

# Garanties voor kwaliteit van zorg



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



# RVZ raad in gezondheidszorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en voor het parlement. Hij zet zich in voor de volksgezondheid en voor de kwaliteit, de toegankelijkheid en doelmatigheid van de gezondheidszorg. Daarover brengt hij strategische beleidsadviezen uit. Die schrijft de Raad vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

## Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

### Voorzitter

drs. M.H. Meijerink

### Leden

mw. mr. A.M. van Blerck-Woerdman

mr. H. Bosma

mw. prof. dr. D.D.M. Braat

mw. E.R. Carter, MBA

prof. dr. W.N.J. Groot

prof. dr. J.P. Mackenbach

mw. drs. M. Sint

prof. dr. D.L. Willems

### Algemeen secretaris

mr. drs. T.F.M. Hooghiemstra

# Garanties voor kwaliteit van zorg

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg  
aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, 2013

## **Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

Postbus 19404  
2500 CK Den Haag  
Tel 070 340 50 60  
Fax 070 340 75 75  
Email [mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)  
URL [www.rvz.net](http://www.rvz.net)

### **Colofon**

Ontwerp VijfKeerBlauw  
Fotografie Eveline Renaud  
Druk VijfKeerBlauw  
Uitgave 2013  
ISBN 978-90-5732-247-1

*U kunt deze publicatie downloaden via onze website ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)) publicatienummer 13/04.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

# Kern van het advies

Er is twijfel over de vraag of bestuurders van zorginstellingen en de interne toezichhouders hun verantwoordelijkheden voor kwaliteit van zorg waar kunnen maken, nu en in de toekomst. Dat komt doordat de transparantie over kwaliteit en veiligheid van zorg die thans gegeven wordt gebaseerd is op een enorme hoeveelheid indicatoren die onvoldoende aangeven of ook daadwerkelijk goede zorg wordt geleverd. Daarnaast is er te weinig aandacht in kwaliteitssystemen voor de organisatiecultuur en ervaringsdeskundigheid van zorgvragers. Tenslotte speelt in de medisch specialistische zorg een rol dat het professionele kwaliteitssysteem niet geïntegreerd is in het kwaliteitssysteem van het ziekenhuis, waardoor belangrijke informatie niet terecht komt waar deze (maatschappelijk) relevant is.

**Het advies reikt handvatten aan om te komen tot een andere manier om kwaliteit te meten en te borgen.**

## **Wat zijn de gevolgen voor de consument?**

Door de route die een patiënt volgt door het zorgproces als uitgangspunt te nemen voor de ontwikkeling van indicatoren, kan de consument zich een beter beeld vormen van de kwaliteit van zorg die hij van een instelling kan verwachten; hij kan hierdoor beter gefundeerde keuzes maken tot welke instelling of zorgverlener hij zich wendt. De ervaringsdeskundigheid van patiënten krijgt bovendien een structurele plaats in het kwaliteitssysteem van zorginstellingen.

## **Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?**

Doordat indicatoren beter aansluiten bij de zorgpraktijk zullen zorgverleners meer gemotiveerd zijn om te streven naar continue kwaliteitsverbetering.

## **Wat zijn de gevolgen voor de zorgverzekeraar?**

De zorgverzekeraar krijgt betere informatie in handen om selectief zorg in te kunnen kopen.

## **Wat kost het?**

Dit advies kan kostenneutraal worden gerealiseerd.

### Wat is nieuw?

- Een vermindering van het aantal (overwegend van buitenaf opgelegde) prestatie-indicatoren
- Patient tracer systematiek als grondslag voor de ontwikkeling van indicatoren
- Organisatiecultuur expliciet aandachtspunt in kwaliteitssysteem
- Ervaringsdeskundigheid structureel ingebed in kwaliteitssysteem
- Andere (contractuele) verhoudingen tussen medisch specialisten en ziekenhuis(bestuur)

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1 Aanleiding en probleemstelling</b>	<b>13</b>
1.1 De adviesaanvraag	13
1.2 De beleidscontext/achtergrond	14
1.3 Probleemstelling en functie van het advies	16
1.4 De aanpak	17
1.5 Leeswijzer	19
<b>2 Het belang van good governance</b>	<b>21</b>
2.1 Inleiding	21
2.2 Wat is governance?	21
2.3 Het formele governancekader	24
2.4 Belang van good governance voor kwaliteit en veiligheid van zorg	25
2.6 Conclusies	27
<b>3 Ontwikkelingen in de omgeving van zorginstellingen</b>	<b>31</b>
3.1 Inleiding	31
3.2 Ontwikkelingen in de omgeving van zorginstellingen	31
3.3 Effecten	33
3.4 Conclusies	35
<b>4 Probleemanalyse</b>	<b>39</b>
4.1 Inleiding	39
4.2 Inzicht in kwaliteit: meten is weten?	39
4.3 Professionals governance	43
4.4 Patients governance	47
4.5 Invloed van (organisatie)cultuur	48
4.6 Conclusies	50
<b>5 Oplossingsrichtingen</b>	<b>53</b>
5.1 Inleiding	53
5.2 Kwaliteitssystemen	53
5.3 Professionals governance	55
5.4 Patients governance	61
5.5 Cultuur	62
5.6 Conclusies	66
<b>6 Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>69</b>
6.1 Inleiding	69
6.2 Conclusies	69
6.3 Aanbevelingen	71

<b>Bijlagen</b>	<b>79</b>
1 Adviesaanvraag	81
2 Adviesvoorbereiding	83
3 Lijst van afkortingen	86
<b>Publicaties RVZ vanaf 2008</b>	<b>87</b>



# Garanties voor kwaliteit van zorg

## Samenvatting

Kunnen raden van bestuur en raden van toezicht hun verantwoordelijkheden voor kwaliteit en veiligheid van zorg waarmaken, nu en in de toekomst?

Zorginstellingen verkeren in turbulent vaarwater, waarin veel zekerheden verdwijnen en plaatsmaken voor een strijd om het voortbestaan; het vergt veel stuurmanskunst daarin te navigeren. Het risico is groot dat de aandacht voor kwaliteit en veiligheid hierdoor in het gedrang komt. Dit klemt temeer omdat de druk van buitenaf om kwaliteit en veiligheid van zorg inzichtelijk te maken en te borgen toeneemt.

