



Deze rapportage is gemaakt in opdracht van het **NFU-consortium Kwaliteit van Zorg** vanuit de samenwerking met **het Kwaliteitsinstituut**. Het NFU-consortium en het Kwaliteitsinstituut werken samen rondom het thema Implementatie van kwaliteitsverbetering in de Nederlandse ziekenhuiszorg.

In deze rapportage wordt verslag gedaan van een studie naar Governance rond kwaliteitsverbetering. De studie vond plaats van 1 juli 2014 tot 31 november 2014. De studie werd uitgevoerd door:

- **Anne Marie Weggelaar-Jansen**, assistant professor personal and organizational change verbonden aan het instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg van Erasmus University,
- **Martine de Bruijne**, associate professor kwaliteit van zorg verbonden aan EMGO+ Institute, afdeling Sociale Geneeskunde, VUmc.

De opdracht van het Kwaliteitsinstituut en NFU-consortium was: “het opstellen van een praktische handleiding waarin de voorwaarden voor kwaliteitsverbetering en –borging ten aanzien van de kwaliteitsorganisatie worden beschreven” (Verduijn, 2014).

In dit onderzoek is alleen gekeken naar de kwaliteit van zorg, niet naar de kwaliteit van onderzoek en opleiding, noch naar de samenhang tussen deze drie academische taken. Daarnaast hebben we de rol en het functioneren van de Raad van Toezicht in de governance van kwaliteit buiten beschouwing gelaten. Beide onderwerpen zouden in een vervolg onderzoek kunnen worden meegenomen. Recent zijn door de Nederlandse Vereniging voor Toezichthouders in de zorg en welzijn (NVTZ) twee rapportages uitgebracht over de rol van toezichthouders ten aanzien van kwaliteit (zie <http://www.nvtz.nl/504/documentatie.html?qvld=6866675&qvCrc=icFbkcpbMZjQtxAF>)

Opdracht van Kwaliteitsinstituut

Modellen voor **governance** rond kwaliteitsverbetering:
hoe stuur je **kwaliteitsverbetering** aan vanuit de top
van de organisatie zodat op de werkvloer de kwaliteit
van zorg aantoonbaar verbetert?

Vier hoogleraren in de klankbordgroep:

- Prof. Job Kievit, LUMC
- Prof. Niek Klazinga, AMC
- Prof. Cordula Wagner, VUmc en Nivel
- Prof. Roland Bal, Erasmus University



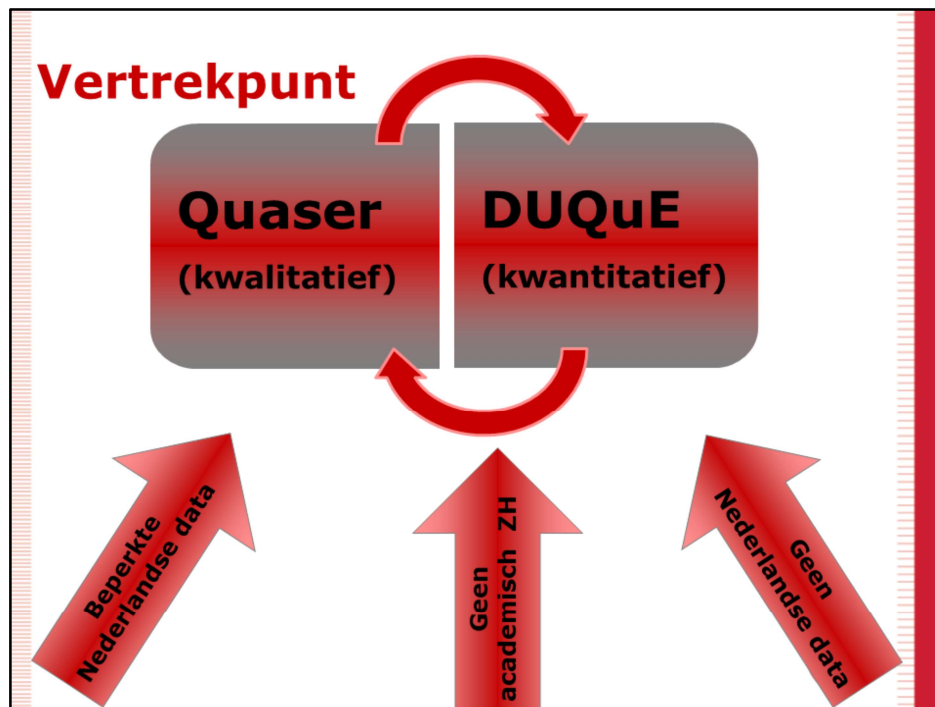
In onze projectopdracht formuleerden we de volgende op te leveren producten:

“De resultaten zullen openbaar worden gepubliceerd in een **handreiking voor bestuurders** van zorginstellingen, in het bijzonder ziekenhuizen. De resultaten zullen daarnaast worden verspreid via **een publicatie in een Nederlands tijdschrift** en het brede netwerk van de NFU en het Kwaliteitsinstituut (Wagner en Bal, 2014).”

Deze powerpoint inclusief de notitie pagina's zijn een handreiking voor Nederlandse ziekenhuizen. Met deze **handreiking** beogen we een gesprek binnen ziekenhuizen te ondersteunen over de governance van het kwaliteitsbeleid. Door de **eigen situatie te spiegelen** aan de bevindingen van deze studie kunnen ziekenhuis suggesties krijgen voor verbetering.

Het project werd begeleid door vier experts, werkzaam binnen de verschillende academische centra:

- **Cordula Wagner**, hoogleraar Patiëntveiligheid, verbonden aan EMGO+ Institute van Vumc en Nivel,
- **Roland Bal**, hoogleraar Healthcare Governance, verbonden aan het instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg van Erasmus University,
- **Job Kievit**, hoogleraar Kwaliteit van Zorg, verbonden aan het Leids Universitair Medisch Centrum,
- **Niek Klazinga**, hoogleraar Sociale Geneeskunde, verbonden aan het Academisch Medisch Centrum.



De basis van deze studie vormden de aanbevelingen van twee, door de Europese Unie gefinancierde, onderzoeken naar kwaliteitszorg in ziekenhuizen: **QUASER** en **DUQuE** (voor meer informatie http://www.bmg.eur.nl/onderzoek/eu_projecten/quaser/ en <http://www.duque.eu/>). Beide onderzoeken richtten zich niet specifiek op academische en opleidingsziekenhuizen en alleen QUASER bevatte Nederlandse data. De bevindingen uit deze studie vergelijken we met de aanbevelingen uit beide studies die betrekking hebben op de kwaliteitsgovernance.

De centrale vraagstelling van deze studie was:

“Wat zijn de kernelementen van een goede kwaliteitsorganisatie om van projectmatige kwaliteitsverbetering te komen tot inbedding ervan in de organisatie en welke rol spelen de verschillende actoren hierin?”

De definiëring van kwaliteit in dit onderzoek omvat de aspecten patiëntveiligheid, patiëntgerichtheid, toegankelijkheid, effectiviteit en efficiëntie. Deelvragen waren:

- Wat zijn de kernelementen van een goede kwaliteitsorganisatie om van projectmatige kwaliteitsverbetering te komen tot inbedding ervan in de organisatie?
- Wat is de rol van de Raad van Bestuur en het management hierin?

Op basis van de conclusies uit DUQuE en QUASER werd een **interviewguide** opgesteld. Martine de Bruijne maakte een topic lijst vanuit de bevindingen van DUQuE en besprak dit met DUQuE onderzoekers. Anne Marie Weggelaar maakte een topic lijst vanuit de bevindingen van QUASER en besprak dit met QUASER onderzoekers. Beide topic lijsten werden door Anne Marie Weggelaar samengevoegd en voorgelegd aan de vier klankbordleden. Op basis hiervan werd de definitieve interview guide samengesteld.

Belangrijkste **topics** waren:

- Betrokkenheid van verschillende management niveaus (top, midden, werkplek),
- Structuur voor besluitvorming en monitoring van kwaliteit
- Instrumenten voor sturing, verbetering en borging van de kwaliteit van zorg,
- Facilitering bottom-up initiatieven voor kwaliteitsverbetering,
- Rol, taken en verantwoordelijkheden van commissies, informele leiders, centraal en decentraal gepositioneerde adviseurs en projectleiders.



Methode van onderzoek bestond uit:

- Semi-gestructureerde interviews op basis van de interview guide.
- Documenten studie
- Member checking

Semi-gestructureerde interviews

In alle acht academische ziekenhuizen en twee topklinische ziekenhuizen werden semi-gestructureerde interviews van 1 tot 1,5 uur afgenomen met minimaal drie verschillende functionarissen. De keuze voor het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein en Jeroen Bosch Ziekenhuis in 's-Hertogenbosch is gemaakt op basis van hun jarenlange erkenning als opleidingsziekenhuis en omvang van het ziekenhuis (vergelijkbaar met academische ziekenhuizen).

De onderzoekers beschreven welke vijf respondenten zij wilden bespreken. De Raad van Bestuur, in overleg met de manager van 'bureau' kwaliteit, selecteerden respondenten die voldeden aan dit profiel. In totaal werden 49 interviews met 53 respondenten afgenomen. Alle interviews werden getranscribeerd en de transcripten werden terug gezonden naar de respondenten voor member-checking. De transcripten werden thematisch (selectief) gecodeerd op basis van de topics van het onderzoek.

