als op overeenkomsten tussen organisaties hebben gefocust.

De belangrijkste thema’s zullen we hier eerst kort introduceren, alvorens er hieronder dieper op in te gaan. Allereerst zijn tijdens de interviews veel instrumenten naar voren gekomen die bestuurders en andere mensen in de organisatie gebruiken om zicht te houden op de kwaliteit en veiligheid in de organisatie en om waar nodig acties te ondernemen. Dit betreft zowel formele als informele instrumenten. We laten zien welke rol deze instrumenten kunnen spelen in de verschillende organisaties. Daarna gaan we in op het thema ‘afstand en nabijheid’. Omdat bestuurders ‘verder weg’ zitten van de zorg zelf, hebben ze instrumenten nodig om die afstand te overbruggen en toch te kunnen sturen. De indicatoren die aangeleverd moeten worden voor Zichtbare Zorg spelen daar een rol in, maar bestuurders kunnen ook bijvoorbeeld meelopen op afdelingen of klankbordgroepen organiseren. Het laatste thema waar we op ingaan betreft organisationele dilemma’s, en hoe daarmee wordt omgegaan op de verschillende niveaus. Zo is ‘wonen als thuis’ een belangrijk ideaal geworden in veel organisaties en komen er steeds meer kleinschalige woonvormen, maar dat kan soms een dilemma opleveren voor de strakke regels van voedselveiligheid bijvoorbeeld.

3.1.1. Instrumenten in het ‘dashboard’

Over het algemeen gebruiken alle organisaties dezelfde instrumenten voor hun ‘dashboard’: Consumer Quality index (CQ), interne en externe audits, Melding Incidenten Cliënten (MIC) en Melding Incidenten Medewerkers (MIM), Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ), de zogenaamde meetweken, maar ook informatie vanuit medewerkers en locatiemanagers, kwaliteitsmedewerkers en cliëntenraden bijvoorbeeld. Een lijstje van gebruikte instrumenten is (dan) ook minder interessant dan inzicht *hoe* organisaties deze instrumenten precies gebruiken en welke rol de instrumenten innemen in (het besturen van) de organisatie.

HKZ is een instrument dat eigenlijk altijd als een van de eerste ‘parameters’ voor kwaliteit wordt genoemd. Het brengt soms ook regels of eisen aan het licht die niet bekend waren bij medewerkers. Dit geldt zowel voor HKZ voorschriften zelf als voor bredere richtlijnen in de zorg. Bij één organisatie heeft (het gebruiken van) de HKZ ook een belangrijke rol gespeeld in “het uniformeren van processen” op het moment dat er een fusie van drie verschillende organisaties was waaruit de huidige organisatie is voortgekomen. De waarde die aan externe audits zoals de meetweek (waarin zowel de CQ als zorginhoudelijke indicatoren worden gemeten) wordt toegekend verschilt sterk per organisatie. Sommige organisaties lijken de externe audits geheel ter discussie te stellen

wegens een gebrek aan validiteit. Een respondent vertelde bijvoorbeeld hoe het ten eerste heel lang (langer dan een halfjaar) heeft geduurd voor de organisatie een rapportage ontving van de meetweek, en hoe het ten tweede onduidelijk was hoe de normering in die terugkoppeling tot stand was gekomen (bijvoorbeeld een lagere score dan gemiddeld). Doordat die berekening in de organisatie niet bekend was, was het ook moeilijk om de terugkoppeling goed te interpreteren en daarmee om er dus goed actie op te kunnen ondernemen. Toch proberen de meeste organisaties wel een soort 'benchmark' te doen en gebruiken de organisatie onder andere de meetweek om zowel hun locaties onderling als hun locaties ten opzichte van de landelijke scores te vergelijken.

De CQ is voor bestuurders vaak belangrijk om een beeld te krijgen hoe de kwaliteit in de organisatie is. Daarnaast praten bestuurders soms ook met individuele cliënten om hun verhaal te horen. Een item van de CQ is bijvoorbeeld hoe veilig cliënten zich voelen. Waar bestuurders en medewerkers in een organisatie bij veiligheid misschien al snel geneigd zijn te denken aan medicatieveiligheid of het valrisico, gaat het voor cliënten soms meer over of ze in een oud (en daarmee onveilig aanvoelend) huis wonen of er een portier bij de deur de wacht houdt. Daarmee kunnen individuele verhalen een aanvulling zijn op de CQ, omdat deze laten zien welke interpretatie cliënten precies geven aan de vragen. Interne audits, uitgevoerd door medewerkers van een organisatie zelf en (slechts) bedoeld voor interne terugkoppeling, zijn enerzijds soms bedoeld ter voorbereiding op externe audits, zoals in elk geval in een organisatie wordt gezegd, maar anderzijds zijn ze ook verplicht vanuit de HKZ. Onderwerpen die in de interne audits aan de orde worden gesteld moeten dan ook altijd aan HKZ-criteria voldoen, hoewel er daarin ook nog vrijheid is voor organisaties. Daarmee lijken ook 'interne' audits dus deels een 'extern' karakter te hebben. In de ene organisatie worden interne audits vooral gezien als "de puntjes op de i", terwijl ze in de andere organisatie veel niet goed lopende zaken aan het licht brengen. De interne audits stimuleren de uitwisseling van goede ervaringen/manieren van werken. Door de interne audits komen medewerkers (met name de auditors) op andere afdelingen en kunnen ze over en weer van elkaar leren, iets dat een bestuurder een "goede bijvangst" noemt van de interne audits. Een andere bestuurder zegt juist: *"Ik vind interne audits an sich helemaal prima. Maar ik vind eigenlijk dat je daarmee te weinig je thermometer in je organisatie steekt omdat het te beperkt is."* Deze bestuurder zou veel directer actie willen kunnen ondernemen op verbeterpunten, en zou vooral graag zien dat medewerkers dat zelf doen. Ook een kwaliteitsmedewerker is van mening dat er soms dingen uit de interne audit naar voren komen die medewerkers zelf hadden kunnen aanpassen en waar ze de toestemming van het management niet voor nodig hebben, bijvoorbeeld hoe (met welke kleur en welk teken) medicatie precies wordt afgetekend.

Veel bestuurders benoemen dat hun taak vooral is om te controleren of bepaalde dingen die zijn afgesproken ook worden uitgevoerd, m.a.w. of deze geïmplementeerd zijn. Voor die controle worden interne audits gebruikt. Een bestuurder vertelt: *"We hebben nu ook een nieuw systeem voor medicatieveiligheid ontwikkeld. Daar zit een heel uitgebreid implementatieplan achter, maar ik heb ook gezegd, ik wil een jaar na het begin van die implementatie gewoon een audit op dat gebied."* Dus een audit helpt als controle achteraf en om te leren van elkaar, maar alleen de voorbereiding van een audit draagt al bij aan kwaliteitsverbetering, zo vertelt een bestuurder: *"Het voorbereiden van een audit helpt ook al, want het zet de boel op scherp, dus de audit als principe helpt al om voortdurend te verbeteren, en dat is ook goed. Want auditing is een middel en geen doel op zich."*

Ook meldingen spelen een belangrijke rol in het zicht houden op de veiligheid. In de ouderenzorg wordt met name het programma Triasweb gebruikt, waarin meldingen en voorgestelde verbeteracties kunnen worden gedaan en bijvoorbeeld de teammanager kan

reageren op de melding. Zo vertelt een teammanager dat ze “*alle cliënten van haar afdeling kent*” en dat haar “*deur ook altijd openstaat voor cliënten en medewerkers.*” Zij krijgt alle meldingen in Triasweb via de email binnen en bij iedere melding kan ze een reactie geven, daarmee bepaalt zij of en wat er met meldingen gebeurt. Ook medewerkers die betrokken zijn geweest bij het incident wordt vaak input voor verbeteracties gevraagd. De Inspectie van de Gezondheidszorg speelt in de organisaties een verschillende rol. In één organisatie is de IGZ al een paar jaar niet geweest, behalve voor een aanvraag ‘bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuis’ (BOPZ) voor een locatie of afdeling. Andere organisaties konden überhaupt niet meewerken aan ons onderzoek omdat ze te druk bezig waren te reageren op de uit de inspectie rapportage voortkomende verscherpte eisen. In weer andere organisaties werd veel van het inspectiebezoek geleerd. De betreffende bestuurder vond dit discutabel omdat, medewerkers zelf van regels en richtlijnen op de hoogte zouden moeten zijn en dit niet van de Inspectie zouden moeten hoeven te leren: *Het eerste inspectiebezoek wat we hadden, ging over hygiëne. En een van de teammanagers liep met een inspecteur mee, en ik was daar op het eind, en toen kreeg ik wat terug te horen van mensen die daarbij betrokken waren, en toen zegt ze helemaal blij en trots: ach, ik heb toch weer zoveel geleerd. Ja, toen dacht ik, ho wacht even, het is eigenlijk de bedoeling dat je het al weet.*” Voor een bestuurder kan het feit dat medewerkers iets van een inspectiebezoek leren juist een teken zijn dat het niet goed zit in de organisatie, en dat het kennisniveau nog te laag is.