Juist in deze onzekere tijden zijn kwaliteit en veiligheid van zorg en de transparantie daarvan datgene wat houvast kan geven aan alle betrokkenen: aan de patiënt, om weloverwogen keuzes te kunnen maken en om weer vertrouwen te kunnen hebben; aan de zorgverzekeraar, om goed in te kunnen kopen; aan de financiers, om zekerheidsstelling te verkrijgen voor geïnvesteerd vermogen; aan de politiek om het publieke belang goed geborgd te weten en aan zorgaanbieders om de dienstverlening te kunnen continueren en vertrouwen te herwinnen.

Om dit te bereiken is een andere weg aangewezen dan het aanscherpen van de eisen die aan het bestuur en interne toezicht gesteld worden.

Wat maakt het zo moeilijk om te sturen op kwaliteit en veiligheid en om kwaliteit transparant te maken? De transparantie over kwaliteit en veiligheid van zorg die thans gecreëerd wordt op basis van een ongebreidelde lijst prestatie-indicatoren en omvangrijke accreditatietrajecten geeft een schijnwerkelijkheid weer. Er is weinig bekend over cultuur en gedrag in zorginstellingen, terwijl cultuur een belangrijke graadmeter is om vast te kunnen stellen of een organisatie van fouten leert en werkt aan continue kwaliteitsverbetering. Verder wordt de ervaringsdeskundigheid van patiënten en cliënten niet voldoende benut bij de toetsing en verbetering van kwaliteit en veiligheid. Tenslotte speelt in de ziekenhuissector mee dat het professionele kwaliteitssysteem niet is geïntegreerd in het ziekenhuissysteem, waardoor het kwaliteitssysteem niet sluitend is.

De Raad stelt een andere wijze voor om kwaliteit te meten en te borgen, aan de hand waarvan zowel interne als externe belanghebbenden van een zorginstelling kunnen beoordelen of de zorgaanbieder garant staat voor kwalitatief goede en veilige zorg. Hierin hebben zowel harde als zachte elementen, waaronder de organisatiecultuur en ervaringsdeskundigheid van patiënten en cliënten een plaats.

In essentie gaat het om het volgende:

- inperking van het aantal (van buitenaf opgelegde) prestatie-indicatoren; vervanging door vanuit de zorgpraktijk zelf voortkomende indicatoren;
- integratie van het professionele en het instellingskwaliteitssysteem;
- aandacht voor naleving van formele en informele regels gericht op continue kwaliteitsverbetering;
- versterking van patients governance, zowel op individueel als collectief niveau.

De belangrijkste aanbevelingen om dit te bereiken zijn de volgende: Zorginstellingen en zorgprofessionals ontwikkelen indicatoren die relevant zijn voor de dagelijkse zorgpraktijk en in de plaats komen van de ongebreidelde hoeveelheid - overwegend van buitenaf opgelegde - indicatoren. Als uitgangspunt hiervoor hanteren zij de patient tracer systematiek; een methode waarbij de kwaliteit van zorg in beeld wordt gebracht door de route van de patiënt door het zorgproces te volgen. Daar waar mogelijk formuleren zij uitkomstindicatoren. Het Kwaliteitsinstituut coördineert en faciliteert deze ontwikkeling en bepaalt in samenspraak met betrokken partijen welke extern gedreven indicatoren worden afgeschaft.

Zorgprofessionals en hun beroeps- en wetenschappelijke verenigingen stellen op basis van de te ontwikkelen indicatoren een normenkader vast voor de wijze waarop zij de kwaliteit van hun dienstverlening meten en monitoren en voor de wijze waarop zij hierover periodiek verantwoording afleggen aan Raad van Bestuur (RvB), Raad van Toezicht (RvT) en andere belanghebbenden. De beroepsverenigingen bewerkstelligen dat deelname aan het professionele kwaliteitssysteem in al zijn onderdelen (dat wil zeggen inclusief het verantwoording afleggen) verplicht is voor iedere individuele medisch specialist. Brancheorganisaties voegen dit normenkader (als addendum) toe aan de zorgbrede governancecode.

Zorgaanbieders betrekken patiënten, zowel op individueel als collectief niveau, actief bij de monitoring en verbetering van kwaliteit en veiligheid. Zij maken hiertoe gebruik van de patient tracer systematiek, waarin de ervaringen van de patiënt of cliënt

meegewogen worden in de beoordeling van de geleverde kwaliteit en veiligheid van zorg.

Zorgaanbieders en zorgprofessionals anticiperen op veranderende onderlinge verhoudingen en herijken hiertoe hun contractuele relatie, zodanig dat meer recht wordt gedaan aan de verantwoordelijkheden van collectieve verbanden waarin medisch specialisten werkzaam (zullen) zijn, waaronder de Vereniging medische staf, en (regio)maatschappen. Daarnaast stimuleren zij mede-eigenaarschap van medisch specialisten en andere stakeholders.

Zorginstellingen besteden structureel aandacht aan de organisatiecultuur. Zij werken gericht aan een patiëntveiligheidscultuur, door cultuur expliciet onderdeel te maken van hun kwaliteitssysteem. Zij beleggen de compliancefunctie bij medewerkers van de instelling. Vast onderdeel van deze functie is een systematische en integrale risico-analyse. Het Kwaliteitsinstituut ondersteunt instellingen hierbij door op basis van reeds beschikbare modellen hiervoor een passend model voor de zorg te ontwikkelen.

Zal dit alles voldoende zijn om de druk van buiten te weerstaan c.q. het vertrouwen te herwinnen? De Raad verwacht dat stakeholders meer zeggenschap willen en dat zorginstellingen hierop vroeg of laat moeten inspelen.

Hij ziet hierin een rol weggelegd voor de 'RvT nieuwe stijl'. Die heeft binnen de besturing van instellingen als maatschappelijke taken:

- in de instelling 'tegenmacht' te creëren ten opzichte van de Raad van Bestuur en ander interne organen en
- de buitenwereld naar binnen te brengen, dat wil zeggen de belangen van externe en legitieme stakeholders een stem te geven binnen de instelling.

