

TOEZICHT HOUDEN OP KWALITEIT

HET ONTWIKKELEN VAN EEN BREDE BLIK

Toezicht houden op kwaliteit is voor veel toezichthouders onwennig. Vanuit historisch gegroeide dynamieken zijn toezichthouders vooral gewend om de organisatie vanuit de bestuurskamer op basis van bedrijfseconomische gegevens te beoordelen. Nu er een toenemende maatschappelijke druk op raden van toezicht ontstaat om meer expliciet toezicht te houden op de kwaliteit van de zorg, merken veel toezichthouders dat het lastig is om vanuit de bestuurskamer een goed oordeel te vellen. Vanwege de letterlijke afstand tot het primaire proces, maar ook vanwege de veelheid aan beschikbare informatie; hoe zien we door het bos de bomen nog?

Door: L. Schouten, H. den Uijl en M. Buiting

Het bepalen van de juiste kwaliteitsparameters blijkt een struikelblok. Toezichthouders uit alle sectoren geven regelmatig aan handelingsverlegen te zijn als het gaat om toezien op kwaliteit. Kwaliteit en veiligheid komen wel ter sprake, en er zijn ook allerlei cijfers en benchmarks beschikbaar, maar men heeft toch het gevoel dat de werkelijke kwaliteit ze door de vingers glipt.

De vraag is hoe en met welke informatie toezichthouders de kwaliteit van zorg daadwerkelijk kunnen monitoren en waarde kunnen toevoegen aan de kwaliteit van zorg.

Eendimensionale informatie

Veel raden van toezicht hebben inmiddels een commissie kwaliteit en veiligheid. De samenstelling van deze commissies is erg divers. Soms zitten er alleen toezichthouders in, soms ook bestuurders, soms ook middenmanagement of kwaliteitsfunctionarissen. Sommige, kleinere, raden van toezicht pakken het toezicht op kwaliteit als gehele raad op. Ook zien we steeds meer toezichthouders met het profiel kwaliteit van zorg. Het toezicht betreft vooral

indicatoren, tevredenheidsonderzoeken, accreditaties en eventuele kwaliteitsjaarverslagen. Ook legt men steeds vaker werkbezoeken af, al dan niet geregistreerd. Er worden dus duidelijke slagen gemaakt op dit thema, maar dit levert ook de vraag op bij veel toezichthouders of al deze cijfers en indicatoren nu het vertrouwen in de kwaliteit van zorg rechtvaardigt.

Je zou kunnen stellen dat de huidige informatievoorziening van toezichthouders eendimensionaal is. Ten eerste vergaart de toezichthouder het leeuwendeel van zijn informatie bij monde of pen van de bestuurder, in de context van de bestuurskamer. Ten tweede is de inhoud van de informatie sterk cijfermatig en abstract.

Dit eendimensionale aspect speelt niet alleen bij toezichthouders. Ook onder zorgverleners, managers en bestuurders in de zorg is een toenemende roep om een *fundamentele herbezinning* hoorbaar. De kwaliteitsmanagementsystemen zoals ingevoerd, dreigen af te drijven van de werkelijkheid. Hart (2012) signaleert een weeffout in die manier van organiseren. Die is té beheersmatig. Door een lawine van onna-

tuurlijke '(kwaliteits)managementlogica' zijn veel organisaties verdraaid, zo betoogt Hart. Professionals, bestuurders en toezichthouders zijn de basis van hun organisatie uit het oog verloren. De wirwar aan protocollen, procedures, methodieken en indicatoren heeft het zicht op kwaliteit eerder vertroebeld dan verrijkt. Ze zijn (onbedoeld) bureaucratisch, te ver doorgeschoten in details en er is onevenwichtig veel aandacht voor de ontwikkeling van systemen en de verantwoording van kwaliteit. In veel zorgorganisaties lijkt het 'kwaliteitssysteem' – lees: de kwaliteitsregels en -procedures – tot doel verheven. Het ware doel, waarde toevoegen voor de patiënt of cliënt, komt daardoor in het gedrang.

Beheersbaarheid: een mythe?