Documenten studie

Relevante documenten over het kwaliteitsbeleid van de onderzochte ziekenhuizen werden voorafgaand aan de interviews bestudeerd; zoals NIAZ zelfevaluatie, beleidsplannen, omschrijving van de kwaliteitsstructuur, indicatoren rapportages, jaarverslagen. Tijdens de interviews werden ook relevante documenten verzameld ter illustratie; zoals protocollen, beschrijvingen van commissies, PR uitingen, campagne materiaal.

Member checking

Ten behoeve van member checking zijn in de reguliere vergadering van College Medisch Directeuren en NFU Consortium Kwaliteit van Zorg zijn de voorlopige resultaten van het onderzoek gepresenteerd.



Uit deze studie blijkt dat ieder ziekenhuis een andere **organisatiestructuur** kent. De gekozen organisatiestructuur bepaalt in hoge mate de rol die verschillende gremia en organisatieonderdelen spelen in de governance voor kwaliteit en het sturen op kwaliteitsverbetering. In alle ziekenhuizen spelen **vijf verschillende gremia** een belangrijke rol:

1. Raad van Bestuur
2. Lijnmanagement: formele hiërarchische structuur tussen Raad van Bestuur tot Werkplek managers,
3. Stafconvent of Stafbestuur,
4. Commissie: ook stuurgroep, klankbordgroep, programmaraad enzovoorts,
5. Bureau kwaliteit: ook stafbureau kwaliteit/veiligheid, concernstaf kwaliteit enzovoorts.

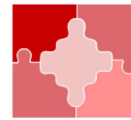
De samenhang en afstemming tussen deze vijf gremia (wat beleg je waar) bepaalt hoe de kwaliteitsstructuur functioneert. We concluderen dat 'Bureau' kwaliteit een belangrijke rol speelt in de afstemming en coördinatie tussen deze vijf gremia.

Opvallend is dat de **betrokkenheid van patiënten** bij de kwaliteitsgovernance niet genoemd wordt. De opleidingsziekenhuizen benoemen dat zij overleg voeren met de cliëntenraad, maar participatie van patiënten lijkt geen duidelijk herkenbare rol te spelen. Nader onderzoek hiernaar is wenselijk.

In sommige ziekenhuizen is de kwaliteitsstructuur (voortdurend) in ontwikkeling met als gevolg dat onduidelijk is wie waarvoor verantwoordelijkheid draagt én neemt. Ook in ziekenhuizen waar de kwaliteitsstructuur op dit moment niet in ontwikkeling is, is voor sommige respondenten niet helder hoe de **verantwoordelijkheden en taken** belegd zijn. Respondenten benoemen het belang van goede afstemming tussen deze vijf gremia en noemen dat dit begint met een heldere structuur.

“Er moet wel duidelijkheid zijn over wie doet nou wat. En wie besluit nou over wat? En wie adviseert? En welke weg moeten stukken bewandelen voordat het hier op tafel ligt. En dan heb je ook nog een heel traject erna. Daar heb ik het dan nog niet eens over. ... maar dat werkt natuurlijk wel door tot de werkvloer toe. En op een gegeven moment bereikt het ook die werkvloer. En dan, weten zij ook niet meer hoe het zit. En dan gaan er ook allerlei andere wegen ontstaan, informele wegen ontstaan.” (stafadviseur kwaliteit ziekenhuis 4).

Raad van Bestuur



Heeft een duidelijke visie en gebruikt een kapstok om dit uit te dragen.

Vertaalt doelen naar goede patiëntenzorg.

Neemt hun verantwoordelijkheid, en betrekken stafconvent/stafbestuur



In de Raad van Bestuur is over het algemeen een **medicus** verantwoordelijk voor de portefeuille kwaliteit. Respondenten geven aan dat het belangrijk is dat de Raad van Bestuur een duidelijke **visie op kwaliteit** uitdraagt en ook zelf het **goede voorbeeld** geeft.

“Wij zijn altijd heel zichtbaar in huis, iedereen kent ons. Als ik over een stuk papier stap, waarom zou iemand anders het dan oprapen? En ik weet dat als ik het wel opraap, dat 10 mensen dat hebben gezien, of 20 of 50. En dat wordt overgenomen. Het is een soort van leading by example.” (raad van bestuur, ziekenhuis 3)

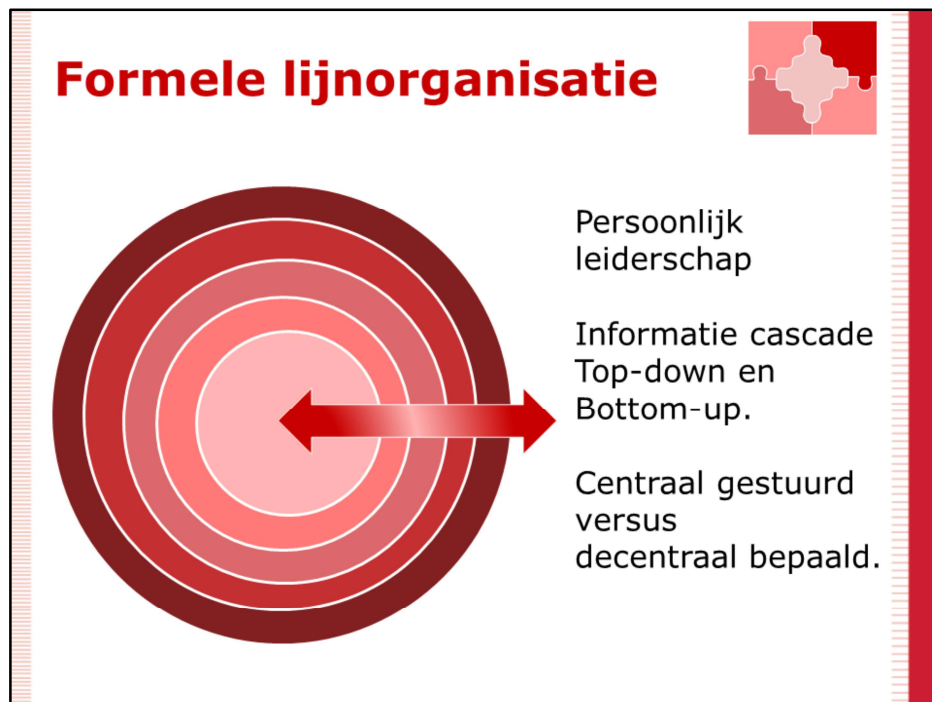
Respondenten van een aantal ziekenhuizen geven aan dat het helpt om allerlei losse kwaliteitsinitiatieven en kwaliteitsdoelstellingen onder te brengen in één **kapstok**, bijvoorbeeld het behalen van de accreditatie of zes kwaliteitsdimensies of de 5maal5 voor veiligheid. De kapstok voorkomt dat medewerkers het overzicht verliezen.

“Iets wat regelmatig terugkomt is vijf maal veilig. Vijf issues waarin vijf regels vallen. Iedere medewerker krijgt jaarlijks een boekje daarover. Zo leeft het, anders leeft het niet in het ziekenhuis.” (stafconvent bestuur, ziekenhuis 2)

Een aantal Raad van Bestuur leden gebruiken in hun communicatie vooral het belang van het leveren van **goede zorg aan de patiënt**. Door steeds terug te gaan naar de kern-doelstelling van de organisatie zijn zij in staat om professionals te enthousiasmeren.

“De focus is verschoven van het halen van het percentage naar het geven van goede zorg. En dat motiveert mensen ontzettend.” (Raad van Bestuur, ziekenhuis 3)

De respondenten benoemen dat de Raad van Bestuur een **eindverantwoordelijkheid** heeft rondom integrale kwaliteit van zorg. De respondenten verwachten dat de Raad van Bestuur actief aanspreekt op - en grenzen stelt aan onprofessioneel handelen. In aanvulling daarop wordt het belang van het goed **informerend van het bestuur stafconvent/ stafbestuur** rondom kwaliteitsissues genoemd.



We concluderen dat alle ziekenhuizen de visie hebben dat kwaliteit onderdeel is van het werk van alle medewerkers in de organisatie.

“Kwaliteit is iets wat van iedereen is en wat elke dag van je werk hoort te zijn en ons streven is dat we dat naar het hoofd en hart en de handen van onze medewerkers brengen.” (lijnmanager ziekenhuis 3)

Daarnaast is de **formele lijnorganisatie** verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg, die wordt geleverd in hun organisatie-onderdeel. In de meeste ziekenhuizen is een **medicus eindverantwoordelijk** in de formele lijnorganisatie (afdelingshoofd, Resultaat Verantwoordelijke Eenheid manager, divisie manager). In de onderzochte STZ opleidingsziekenhuizen dragen medici mede-verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg op alle organisatorische niveaus.

Persoonlijk leiderschap van **midden managers** wordt gezien als cruciaal in het bereiken van verbeteringen en het vasthouden van bereikte resultaten. Het middenmanagement speelt een rol in het **enthousiasmeren**, verkrijgen van **commitment** en empowerment én zorgen voor **compliance** door een **controleerende** rol. Vooral die controleerende rol lijkt de laatste jaren meer aandacht te krijgen. Ook de Raad van Bestuur spreekt in toenemende mate midden managers aan op hun verantwoordelijkheid. Het daadwerkelijk **aanspreken** van medewerkers, met name medisch specialisten, en het verbinden van sancties aan ongewenst gedrag is lastig.