Het interne toezicht is nog niet klaar voor deze taken. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) dient bindende afspraken te maken met de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in de zorg over de wijze waarop raden van toezicht zich in de gewenste richting ontwikkelen; een verplicht scholingsprogramma maakt hiervan onderdeel uit.

De uitdagingen waarvoor de zorgsector staat vereisen een intern toezicht dat een ander gezicht krijgt:

- extravert en in dialoog met de buitenwereld
- een onafhankelijk oog op publieke belangen, ook als het gaat om de collectieve zorguitgaven

- met als meetlat de maatschappelijke performance van de instelling in zijn regio
- en het patiëntperspectief, inclusief de participatie van de patiënt, als leidend beginsel.

Op deze manier zal het intern toezicht van zorginstellingen beter dan nu het geval is in staat zijn een actieve rol te spelen in de borging van de publieke belangen.



**+** SpoedEisende Hulp  
DienstApotheek  
HuisArtsenPost  
Nachtingang

Hoofdingang



# 1 Aanleiding en probleemstelling

## 1.1 De adviesaanvraag

In de afgelopen jaren zijn veel adviezen gegeven om de governance van zorginstellingen te verbeteren.

In de afgelopen tien jaren verschenen verschillende publicaties over governance in de zorg, onder meer de adviezen ‘Governance en kwaliteit van zorg’ (2009) en ‘De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg’ (2010) van de RVZ en het IGZ-toezichtkader ‘Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid’. Ook de zorgsector zelf heeft niet stil gezeten. De ‘Zorgbrede Governancecode 2010’ verscheen (Brancheorganisaties zorg) en de NVTZ publiceerde een Toolkit Toezicht Zorginstellingen. Verder is er door accountants- en advocatenbureaus, maar ook door andere deskundigen veel gepubliceerd over bestuur en toezicht in de zorg

Governance heeft dus de aandacht. In de perceptie van politiek en maatschappij is er echter nog een wereld te winnen aan goed bestuur en toezicht in de zorgsector. De politieke druk om verdergaande maatregelen neemt toe.

De minister wil weten wat dit heeft opgeleverd

De minister van VWS heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) gevraagd na te gaan in hoeverre de adviezen, kaders en codes zijn opgevolgd en welke concrete resultaten dit heeft opgeleverd. In het verlengde daarvan vraagt zij de RVZ haar te adviseren over noodzakelijke veranderingen in de governancestructuur.

De Raad richt zich hiertoe op de relatie tussen governance en kwaliteit van zorg in alle zorginstellingen

De Raad kiest voor een focus op corporate governance in relatie tot kwaliteit en veiligheid van zorg. Daar is veel voor te zeggen, want hoewel er binnen de zorgsector ook de nodige financiële debacles zijn, geldt hiervoor dat de markt slecht presteren afstraft. Zorginstellingen die hun financiële zaken niet op orde hebben gaan failliet, zo laten verschillende casus zien: het Ruwaard van Putten ziekenhuis, Meavita. De onderdelen die de moeite waard zijn of om andere reden overeind moeten blijven, worden overgenomen door andere (financieel gezonde) organisaties. Dit ligt anders bij kwaliteit en veiligheid: slechte kwaliteit van zorg, met soms ernstige gevolgen voor patiënten, kan lang sluimeren voordat het voor de buitenwereld zichtbaar wordt. Voorbeelden hiervan zijn er helaas te over, zowel in de curatieve als in de langdurige zorg: Elkerlyk ziekenhuis, Helmond: ruzie tussen gynaecologen met als gevolg dode baby's; MST, Enschede: solistisch werkende

neuroloog met veel verkeerde diagnoses; Radboud Ziekenhuis (nu UMCN): cardiochirurgie, ruzie tussen cardiochirurgen en cardio-anaesthesisten, met als gevolg vermijdbare sterfgevallen; GGZ Arkin, Amsterdam en NOVO, Onnen: dode in isoleercel; enkele ouderenzorgorganisaties in Amsterdam (Cordaan, Osira, Amsta): verscherpt toezicht wegens structurele tekortkomingen in de kwaliteit en veiligheid van zorg.

met bijzondere aandacht voor de medisch-specialistische zorg

Het advies kent een brede focus op de governance van zorginstellingen in zowel de curatieve als langdurige zorg. Wel heeft de Raad ervoor gekozen om relatief meer nadruk te leggen op de medisch-specialistische zorg. De reden is dat de onderwerpen die aan de orde komen grotendeels van toepassing zijn op alle deelsectoren van de zorg, maar dat de verbinding tussen corporate en professionals governance in het bijzonder aandacht behoeft.

## 1.2 De beleidscontext/achtergrond

De overheid is verantwoordelijk voor de publieke belangen

Op de overheid rust de grondwettelijke verplichting ervoor te zorgen dat iedere Nederlandse ingezetene tegen een redelijke prijs toegang heeft tot kwalitatief goede gezondheidszorg. Met andere woorden: de overheid is verantwoordelijk voor de publieke belangen van de gezondheidszorg: de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit.

Zij heeft haar verantwoordelijkheid voor de publieke belangen van de gezondheidszorg als volgt belegd. De toegankelijkheid van de zorg is gegarandeerd door middel van een wettelijk verplichte basisverzekering (Zvw en AWBZ), waarvan de inhoud door de overheid wordt vastgesteld. De zorgverzekeraars hebben een wettelijk vastgelegde acceptatieplicht en er is een risicovereveningssysteem. Ook ten aanzien van de betaalbaarheid heeft de overheid een stevige vinger in de pap: zij hanteert een Budgettair Kader Zorg (BKZ), waarmee ze grenzen stelt aan de (groei van de) zorguitgaven. Overschrijdingen kunnen ertoe leiden dat veldpartijen gekort worden. Op deze manier weet de overheid de kostenontwikkeling in de zorg redelijk te beheersen. Vanwege deze rem op de zorguitgaven is van oudsher de financiële portefeuille in het bestuur en toezicht van zorginstellingen stevig belegd.