Hart (2012) wijst ons daarbij op de perverse werking van de reflex om bij elk incident een beheersmaatregel in te voeren. Die reflex lijkt in onze samenleving hardnekkig en moeilijk uit te bannen; we accepteren nauwelijks meer risico's. Om te voorkomen dat er 'iets fout gaat' in de zorg, is de sector opgetuigd met onzalige protocollen, kwaliteitsparameters en controle, schrijft cardioloog René Dijkgraaf in *de Volkskrant* (Opinie, 21/06/13). Deze maatregelen zijn ingegeven om meer in controle te zijn, maar vaak maken deze maatregelen de zorg alleen maar complexer, waardoor juist de problemen ontstaan.

Het onbevredigende is dat – ondanks het op-tuigen van al deze systemen – het moeilijk blijft om te zeggen wat nu de kwaliteit van zorg is. Kwaliteit van zorg laat zich moeilijk tot maat en getal verdichten. 'Zorg' is een proces waarvan de uitkomst niet kan worden gegarandeerd en dat moet worden toegespitst op de specifieke vraag of behoefte van een patiënt of cliënt. Om alles op papier toch beheersbaar en controleerbaar te houden, zijn steeds meer regels en procedures bedacht, die een doel op zich zijn geworden. Hierdoor vervreemdt een medewerker, organisatie maar ook toezichthouder van zijn of haar missie: waarde toevoegen voor de patiënt of cliënt. Hart (2012) noemt dit de 'mythe van de beheersbaarheid'. Als het gaat over zorg verlenen en zorg krijgen is er bij uitstek sprake van een morele relatie. Er is sprake van kwetsbaarheid, kennisasymmetrie, van onzekerheid, pijn, ongemak en dood. De kwaliteit van zorg is daardoor grotendeels afhankelijk van hoe er met de patiënt/cliënt als mens wordt omgegaan en ook hoe de werknemer als mens wordt gezien. Kwaliteit van zorg gaat bovendien niet alleen om het vermijden of verminderen van kwetsbaarheid, maar gaat ook over de herken-

ning dat alle mensen kwetsbaar zijn en dat we in de zorg hier betekenis aan kunnen geven (Baart en Carbo, 2013).

De governance in de zorg focust volgens Goodijk (2011) echter eenzijdig op het financiële belang van de zorgorganisatie en te wei-

'In veel organisaties lijkt het "kwaliteitssysteem" tot doel verheven'

nig op de publieke belangen en de betrokkenheid van stakeholders als patiënten, familie en medewerkers. De bijzonder hoogleraar neemt het de toezichthouders niet kwalijk, er is onduidelijkheid over hun rol. 'Velen van hen denken zelf dat ze alleen gaan over het ondernemingsbelang, net zoals raden van commissarissen. Maar in de zorg hebben toezichthouders een veel bredere en complexere rol. Ze gaan ook over de publieke belangen: de kwaliteit, toegankelijkheid en de betaalbaarheid van zorg. Ze moeten ook toezien op de betrokkenheid van patiënten, families en medewerkers.'

Systeemwereld

In elke organisatie zijn er regels, (standaard) procedures, wettelijke voorschriften, formats, prestatie-indicatoren enzovoort. Hart (2012) noemt dit de systeemwereld rond een organisatie. Daarmee proberen we grip te krijgen op organisatieprocessen. Op zich zijn die regels en procedures nuttig, stelt Hart. Anders moet het

Amour

In de film *Amour* (2012) wordt de laatste levensfase van Georges en Anne afgebeeld. Ze zijn van goede komaf en hebben hun sporen verdiend in de klassieke muziek. Anne krijgt tot tweemaal toe een herseninfarct en takelt zowel lichamelijk als geestelijk steeds verder af. Georges zorgt voor haar met alles wat hij heeft, maar de zorg valt hem steeds zwaarder, het is moeilijk zijn vrouw zo afhankelijk van hem te zien.

In een van de scenes arriveert een medewerker van de thuiszorg. Zij wast de oude vrouw en geeft – met behoorlijk stevige hand – instructies. Georges wordt boos op de thuiszorg-medewerker, hij vindt dat ze respectloos omgaat met Anne. De thuiszorgmedewerker scheldt de oude man de huid helemaal vol. Georges kijkt aangeslagen en gelaten toe.