“Je hebt ook een samen stelsel van regels in een organisatie en daar heeft iedereen zich aan te houden. Dat betekent dat je dat consequent en consistent moet blijven doen. Ook handhaven, dat klinkt misschien heel hard, mensen aanspreken wanneer zij het niet doen.” (lijnmanager ziekenhuis 7).

Een **sterke lijnorganisatie** wordt in een aantal ziekenhuizen als een voordeel gezien: daadkracht en leiderschap decentraal inzetten. Respondenten zien echter ook nadelen: een eigen koers van afdelingen, met als gevolg diversiteit en eilanden tussen afdelingen.

Daarnaast ervaren in de meeste ziekenhuizen lijnmanagers een dilemma tussen centrale sturing en uniformiteit van beleid versus de vrijheid van zelf keuzes kunnen maken, prioriteiten stellen en maatwerk in de verbeteraanpak. We concluderen dat het afstemmen van centraal en uniform ingezet beleid en decentrale aanpakken een uitdaging is in de meeste ziekenhuizen.



Bestuur stafconvent

Alle verschillende rollen die benoemd zijn voor Bestuur Stafconvent / Stafbestuur:

- Informatie uitwisselen / afstemmen
- Vaststellen beleid en kwaliteitsdocumenten
- Signaleren wat mist en niet goed gaat
- Bewaken / monitoren van de voortgang
- Initiëren en prioriteren van nieuw beleid/activiteiten
- Functioneren beoordelen
- Aanspreken van medisch specialisten
- Inhoudelijk adviseren
- Controleren van het besluitvormend proces
-

Conclusie: verschillende rollen en samenstelling en daarmee ook een andere invloed op kwaliteitsbeleid.

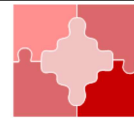
In alle ziekenhuizen is de **samenstelling van het bestuur stafconvent** anders. In één ziekenhuis is er geen bestuur stafconvent meer, omdat het ziekenhuis een lijn gestuurde organisatie wil zijn. In dit ziekenhuis functioneert een commissie kwaliteit, waarin medisch specialisten adviezen voorbereiden op het gebied van kwaliteit van zorg. In een aantal ziekenhuizen is de samenstelling van het bestuur stafconvent qualitate-qua de eindverantwoordelijk lijnmanager: divisie/RvE/ thema voorzitters. Soms aangevuld met onafhankelijke afdelingshoofden. In andere ziekenhuizen bestaat het bestuur stafconvent vooral uit medisch specialisten met een interesse voor bestuurlijke zaken of wordt het bestuur stafconvent gezien als een springplank voor een functie met organisatorische lijnverantwoordelijkheid.

De samenstelling van het bestuur stafconvent is in grote mate **ook bepalend voor de rol** die het bestuur stafconvent speelt in de governance voor kwaliteit. Het overzicht op de dia geeft alle verschillende taken en rollen weer die door de respondenten zijn genoemd. In sommige ziekenhuizen is het vooral een **adviserend** gremium, wat zich richt op de medisch inhoudelijke kwaliteit van zorg. In andere ziekenhuizen is het een **beleidsvormend** gremium, dat een rol speelt in het vast stellen van stukken. In andere ziekenhuizen speelt het bestuur stafconvent ook een actieve rol in het **bewaken** van medisch specialistische kwaliteit en spreken zij collegae aan op te lage kwaliteit van zorg. Andere besturen stafconvent vinden dat bepaalde taken (zoals het aanspreken) niet hun taak is, omdat dit een lijn verantwoordelijkheid is. In de meeste ziekenhuizen **medieert** het bestuur stafconvent tussen peers bij problemen.

“Ik beschouw het stafconvent altijd een beetje als de koning of koningin. Je hebt het recht om te waarschuwen en adviseren of geraadpleegd te worden geloof ik. Maar als stafconvent in een UMC heb je geen formele macht.” (bestuur stafconvent ziekenhuis 5)

De rol van een **bestuur stafconvent** in een academische ziekenhuis verschilt van de rol die een **stafbestuur** speelt in opleidingsziekenhuis, omdat dit meestal een onafhankelijk gepositioneerd zelfstandig bestuursorgaan is. Het stafbestuur stuurt - onafhankelijk van de ziekenhuisorganisatie – zelfstandig op medische kwaliteitsactiviteiten (op vakgroep niveau), soms door het inzetten van de **'kwaliteitsgelden'**.

Leden Stafconvent



Belang van **zichtbaarheid** van **vooraanstaande medisch specialisten** voor kwaliteit wordt vaak genoemd:

- soms informele leider,
- soms formele (tijdelijke) taak,
- soms als voorzitter van een regie of stuurgroep.
- soms als trekker van werkgroep voor een verbeteractiviteit.

“Dokters die door anderen gezien worden als iemand die er iets van mag zeggen. Dat zijn mensen waar ook naar geluisterd wordt.” (divisie voorzitter ziekenhuis 3)

Respondenten noemen het belang van een actieve rol van medisch specialisten in het kwaliteitsbeleid. Medisch specialisten die een zichtbaar leidende rol spelen in het verbeteren van de kwaliteit worden gezien als een rolmodel voor alle disciplines.

“Als medisch afdelingshoofd en medisch manager ben je een rolmodel. Je hebt de plicht om voor jouw troepen te staan en te laten zien hoe het moet in de praktijk, waarin je zelf ook nog regelmatig zit. Je zou de troepen moeten aanspreken en sturen.” (lijnmanager ziekenhuis 3)

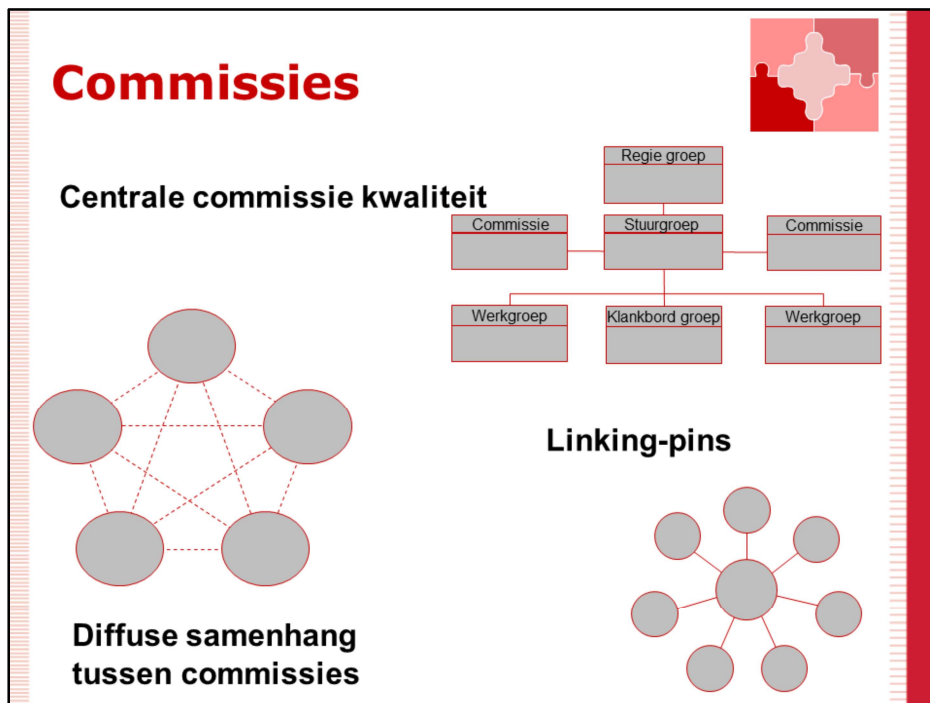
In sommige ziekenhuizen zijn medisch specialisten ook formeel eindverantwoordelijk voor de bedrijfskundige kant van de kwaliteit van zorg die geleverd wordt aan hun patiënten.

In een aantal ziekenhuizen spelen medische specialisten een **specifieke rol** in het aanjagen van het kwaliteitsbeleid en het stimuleren van kwaliteitsactiviteiten. In een aantal ziekenhuizen is dit een (tijdelijke) formele taak. Bijvoorbeeld een medisch specialist als **ambassadeur** voor kwaliteit, die als taak heeft het middenmanagement enthousiasmeren en zorgen voor het overdragen van de gekozen strategie. Of spelen medisch specialisten als **voorzitter van de belangrijkste kwaliteit commissie** een centrale rol. Of worden vooraanstaande medische specialisten gevraagd om voorzitter van **werkgroepen of thema-houder** voor een verbeterdoelstelling te worden.

Opvallend is dat in een aantal onderzochte ziekenhuizen het mogelijk is of wordt om **carrière te maken** op het gebied van kwaliteit van zorg.

“We hebben principal investigators, dat zijn de voortrekkers voor het onderzoek. Ik heb de principal educator geïntroduceerd 8 jaar geleden. Ik zou het leuk vinden als we erkennen dat er dokters zijn die excelleren in de zorg en die een voorbeeld zijn. Ook voor de excellente dokter zou ik ook een soort predicaat willen, de principal clinician is een wens van me. Soort carrière perspectief”. (Lid Raad van Bestuur ziekenhuis 8)

De ontwikkeling van clinical leadership voor artsen en andere professies en de rol die zij spelen in de governance voor kwaliteit behoeft nader onderzoek.