Voor de borging van het publieke belang 'kwaliteit' is hij afhankelijk van (vooral) private organisaties

Wat de kwaliteit van zorg betreft ligt dit anders. De overheid levert de zorg immers niet zelf; daarvoor is zij aangewezen op (voornamelijk) privaatrechtelijke organisaties, die zorg verlenen en daarmee invulling geven aan deze publieke doelstelling. Daar komt als complicerende factor bij dat het voor een overheid ondoenlijk,



zo niet onmogelijk is, te bepalen wat precies ‘kwaliteit van zorg’ is. De wet spreekt over ‘verantwoorde zorg’, dat wil zeggen zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.

Daarom zijn het bestuur en intern toezicht bij wet verantwoordelijk gesteld voor kwaliteit en veiligheid van zorg

Om deze redenen heeft de overheid behoefte grip te houden op het reilen en zeilen van zorginstellingen. Hiertoe is onder meer bij wet vastgelegd dat het bestuur van een zorginstelling verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorgverlening; het interne toezicht dient er op toe te zien dat het bestuur zijn wettelijke taken in deze vervult. Van overheidswege houdt de IGZ extern toezicht op het functioneren van zorginstellingen. De IGZ richt zich daartoe tot het bestuur.

Het vertrouwen in semi-publieke organisaties, waaronder zorginstellingen, kalft af

De overheid is dus voor de borging van het publieke belang kwaliteit en veiligheid van zorg in hoge mate afhankelijk van het functioneren van private zorginstellingen. Dat zorgt met regelmaat voor spanningen. Ook recentelijk is er in de politieke beleidsarena het nodige te doen rond governance in semi-publieke sectoren, en in het bijzonder de zorg.

Zo onderzocht een onafhankelijke commissie onder leiding van Halsema in opdracht van de minister van Economische Zaken op welke wijze semipublieke organisaties, waaronder scholen, woningbouwcorporaties en zorginstellingen, het gebrek aan vertrouwen waarmee zij kampen, kunnen herstellen.

Er wordt aangedrongen op maatregelen

Deze commissie bepleit een cultuuromslag en herstel van een aantal weeffouten in de structuur van de semipublieke sector (Een lastig gesprek, rapport Commissie Behoorlijk Bestuur, september 2013). De commissie acht een open cultuur van belang, waarin bestuurders met elkaar en met belanghebbenden een ‘lastig gesprek’ aangaan over gedrag. Daarbij moet vooropstaan dat de semipublieke sector er is voor de burger. Gedragcodes kunnen helpen om wangedrag tegen te gaan, maar mogen niet dienen als simpele bezweringsformules.

Daarnaast stelt de commissie dat er weeffouten zijn in de structuur van de semipublieke sector, die incidenten in de hand werken. Publieke belangenbehartiging is ondergesneeuwd geraakt door schaalvergroting en deregulering. Verder wordt bij controle en door de politiek te veel gelet op de financiële prestaties en te weinig op de kwaliteit. Ook de verdeling van verantwoordelijkheden tussen besturen van instellingen, toezichthouders (zowel intern als extern) en politiek is volgens de commissie onvoldoende duidelijk. De commissie beveelt herstel van deze weeffouten aan.

Anderhalve week na publicatie van het rapport van de Commissie Halsema kondigen minister Schippers en staatssecretaris Van Rijn van Volksgezondheid, Welzijn en Sport maatregelen aan die de professionalisering van de governance binnen zorginstellingen moeten stimuleren en incidenten moeten tegengaan (Goed bestuur in de zorg, brief van minister en staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer, september 2013).

De minister van VWS overweegt aanscherping van de vereisten die aan het bestuur en intern toezicht gesteld worden

In deze brief erkennen de bewindslieden van VWS de opmerking(en) van de Commissie Halsema, dat het inzetten op beoogde verandering van de governance met alleen regelgeving onvoldoende tot het gewenste resultaat zal leiden. Niettemin menen zij zorgaanbieders te moeten prikkelen door middel van regels ten aanzien van goed bestuur en medezeggenschap. Zij zullen hiervoor (onder meer) normen stellen om te borgen dat er voldoende waarborgen zijn voor het goed kunnen functioneren van raden van bestuur en raden van toezicht en dat medezeggenschapsorganen invloed kunnen uitoefenen op het beleid van de zorgaanbieder. In concreto kondigen de bewindslieden aan dat zij een wettelijke resultaatsnorm voor goed bestuur willen invoeren, alsmede een resultaatsnorm voor medezeggenschap, waarbij ruimte wordt gelaten voor zorgaanbieders en (de vertegenwoordigers van) cliënten om medezeggenschap zo in te richten dat het aansluit op de behoeften van beide partijen. De wettelijke resultaatsnorm voor goed bestuur is door de bewindslieden als volgt geformuleerd: “De zorgaanbieder richt zijn bestuurs- en toezichtstructuur zodanig in dat hij in staat is tot het verlenen van goede en veilige zorg, daarover regelmatig verantwoording aflegt aan belanghebbenden en het toezicht daarop naar behoren kan worden uitgeoefend”.

De bewindslieden zullen deze maatregelen opnemen in een wetsvoorstel voor goed bestuur in de zorg. Dit voorstel zal naar verwachting in het voorjaar van 2014 worden ingediend bij de Tweede Kamer.

### **1.3 Probleemstelling en functie van het advies**

Tegen de geschetste achtergrond begrijpt de RVZ de vraag van de minister aldus dat zij wil weten of het bestuur en het interne toezicht van zorgorganisaties hun wettelijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van zorg waar maken.

Uiteraard beantwoordt de Raad hiertoe de feitelijke vraag van de minister, namelijk: hoe is het thans gesteld met de governance van zorginstellingen? Hij rapporteert hierover uitvoerig in een aparte publicatie, en neemt de belangrijkste bevindingen op in dit advies.