Wat deze film prachtig laat zien is dat ziek en oud worden, voor elkaar zorgen, afhankelijk van elkaar zijn, grote en tragische levensvragen oproepen. Termen als 'zelfmanagement', 'eigen regie', 'dubbele vergrijzing', 'kwaliteitsindicator', verbleken bij de tragiek van 'mantelzorg'. Zorg is en blijft een wereld van trage vragen, zoals Harry Kunneman (2012) dat verwoordt. Juist in deze kwetsbaarheid krijgt het bestaan betekenis, zou Andries Baart (2013) kunnen zeggen. Het is geen wereld van beleidsmakers en managers, die, vaak gericht op systemen en reguleringen, juist deze tragiek proberen te verhullen. En juist het verhullen van deze tragiek levert de grootste tragiek op; zoals de thuiszorgmedewerker voor wie de oude vrouw slechts een klant was, waar ze binnen een bepaalde tijd producten aan moest leveren.

Tips voor de toezichthouder

- Vraag de bestuurder, als hij een nieuw systeem of nieuwe methodiek invoert, of er dan ook ergens een ander systeem wordt weggehaald; let op opstapeling van interventies.
- Vraag de bestuurder of hij alles wat er aan protocollen en interne/externe regelgeving in de instelling aanwezig is wil verzamelen en op tafel wil leggen tijdens een vergadering van de raad van toezicht; wat helpt de zorg en wat niet?
- Spreek met teamleiders, professionals en cliënten en vergelijk hun verhalen met de verhalen en cijfers die de bestuurder aanlevert; komen ze overeen?
- Schroom niet om de werkvloer op te gaan, maar denk aan de vertrouwensrelatie met de bestuurder. Op de werkvloer moet het oordeel steeds worden uitgesteld, oordeel niet op basis van enkelvoudige waarnemingen en doe nooit toezeggingen aan personeel en cliënten.
- Help de bestuurder om niet te snel in een verantwoordingsreflex te schieten als externe partijen dat van hem vragen. Ga eventueel zelf met deze partijen om tafel en bescherm uw bestuurder.
- Verbind de boardroom met de organisatie, vergader op locatie, nodig professionals/teamleiders uit voor verhalen (niet voor verantwoording).

De Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in de Zorg (NVTZ) heeft toezicht op kwaliteit hoog op de agenda staan. De NVTZ is ervan overtuigd dat als toezichthouders op een andere manier naar kwaliteit gaan en durven kijken, ze daadwerkelijk waarde kunnen toevoegen aan de besturing en kwaliteit van zorg.

wiel elke keer opnieuw worden uitgevonden, krijgen klanten geen consistent beeld van wat een bedrijf doet en zouden ze keer op keer dezelfde gegevens moeten verstrekken. Als het goed is fungeert de systeemwereld bij contacten met klanten als een soort routekaart. Het is echter niet de werkelijkheid, waarschuwt Hart. Regelmatig gebeurt er iets wat niet is voorzien. In het dagelijks leven grijp je dan terug naar de bedoeling. Als je bijvoorbeeld tijdens het kaartlezen een weg tegenkomt die daar niet op staat, dan zal je niet aarzelen die te nemen als

'In de care is er een acute noodzaak om professionals meer lead te geven'

je dan sneller op je bestemming aankomt. Merkw aardigerwijs doen mensen in (zorg)organisaties en toezichthouders dit vaak niet. Hoe groter de organisatie, des te meer bureaucratie er wordt ontwikkeld om de boel in het gareel te houden. Het gevolg is een rigide bedrijf, dat op een bijkans inhumane manier met klanten omgaat. Bijna iedereen heeft dat weleens ervaren bij het bellen van een helpdesk. Wellicht komt een uitspraak zoals 'Dit kan ik niet voor u regelen, want dat mag niet vanwege onze voorschriften' u bekend voor? In dergelijke organisaties is het systeem leidend geworden en niet het bereiken van het doel. De curieuze ge-

volgen daarvan zie je terug in televisieprogramma's zoals 'De Slag om Nederland', 'Kannie-waarzijn' en 'Ook dat nog!'