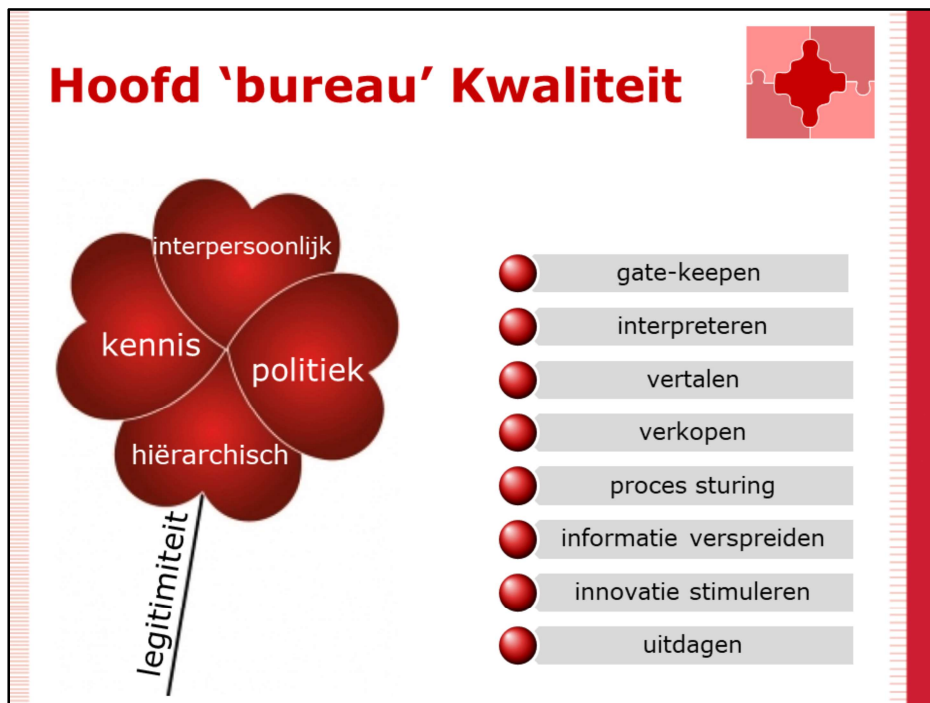
In de onderzochte ziekenhuizen zijn veel **commissies** ingesteld die zich bezig houden met kwaliteit(sactiviteiten). Onder commissies verstaan wij ook regie-, klankbord-, werk-, kern-stuurgroepen enzovoorts. Daarnaast kennen alle ziekenhuizen nog **project- en programma-organisaties** voor specifieke thema's.

In alle ziekenhuizen functioneert een **centrale commissie kwaliteit** waarin de Raad van Bestuur en met name hiërarchische lijnmanagers zitting hebben. We concluderen dat deze commissie veel macht en gezag heeft in de ziekenhuizen. Deze commissie zorgt over het algemeen voor de **strategische koers** en bepaalt in hoge mate de kwaliteitsagenda.

Daarnaast zijn er commissies die functioneren als een **ontmoetingsplek voor mensen met passie** voor het kwaliteitsonderwerp waarvoor de commissie in het leven is geroepen. In deze commissies wordt vooral gewerkt aan **beleidsuitvoering**. In sommige ziekenhuizen zijn deze commissies alleen adviserend en vindt de formele besluitvorming altijd plaats in de lijnorganisatie. In andere ziekenhuizen kunnen zij zelfstandig kwaliteitsactiviteiten opstarten, omdat zij een mandaat hebben gekregen.

Opvallend is dat de **samenhang** tussen de verschillende commissies, die zich bezig houden met kwaliteit, in de meeste ziekenhuizen niet duidelijk is. Noch is in veel ziekenhuizen duidelijk wie de **opdrachtgever** is van de verschillende commissies en aan wie commissies op welke manier rapporteren. In een aantal ziekenhuizen zijn uitgewerkte beschrijvingen van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden gemaakt en/of beschrijvingen van doelstelling en werkwijze van iedere commissie. In deze ziekenhuizen lijkt de structuur van opdrachtneming en opdrachtgeverschap beter geregeld.

In een aantal ziekenhuizen zorgen **linking-pins** tussen de verschillende commissies voor voldoende afstemming. Respondenten noemen dat deze linking-pins soms wel erg veel rollen en taken hebben, wat veel tijd kost. Vaak zijn de ondersteuners van de commissies adviseurs/beleidsmedewerkers/stafmedewerkers van bureau kwaliteit.

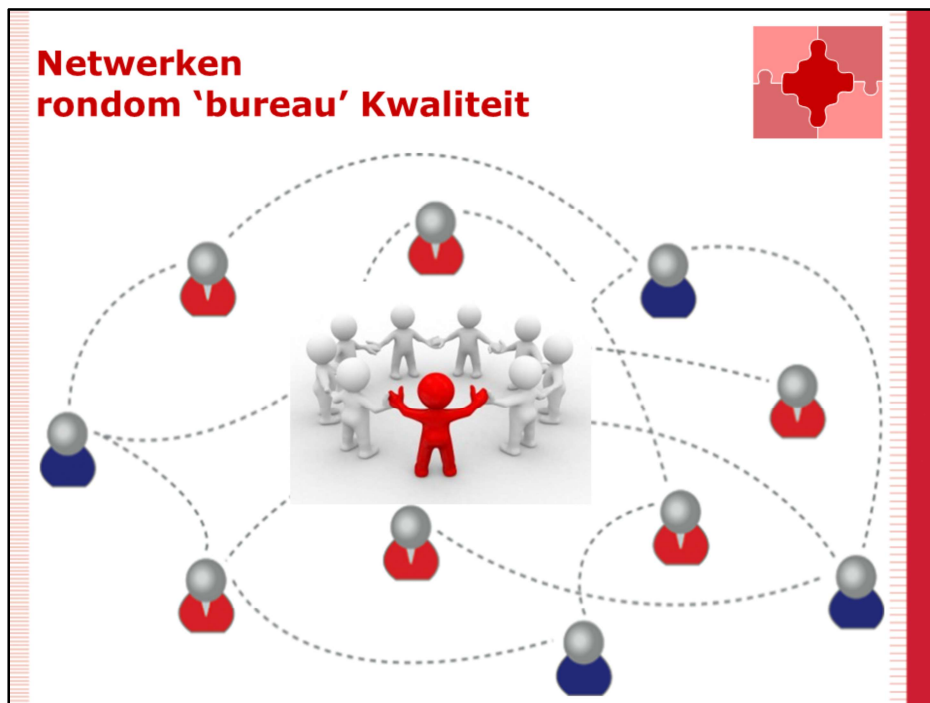


Het **hoofd van 'bureau' kwaliteit** (incidenteel verdeeld over meerdere personen) is verantwoordelijk voor de advisering rondom het kwaliteitsbeleid. Hij/zij speelt een cruciale rol in de kwaliteitsstructuur in de onderzochte ziekenhuizen. Genoemde rollen zijn:

- Is een 'gate-keeper' en zorgt dat bepaalde dingen buiten de deur blijven.
- Interpreteert externe ontwikkelingen op waarde voor de organisatie.
- Vertaalt externe informatie naar betekenisvolle taal intern of koppelt ze aan lopende ontwikkelingen.
- Verkoopt het thema 'showing the case' (verhalen, cijfers, beelden, consequenties).
- Stuurt het proces om dingen voor elkaar te krijgen in huis.
 - partners zoeken, legitimiteit verkrijgen voor pilot/experiment, bewaken van experimenten, bij geslaagd experiment pas formele inbedding in structuren.
- Zorgt voor informatie flow door de organisatie heen zowel over externe thema's als interne kwesties (positief dan wel negatief).
- Zoekt regelmatig de randen van het systeem op om innovatie te stimuleren. Het lijkt belangrijk om in een veilige besloten omgeving dingen uit te proberen en te ontwikkelen alvorens dit te delen met andere mensen in de organisatie.
- Snapt de huidige praktijk, maar durft die ook ter discussie te stellen door nieuwe dingen voor te stellen en kritische vragen te stellen.

De legitimiteit van het hoofd 'bureau' kwaliteit verloopt langs vier assen:

- **Kennis** – Begrijpt het primaire proces én wordt gezien als een expert op het gebied van kwaliteit (wordt daarvoor ook extern gewaardeerd met publicaties, prijzen).
- **Interpersoonlijk** – Kent de organisatiepatronen en legt makkelijk een relatie met medewerkers, is sensitief in het snappen van de dynamiek, weet de juiste toon te pakken, wordt betrouwbaar/eerlijk gevonden, kan ruilen en onderhandelen.
- **Hiërarchisch** – Is goed gepositioneerd met voldoende gezag en macht (soms ook verkregen als ondersteuner van belangrijke leading medisch specialist).
- **Politiek** – Heeft bepaalde doorzettingsmacht verworven of kan die makkelijk creëren door bijvoorbeeld dingen op de agenda van de Raad van Bestuur te zetten (zorgt niet voor collusie!).



In alle onderzochte ziekenhuizen zijn naast een **centraal 'bureau' kwaliteit** (of verdeeld over meerdere organisatorische eenheden die tezamen het 'bureau' kwaliteit vormen) ook **decentraal werkende adviseurs**, projectleiders, stafmedewerkers, beleidsadviseurs enzovoorts aanwezig. Daarnaast zijn er medewerkers, die naast hun gewone werk betrokken zijn bij **kwaliteitsactiviteiten**, zoals auditoren, calamiteiten onderzoekers, thema-houders, aandachtsvelders voor bijvoorbeeld ondervoeding of decubitus.