Er werden door de respondenten soms ook meer ‘informele’ instrumenten genoemd die veel informatie kunnen opleveren. Alle bestuurders benoemen dat ze veel horen over hun organisatie via hun locatiemanagers. Ze vertrouwen erop dat die hen vertellen wat ze moeten weten. Het is dan wel belangrijk als bestuurder je locatiemanagers goed te kennen en te weten of zij je altijd onomwonden de waarheid vertellen of dat je meer door moet vragen. Naast locatiemanagers benoemen bestuurders soms ook ‘sleutelpersonen’ zoals bijvoorbeeld de kwaliteitsmedewerkers, die hen van veel informatie voorzien. Maar ook de sleutelfiguren zijn situationeel bepaald: in een organisatie, gelegen in een gelovig gebied, is de geestelijk verzorger een van de belangrijkste informatiebronnen voor de bestuurder. De geestelijk verzorger weet veel van wat er zich met cliënten en in de organisatie afspeelt. Ook de cliënt- en medewerkersvertrouwenspersonen leveren vaak veel informatie, omdat zij een verslag maken van alle kwesties die zij behandelen, “*vaak nog voor er een (officiële) klacht is haal je daar trends uit. Op welke locaties zijn veel meldingen? En als je dat samenvoegt krijg je als bestuur een behoorlijk beeld van wat er zich afspeelt in je organisatie en heb je input om met je management in gesprek te gaan.*”

Een ander ‘situationeel’ en informeel instrument is het piepersysteem, waarmee cliënten kunnen bellen als ze hulp nodig hebben. In betreffende organisatie is het mogelijk een uitdraai te maken van het piepersysteem, waarop dan is te zien wie er wanneer heeft gebeld en hoe snel daar actie op is ondernomen. Als cliënten dus veel klachten hebben over lang moeten wachten als ze bellen, dan kan dit uitgezocht worden.

Deze formele en informele instrumenten samen leveren bestuurders kwaliteitsinformatie op, en laten hen ook zien waar dingen misgaan in de organisatie. Het bestuderen van trends in rapportages of de informatie van sleutelfiguren leveren vaak ‘alarmbellen’ – signalen dat er iets niet goed gaat.

3.1.2. Afstand en nabijheid

Bestuurders staan per definitie verder weg van de zorg dan bijvoorbeeld verzorgenden. Zij moeten omgaan met die ‘afstand’. Een manier om dat te doen is, zoals we in de interviews hebben gezien, abstracties (bijvoorbeeld geaggregeerde informatie of ‘abstracte’ begrippen) creëren om zo inzicht te krijgen en te (kunnen) sturen. Eén bestuurder begint bij aanvang van het interview onmiddellijk over die afstand te praten, ook omdat het kantoor van deze

bestuurder is gehuisvest in een apart gelegen kantoorpand dat geen enkele associatie met een zorglocatie heeft. Om het primaire proces te ervaren, organiseert de bestuurder meeloopdagen. Op het tijdstip van het interview de bestuurder net terug van een meeloopochtend in een van de locaties. Afstand tussen bestuurder en werkvloer is er per definitie “Het grootste gedeelte van die werkzaamheden is dan toch ver van die werkvloer vandaan. En dat is natuurlijk, dat is een hele interessante vraag, hoe verzekert je je dan van het feit dat het goed gaat?” met de afstand tussen bestuur en zorgverlening moet omgegaan worden, het creëren van abstracte representaties van de geleverde zorg- cijfers en indicatoren-, maar ook het concrete meelopen zijn manieren waarmee bestuurders zich ervan ‘verzekeren’ dat het goed gaat.

De instrumenten genoemd in de vorige paragraaf zijn bedoeld om afstand hanteerbaar te maken om iets van de uitvoering van zorg te weten te komen zonder dat je daar bij kunt zijn. Toch verschilt het in welke mate bestuurders op de hoogte zijn van de precieze getallen en constatering in de rapportages/verslagen van die instrumenten. Een van de bestuurders kan desgevraagd getallen in de jaarrapportage toelichten en vertellen wat de situatie was

van de vier cliënten bij wie vrijheidsbeperkende maatregelen werden toegepast. Een andere bestuurder zegt daarentegen: *“Maar ik vind wel dat je als bestuurder – je bent natuurlijk overall eindverantwoordelijk voor – maar je moet wel voeling kunnen houden met wat er ook op de werkvloer, in de individuele huizen mis kan gaan. En nou het systeempje wat ik heb, door echt per kwartaal zo’n rapportage per cluster te hebben en dan ook in te zoomen, geeft mij wel het gevoel dat ik redelijk goed weet wat er gebeurt. Zonder de vraag direct te kunnen beantwoorden als je die zou stellen, van geef eens aan hoe dat cijfer [bijvoorbeeld een cijfer komend uit een interne audit of uit de meetweek] in elkaar zit, want dat weet ik niet.”*

Voor andere bestuurders lijken cijfers minder belangrijk te zijn. Waar de meeste bestuurders bijvoorbeeld over audits of over de CQ beginnen te praten als hen wordt gevraagd te vertellen hoe ze precies zicht houden op de veiligheid in de organisatie, is het eerste punt dat een andere bestuurder benoemt het leggen van verantwoordelijkheden *“laag in de organisatie. (...) Dat betekent dat onze teammanagers daar een hele belangrijke rol in*

hebben, in het signaleren van, en het observeren van veiligheidssituaties .” Dat maakt ook uit voor hoe het dashboard eruit ziet. Voor een bestuurder die overall bij betrokken is lijkt het dashboard vooral uit cijfers en rapportages te bestaan. Voor een bestuurder die juist niet overall bij betrokken wil zijn – als strategische keuze – bestaat ‘het dashboard’ vooral uit (vertrouwen in) de medewerkers ‘lager’ in de organisatie – of misschien is het dashboard juist door dat vertrouwen minder dominant en minder sturend. Dat kan ook betekenen dat het zorgplan belangrijker wordt gevonden dan bijvoorbeeld jaarrapportages. Dezelfde bestuurder geeft aan dat in zijn organisatie het zorgplan centraal staat, en dat alles daaromheen is georganiseerd. Daarin lezen ze af hoe het gaat met een cliënt, hoe tevreden hij of zij is, en ook als het wat minder gaat biedt het zorgplan informatie om daar direct – *“op dat niveau met de direct betrokkenen”* – op te sturen door medewerkers betrokken bij die cliënt. Dat is *“het hart van de organisatie”*. Het zorgplan is in geen van de andere interviews expliciet aan de orde gekomen, behalve als het gaat om de eis dat het zorgplan besproken

met en ondertekend door cliënten moet worden. Dat betekent niet dat er in deze organisatie helemaal geen cijfers worden gebruikt om te sturen. Het betekent alleen dat de cijfers in sommige organisaties meer dominant lijken te zijn dan in andere organisaties, en dat lijkt niet slechts door de grootte van een organisatie te verklaren te zijn. Het betekent ook dat sommige bestuurders misschien meer op ‘hun dashboard’ kijken dan andere bestuurders.

Hoewel er in de meeste andere interviews dus al eerder en meer werd gefocust op de instrumenten die bestuurders kunnen gebruiken om zicht te krijgen op de veiligheid in hun organisatie, lijkt iedere bestuurder en iedere organisatie wel bezig te zijn met verantwoordelijkheden lager in de organisatie te leggen. In bijvoorbeeld bijna ieder interview wordt verteld hoe organisaties streven naar het worden van een “regelarme” organisatie waarbij medewerkers ook meer ruimte krijgen om binnen “de kaders” hun eigen invulling te bedenken voor hun specifieke locatie of voor een specifieke situatie. De kaders worden op het managementniveau aangegeven, maar daarbinnen hebben afdelingen en teams ruimte om er zelf hun invulling aan te geven. Een bestuurder geeft een voorbeeld: *“Nodig je familie uit om de hele dag bij jullie koffie te komen drinken op een woning? Dat is aan het team. Terwijl voorheen was dat: nee, nee, dat mag niet van het MT.”* Medewerkers moeten zelf meer beslissingen nemen, verantwoordelijkheid nemen voor die beslissingen, en daarmee ook misschien soms conflicten (op een andere manier) moeten aangaan, in dit geval met familieleden van bewoners.