In veel zorgorganisaties en raden van toezicht handelen mensen net zo 'verdraaid'. Ze denken dat het systeem de juiste voorstelling is van de wereld en als je de regels maar goed toepast, dat je dan vanzelf uitkomt op het doel. De oorzaak van dit alles is een verkeerde (verdraaide) denkrichting. De systeemwereld wordt niet alleen als leidend gezien, maar omvat ook nog eens een overmaat aan (overbodige) regels. Die worden rigide toegepast op de leefwereld, waarin de professionals de klant tegenkomen. Hierdoor wordt hun missie niet vervuld, omdat het systeem (de routekaart) nooit een complete beschrijving is van de werkelijkheid, terwijl het wel die pretentie heeft. Deze dynamiek werd al benoemd door Plato in *De Staatsman* (1998): een algemene regel is nooit helemaal toepasbaar op een specifieke situatie. Meer recent is het aangestipt door onder andere Van Diest in *Een Doordachte Organisatie* (2010), waarin hij stelt dat regels en procedures nooit de gehele specifieke situatie kunnen bepalen. Als toezichthouders dit toch proberen, kan de ontnomen vrijheid bij organisatie en werknemer een averechts effect opleveren. Binnen een harnas van regels kan nooit flexibel worden ingespeeld op de klantwensen zoals een vrij mens dat kan.

Vertrouwen, verbinding en bezieling

De laatste jaren kondigt zich een nieuw paradigma aan: kwaliteit door vertrouwen, verbinding en bezieling. Kwaliteit komt in dit paradigma in het microsysteem van medewerker en klant, dáár waar de kwaliteit wordt gemaakt en ervaren. Een transformatie in het denken over het aansturen van zorgorganisaties. Deze transformatie is op allerlei terreinen waar te nemen. De grote aandrijvers zijn bestuurlijke crises, klagende professionals over te veel bureaucratie en uiteraard de hoge kosten van het zorgstelsel. In de decentralisatie van veel AWBZ-zorg naar WMO-zorg ontstaat er in de hoek van de 'care' bovendien een acute noodzaak om organisaties anders in te richten en om professionals meer lead te geven, maar ook om ze een andere werkhouding aan te leren.

Hart (2012) spreekt hier over het omdraaien van de denkrichting: van binnen naar buiten. Het vervullen van de klantwens staat dan weer centraal, in plaats van het voldoen aan interne procedures. Organisaties zoals Buurtzorg (thuiszorg) en Esdégé-Reigersdaal (gehandicaptenzorg) denken vanuit de essentie. Bij hen staat de bedoeling, de reden van het bestaan van de organisatie, voorop: datgene leveren waar de

patiënt of cliënt om vraagt. Het systeem dient daarbij slechts als ondersteuning. Daarom moeten er slechts zoveel regels en standaardprocedures zijn als zinvol is en niet meer.

Organisatieantropologe Van Dalen (2012) schreef in haar proefschrift dat in organisaties zoals Buurtzorg en Esdégé-Reigersdaal een aantal besturingspatronen is te herkennen:

1. de zorginhoud stuurt het organiseren;
2. fundamentele flexibiliteit in strategie en planning;
3. vrouwen boven controle;
4. institutioneel ondernemen;
5. betekenis maken.

Het gaat er niet om dat deze zaken universeel toepasbaar zijn, maar ze geven een richting aan voor succesvol en betekenisvol ondernemen in de zorg.

De regels die er zijn, zijn er alleen ter ondersteuning. De professionals in de organisatie blijven op die manier 'eigenaar' van hun werk en ze behouden flexibiliteit om in te spelen op specifieke klantvragen. Het resultaat: gemotiveerde werknemers, die kunnen doen waarvoor ze ooit hun vak kozen. Je kunt een voetballer immers ook niet vertellen hoe hij op alle spelsituaties moet reageren, maar je zet als coach slechts op hoofdlijnen de strategie uit. Vertaald naar een organisatie bestaat die strategie uit richtlijnen die aangeven hoe het doel wordt nagestreefd. In het discours rondom kwaliteitszorg en besturing worden in dit verband termen gebuikt als 'derde generatie kwaliteitszorg', 'terug naar de eenvoud' en 'besturen is loslaten'. Men spreekt over een verschuiving van een beheersingsparadigma naar een waardenparadigma.