Een aantal ziekenhuizen investeert in het **vormen van een netwerk** tussen centrale en decentrale medewerkers betrokken bij kwaliteitsactiviteiten. Het 'bureau' kwaliteit speelt een belangrijke rol in het faciliteren van dit netwerk. Respondenten waarderen deze netwerken als het niet alleen draait om informatie zenden vanuit 'centraal', maar vooral als het platformen zijn waarin kennis en ervaringen worden uitgewisseld, tips en instrumenten gedeeld en coaching/ondersteuning aan elkaar wordt geboden. De netwerken bestaan uit face-to-face vergaderingen, soms aangevuld met digitale uitwisselingsplatform en interactieve leerbijeenkomsten.

Net als bij het lijnmanagement op werkplek niveau geldt voor decentraal werkende adviseurs soms de vraag wie hun werkinhoud bepaalt en **prioriteiten stelt**. Is dat de formele hiërarchische leidinggevende (bijvoorbeeld het afdelingshoofd/divisiemanager) of de vanuit centraal aangestuurde kwaliteitsagenda? Decentraal werkende adviseurs vervullen een belangrijke rol in het intermedieren tussen de uitdagingen van decentraal en eisen vanuit centraal. Soms vormen zij samen met de medewerkers van 'bureau' kwaliteit een sterk netwerk om onderwerpen op de agenda te krijgen of meer aandacht te genereren voor onderwerpen. Soms doen zij dit op 'guerrilla-achtige' wijze.

"En toch ook richting die decentraal werkende medewerkers een soort van bewustzijn zien te creëren; Hé luister dit is niet zoals het zou moeten en hoe kunnen we dit met elkaar verbeteren? En dan natuurlijk hopen dat zij ook opschalen richting hun management, zodat het signaal toch beter wordt afgegeven... wij hebben bijvoorbeeld tegelijkertijd een notitie geschreven en die breed verspreid. Toen merkte je dat door hun druk en onze notitie er een bepaalde sense of urgency werd gecreëerd. En dan hopen we dat de kwaliteitsverbetering snel op gang wordt gebracht." (stafmedewerker, ziekenhuis 1)



In de gesprekken rondom governance van het kwaliteitsbeleid worden met name twee kwaliteitsinstrumenten genoemd, die ingezet worden om de kwaliteit te monitoren en te sturen op verbeteringen: **audits en indicatoren**. Daarnaast komt in de interviews veelvuldig **risico-management** (prospectief en retrospectief analyseren) en **campagnes** naar voren.

De informatie uit deze kwaliteitsmethodieken wordt in de meeste ziekenhuizen besproken op verschillende management niveaus. In alle onderzochte ziekenhuizen spreken leidinggevenden regelmatig over de kwaliteit van zorg op basis van **rapportages** zoals auditrapportage, dashboard overzichten, calamiteiten onderzoek, risico analyses, klachten en meldingen onderzoeksrapporten. 'Bureau' kwaliteit en decentrale kwaliteitsmedewerkers zijn verantwoordelijk voor het samenstellen van deze rapportages of de inrichting van het dashboard. In een aantal ziekenhuizen interpreteert 'bureau' kwaliteit of decentrale adviseurs/stafmedewerkers de data en zorgt ervoor dat zorgwekkende signalen op de agenda komen.

"Het monitoren van de kwaliteit van zorg, dus zicht houden en toezicht houden, maar niet met de bevoegdheid om afdelingen daarop de maat te nemen, maar het signaleren en aan de Raad van Bestuur en het afdelingsmanagement zelf, omdat de lijnorganisatie bij ons absoluut dominant is." (manager 'bureau' kwaliteit, ziekenhuis 9).

"Als inderdaad blijkt dat iets niet goed gaat, dan rennen we niet gelijk naar de Raad van Bestuur om dat te vertellen. Dan gaan we eerst bij de desbetreffende afdeling langs van: Klopt dat dat nog in het rood staat en waarom?" (medewerker kwaliteit, ziekenhuis 7)

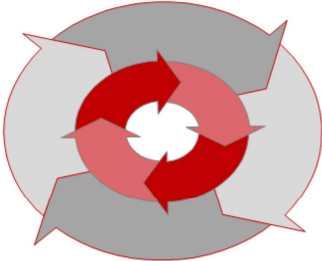

In ziekenhuizen waar wetenschappelijk onderzoek wordt verbonden aan de uitkomsten gepresenteerd in de planning en control cyclus, lijkt meer commitment te ontstaan voor verbeteractiviteiten. Wetenschappelijk bewezen interventies roepen minder discussie op.

"..die zijn wetenschappelijk gedreven bezig met infectiemanagement, zijn er wel tien knoppen waaraan je kunt draaien. En welke het beste is, is wetenschap." (Raad van Bestuur, ziekenhuis 7)

Alle onderzochte ziekenhuizen hebben een **commissie kwaliteit van de Raad van Toezicht**, waarin geaggregeerde uitkomsten van deze kwaliteitsmethodieken worden besproken. In dit onderzoek is niet specifiek gekeken naar de rol van de Raad van Toezicht.

Planning en Controle

Vier kwaliteitsinstrumenten zijn uitgelicht, maar andere dingen zijn in sommige ziekenhuizen ook belangrijk.



P&C cyclus vindt plaats op diverse niveaus en met andere informatie. Steeds meer aandacht voor compliance en controle.

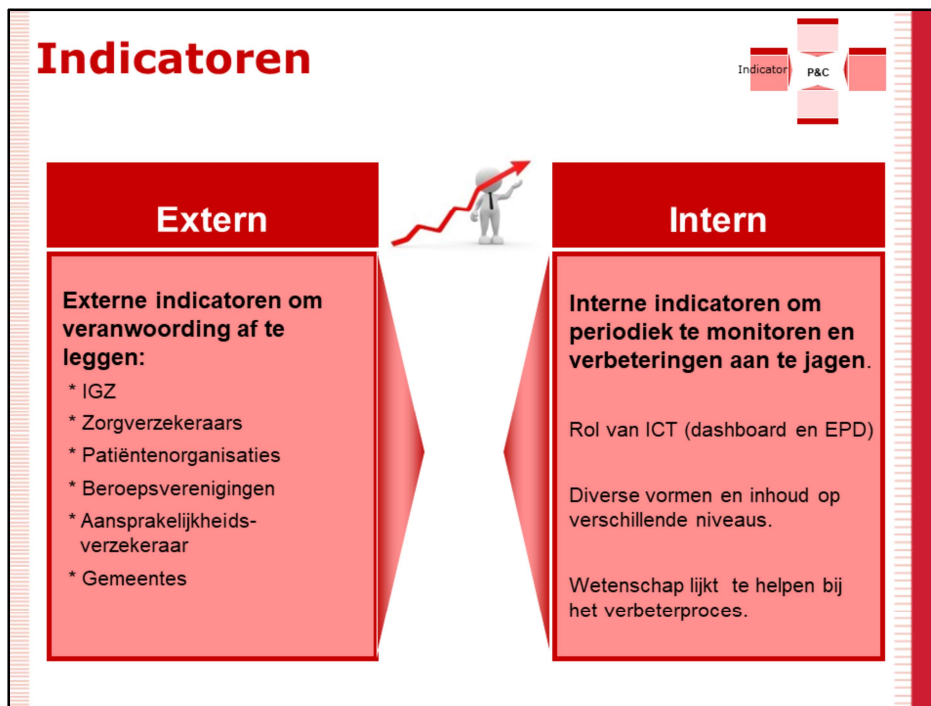
De **rapportages** over de kwaliteit van zorg verschillen tussen de ziekenhuizen. Sommige rapportages bevatten stoplichten, grafische weergaves van de data, overzicht van indicatoren gegevens, overzichten van verbeteracties en/of voortgangsoverzichten van projecten.

In toenemende mate is deze kwaliteitsinformatie onderdeel van de **Planning en Control cyclus** op verschillende niveaus in de organisatie, maar vooral tussen de Raad van Bestuur en lijnmanagement (zoals afdelingshoofd, thema voorzitter, divisie voorzitter, RVE bestuur). Zij hebben periodiek verantwoordingsgesprekken, waarin kwaliteit ook een onderwerp van gesprek is. Een aantal respondenten geeft aan dat het onderwerp kwaliteit in deze gesprekken meer prominent aan de orde mag komen en dat meer behoefte is aan kwaliteitsinformatie over de resultaten van de zorg (met name gebaseerd op outcome indicatoren). In deze gesprekken worden afspraken gemaakt over verbeteractiviteiten. Niet overal is even duidelijk hoe de **opvolging van de gemaakte afspraken** verloopt.

“PDCA heeft geen zin als je vooraf niet afgesproken hebt wat het probleem is, wie het gaat doen en wat het tijdpad is en hoe je dit hebt afgedicht. Dit zijn vier vragen, als je die in het begin niet hebt gesteld, dan kun je een jaar later constateren dat er niets is gebeurd. Maar dat had je kunnen voorspellen.” (manager ‘bureau’ kwaliteit ziekenhuis 7)

Vraagstuk dat benoemd wordt door de respondenten die lid Raad van Bestuur zijn, is dat externe eisen hen verleiden om vooral te **sturen op het behalen van de norm** (wat soms de minimale kwaliteitseis is) in plaats van het sturen op **continu verbeteren**. Deze respondenten geven allemaal aan dat zij proberen om uit de verschillende kwaliteitsinstrumenten een **totaal beeld** te krijgen van het functioneren van organisatie onderdelen. Desalniettemin geven zij aan dat het mogelijk is dat zij onvoldoende zicht hebben op ernstig disfunctioneren van medewerkers.