Bestuurders gebruiken verschillende manieren, naast de al eerder genoemde, om met de afstand tot de zorg om te gaan. Een manier om met het spanningsveld tussen afstand en nabijheid om te gaan is het betrekken van medewerkers bij besluiten die worden genomen. Zo organiseert een bestuurder klankbordgroepen: *“Zo hebben we het systeem ontwikkeld van klankbordgroepen, dat er in elk cluster een klankbordgroep is, van een afspiegeling van de medewerkers die meedenkt met de clustermanager. En we hebben centraal een grote klankbordgroep vanuit alle clusters waarin iets van twintig tot dertig medewerkers zitten die een keer in de drie, vier maanden bij elkaar komt. Waar we bespreken hoe dingen gaan. Nou, en daar is juist die manier van werken dat mensen zich veilig moeten voelen om dingen te kunnen zeggen die ze op het hart liggen, dat is een hele belangrijke.”* Dat helpt ook, zo legt de bestuurder uit, om mensen uit de hele organisatie te betrekken bij strategische keuzes die een belangrijke impact gaan hebben op hun werk. Ook vertellen verschillende bestuurders dat ze dagdelen meelopen in de organisatie. Maar meelopen is lastiger dan het lijkt. Het kan soms dilemma’s opleveren in wat wel en niet bespreekbaar maken, en hoe zij dat doen. Een bestuurder vertelt hoe op een meeloopochtend gebruikt incontinentiemateriaal in een wasmand werd gedaan, waarna diezelfde wasmand weer werd gevuld met schone dingen. *“En dan denk ik, ja, dat kan dus helemaal niet. Vanuit hygiëne oogpunt is dat, ja ik zou bijna denken, daar hoef je nauwelijks voor geschoold te zijn om te bedenken dat dat niet zo handig is. (...) Ik ben vooral een observant omdat het anders misschien een beetje een soort controlesysteem gaat worden als ik meeloop, dat mensen denken, oeh, dan komt ze meekijken. (...) Ik observeer vooral.”* Als bestuurders meelopen past een controlerende of corrigerende houding niet altijd. Meelopen heeft daarmee een dubbel effect: het vermindert de afstand maar benadrukt tegelijkertijd ook dat er afstand is en houdt daarmee die afstand in stand.

Een andere bestuurder gaat in de zomerperiode meewerken. *“Dan doe ik mijn witte jasje aan en ik heb mijn BIG-registratie bijgehouden, dus ik ga met de meiden mee wassen en ik draai mijn rondjes bij de thuiszorg om in ieder geval feeling te houden met de praktijk.”* Deze bestuurder kookt ook als vrijwilliger op een woning: *“daardoor kwam ik wel in die koelkast en kon ik kijken naar de datum en ik keek wel of er een kastje opgeruimd was, ja of nee. En dat geeft wel een bepaalde betrokkenheid, maar dat je ook ziet dat er iets niet goed gaat.”* Hij zegt er “zonder meer” iets van als er iets niet goed gaat. In het begin waren de medewerkers zenuwachtig als de directeur mee kwam werken, maar nu zijn ze er aan gewend. *“Ik krijg meer te horen aan het bed dan dat ze mij hier [in zijn kantoor] vertellen.”* Dat is een andere manier van omgaan met afstand, van voeling houden met wat er ‘op de werkvloer’ gebeurt, die door de BIG-niet altijd meer mogelijk is. De balans tussen betrokkenheid en controle speelt ook op andere lagen van de organisatie. Toch is het soms

goed om juist niet betrokken te zijn. Waar een bestuurder vertelt dat directe betrokkenheid belangrijk is, is het bij grote incidenten tegelijkertijd belangrijk een “escalatieniveau” te hebben. Dus eerst komen klachten lager in de organisatie terecht, en als het dan verder oploopt of niet wordt opgelost kan het altijd hoger in de organisatie naar de Raad van Bestuur gaan.

3.1.3. Organisationele dilemma's

In veel organisaties komt het spanningsveld tussen kleinschalig wonen (“wonen als thuis”) en het zijn van een professionele organisatie met strakke richtlijnen over de voedselveiligheid naar voren. *“We hebben bijvoorbeeld nu een project met kleinschalig wonen, waarin er op de woning gekookt wordt. Dat is wonen als thuis. Staat natuurlijk haaks op HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Points) richtlijnen. Dus dan moet je heel goed kijken: hoe ga je daar nou mee om?”* De strakke richtlijnen over voedselveiligheid leveren dus dilemma's op voor het ‘koken als thuis’ omdat koken als thuis vaak rommeliger verloopt en er bijvoorbeeld meestal geen koksmutsen of plastic handschoenen worden gedragen.

Voor sommige van deze dilemma's tussen wonen als thuis en het zijn van een professionele organisatie kan een oplossing worden gevonden in het aanbieden van kleinschalig wonen binnen een grotere locatie. Zo vertelt een teammanager: *“Wij hebben ook bewust gekozen voor acht bewoners [per woning]. Onderzoekers die zich misschien helemaal verdiept hebben in kleinschalig wonen die zeggen dan “dat is niet kleinschalig wonen, want dat moet zes bewoners zijn. (...) Met acht bewoners heb je de luxe dat je vaker met zijn tweeën [twee personeelsleden] bent, dus dan kun je veel meer ondernemen”.* Ook heeft deze organisatie het kleinschalig wonen opgezet in de grotere organisatie, waardoor ze bijvoorbeeld wel gebruik kunnen maken van de centrale linnenkamer. De organisatie heeft binnen, op de begane grond, een loopcircuit in de vorm van een acht, waar bewoners rond kunnen lopen zonder tegen een uitgang op te botsen en daarmee een opgesloten gevoel kunnen krijgen, hoewel het risico op (ernstig) vallen wellicht wel wordt vergroot op die manier. Ook de binnentuin is vrij toegankelijk voor bewoners, maar afgesloten van de straat. Op die manier kan ook de inrichting van een gebouw helpen bij het wegnemen van onrust van bewoners, doordat bewoners kunnen lopen zonder op een deur te stuiten of zelf de tuin in lopen. Toch waren er in deze organisatie een aantal gevallen van bewoners die over de heg van de tuin zijn heen geklommen en zijn weggelopen. Met hen wordt nu iedere dag buiten een stuk gewandeld. Ook op andere manieren helpt het kleinschalig wonen om onrust van mensen weg te nemen. Zo wordt er 's avonds met bewoners een warme maaltijd gekookt. *“Want met name de vrouwelijke cliënten kregen aan het eind van de dag de drang: ik moet naar mijn kinderen toe want ik moet voor mijn kinderen koken. En nu kunnen ze hier bijdragen aan de maaltijden en dat geeft ook een bepaalde rust.”* Maar ook deze organisatie kampt nog met het spanningsveld tussen institutionele eisen en regels en het kleinschalig wonen. *“Ja, (...)*

moet je dan bij een bewoner de calciumintake gaan observeren. Wij hebben hier kleinschalig wonen. Die medewerkers zitten bovenop de bewoner, die weten echt wel of een bewoner in goede voedingstoestand is. Ja, dan draven sommige dingen nog wel een beetje door.”

Naast het spanningsveld tussen kleinschalig wonen en institutionele eisen is er ook een spanningsveld tussen onrust en mensen teveel vrijlaten. In veel interviews worden voorbeelden gegeven van cliënten die juist doordat ze niet kunnen doen wat ze zouden willen doen of wat ze altijd al doen onrustig worden en daardoor meer kans lopen om te vallen. Een teammanager vertelt bijvoorbeeld over een cliënt die wel bij hen woont, maar ook nog haar eigen appartement heeft vlakbij de zorglocatie. *“Ook in de nacht, want ze was gewend om zelfstandig op een poststoel te gaan. Ja, wij vonden dat weer heel eng en wilden*

dat niet. Maar door met de familie te gaan zitten en te analyseren hoe het kwam dat ze toch 's nachts viel, bleek gewoon dat ze op zoek was naar haar eigen vertrouwde postoel. En die hebben we nu uit haar huis gehaald en bij haar bed staan. Nu gaat het goed. (...) Haar onrust maakte het risico op vallen heel hoog. En nu heb je als ander risico dat je het niet a la minute doorhebt als ze valt, maar ja, dat is een bewust genomen risico (...). De cliënt wil het zo, en de familie, en wij kunnen het ook accepteren.”