De Raad gaat na of het bestuur en toezicht hun verantwoordelijkheid wel waar kunnen maken

Maar in zijn advies gaat hij nog een stap verder. De Raad vraagt zich af of het bestuur en het interne toezicht de gegeven verantwoordelijkheden wel waar *kunnen* maken. Hij onderzoekt hiertoe de dieper liggende oorzaken van het onvermogen om grip te krijgen op kwaliteit en veiligheid van zorg en gaat na in hoeverre de oplossing ligt in het aanscherpen van eisen die aan het bestuur en interne toezicht gesteld worden. Hij plaatst dit onderzoek (mede) in het kader van ontwikkelingen die in en rond de zorgsector plaatsvinden en die zorginstellingen voor grote uitdagingen stellen.

Hiermee hoopt de Raad een toekomstbestendig advies te kunnen geven over de verdere ontwikkeling van corporate governance in de zorg. Het advies is daarmee relevant en functioneel voor het beleidsproces (i.c. de voorgenomen wet goed bestuur in de zorg) en voor de zorgsector zelf.

### **Het adviesdomein**

Dit advies heeft betrekking op de governance van alle typen zorginstellingen c.q. alle deelsectoren. Dit neemt niet weg dat relatief veel aandacht wordt besteed aan de governance van aanbieders van medisch specialistische zorg, gegeven de complexe, dualistische organisatiestructuur van deze aanbieders.

Anders dan in het plan van aanpak van dit advies is gesteld, wordt in dit advies geen aandacht besteed aan zorgverzekeraars en hun (mogelijke) invloed op de governance van kwaliteit en veiligheid van zorg. Dit onderwerp rechtvaardigt volgens de Raad een eigenstandig advies; hij neemt het dan ook op in zijn werkprogramma van 2014.

## **1.4 De aanpak**

Hij heeft vier verschillende deelstudies verricht

Ten behoeve van de onderbouwing van zijn advies heeft de Raad een aantal onderzoeken uitgevoerd. Eén daarvan betrof een enquête onder raden van toezicht van zorginstellingen. Het doel van de enquête was gegevens te verkrijgen over het functioneren van de raden van toezicht.

Andere onderzoeken richtten zich op de volgende, thematische onderwerpen:

- Kwaliteits(borgings)systemen:

In dit onderzoek zijn vigerende borgingssystemen onder de loep genomen en waar mogelijk met elkaar vergeleken: NIAZ, HKZ, ISO 9001, JCI. Vragen die in het onderzoek centraal staan zijn: hoe betrouwbaar zijn deze systemen? Wat zeggen ze

over kwaliteit en veiligheid? Is op basis van deze systemen vast te stellen of c.q. in hoeverre bestuur en toezicht “in control” zijn?

- Professionele kwaliteitssystemen:  
Dit deelonderzoek gaat in op de wijze waarop zorgprofessionals bijdragen aan good governance. Om de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van zorg waar te kunnen maken is de Raad van Bestuur immers sterk afhankelijk van de wijze waarop zorgprofessionals hun werk doen. Hoe zorgen medisch specialisten ervoor dat zij hun zorg goed en veilig (kunnen) leveren? Hoe leggen zij daarover in eigen kring maar ook aan de Raad van Bestuur verantwoording af? Welke middelen wenden zij aan om de kwaliteit van zorg door de eigen beroepsgroep te sturen; welke rol heeft het professionele kwaliteitssysteem in het kwaliteitssysteem van de instelling?
- Onderzoek naar kritisch vermogen op de werkvloer:  
Dit onderzoek gaat in op cultuuraspecten van de werkvloer, en in het bijzonder hoe het kritisch vermogen van de werkvloer gestimuleerd en gefaciliteerd wordt. Wordt het kritisch vermogen van de medewerkers geprezen of verdwijnen er zaken onder het tapijt? Is er ruimte of gelegenheid - bijvoorbeeld via een vertrouwenspersoon of in intervisiegesprekken met collega's - om zaken omtrent kwaliteit en veiligheid aan te kaarten? Kan men veilig incidenten melden? Hoe gaat dat in zijn werk? Hoe krijgt men vat op de ongeschreven regels in een organisatie?
- Governance van privéklinieken:  
In deze - qua omvang - deelstudie staan particuliere klinieken centraal. De hoofdvraag is: 'Hoe is de governance geregeld in particuliere klinieken en (hoe) waarborgt deze de kwaliteit en veiligheid van zorg?' Aan de orde komen onder meer het bestuursmodel, het interne en het externe toezicht, naleving van de Zorgbrede Governancecode, het keurmerk ZKN, en de rol van de zorginkopers.
- Invloed van de organisatie van medisch specialisten op de governance van ziekenhuizen:

Binnen de ziekenhuiszorg is de Raad van Bestuur (RvB) formeel eindverantwoordelijk voor kwaliteit en veiligheid van zorg. Voor het waarborgen daarvan is hij voor een belangrijk deel afhankelijk van het functioneren van medisch specialisten. In deze verkennende studie wordt bezien wat recente ontwikkelingen in en rond de wijze waarop medisch specialisten zich organiseren betekenen voor de governance in de zorgsector. Een aantal mogelijke toekomstige organisatie modellen wordt uitgewerkt waarbij tevens bekeken wordt wat de (eventuele) implicaties zijn voor de governance van zorg.

## Overleg en debat

De Raad heeft enkele externe deskundigen gevraagd te reflecteren op interne discussienotities en conceptadviezen.

En deskundigen en belanghebbenden geraadpleegd

Daarnaast heeft de Raad verschillende belanghebbenden en deskundigen geraadpleegd. Voor een overzicht: zie bijlage 2.

Omdat de Raad een brede(re) kring van geïnteresseerden en belanghebbenden wilde betrekken in de voorbereiding van zijn advies dan mogelijk is door middel van persoonlijke consultatie is in samenwerking met Skipr zorg een serie blogs gepubliceerd waarin steeds een probleem of dilemma rond de governance van zorginstellingen in discussie werd gegeven. De reacties op de blogs zijn in de verdere voorbereiding van het advies meegenomen.

## 1.5 Leeswijzer

Zo is het advies opgebouwd

In het volgende hoofdstuk geeft de Raad aan wat hij onder ‘governance’ verstaat, hoe het in de zorg functioneert en binnen welk (formeel) kader. Tevens geeft hij aan wat het belang is van good governance voor de zorg en wat de stand van zaken is.