“Dus het kan zijn dat onder de radar iets gebeurt wat ik niet weet. Maar ik weet wel dat als er iets mijn radar bereikt, dat ik niet weg kijk. En dat was bij een aantal cases, die de media hebben gehaald, vind ik, toch wel het geval geweest. Ik denk dat dit is veranderd in alle Nederlandse ziekenhuizen.” (lid Raad van Bestuur ziekenhuis 8)



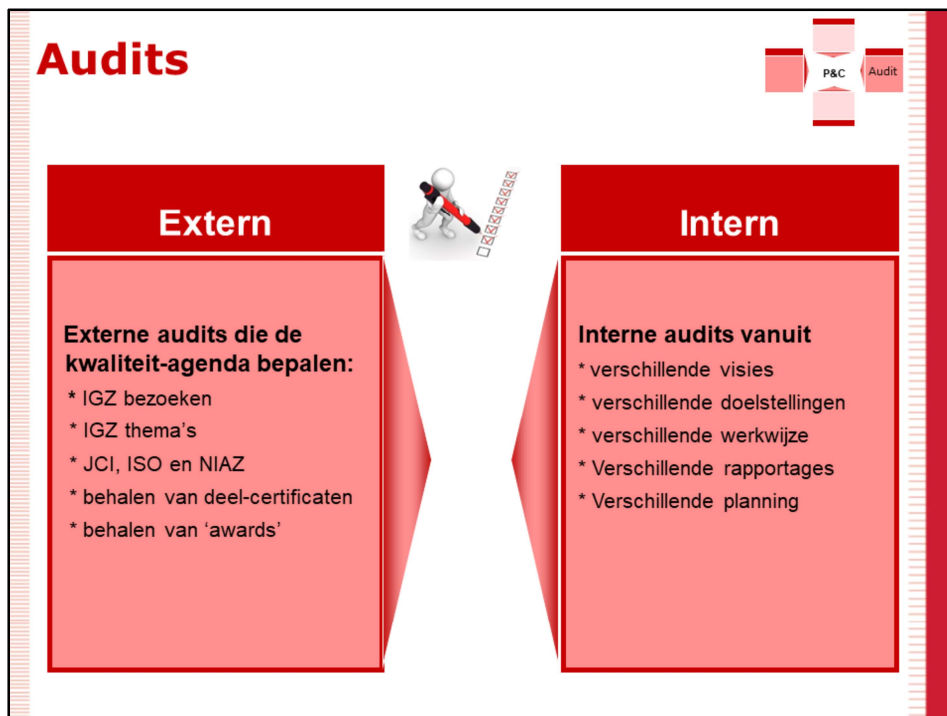
Ziekenhuizen zoeken naar een betere samenhang tussen **externe eisen voor transparantie** en **interne stuurinformatie**. Een aantal respondenten geeft aan dat een onderscheid gemaakt moet worden tussen indicatoren die verschillende doelen dienen (beoordelen, verbeteren, verantwoording afleggen). Veel respondenten klagen over de **enorme administratieve last** en kosten die alle verschillende indicatorensets met zich mee brengen. Ze vinden dat veel indicatoren zijn voortgekomen uit hobby's van invloedrijke medisch specialisten binnen de wetenschappelijke verenigingen; dit kan op weinig draagvlak binnen hun ziekenhuis rekenen. Raad van Bestuur respondenten voelen zich door het collectief gedwongen om mee te doen.

“Nu heb je een scheiding tussen externe data die aangeleverd wordt, waarvan alle professionals zeggen: dat is absolute onzin. Ik weet niet hoe die dataset er is gekomen, dus ik geloof er niet in. Maar het is nu een maatschappelijke verplichting. Wij zijn met de echte problemen bezig op de werkvloer. Wij zijn met kwaliteitsverbetering bezig, maar niet via die onzinnige indicatoren die ze daar allemaal vragen. Dat mag iemand bij de Raad van Bestuur oplossen. Daar willen wij niets mee te maken hebben.” (manager ‘bureau’ kwaliteit ziekenhuis 7)

Een aantal ziekenhuizen is bezig met het maken van eigen – met name outcome – indicatorensets. De wens is om (inter)nationaal te kunnen **benchmarken** om beter inzicht te krijgen in de kwaliteit van zorg. Opvallend is dat deze ziekenhuizen **lokale wetenschap een prominente rol** geven in zowel de ontwikkeling van deze indicatoren als het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Het verbinden van medewerkers met wetenschappelijke ambitie of aspiratie (research verpleegkundigen, arts assistenten) werkt als een katalysator.

In ICT wordt in alle ziekenhuizen geïnvesteerd. Enerzijds het **EPD** om gemakkelijk data te kunnen registreren en informatie over tellers en noemers te kunnen ontsluiten. Anderzijds **elektronische dashboards** en management informatie systemen die bij voorkeur realtime en over een bepaalde periode gegevens kunnen tonen. Opvallend is dat ‘bureau’ kwaliteit marginaal betrokken lijkt bij zowel de business intelligence als EPD ontwikkeling.

“En toen is er bedacht van we gaan een kwaliteitsdashboard maken, zoals we al een soort productiedashboard hadden... Het is in de beleidscyclus meegenomen en dat is één van de meest essentiële dingen die veranderd is. Nu zijn er kwartaalgesprekken met management en RvB waarin dat dashboard als onderwerp besproken wordt.” (bestuur stafconvent ziekenhuis 1)

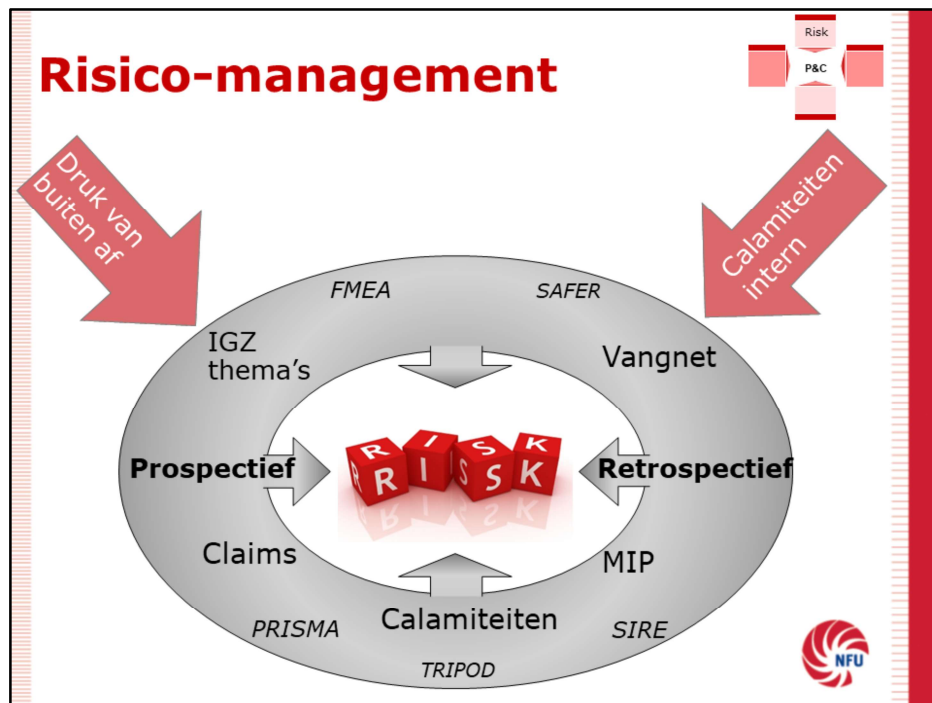


Ziekenhuizen hebben allemaal een accreditatie bewijs of zijn voornemens dit op korte termijn te behalen. Het gekozen normenkader is verschillend: ISO, JCI en NIAZ (Qmentum).

Daarnaast behalen ziekenhuizen zoveel mogelijk van de 'awards' voor bepaalde ziektebeelden of thema's, zoals senior friendly hospital of smileys voor kindvriendelijkheid. Ook hiervoor geldt (net als bij de indicatoren) dat ziekenhuizen het gevoel hebben niet achter te kunnen blijven. Respondenten zeggen dat die 'awards' vaak inhoudelijk weinig toevoegen aan het interne kwaliteitsbeleid. Daarnaast benoemen de respondenten dat gegevens eenvoudig aan te leveren zijn én dat de patiënt een partner moet worden; daarom vinden zij het toch belangrijk om mee te doen. Respondenten benoemen ook dat druk van buitenaf goed werkt om bepaalde thema's op de agenda te krijgen, ook druk vanuit deze awards .