Dat is een verschuiving waarover veel bestuurders spreken. Waar de ouderenzorg vroeger voornamelijk risico vermijdend werkte en bewoners eerder in hun bewegingsvrijheid belemmerde dan het risico op valongelukken te vergroten, worden er nu over het algemeen meer risico's toegestaan en wordt het oordeel over wat risicovol is en wat niet, maar ook over wat beter is voor een cliënt, meer aan professionals, cliënten en familieleden overgelaten in plaats van er organisatiebreed als bestuur een algemene richtlijn voor op te stellen. Zorginhoudelijke dilemma's hebben daarmee ook altijd een bestuurlijke component. Bijvoorbeeld hoe een gebouw is ingericht en in hoeverre een organisatie streeft naar minder regels, zijn beslissingen die vaak toch in elk geval uiteindelijk op bestuurlijk niveau worden gemaakt. Daarin lijken er nationale trends te zijn (thema's die in elk geval in alle interviews naar voren komen zoals 'regelarme zorgverlening'), maar daarbinnen maken bestuurders voor hun organisatie altijd nog eigen beleid en eigen beslissingen, bijvoorbeeld over of en vooral hoe er kleinschalig wonen wordt aangeboden.

3.2 Bevindingen uit het kwantitatieve onderzoek

In totaal participeerden 164 bestuurders van 149 organisaties uit de langdurige zorg in dit onderzoek (respons van 42,2% op organisatieniveau en 21,4% op individueel niveau). Het betrof in 78% van de gevallen voorzitters van Raad van Bestuur (RvB) en de rest was voornamelijk secretaris of een regulier lid van Raad van Bestuur. De grootte van de organisaties varieerde van organisaties met 2 locaties tot organisaties met 48 locaties (gemiddeld 17,5 locaties; SD 10,5). In tabel 1 wordt ook zichtbaar dat de meeste organisaties (68%) een tweehoofdig Raad van Bestuur hebben.

Tabel 1. Kenmerken van deelnemende respondenten en organisaties

Kenmerken organisaties		range
Aantal locaties	17,5 (SD 10,5)	2 - 48
Aantal cliënten	8902,1 (SD 8968,3)	246 - 30.734
Aantal fte medewerkers	1633,1 (SD 882,6)	81 – 4041
Aantal leden RvB	Een 35 (21.3%)	
	Twee 112 (68.3%)	
	Drie 17 (10.4%)	
Kenmerken bestuurders		
Geslacht: mannen	122 (74,4%)	
Leeftijd	47,1 (SD 5,7)	36 - 61
Aantal jaren in management functie	10.6 (SD 4,9)	4 – 23
Aantal jaren als bestuurder	4.6 (SD 1,4)	2 – 8

3.2.1. Deelvraag 1

Hoe is de verantwoordelijkheid voor kwaliteit in de VVT vorm gegeven? Met wie, op welk niveau en in welke overlegstructuren worden de prestaties op de zorginhoudelijke indicatoren en informatie vanuit 'soft signals' besproken?

Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat in de meeste organisaties 2-wekelijks dan wel maandelijks over cliëntveiligheid wordt gesproken met Raad van Toezicht (zie Tabel 2). Bestuurders spreken het meest over cliëntveiligheid met het management team; in 30% van de gevallen (bijna) dagelijks en in bijna 51% in elk geval wekelijks. Met een MIC of VIM commissie wordt meestal halfjaarlijks gesproken over patiëntveiligheid (53,7%). Tussen bestuurders en interne danwel externe klachtencommissies, zorgverzekeraars of zorgkantoor en medewerkers op de werkvloer vindt erg weinig overleg plaats over patiëntveiligheid. Bestuurders geven zelf aan dat overleg met deze gesprekspartners meestal plaats vindt door leden van het management team en kwaliteitsmedewerkers.

Tabel 2. Frequentie overleg over patiëntveiligheid

	niet van toepassing	(bijna) dagelijks	wekelijks	2-wekelijks	maandelijks	per kwartaal	halfjaarlijks	jaarlijks
Raad van Toezicht			18 (11,0%)	57 (34,8%)	89 (54,3%)			
Management team		50 (30,5%)	83 (50,6%)	27 (16,5%)	4 (2,4%)			
Ondernemingsraad (centrale) cliëntenraad	62 (37,8%)			12 (7,3%)	52 (31,7%)	100 (61,0%)	14 (8,5%)	88 (53,7%)
Mic/vim commissie						18 (11,0%)	88 (53,7%)	58 (35,4%)
Interne klachtencommissie	77 (47,0%)							87 (53,0%)
Externe klachtencommissie	136 (82,9%)							28 (17,1%)
IGZ	162 (98,8%)							2 (1,2%)
Zorgverzekeraar/zorgkantoor	160 (97,6%)							4 (2,4%)
Medewerkers op de	149 (90,9%)					2 (1,2%)	2 (1,2%)	11 (6,7%)

Bijna 90% van de bestuurders zegt te beschikken over sturingsinformatie vanuit de HKZ- certificering, ook prestaties op de Consumer Quality (CQ) Index en informatie over meldingen van incidenten (MIC) zijn beschikbaar voor de meeste bestuurders (respectievelijk 87,8% en 78%). De grote meerderheid van de bestuurders geeft ook aan dat er informatie beschikbaar is vanuit interne audits. Iets meer dan de helft van de bestuurders zegt informatie van PRISMA en/of SIRE analyses te hebben. In tegenstelling tot deze 'harde' informatie worden 'zachte' signalen veel minder genoemd. Informatie van belangrijke sleutelfiguren (ook wel aangeduid als 'clinical champions') is erg weinig beschikbaar voor bestuurders.

Tabel 3. Beschikbaarheid en gebruik van sturingsinformatie²

	tot beschikbaar?		hoe waardevol als sturingsmiddel?		gebruikt voor formuleren doelstellingen?	
	N	%	Gemiddelde *	SD	N	%
PRISMA	96	58,5	4,5	1,2	11	11,5
SIRE	103	62,8	4,7	1,1	16	15,5
CQ	144	87,8	3,6	1,2	16	11,1
interne audit	128	78,0	5,4	0,8	31	24,2
externe audit	40	24,4	4,5	1,4	6	15
MIC	128	78,0	2,7	1,0	3	2,3
MIM	107	65,2	2,7	1,1	2	1,9
HKZ	147	89,6	2,4	0,9	0	0
meetweek	29	17,7	2,6	0,9	0	0
klankbord	34	20,7	5,2	1,0	3	8,8
clinical champion	8	4,9	3,4	0,5	0	0
cliënttevredenheid	43	26,2	4,2	1,3	5	11,6

*gemeten op schaal van 1 (helemaal niet waardevol) tot 7 (heel erg waardevol)

Als we bestuurders vragen op welke wijze zij verder zicht en grip proberen te krijgen op veiligheid dan zien we dat bijv. slechts 12 bestuurders looprondes ('walk arounds') doen, eveneens 12 bestuurders mystery guests uitnodigen en 11 bestuurders spiegelgesprekken houden met cliënten of medewerkers (zie tabel 4).

Tabel 4. Activiteiten om 'zachte' signalen te ontvangen

	hanteren wij als RvB
mystery guests	12 (7,3%)
verhalen in de boardroom	0
spiegelgesprekken	11 (6,7%)
speeddating (met cliënten, medewerkers etc.)	0
looprondes (walk-arounds)	12 (7,3%)
bestuurlijke dilemma's	6 (3,7%)
belanghoudersdag	6 (3,7%)

² in de webenquête is bij elk van deze begrippen een korte toelichting gegeven door een weblink

3.2.2. Deelvraag 2

In hoeverre gebruiken bestuurders sturingsinformatie met betrekking tot cliëntveiligheid bij het formuleren en afstemmen van strategische doelstellingen?

Bestuurders vinden de informatie die uit interne audits naar voren komt redelijk waardevol als sturingsmiddel voor patiëntveiligheid; gemiddeld scoren zij hierop 5,4 op een schaal van 1 tot en met 7. Bestuurders die vanuit een klankbordgroep informatie ontvangen waarderen dit ook redelijk hoog (gemiddeld 5,2). Informatie vanuit HKZ-certificeringsprocessen biedt bestuurders onvoldoende, evenals informatie van de 'meetweek' die een maal per jaar een momentopname geeft van de veiligheid (respectievelijk score 2,4 en 2,6).