In hoofdstuk drie wijdt de Raad een beschouwing aan relevante ontwikkelingen in de omgeving waarin zorginstellingen werkzaam zijn en laat hij zien op welke wijze deze ontwikkelingen de governance en governancestructuur (kunnen) beïnvloeden. Daaruit komt naar voren dat de druk op kwaliteit van zorg en transparantie hierover - en dus op de governance - alleen maar zal toenemen.

Vervolgens gaat de Raad in hoofdstuk vier na wat ervoor nodig is om aan deze toenemend hoge verwachtingen te kunnen voldoen. Hiertoe gaat hij de diepte in en analyseert de wijze waarop zorginstellingen op kwaliteit sturen. Hij constateert vier probleemgebieden, die uiteraard met elkaar samenhangen maar afzonderlijk aandacht verdienen.

Hoofdstuk vijf is gewijd aan oplossingsrichtingen. De Raad geeft daarbij zoveel mogelijk de voor- en nadelen aan en zijn overwegingen daarbij.

In hoofdstuk zes vat de Raad zijn conclusies samen en geeft hij aanbevelingen om de gesignaleerde problemen op te lossen.



# 2 Het belang van good governance

## 2.1 Inleiding

Wat is governance?

Over governance is veel geschreven en wordt veel gesproken; er zijn vele definities van het begrip governance in omloop. In dit hoofdstuk geeft de Raad aan welke invulling hij van het begrip governance hanteert, zowel in algemene zin als meer specifiek in relatie tot de zorgsector. Ook staat hij stil bij de positionering van governance in de bredere besturingsketen van de zorg en het (wettelijk) kader waarbinnen governance functioneert.

Vervolgens geeft hij aan wat het belang is van good governance voor kwaliteit en veiligheid van zorg.

En hoe is het daarmee gesteld?

Tenslotte geeft hij in dit hoofdstuk aan de hand van de uitgevoerde enquête weer hoe raden van toezicht zich ontwikkelen, zowel in de langdurige als in de curatieve zorg; een stand van zaken. Hoe het bestuur zich ontwikkelt is niet als zodanig onderwerp van onderzoek geweest van de enquête, zodat een oordeel hierover niet is te geven. De wijze waarop het bestuur invulling geeft aan zijn verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg, vormt wel het onderwerp van dit advies. Daarbij staan met name obstakels centraal, die aan een goede invulling van die verantwoordelijkheid in de weg staan.

## 2.2 Wat is governance?

In het algemeen: bestuur en intern toezicht

In essentie staat de term governance voor de besturing van een organisatie, dat wil zeggen het bestuur, het interne toezicht op het bestuur en de verantwoording over bestuur en toezicht. Maar er is meer over te zeggen.

### Governance

Het brede begrip 'governance' omvat een aantal taken op het terrein van de besturing van een organisatie:

- het besturen (leiden, aansturen, beheersen),
- de toedeling en de regeling van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden en de zeggenschap van interne en externe belanghebbenden,
- het afleggen van verantwoording aan belanghebbenden,
- het houden van toezicht op deze taken.

Inherent aan het brede begrip governance zijn integriteit en transparantie, maar ook checks and balances (namelijk tussen bestuur en toezicht).

Afhankelijk van de context heeft het begrip een andere betekenis

Er worden drie verschijningsvormen van governance onderscheiden (Hoek, 2007), eigenlijk drie soorten logica:

- de private governance, die betrekking heeft op het belang c.q. de normen en waarden van een instelling (zoals de werkgeversfunctie, marktpositie, continuïteit);
- de publieke governance, die betrekking heeft op het publieke belang (in casu de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg voor de burger) en
- de professionals governance, die verwijst naar het belang c.q. de normen en waarden van professionals.

De Raad onderscheidt in dit advies nog een vierde logica, die tot nog toe onderbelicht is gebleven, namelijk de patients governance. Deze heeft betrekking op het belang, de normen en waarden van het individu, de zorgvrager.

### **Governance in de zorg**

Governance in de zorg is complex

Corporate governance komt traditioneel overeen met de private governance: de governancetaken staan in dienst van het instellingsbelang. De praktijk van corporate governance in de zorg verschilt op enkele punten van die in het bedrijfsleven. De corporate governance in de zorgsector omvat namelijk zowel elementen van de professionele, de publieke als de private logica.

### **Vervlechting publieke en private governance**

omdat publieke en private belangen verenigd moeten worden

Zoals in hoofdstuk één is gesteld heeft de minister van VWS stelselverantwoordelijkheid als het gaat om de publieke belangen in de zorgsector, waaronder kwaliteit van zorg. In de Nederlandse verhoudingen is zij voor de borging van de kwaliteit van zorg afhankelijk van de zorginstellingen en zorgprofessionals die de zorg feitelijk leveren. Zorgaanbieders hebben als (statutaire) doelstelling het leveren van kwalitatief goede zorg aan een ieder die daaraan behoefte heeft. Het publieke belang kwaliteit van zorg is dus vervlochten met het instellingsbelang van (overwegend private) zorgaanbieders.

### **Vervlechting professionele en private governance**

en rekening moet worden gehouden met belangen van zorgprofessionals

Zorgprofessionals hebben een eigen kwaliteitssysteem, bestaande uit onder meer richtlijnen en normen voor het professionele handelen, een visitatiesysteem, met als sluitstuk het medisch tuchtrecht. De ontwikkeling van dat systeem is in handen van de beroepsverenigingen en (voor medisch specialisten) van de wetenschappelijke verenigingen.

De richtlijnen en normen zijn voor zorgaanbieders een gegeven; op de ontwikkeling daarvan hebben zij geen invloed. Zij moeten zorg-



professionals zodanig faciliteren en ondersteunen dat zij hun professionele verantwoordelijkheid waar kunnen maken. Anderzijds is de zorgaanbieder (c.q. de Raad van Bestuur) wel eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die de zorgprofessionals leveren. Dit roept de vraag op hoe zorgprofessionals en de Raad van Bestuur zich tot elkaar verhouden. Er is dus ook sprake van een vervlechting van professionele en private governance. Dit komt onder meer tot uiting in de opkomst en ontwikkeling van 'clinical governance'; een nieuwe fase in de ontwikkeling van kwaliteitssystemen, waarin een aantal kwaliteitslijnen (vanuit de hoek van de medisch specialistische beroepsgroep en vanuit het management) met elkaar verbonden worden.