In deze transformatie, die zowel wenselijk als onvermijdelijk lijkt, kunnen toezichthouders een nieuw handelingsrepertoire benutten. De kunst van het toezicht houden waarbij verschillende soorten informatie worden geraadpleegd en gesynthetiseerd tot een breed zicht op de kwaliteit die geleverd wordt. Het gaat dan over het contact met medewerkers, leidinggevend en patiënten of cliënten. We denken dat toezicht op twee punten een bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van zorg door de manier waarop ze er toezicht op houden, namelijk dat:

- toezien op kwaliteit van zorg alleen mogelijk is door meerdimensionale informatie te vergaren en daarmee bevestigen dat kwaliteit meerdimensionaal is;
- toezien op kwaliteit betekent dat men erop toeziet dat de professional zo veel mogelijk in staat wordt gesteld om te luisteren naar de behoeften en noden van de patiënt/cliënt.

Literatuur

- Baart, A., en C. Carbo, *De Zorgval*, Uitgeverij Thoris, Amsterdam, 2013.
- Dalen, A. van, *Zorgvernieuwing. Over anders besturen en organiseren*, Boom Lemma, Den Haag, 2012.
- Diest, J. van, *Een Doordachte Organisatie*, VU University Press, Amsterdam, 2010.
- Goodijk, R., *Toezicht in semi publieke organisaties. Leren we van de misstanden?* Rede uitgesproken bij openbare aanvaarding ambt bijzonder hoogleraar Governance in de (semi-)publieke sector, 2011.
- Hart, W., *Verdraaide Organisaties. Terug naar de Bedoeling*, Kluwer, Deventer, 2012.
- Kunneman, H., *Het belang van moreel kapitaal in zorg en welzijn*, Paul Cremers Lezing, 2012.
- Plato, *De Staatsman*, Uitgeverij Bert Bakker, Amsterdam 1998 (vert.).

Informatie over de auteurs

Loes Schouten studeerde verpleegkunde en gezondheidswetenschappen. Zij werkt als senior adviseur en is lid van het managementteam bij het CBO. Zij leidt diverse landelijke kwaliteitsprogramma's, initieert projecten en workshops op het gebied van kwaliteit en heeft diverse publicaties op haar naam staan. Eind 2010 promoveerde zij cum laude op een onderzoek naar het invoeren en verspreiden van innovaties in de gezondheidszorg.

Henk den Uijl is filosoof en bedrijfskundige. Hij werkt als beleidsmedewerker voor de NVTZ waar hij zich, onder andere, bezighoudt met kwaliteitsdenken in de zorg. Tevens doceert hij bedrijfsethiek aan de Vrije Universiteit aan de masteropleiding *Philosophy of Management and Organizations* waar hij ook promovendus is.

Marius Buiting is jurist en arts. Hij wijdde zijn carrière aan kwaliteitsdenken, met name in de zorg, maar tevens in bredere zin. Dit deed hij onder andere als coach in de topsport, als adviseur bij het CBO, en als voorzitter van de European Society for Quality in Healthcare. Tegenwoordig is hij, naast senior advisor bij het CBO, directeur bij de NVTZ (toezichthouders in de zorg) en heeft hij zitting in de Provinciale Staten van Utrecht. Daarnaast vervult hij tal van nevenfuncties bij maatschappelijke organisaties.



Loes Schouten



Henk den Uijl



Marius Buiting

Wat is bekend?

Nu er een toenemende maatschappelijke druk op raden van toezicht ontstaat om meer expliciet toezicht te houden op de kwaliteit van de zorg, merken veel toezichthouders dat het lastig is om vanuit de bestuurskamer een goed oordeel te vellen. Kwaliteit en veiligheid komen wel ter sprake, en er zijn ook allerlei cijfers en benchmarks beschikbaar, maar men heeft toch het gevoel dat de werkelijke kwaliteit ze door de vingers glijpt.

Wat is nieuw?

In de lawine van veel (kwaliteits)managementlogica zijn talloze regels en procedures een doel op zich geworden. Hierdoor vervreemdt een medewerker, organisatie maar ook toezichthouder van zijn of haar missie: waarde toevoegen voor de patiënt of cliënt. De laatste jaren kondigt zich een nieuw paradigma aan: kwaliteit door vertrouwen, verbinding en bezieling.

Wat kun je ermee?

In deze transformatie kunnen toezichthouders een nieuw handelingsrepertoire benutten door meerdimensionale informatie te vergaren en door erop toe te zien dat de professional zo veel mogelijk in staat wordt gesteld om te luisteren naar de behoeften en noden van de patiënt/cliënt.