In hoeverre deze informatie dan ook gebruikt wordt voor het formuleren van strategische doelstellingen voor de organisatie wordt duidelijk in de laatste kolom van tabel 3. Ook hier blijkt dat bestuurders die informatie uit een interne audit tot hun beschikking hebben deze informatie waarderen en gebruiken voor het formuleren van strategische doelstellingen (24,2%). Van de 40 bestuurders die informatie van een externe audit hebben gebruikt 6 bestuurders deze voor het formuleren van strategie.

Afweging van belangen

Een Raad van Bestuur heeft te maken met de afweging van publieke belangen in de zorgsector (toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid) en instellingsbelangen (vermogenspositie, werkgelegenheid, vastgoed etc.) die met elkaar op een gespannen voet kunnen staan.

Volgens 58 bestuurders (35,4%) staat de verhouding tussen deze belangen minimaal een keer per jaar op de agenda en is de keuze tussen deze belangen onderwerp van expliciete besluitvorming. Veertig bestuurders (24,4%) geven aan dat het meerdere malen per jaar op de agenda staat en 66 bestuurders (40,2%) geven aan dat het als zodanig niet op de agenda staat.

Vervolgens is aan bestuurders gevraagd de rangorde aan te geven van verschillende belangen of waarden. De positie of rangorde van elke waarde geeft aan hoe belangrijk deze is in de afweging van besluiten binnen de RvB (zie tabel 5). Een meerderheid van de bestuurders heeft ofwel kwaliteit op nummer 1 staan ofwel de positie van de cliënt. Op de derde plaats komt de financiële positie van de organisatie. Ongeveer de helft van de bestuurders heeft dit op de derde plaats staan, de andere helft van de bestuurders heeft de financiële positie op de vierde plaats staan en vindt toegankelijkheid belangrijker (staat dan op de derde plaats). Het minst belangrijk vindt men de boekwaarde van het vastgoed.

Tabel 5. Verhouding van publieke en instellingsbelangen

	gemiddelde rangorde	SD	rangorde	N (%) rangorde
kwaliteit	1,4	0,6	1	110 (67,1%)
positie van de cliënt	1,7	0,5	2	110 (67,1%)
financiële positie van de organisatie (winst, eigen vermogen, productiegroei)	3,7	1,0	3	77 (47,0%)
toegankelijkheid	3,8	0,7	4	73 (44,5%)
werkgelegenheid en arbeidsvoorwaarden voor medewerkers	4,8	0,9	5	69 (42,1%)
transparantie	5,9	0,7	6	110 (67,1%)
gezondheid van regionale bevolking	7,2	0,7	7	93 (56,7%)
participatie van mensen met een beperking	7,6	0,6	8	111 (67,7%)
betaalbaarheid	9,3	0,5	9	108 (65,9%)
boekwaarde van vastgoed	9,7	0,5	10	108 (65,9%)

1 is het hoogste rangnummer (belangrijkste waarde), 10 het laagste (minst belangrijke waarde)

3.2.3. Deelvraag 3

Welke effectieve activiteiten gericht op het sturen op cliëntveiligheid heeft een bestuurder voorhanden, welke interventies worden ingezet om te verbeteren op de zorginhoudelijke indicatoren en hoe worden deze geborgd in de organisatie?

Deelvraag 3 wordt deels beantwoord door inzichtelijk te maken hoe het kwaliteitsmanagementsysteem is vormgegeven in zorgorganisaties in de VVT en welke rol bestuurders hierin hebben. Aan de hand van het evolutionair model van patiëntveiligheid zoals ontwikkeld door Plexus (Lemmens, 2011a) is dit uitgevraagd in de vragenlijst. Het model beschrijft vier onderling samenhangende elementen die essentieel zijn voor patiëntveiligheid en beschrijft vier ontwikkelstadia oplopend van relatief onveilig (stadium 0) tot erg betrouwbare zorg (stadium 3). Afhankelijk van de ontwikkeling en vormgeving van de afzonderlijke pijlers kan bepaald worden in hoeverre een zorgorganisatie 'veilige zorg' levert.

De vier pijlers van veiligheid zijn:

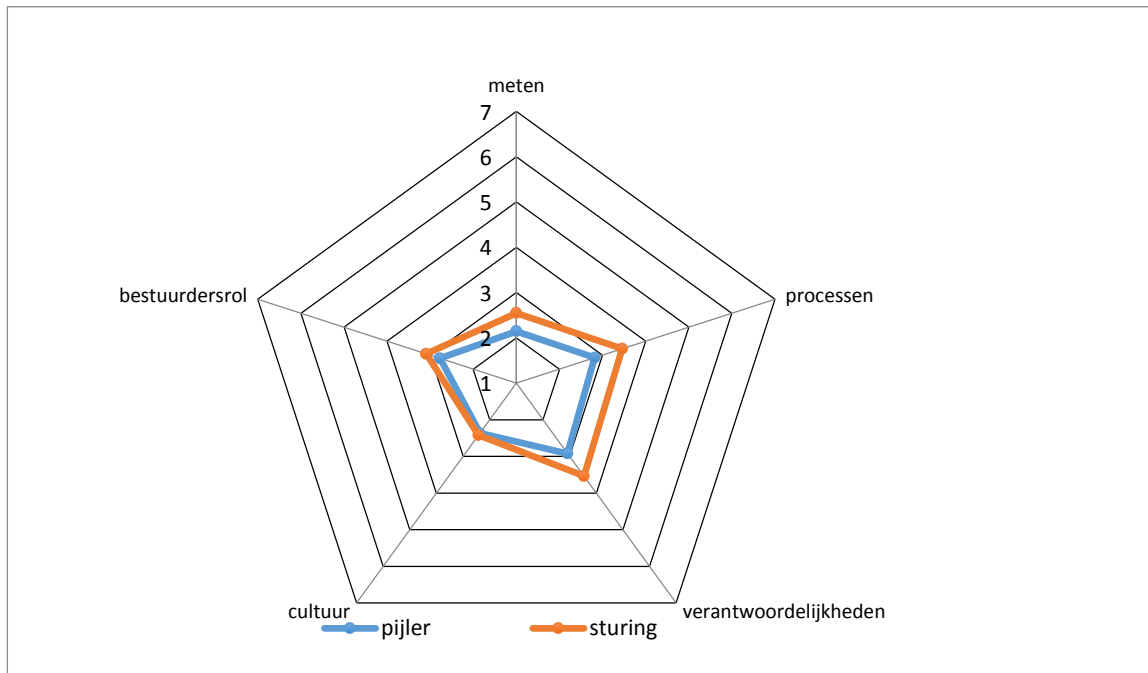
1. meten en monitoren (zoals audits, visitaties, risicoanalyses, incidentmeldingen)
2. optimaliseren en uniformeren van processen (zoals kwaliteitssystemen, procesbeschrijvingen, richtlijnen en protocollen)
3. organisatiecultuur (zoals walk arounds, ambassadeurs, patiëntveiligheidskaart)
4. verantwoordelijkheid en aansturing (zoals formaliseren van verantwoordelijkheids - afspraken tussen management en professionals, informatieprotocol ten aanzien van sturingsinformatie).

Dit laatste element haakt direct in op de rol van de bestuurder en omvat de taakomschrijving en het concrete gedrag van bestuurders. Aan de hand van het model kan per stadium en per pijler beschreven worden welk gedrag en welke activiteiten van de bestuurder aan patiëntveiligheid hebben bijgedragen. Onderzoek van Lemmens (2011b) heeft laten zien dat de meeste VVT instellingen zich in stadium 1 bevinden waarin de *eerste fundamentele van veiligheidsmanagement* vorm krijgen. Dit onderzoek is echter slechts bij vijf zorgorganisaties uitgevoerd. De vraag rijst hoe generaliseerbaar dit is voor deze sector en op welke wijze er gestuurd wordt in deze sector wanneer zorgorganisaties zich in stadium 2 (aangeduid als collectieve professionaliteit) of stadium 3 (high reliability zorg) bevinden.