"Ja dat is moeilijk. Daar hebben we wel eens discussie over gehad, moet je wel alles willen...Wil je dat nou wel of niet? En als je dat niet hebt wat betekent dat dan? En eigenlijk denk ik dat we er tot nu wel voor kiezen om het altijd wel te doen." (lijnmanager ziekenhuis 2)

We concluderen dat alle ziekenhuizen afdelingsaudits, thema audits en een vorm van ketenaudits houden. Opvallend is dat ziekenhuizen op totaal verschillende manier auditen. De **visie** waaruit wordt geaudit: controle van naleven van normen *versus* aangaan van professionele dialoog tijdens audit. Het **aantal audits**: meer dan 500 tracer audits per jaar *versus* sturen op maximaal één keer in de vier jaar een audit per afdeling. De **inhoud van de audits**: tracer audits per onderwerp *versus* een integrale audit waarbij zoveel mogelijk onderwerpen in gezamenlijkheid (kwaliteit, arbo, hygiëne, financiën enzovoorts) beoordeeld worden *versus* audits voor specifieke doelen (bijvoorbeeld kwaliteit van zorg, onderwijs en opleiding in het medisch specialistisch domein). De **rol die auditoren** spelen: auditoren als specialistische functie gepositioneerd in een onafhankelijk organisatie onderdeel *versus* vooral leidinggevenden *versus* zoveel mogelijk verschillende medewerkers betrekken. De **inhoud van de rapportages en wie de rapportages krijgt**: een schriftelijke rapportage met duidelijke prioritering van de aanbevelingen voor Raad van Bestuur en lijnmanagement *versus* een lijst met vinken over aangetroffen status waarbij management zelf verbeteracties moet benoemen.



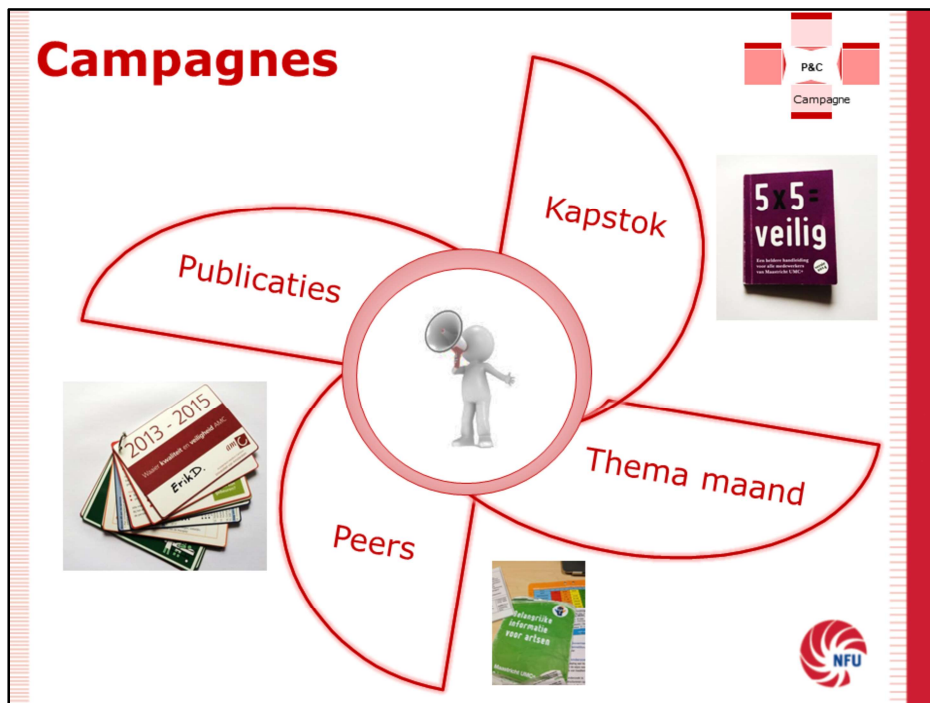
Onbedoelde uitkomsten worden in alle ziekenhuizen gebruikt om de kwaliteit te verbeteren. Systematisch worden **retrospectief** calamiteiten, klachten, meldingen incidenten patiënten-zorg (MIP/VIM) onderzocht. Ziekenhuizen gebruiken daarvoor verschillende analyse methodes: Prisma, Tripod en/of Sire. Decentrale (adhoc) commissies voeren die retrospectieve analyses uit en doen aanbevelingen. Respondenten benoemen het belang van op werkplek-niveau geven van betekenis aan 'fouten' door het uitgebreid bespreken van cases. Op één na hebben alle ziekenhuizen ook nog een centrale commissie, die vooral organisatie-onderdeel overstijgende analyses (trendrapportages en calamiteiten onderzoek) maakt en het functioneren van de decentrale commissies monitort.

Alle ziekenhuizen deden ervaring op **met prospectieve risico analyses**. Respondenten vinden deze analyses arbeidsintensief en vinden dat dit alleen zinvol is voor grote risico's. Een aantal respondenten vindt dat ziekenhuizen dit gezamenlijk zouden kunnen doen, omdat de meeste risico's universeel zijn. 'Bureau' kwaliteit speelt een belangrijke rol in het uitvoeren van de prospectieve risico analyses, omdat zij kennis over de methode hebben.

We concluderen dat de interne **opvolging van aanbevelingen** voortkomend uit risico-management onderzoek, nog aandacht vraagt. Respondenten noemen dat het lastig is om goede aanbevelingen te geven. Aanbevelingen moeten niet te detaillistisch zijn, zodat het gevoel ontstaat futiliteiten opgelegd te krijgen, maar ook niet te abstract, zodat het onvoldoende richting geeft. Niet te veel aanbevelingen, zodat geen goede prioriteiten worden gesteld, maar ook niet te weinig, zodat continue verbeteren voorop blijft staan.

Ook het verbinden van de uitkomsten van risico-management onderzoek, indicatoren en audit aanbevelingen is nog een uitdaging in de meeste ziekenhuizen. Het zien van de samenhang tussen de verschillende gegevens zodat inzicht in de kwaliteit van zorg verkregen wordt. Daarnaast kunnen de verschillende instrumenten ook elkaar versterken, bijvoorbeeld door het doen van een audit en prospectieve risico analyse op een laag scorende indicator. Ook het in samenhang bepalen van prioriteiten is nog moeilijk.

"Wij laten ons als managementteam beïnvloeden door wat de diverse parameters aan signalen geven. In gesprekken met elkaar kijken we of die signalen de moeite waard zijn om op te pakken."



Een aantal ziekenhuizen maakt gebruik van **campagnevoering** om onderwerpen onder de aandacht te brengen bij medewerkers. Bijvoorbeeld door het verspreiden van boekjes, waaiers en kaartjes. Andere ziekenhuizen gebruiken ludieke acties om aandacht te vragen voor een onderwerp, bijvoorbeeld het spelen van Wie is de Mol voor het stimuleren van hygiënisch gedrag. Andere ziekenhuizen hebben thema-maanden met bijbehorend **PR materiaal**, zoals posters, filmpjes. We concluderen dat in het campagne materiaal het 'wat' (kleine acties die goed uit te voeren zijn) en 'waarom' (wat levert dit de patiënt, jou en het ziekenhuis op) goed met elkaar verbonden worden.

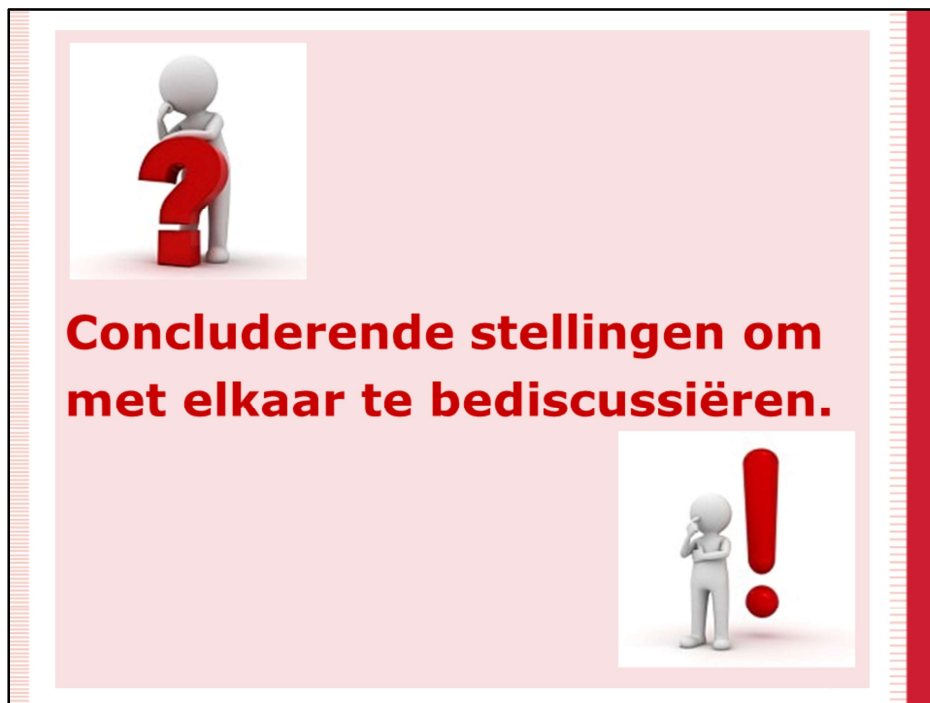
Bij het mobiliseren van medewerkers en creëren van energie om te veranderen spelen de **Raad van Bestuur**, maar vooral ook **leading medisch specialisten** een belangrijke rol. Zij worden ingezet als rol-model om hun collegae te overtuigen .