Het publieke belang is dominant

### **Dominantie public governance**

De onderscheiden belangen zijn niet nevenschikt. Het private en het professionele belang dienen dienstbaar te zijn aan het publieke belang. Het is de niet geringe opdracht van het bestuur om deze drie soorten logica c.q. belangen te verenigen en van het interne toezicht om dit te bewaken. Dit gaat niet vanzelfsprekend, omdat de genoemde belangen niet altijd parallel lopen en soms zelfs conflicteren.

Zo hebben zorginstellingen de governance vorm gegeven

### **Versrijningsvorm corporate governance**

De laatste decennia hebben zorginstellingen over het algemeen hun traditionele besturingsmodel (bestuur en uitvoerende directie), het one tier-model, vervangen door een Raad van Toezicht-model (een onafhankelijk intern orgaan houdt toezicht op een bestuur), het two tier-model. Hierin volgde de zorgsector het bedrijfsleven. In de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is dit vastgelegd. De essentialia van dit wettelijk voorschrift zijn:

- zelfregulering als grondslag van het governance model,
- checks and balances: de Raad van Bestuur (RvB) bestuurt, de Raad van Toezicht (RvT) ziet hierop toe, scheiding van machten, onderscheiden taken,
- en tegelijkertijd zijn RvT en RvB gezamenlijk en 'integraal' verantwoordelijk voor het functioneren van de zorginstelling (zie verder RVZ, 2009).

De term corporate governance staat dus voor de besturing van een zorginstelling door de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht, twee raden met een gezamenlijke doelstelling, maar verschillende verantwoordelijkheden en taken. Beide raden worden geacht het belang van de instelling te dienen, maar ook de publieke belangen van de zorgsector te borgen en de professionele logica daarin een herkenbare plaats te geven.

Corporate governance is ingebed in een bredere besturingsketen

### **Plaats van corporate governance in de besturingsketen**

Onderdeel van het systeem van corporate governance is de interne toezichtfunctie van de RvT. Op dit terrein zijn ook andere spelers actief: de Cliëntenraad en de Ondernemingsraad. En binnen de instellingen zijn de zorgprofessionals onderworpen aan hun eigen governancestelsel van visitatie, richtlijnen, bekwaamheidseisen, meet- en auditsystemen, ethische voorschriften en tuchtrecht (Hoek, 2007).

Naast het interne toezicht van de RvT is er het externe toezicht door organen die namens het openbaar bestuur optreden: de IGZ, de NZa, de ACM, de VWA. En een extern toezicht door private spelers vanuit een specifiek bedrijfsbelang, zoals de banken bij de financiering van kapitaallasten of de zorgverzekeraar bij de bekostiging van het zorgaanbod. Deze private partijen hebben hun toezichthoudende functie de laatste jaren geïntensiveerd. Tenslotte is er de externe accountant die in opdracht van de RvT een controlefunctie heeft op het terrein van de financiële verantwoording en het financieel beheer.

Een bijzondere rol is weggelegd voor de zorgverzekeraars. In het huidige zorgstelsel worden zij geacht de publieke belangen te borgen. De overheid heeft deze verantwoordelijkheid in feite aan hen gedelegeerd. Zij worden geacht selectief in te kopen op prijs/kwaliteitsverhouding en daarmee zorgaanbieders te stimuleren de kwaliteit van dienstverlening te verbeteren. Als zorgverzekeraars deze rol en verantwoordelijkheid niet waarmaken zal de overheid moeten ingrijpen vanuit haar systeemverantwoordelijkheid.

De corporate governance in engere zin (RvT en RvB) is in de zorgsector dus ingebed in een uitgebreid en complex netwerk van stakeholders en toezichthouders. Dit is de besturingsketen. De zeggenschap in die keten vertoont een divers beeld en wordt beïnvloed door bredere maatschappelijke en politieke ontwikkelingen.

## **2.3 Het formele governancekader**

Er zijn wettelijke eisen waaraan governance moet voldoen

Het kader voor governance van zorginstellingen bestaat uit wet- en regelgeving en veldnormen.

De WTZi en het daaronder hangende Uitvoeringsbesluit WTZi regelen onder meer de bestuursstructuur (onder andere de aanwezigheid van een toezichthoudend orgaan, de onafhankelijkheid van dit orgaan, de vastlegging van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen dagelijkse leiding en toezichthoudend orgaan), de

bedrijfsvoering (duidelijke financiële administratie, schriftelijke vastlegging welk orgaan welke bevoegdheden heeft ten aanzien van de bedrijfsvoering, hoe de zorgverlening georganiseerd is, van welke organisatorische verbanden gebruik gemaakt wordt) en jaarverantwoording.

en de sector heeft zelf regels opgesteld

De zorgbrede governancecode is een nadere invulling van de WTZi en het Uitvoeringsbesluit WTZi en is opgesteld en goedgekeurd door de brancheorganisaties van zorginstellingen. Deze code fungeert als een algemeen maatschappelijk, breed gedragen veldnorm.

Op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZi) moeten zorgaanbieders verantwoorde zorg leveren. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Daarnaast dient de zorgaanbieder de zorgverlening op zodanige wijze te organiseren, de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel te voorzien en voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling zorg te dragen, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg.

Indien aan bovenbedoelde eisen gesteld bij of krachtens de WTZi en de KZi niet of in onvoldoende mate voldaan wordt, en als gevolg daarvan de verantwoorde zorgverlening in het geding komt, kan de Inspectie maatregelen nemen en/of de Minister van VWS adviseren de WTZi-toelating in te trekken.