In de vragenlijst is nagegaan hoe bestuurders zelf denken te scoren op het evolutionair model van veiligheid. Elk van de pijlers is uitgevraagd en bestuurders is gevraagd op welke wijze zij sturing geven. Op elk van de componenten kon men aangeven op een 7-puntsschaal hoe veiligheidsmanagement op dat punt in de organisatie is vormgegeven en welke manier van sturing de bestuurder hierbij uitoefent. Binnen stadium 1 en 2 kan men nog variëren in de mate waarin de beschreven situatie overeenkomt met de situatie in de organisatie (scores 1, 2 en 3 voor stadium 1, scores 4, 5, en 6 voor stadium 2). Voor het eindstadium (stadium 3) komt de situatie zoals beschreven volledig overeen met de situatie zoals die in de organisatie is (score 7).

In figuur 1 wordt in een spinnenweb weergegeven wat de gemiddelde scores op elk van componenten en de sturing die daarbij hoort, zijn³. Het algemene beeld is dat de meeste organisaties zich bevinden in stadium 1 en sommige al een aantal zaken ondernemen die horen bij stadium 2. Hoewel de verschillende pijlers redelijk in evenwicht zijn, wordt niet elke component in elke organisatie even hoog gescoord. Zo blijken de pijlers 'meten en monitoren' en 'cultuur' nog relatief laag te scoren (respectievelijk gemiddeld 2,1 en 2,4), terwijl de pijlers processen en verantwoordelijkheden hoger scoren (beide gemiddeld 2,8). De VVT organisaties zijn op deze eerste twee aspecten minder ontwikkeld. Er wordt onder andere vanuit het kwaliteitskader wel veel gevraagd van organisaties om te meten en monitoren, maar wat er met deze informatie vervolgens gebeurd is nog relatief weinig. Uit de open antwoorden van bestuurders op de vragenlijst en ook uit de interviews blijkt wel dat sommige organisatie deze extern opgelegde metingen wel beter weet te gebruiken voor interne verbeterdoeleinden dan andere. Verder worden er nog weinig directe interventies ingezet op het ontwikkelen en stimuleren van een veiligheidscultuur. Het daadwerkelijk aanspreken op verantwoordelijkheden komt nog weinig van de grond, hoewel er in de meeste organisaties wel al duidelijk afspraken gemaakt zijn over die verantwoordelijkheden. De pijler 'verantwoordelijkheden' is dan ook iets verder ontwikkeld mede dankzij de organisatiestructuur die er in meeste VVT organisaties redelijk hiërarchisch uit ziet. De laag onder de Raad van Bestuur bevat meestal verschillende regio- of locatiemanagers, de laag daaronder vaak midden managers zoals afdelingshoofden en daar weer onder bijvoorbeeld teamleiders. In de meeste organisaties wordt al redelijk gewerkt aan het vastleggen van afspraken over de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van elke laag, maar een collectieve drive om de kwaliteit en veiligheid te verbeteren en een lerende cultuur is er nog weinig. Als laatste wordt duidelijk dat veel VVT organisaties op een aantal pijlers al werken aan de implementatie van sturingsmodaliteiten uit stadium 2, ook als ze nog niet alle sturingsmodaliteiten uit stadium 1 op orde hebben.

³ In bijlage 1 worden de resultaten op elk van de pijlers in meer detail weer gegeven.



Figuur 1. Spinnenweb evolutionair model

Relatie scores evolutionair model en prestaties

Deelvraag 3 richt zich ook met name op het onderzoeken van welke bestuurlijke activiteiten nu effectief zijn om te verbeteren op zorginhoudelijke indicatoren. De activiteiten en het gedrag van bestuurders is wel inzichtelijk gemaakt door het evolutionair model van patiëntveiligheid, maar hoe dit gerelateerd is aan betere prestaties op de zorginhoudelijke indicatoren en de verschillende domeinen van cliëntveiligheid is echter niet goed vast te stellen.

Om deze vraag te beantwoorden is gebruik gemaakt van de zorginhoudelijke indicatoren die zorgorganisaties vanuit het kwaliteitskader verplicht zijn aan te leveren. Vanaf 2007 tot 2013 werden deze bij het programma Zichtbare zorg aangeleverd en sinds 2013 bij het kwaliteitsinstituut. Deze indicatoren betreffen onder andere indicatoren over vermijdbare schade zoals prevalentie en incidentie van decubitus en valpreventie. De resultaten van de deelnemende concerns over de jaren 2011, 2012 en 2013 zijn via Zorginstituut Nederland gedownload en gekoppeld aan de dataset van het vragenlijstonderzoek. De relatie tussen de prestaties op de indicatoren en scores op het evolutionair model bleek niet goed te onderzoeken te zijn. Ten eerste is het kwaliteitskader en de indicatorenset in de langdurige zorg veranderd in 2013 en zijn de resultaten van na mei 2013 niet goed vergelijkbaar met daarvoor. Ten tweede bleek dat wanneer alleen de resultaten van 2013 gebruikt werden dat het moeilijk was vast te stellen wat goed en slecht scorende concerns zijn. Aan de hand van de vijfsterren-methode wordt in de indicatordataset reeds aangegeven voor elke indicator of men bovengemiddeld goed scoort (maximale score 5) of ver onder het landelijk gemiddelde (score 1). Uiteindelijk bleek het niet goed mogelijk op basis van deze sterren tot een onderbouwde indeling van goede, middelmatige en slechte concerns te komen.

Om toch meer grip te krijgen op wie die bestuurders dan zijn die relatief hoger scoren op het evolutionair model en in welk type organisaties zij fungeren als bestuurder is de relatie tussen scores op het evolutionair model en de andere vragen in de vragenlijstdataset onderzocht. Uit de analyses blijkt dat er geen relatie is tussen de scores op het evolutionair model en het type sturingsinformatie dat een bestuurder tot zijn/haar beschikking heeft.

Naarmate de bestuurders die informatie van externe audits beschikbaar hebben (n=40) deze waardevoller achten, scoren zij hoger op een aantal pijlers van het evolutionair model. Zo werden significant positieve correlaties gevonden met de pijler 'processen', 'cultuur' en 'sturing op cultuur' (correlatie van 0,31; 0,32 en 0,39 respectievelijk). Met name in het op orde hebben van de processen scoren zij hoger, maar ook rapporteren zij een hogere mate van sturingsmodaliteit in het element cultuur. Op de overige elementen van het model worden geen significante verbanden gevonden met het belang dat bestuurders hechten aan sturingsinformatie.

Wanneer de scores op het evolutionair model in verband worden gebracht met de mate van overleg over cliëntveiligheid dan vallen een aantal zaken op (zie ook Tabel 7). Hoe vaker bestuurders overleg plegen met Raad van Toezicht, hoe meer zij hun bestuurdersrol invulling geven. Hoe vaker bestuurders overleggen met de cliëntenraad en mic commissie, hoe hoger zij scoren op het evolutionair model. Daarentegen hangt overleg met medewerkers van de werkvloer weer positief samen met sturing op meten en sturing op cultuur, hoewel uit tabel 2 bleek dat er weinig bestuurders zijn die dit doen.

Tabel 6. Spearman correlaties frequentie overleg en pijlers van het evolutionair model

	meten en monitoren	sturing meten en monitoren	verantwoorde-lijkheden	sturing verantwoorde-lijkheden	processen	sturing processen	cultuur	sturing cultuur	bestuurders-rol	sturing bestuurdersrol
Raad van Toezicht	0,04	0,04	0,03	0,02	-0,02	0,11	0,04	0,11	0,10	0,20**
Management team	-0,01	0,11	0,03	0,09	-0,02	0,13	0,06	0,15	0,10	0,09
Ondernemingsraad	0,00	-0,07	-0,02	-0,17*	-0,03	-0,10	-0,15	-0,02	-0,03	-0,05
(centrale) cliëntenraad	0,16*	0,17*	0,23**	0,26**	0,13	0,21**	0,17*	0,25**	0,22**	0,25**
Mic/vim commissie	0,23**	0,27**	0,28**	0,38**	0,24**	0,37**	0,09	0,34**	0,29**	0,30**
Interne klachtencommissie	0,22**	0,16*	0,23**	0,13	0,13	0,13	0,12	0,15	0,15	0,14
Externe klachtencommissie	0,00	0,09	-0,05	-0,03	-0,06	0,02	0,01	0,05	-0,05	-0,08
IGZ	-0,06	-0,14	-0,11	-0,13	0,01	-0,08	0,03	-0,13	-0,04	-0,02
Zorgverzekeraar /zorgkantoor	0,03	-0,07	0,10	0,09	0,02	0,08	0,05	0,05	0,15	0,13
Medewerkers op de werkvloer	0,12	0,22**	0,09	0,09	0,07	0,13	0,09	0,20*	0,12	0,11