"We hebben ook geprobeerd eerst een soort appèl te doen vanuit zal ik maar zeggen de prominente toppers in huis, grote posters met daarop "ik doe het! Je moet het zeg maar onder de aandacht van de mensen die het moeten gaan doen brengen. Ik geloof zelf erg in wat je zelf in je huis ontwikkelt, dat krijgt veel meer draagvlak en focus en drive." (Raad van Bestuur, ziekenhuis 1)

In twee ziekenhuizen wordt ook expliciet genoemd dat zij in aanloop naar een accreditatie een **crisis-organisatie** hebben ingericht, waarbij vooral **peers** elkaar zijn gaan aanspreken. Doel was om achterblijvende collegae te overtuigen ook hun steentje bij te dragen. We concluderen dat 'crisis maken' helpt om dingen te verbeteren.

"We gingen een keer per twee weken vergaderen met de stuurgroep. Het werd een beetje competitief. Het zal toch niet gebeuren dat het op mijn afdeling gaat mislopen, dat mijn afdeling de oorzaak is van het niet halen van de accreditatie. Door maandelijks in de stuurgroep de staafjes te projecten wie er in het rood en groen staan werd inzicht gegeven. Dan werd echt ongemakkelijk naar elkaar gekeken. Ga jij nou de zwakste schakel zijn? Wat ga je er aan doen?" (stafmedewerker, ziekenhuis 8)

Een aantal ziekenhuizen geeft veel aandacht aan het vieren van successen en verspreiden van goede initiatieven. Bijvoorbeeld door het organiseren van een symposium of uitreiken van een kwaliteitsprijs voor beste verbeterinitiatief. Respondenten noemen dat dit bijdraagt aan het verspreiden van goede voorbeelden.



De onderzoekers concluderen dat de organisatiestructuur sterk verschilt tussen ziekenhuizen en daarom dat **één universele governance structuur voor kwaliteit**, die overal op dezelfde wijze functioneert, niet mogelijk is. Uit ons onderzoek blijkt dat iedere governance structuur voor- en nadelen hebben. Soms wordt bewust gekozen voor governance structuren, die goed in de eigen organisatie passen én hebben ziekenhuizen oplossingen gevonden voor de ervaren nadelen.

We nodigen ziekenhuizen uit om hun eigen situatie te spiegelen aan onze bevindingen en met elkaar **verbeteringen te bediscussiëren**. Om dit proces te ondersteunen hebben we stellingen geformuleerd, die gebaseerd zijn op de bevindingen uit onze studie. Deze stellingen geven richting aan aspecten en thema's die u onderling moet afstemmen en organiseren in uw eigen organisatie.

We adviseren u discussieer met elkaar naar aanleiding van de stellingen over:

- Mijn ziekenhuis heeft...
- Mijn ziekenhuis kan zich nog meer ontwikkelen in.....
- Mijn ziekenhuis kan verbeteren op het gebied van....
- Ik zou graag afspraken willen maken over...

Structuur



- De kwaliteitsstructuur moet in lijn zijn met de (gekozen uitgangspunten voor) de organisatiestructuur.
- De positionering, omvang en aansluiting van elk 'puzzelstuk' in de kwaliteitsorganisatie (*Raad van Bestuur, Lijn management, Stafconvent, Commissies en 'Bureau' kwaliteit*) moeten in passen bij de gekozen organisatiestructuur, waarbij de onderdelen onderling goed op elkaar aansluiten, dubbelingen worden voorkomen en verantwoordelijkheden duidelijk zijn belegd.
- De positionering en betrokkenheid van patiënten(raad) in de kwaliteits-structuur moet worden versterkt.
- De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van alle vijf 'puzzelstukken' en de wijze waarop zij samenhangen is voor alle medewerkers duidelijk.

Aandachtspunten:

Structuur



- De Raad van Bestuur heeft formele afspraken met het bestuur stafconvent/stafbestuur en Raad van Toezicht over welke kwaliteitsinformatie wordt gedeeld.
- Bestuur Stafconvent/stafbestuur hebben een -met de Raad van Bestuur afgestemde- verantwoordelijkheid voor de bewaking en verbetering van de kwaliteit van zorg geleverd door medisch specialisten.
- Commissies en projecten hebben een opdrachtgever, taak/ doel en beschreven is wat hun verantwoordelijkheid is.
- De samenhang tussen verschillende commissies en de wijze van informatie uitwisseling tussen commissies met gerelateerde thema's is duidelijk.
- De centrale commissie kwaliteit heeft aandacht voor alle kwaliteitsaspecten en -instrumenten.

Aandachtspunten:

Compliance en Controle



- De verschillende organisatieniveaus maken afspraken over compliance en controle, zodat wordt gestuurd op dezelfde doelen.
- Medewerkers worden aangesproken door het lijnmanagement bij risicovol, onveilig en niet patiëntgericht handelen en lijnmanagers weten welke sancties zij tot hun beschikking hebben om medewerkers te disciplineren.
- Leading medisch specialisten spelen een zichtbare (voorbeeld)rol in het enthousiasmeren van medewerkers voor kwaliteits-activiteiten en aanspreken van collegae.
- Medisch specialisten die uitblinken in (verbetering van de) patiëntenzorg of clinical leadership laten zien, kunnen daarmee carrière maken of worden publiekelijk daarvoor gewaardeerd.

Aandachtspunten:

'Bureau' Kwaliteit



- Het hoofd van het centrale 'bureau' kwaliteit heeft hiërarchisch en politieke legitimiteit, waardoor hij/zij doorzettingsmacht heeft op het gebied van kwaliteit.
- Medewerkers van 'bureau' kwaliteit zorgen voor diffusie en disseminatie van informatie en kennis van extern naar intern én tussen de verschillende organisatie onderdelen.
- Medewerkers van 'bureau' kwaliteit stimuleren kwaliteitsverbetering door het spelen van een actieve rol in het proces om onderwerpen op de agenda te krijgen en innovatie te ondersteunen.
- Fysieke en virtuele netwerken van centrale beleidsmedewerkers/adviseurs, decentrale beleidsmedewerkers/adviseurs en medewerkers betrokken bij kwaliteitsactiviteiten dragen bij aan het leren van elkaar.

Aandachtspunten:

Visie op kwaliteit



- De organisatie gebruikt één kapstok om de verschillende kwaliteitsinitiatieven, kwaliteitsdoelstellingen en instrumenten met elkaar te verbinden.
- In communicatie uitingen en presentaties van kwaliteitsactiviteiten wordt het belang van goede zorg aan de patiënt en het belang voor de patiënt benadrukt.
- De visie van de organisatie op kwaliteit wordt gereflecteerd in de wijze waarop kwaliteitsinstrumenten (*zoals indicatoren, audits, risk management, campagnes*) worden gebruikt.
- Afspraken over centraal aangestuurde kwaliteitsactiviteiten en decentrale ruimte voor vormgeving en prioritering van kwaliteitsactiviteiten worden expliciet gemaakt.

Aandachtspunten:

Planning en Control cyclus



- In de planning en control cyclus heeft kwaliteit een prominente rol, die blijkt uit de beschikbare informatie over kwaliteit van zorg en de tijd die besteed wordt aan het maken van afspraken hierover.
- De planning en controle cyclus is gebaseerd op continu verbeteren en niet op het behalen van de (minimale) norm.
- Informatie over de geleverde kwaliteit is op een begrijpelijke manier beschikbaar voor alle medewerkers en leidt tot gesprekken tussen medewerkers.
- Gemaakte afspraken over verbetering en borging van de kwaliteit van zorg worden vastgelegd tussen de verschillende managementniveaus en periodiek geëvalueerd.

Aandachtspunten:

Kwaliteitsinstrumenten



- Het ziekenhuis zorgt voor een synthese tussen de verschillende kwaliteitsinstrumenten zodat een integraal beeld gevormd kan worden over de kwaliteit van zorg én kwaliteit verbeteractiviteiten op elkaar worden afgestemd.
- Het ziekenhuis heeft een goede koppeling tussen diverse ICT systemen (EPD, dashboard, risico-management database enzovoorts) zodat gegevens over kwaliteit van zorg integraal beoordeeld kunnen worden.
- Het ziekenhuis levert een bijdrage aan de maatschappelijke discussie over minder zinvolle en overlappende indicatoren en audits.

Aandachtspunten:

Kwaliteitsinstrumenten



- Het ziekenhuis gebruikt ook prospectieve risico inventarisaties uitgevoerd door andere ziekenhuizen en de resultaten van calamiteiten onderzoek uit andere ziekenhuizen voor de verbetering van de kwaliteit.
- Het ziekenhuis verbindt wetenschap aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Aandachtspunten:

Suggesties voor vervolgonderzoek

Ontwikkelen van een model voor de beoordeling van de kwaliteitsorganisatie door samenvoeging van de data uit de verschillende onderzoeken (vooral die op micro niveau).

Op welke wijze ondersteunen netwerken binnen en tussen ziekenhuizen kwaliteitsverbetering?

Wat zijn goede voorbeelden voor het gebruiken van wetenschap bij het stimuleren van kwaliteitsverbetering?

Welke rol speelt de Raad van Toezicht in de governance van het kwaliteitsbeleid?

Op welke wijze kan de patiënt(enraad) betrokken worden bij de governance van het kwaliteitsbeleid?

Welke afwegingen/redenaties ten aanzien van opleiden, onderzoek en patiëntenzorg maken de verschillende actoren?

Op welke wijze draagt een gebalanceerde kwaliteitsorganisatie en kwaliteitsgovernance bij aan organisatie ontwikkeling?