* p<0,05 ** p<0,01

Hoofdstuk 4 Conclusie en aanbevelingen

4.1 Conclusie

1. Veiligheid staat op de agenda bij alle deelnemende bestuurders in de langdurige zorg. Vanuit het evolutionair model van cliëntveiligheid bekeken bevinden veel organisaties zich in stadium 1 'de waakzame professional'. Hoewel de pijlers 'verantwoordelijkheden' en 'uniformeren van processen' al iets verder ontwikkeld zijn, ontwikkelen de verschillende pijlers zich redelijk evenwichtig. Wel zien we dat in veel organisaties vaak al sturingsmodaliteiten uit stadium 2 worden ingezet terwijl de organisatieprocessen zich nog in stadium 1 bevinden. Met andere woorden: bestuurders zetten te snel bepaalde sturingsinstrumenten in.
2. Interne audits worden als een belangrijk instrument beschouwd door bestuurders om controle achteraf uit te voeren, om te leren van elkaar, maar de voorbereiding zelf draagt ook al bij aan kwaliteitsverbetering.
3. Bestuurders beschikken over een veelzijdigheid aan sturingsinformatie met name 'harde' signalen, maar zien niet altijd de waarde daarvan in. Meer concrete goede voorbeelden van het gebruik van deze informatie en wellicht ook de manier waarop deze informatie tot hen komt zou kunnen hierin kunnen helpen.
4. Bestuurders krijgen veel informatie over veiligheid te horen via hun management team en vertrouwen er op dat dit team hun vertelt wat zij moeten weten. Andere instrumenten om meer 'zachte' informatie te vergaren worden nog matig ingezet. Een aantal bestuurders probeert de afstand met de werkvloer te overbruggen door walk arounds te doen of een klankbordgroep van medewerkers te starten. Dit gebeurt echter slechts in beperkte mate in de VV&T organisaties en bestuurders geven aan naar manieren te zoeken hoe vorm te geven aan de balans tussen betrokkenheid en controle.
5. Uit het kwalitatief onderzoek blijkt dat bestuurders vaak een spanningsveld ervaren tussen enerzijds cliëntveiligheid en anderszijds -een belangrijke waarde in de VV&T- de positie en eigen regie van de cliënt. Bestuurders zoeken steeds weer naar oplossingen die zowel de eigen regie en kwaliteit van leven als de cliëntveiligheid vergroten.
6. Waar de ouderenzorg vroeger voornamelijk risicomijdend werkte en bewoners eerder in hun bewegingsvrijheid belemmerde, worden nu over het algemeen meer risico's toegestaan en wordt het oordeel over wat risicovol is en wat niet, maar ook over wat beter is voor een cliënt, meer aan professionals, cliënten en familieleden overgelaten in plaats van er organisatiebreed als bestuur een algemene richtlijn voor op te stellen. Zorginhoudelijke dilemma's hebben daarmee ook altijd een bestuurlijke component.
7. In de meeste organisaties worden al concrete afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van professionals in de verschillende lagen van de organisatie. Steeds meer bestuurders zijn bezig de verantwoordelijkheden lager in de organisatie te leggen. Echter, het aanspreken van professionals op verantwoordelijkheden is nog niet in de organisatiecultuur ingebed en bestuurders zijn op zoek hoe hierin verbetering te realiseren.

4.2 Aanbevelingen

Het is bestuurders aan te bevelen te werken aan een beter geïntegreerd systeem van kwaliteit en veiligheid waarin vastgelegd is wat er gedaan wordt door wie en hoe dat weer gecontroleerd en waarop gereflecteerd wordt. De ambigue risico's waar deze bestuurders in de VVT mee te maken hebben vraagt om een integrale systematische aanpak van en sturing op cliëntveiligheid. Het belang van het ontwikkelen van een dergelijke systematische aanpak wordt nog eens benadrukt nu de inspectie meer gaat werken vanuit systeemtoezicht waarbij zij toeziet op (de werking van) het zelf opgezette 'systeem' om kwaliteit en veiligheid te borgen en risico's te beheersen (Stoopendaal en De Bree, 2014).

Bij de afweging van ambigue risico's is de rol van Raad van Bestuur groot, maar nog nauwelijks geëxploreerd. Voortgang van kwaliteitsprogramma's zoals Zorg voor Beter kan effectiever zijn door een nadrukkelijker koppeling te maken naar overige ontwikkelingen in de sector (financiering, accreditatie, nieuwe organisatievormen etc.). Als daarbij zorginhoud en overige elementen in de bedrijfsvoering nadrukkelijker verbonden worden, is er voor bestuurders en managers een duidelijker rol weggelegd in het initiëren, borgen en verspreiden van kwaliteitsverbeteringen die leiden tot cliëntveiligheid in de verpleeg- en verzorgingshuizen. Inherente tegenstrijdigheden tussen inhoudelijke thema's, tussen verschillende waarden als ook tussen interne en externe eisen zijn uitnodigingen om alternatieven voor 'goede veilige zorg' te zoeken. Managementwaarden en ervarings- en expertkennis zullen in deze voortgaande zoektocht gezamenlijk leidend zijn.

Meerdere van de bevindingen en conclusies zoals beschreven bij 2.2. geven aanleiding tot het ontwikkelen van een handreiking waarin goede voorbeelden, activiteiten en instrumenten voor bestuurders beschreven staan. Zo is er met name vraag naar hoe harde sturingsinformatie beter benut kan worden, hoe deze sturingsinformatie met zachte informatie te combineren, en hoe men als bestuurder deze zachte informatie überhaupt kan inwinnen. Een goede beschrijving van instrumentarium is van belang, maar maatwerk lijkt uiteindelijk hier ook doorslaggevend. Het zou ook goed zijn om bestuurders te helpen hoe (met welke interventies / instrumentarium) zij van de ene fase kunnen doorgroeien in de andere fase van het evolutionair model en hoe bepaalde interventies doorwerken op meerdere pijlers zodat bestuurders ook meer gaan inzien hoe je systematisch kunt werken aan sturen op kwaliteit en veiligheid.

Referenties

- Bont, A. de, Jerak, S., Zuiderent, T., Bal, R.A., en Meurs, P. (2009). Veiligheid in de zorg. Achtergrondstudie bij de Staat van de Gezondheidszorg 2009. Onderzoeksrapport 2009.02, iBMG, Rotterdam
- Cloo E. du, Afstudeeronderzoek Master Zorg Management, Zorg voor vrijheid door wegnemen Zweedse band, afgerond augustus 2010, begeleiding: Annemiek Stoopendaal.
- De Onderzoeksraad voor Veiligheid. (2008). Een onvolledig bestuurlijk proces: Hartchirurgie in UMC st radboud. No. S2005GZ0929-1. Den Haag.
- Helden E. van, Afstudeeronderzoek Master Zorg Management, Leiderschap bij kwaliteit, afgerond juni 2010, begeleiding: Annemiek Stoopendaal
- Hollnagel, E., Woods, D.D., & Levenson, N. (2006). Resilience engineering. Concepts and precepts. Hamshire: Ashgate.
- Staat van de gezondheidszorg 2009. De vrijblijvendheid voorbij. Sturen en toezichthouden op kwaliteit en veiligheid in de zorg.
- Leistikow, I.P. Patientveiligheid, de rol van de bestuurder. (2010). Proefschrift, Technische Universiteit Delf.
- Lemmens, K., Tanke, M., Berg, M. (2011a). Een veilige omgeving voor de patient: succes- en faalfactoren op bestuurdersniveau. Den Haag, ZonMw.
- Lemmens, K., Van Schooten, G., Berg, M. (2011b). Verkenning sturingsmodaliteiten voor Veiligheid bij ambigue, complexe en onzekere risico's in de zorg. Den Haag, Regieraad Kwaliteit van Zorg.
- Maister, D.H. (1993). Managing the professional service firm. New York: Free Press.
- Meulen, v. d. M. (2009). Achter de schermen; vakontwikkeling en professionalisering van
- Noordegraaf, M. (2004). Management in het publieke domein; issues, instituties en instrumenten. Bussum: Coutinho.
- Scheer, W.K. van der. 'Bestuurders in beweging: ontwikkelingen in het profiel van bestuurders van gezondheidszorgorganisaties', 2007. iBMG Rapport, Rotterdam.
- Scholten, G., Wijngaarden, J. van, Wijk, K. van (2007). Zorgmanagers en hun gereedschapskist. De toepassing van de SWOT in de gezondheidszorg. M&O. 2 maart/april, p.146-159.
- Stoopendaal, A.M.V. (2011). . Different kinds of gaps: Combined values and partial connections in fall prevention in longtermhealth care 2011 Medische Antropologie 23/1:63-81
- Stoopendaal A. en De Bree, M. (2014). Evaluatieonderzoek systeemtoezicht op kwaliteit en veiligheid in de zorg. Fase 1. De ontwikkeling van het instrumentarium en eerste ervaringen. iBMG-rapport, maart 2014 (2014.03). Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Strating, MMH, Zuiderent-Jerak, T., Nieboer, A.P. & Bal, R.A. (2008). Evaluating the Care for Better collaborative. Results of the first year of evaluation. Rotterdam: iBMG, January 2008.

Bijlagen

Tabel 6A. PIJLERS VAN PATIËNTVEILIGHEID: meten en monitoren

Componenten	stadium A	stadium B	stadium C
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 60 (36.6%) 45 (27.4%) 36 (22.0%)	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 21 (12.8%) 2 (1.2%)	<input type="checkbox"/> 7
meten / monitoren	<ul style="list-style-type: none"> • complicatieregistraties • enkele proceskenmerken of uitkomsten worden gemonitord; • geen benchmarking • monitoring niet ingebed in reguliere 'planning en control' 	<ul style="list-style-type: none"> • structurele meting van proces en uitkomstmaten • continue benchmarking met best of class 	<ul style="list-style-type: none"> • continue screening op mogelijke fouten <i>voordat</i> fouten tot consequenties kunnen leiden
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 14 (8.5%) 67 (40.9%) 63 (38.4%)	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 19 (11.6%) 1 (0.6%)	<input type="checkbox"/> 7
sturing	<ul style="list-style-type: none"> • monitoren van risicovolle handelingen • klinische audits, visitaties • indicatoren ten aanzien van veiligheid • retrospectieve risico-analyse (SIRE, PRISMA, Tripod Beta) 	<ul style="list-style-type: none"> • beknopt dashboard met kernparameters • prospectieve analyses (SAFER, BowTie) • systematische incidentmelding en analyse (o.a. VIM, MIP) • combineren met harde en zachte signalen 	<ul style="list-style-type: none"> • betrekken van verschillende stakeholders bij het signaleren van risico's

Tabel 6B. PIJLERS VAN PATIËNTVEILIGHEID: verantwoordelijkheden

Componenten	stadium A	stadium B	stadium C
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 81 (49.4%) 48 (29.3%)	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 20 (12.2%) 14 (8.5%) 1 (0.6%)	<input type="checkbox"/> 7
verantwoordelijkheden	<ul style="list-style-type: none"> • individuele professional is eindverantwoordelijk voor kwaliteit en veiligheid binnen eigen domein • overstijgende sturing op normen die binnen de organisatie geaccepteerd zijn 	<ul style="list-style-type: none"> • integrale verantwoordelijkheid voor centrale processen • zero-tolerance voor overschrijding van basisnormen • sturing en rekenschap gebaseerd op procesuitkomsten 	<ul style="list-style-type: none"> • zeer strakke lijnen met tegelijkertijd grote verantwoordelijkheden • verantwoordelijkheden gedelegeerd naar de werkvloer
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 15 (9.1%) 89 (54.3%)	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 30 (18.3%) 30 (18.3%)	<input type="checkbox"/> 7
sturing	<ul style="list-style-type: none"> • verantwoordelijkheden afhankelijk van opleidingsniveau • borgen van bij- en nascholing, opleiding • formaliseren van verantwoordelijkheidsafspraken tussen management en professionals 	<ul style="list-style-type: none"> • informatiebeleid betreffende stuurinformatie vastgelegd in informatieprotocol • lijnverantwoordelijkheden gekoppeld aan Planning & Control cyclus • sturing op resultaten, invulling aanpak vanuit de organisatieonderdelen zelf 	<ul style="list-style-type: none"> • resultaat verantwoordelijke teams/eenheden • combineren van communicatie, bewustzijn en management van 'bijna' fouten

Tabel 6C. PIJLERS VAN PATIËNTVEILIGHEID: processen

Componenten	stadium A	stadium B	stadium C
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 5 (3.0%) 45 (27.4%) 75 (45.7%)	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 36 (22.0%) 3 (1.8%)	<input type="checkbox"/> 7
processen	<ul style="list-style-type: none"> •protocollen voor essentiële processen •focus op discipline, houden aan afspraken •individuele checklist •focus primair op disciplineren en sturen van individu 	<ul style="list-style-type: none"> •(medisch) besliskundige technieken, alarmen en herinneringen in de systemen ingebouwd •de gewenste handeling is verankerd in hoe de zorg georganiseerd is •proces standaardisatie, collectieve checklists •alleen van een gestandaardiseerd proces kan systematisch worden geleerd 	<ul style="list-style-type: none"> •flexibiliteit in processen inbouwen •voorkomen dat fouten als ze toch voorkomen ernstige consequenties hebben (= fail safe proces)
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 106 (64.6%)	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 28 (17.1%) 30 (18.3%)	<input type="checkbox"/> 7
sturing	<ul style="list-style-type: none"> •richtlijnen, protocollen •checklists •kwaliteitssystemen •procesbeschrijvingen •projecten rondom processen (bijv. overdrachten) 	<ul style="list-style-type: none"> •reminders, ICT ondersteuning t.a.v. procesondersteuning •patiëntvolgende (dus afdeling overstijgende) protocollen en procesbeschrijvingen •checklist van het proces van opname tot ontslag •bewustzijn en reflectie op risico's in het team 	<ul style="list-style-type: none"> •ontwikkelen van fail-safe processen

Tabel 6D. PIJLERS VAN PATIËNTVEILIGHEID: cultuur

Componenten	stadium A	stadium B	stadium C
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 108 (65.9%) 52 (31.7%)	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 4 (2.4%)	<input type="checkbox"/> 7
cultuur	<ul style="list-style-type: none"> • veiligheid en kwaliteit staan op de agenda • respect voor elkaars rollen, elkaar aanspreken kan over professionele grenzen • individueel initiatief maakt het verschil 	<ul style="list-style-type: none"> • van individugericht werken naar teams • collectieve drive naar hoger niveau van veiligheid kwaliteit 	<ul style="list-style-type: none"> • elkaar aanspreken op waar het beter kan, en waar het mis kan gaan
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 16 (9.8%) 76 (46.3%) 59 (36.0%)	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 13 (7.9%)	<input type="checkbox"/> 7
sturing	<ul style="list-style-type: none"> • (klinisch) leiderschap /ambassadeurs • feedback • veiligheidsrondes • spiegelinformatie van de cliënt 	<ul style="list-style-type: none"> • aanspreken binnen het team/bij overdracht • combineren van verschillende invalshoeken op veiligheid 	<ul style="list-style-type: none"> • lerende cultuur

Tabel 6E. PIJLERS VAN PATIËNTEVEILIGHEID: bestuurdersrol

Componenten	stadium A	stadium B	stadium C
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 6 (3.7%) 52 (31.7%) 79 (48.2%)	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 27 (16.5%)	<input type="checkbox"/> 7
bestuurdersrol	<ul style="list-style-type: none"> • veiligheid staat op de agenda van de bestuurder • bestuurder creëert de randvoorwaarden voor het verbeteren van veiligheid 	<ul style="list-style-type: none"> • bestuurder is 'in control' ten aanzien van veiligheid doordat de randvoorwaarden en verantwoordelijkheden zijn geborgd • bestuurder voelt zich eindverantwoordelijk voor veiligheid • bestuurder heeft verbindende rol met verschillende stakeholders 	<ul style="list-style-type: none"> • veiligheid is kerntaak van de bestuurder • verantwoordelijkheid en flexibiliteit liggen laag in de organisatie
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 (72.6%) 15 (9.1%) 119	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 30 (18.3%)	<input type="checkbox"/> 7
sturing	sturingsmodel gericht op de controle van eenvoudige risico's en de beperking van de schade	sturingsmodel gaat uit van beheersing van eenvoudige risico's en procesmatige aansturing van complexe, onzekere en ambigue risico's	sturingsmodel gaat uit van vertrouwen en procesmatige aansturing waardoor beheersing van alle risico's mogelijk wordt.

Erasmus University Rotterdam (EUR)
Institute of Health Policy & Management

Bayle (J) Building

Burgemeester Oudlaan 50

3062 PA Rotterdam, The Netherlands

T +31 10 408 8555

E info@bmg.eur.nl

W www.bmg.eur.nl