## **2.4 Belang van good governance voor kwaliteit en veiligheid van zorg**

Het is vrij algemeen aanvaard dat ‘good governance’ een positieve uitwerking heeft op kwaliteit en veiligheid van zorg. Het meest overtuigende bewijs daarvan komt voort uit onderzoeken naar calamiteiten in de zorg.

Good governance biedt garanties voor kwaliteit van zorg

De rapporten van de IGZ, de Onderzoeksraad voor de Veiligheid en externe onderzoekscommissies, naar aanleiding van de crisis in onder meer het Radboud ziekenhuis te Nijmegen, de brand op de OK in het Twenteborg ziekenhuis in Almelo, de disfunctionerende neuroloog in het Medisch Spectrum Twente, de bariatrisch chirurg in het Scheper ziekenhuis te Emmen, de crisis in het Maasstad Ziekenhuis te Rotterdam, en recentelijk nog over het Ruwaard van Putten ziekenhuis, en de rapportages naar aanleiding van het ingestelde verscherpt toezicht bij instellingen in de langdurige zorg,

maken duidelijk dat het niet goed functioneren van het bestuur en interne toezicht ernstige gevolgen kan hebben voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor patiënten.

## 2.5 De governancescan. Een enquête onder raden van toezicht

Hoe is het nu gesteld met de governance?

Een van de adviesvragen heeft betrekking op een ‘governance scan’. Hoe is het eigenlijk gesteld met de governance van zorginstellingen? Om deze adviesvraag te kunnen beantwoorden, heeft de RVZ medio 2013 een enquête uitgevoerd onder een steekproef van 150 zorginstellingen, verspreid over alle instellingscategorieën. Aan de raden van toezicht van deze zorginstellingen is een aantal vragen voorgelegd over het functioneren van het intern toezicht. De RVZ heeft er voor gekozen de vragen te concentreren op de ‘waardegerelateerde’ aspecten van toezicht en niet op de procedurele en formele aspecten. Over de laatstgenoemde aspecten is in de afgelopen jaren al een aantal malen onderzoek gedaan. Uit dat onderzoek rijst een voldoende duidelijk beeld op van het functioneren van raden van toezicht. Kort samengevat is dat beeld tamelijk positief. Over het functioneren van raden van toezicht op het vlak van waarden, cultuur en gedrag weten wij minder.

De Raad heeft een enquête gehouden

Een rapport over de resultaten van de enquête staat op de website van de RVZ ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)). Het rapport bevat ook een antwoord op de vraag of de enquête een betrouwbaar inzicht geeft in het functioneren van raden van toezicht in de zorgsector op een aantal voor dit advies belangrijke aspecten. De RVZ is van mening dat dit het geval is. De enquête geeft een betrouwbare governance scan.

Hoe het resultaat van de scan samen te vatten?

Er is de afgelopen jaren veel verbeterd in het interne toezicht

Ontegenzeggelijk is de corporate governance en daarbinnen het intern toezicht in de zorgsector in de afgelopen 15 jaar verbeterd. Dat bewijzen vele onderzoeken die de afgelopen jaren zijn gehouden. Deze verbeteringen liggen op het vlak van het functioneren in procedurele en formele zin. Toch moet de conclusie zijn dat deze verbeteringen niet voldoende zijn om de enorme transitie die de zorgsector doormaakt te accommoderen. Die transitie is een feit, deels wenselijk, deels politiek afgedwongen, deels autonoom en onvermijdelijk (zie verder hoofdstuk 3).

maar dat is onvoldoende voor de toekomst

Het beeld dat uit deze enquête oprijst is dat van een intern toezicht dat nog overwegend aanbodgeoriënteerd is, dat nog sterk de wettelijke, financiële en bestuurlijke condities van de afgelopen decennia volgt. De zorgsector beweegt zich echter, op geleide van

externe en autonome krachten, in de richting van vraagsturing en daarmee van resultaatgerichtheid. Resultaten te definiëren in maatschappelijke parameters, zoals participatie. Als dat het beeld is, dan is de conclusie dat het intern toezicht nog niet klaar is voor deze nabije toekomst. De transitie in de zorgsector vraagt om een ander intern toezicht.

Dit zijn de risico's

Op welke punten is verandering nodig, kijkend naar de koers die de zorgsector zal nemen? Die vraag beantwoorden wij met een analyse van de risico's in het intern toezicht. Risico's die wij afleiden uit deze enquête; het zijn de volgende:

- Raden van toezicht hebben nog niet altijd een onafhankelijke informatiepositie.
- Zij interacteren nog niet voldoende met de externe stakeholders. Zo kan een legitimeringsrisico ontstaan.
- Zij zijn, vooral in de care, nog niet voldoende in control als het gaat om kwaliteit en veiligheid en kunnen daarover niet altijd adequaat verantwoording afleggen.
- De rollen van de Raad van Toezicht en van de Raad van Bestuur in het vigerend two tier-systeem van besturing zijn niet voldoende complementair.

## 2.6 Conclusies

Governance in de zorgsector is complex: het moet de verschillende soorten logica c.q. de verschillende belangen, normen en waarden, met elkaar verenigen, terwijl die niet altijd parallel lopen en soms zelfs conflicteren.

Onderzoek naar calamiteiten in de zorg waarbij sprake was van structurele tekortkomingen in de kwaliteit en veiligheid van zorg laat zien dat het niet goed functioneren van bestuur en toezicht een ernstige bedreiging vormt voor de kwaliteit van zorg en veiligheid van patiënten.

Het interne toezicht schiet tekort

Het interne toezicht is de afgelopen jaren vooral op de formele en procedurele aspecten verbeterd, maar op het inhoudelijke vlak valt het nodig te verbeteren. Raden van toezicht zijn nog sterk intern gericht en laten zich leiden door de traditionele parameters. De transitie in de zorgsector vraagt om een ander intern toezicht. Het huidige interne toezicht is nog niet klaar voor de nabije toekomst; het vormt daarmee onvoldoende countervailing power voor het bestuur.

Hoe is het met het bestuur gesteld?

Als we deze conclusies in samenhang bekijken dringt zich nadrukkelijk de vraag op hoe het dan in het algemeen gesteld is met het bestuur? Functioneert het zodanig dat kwaliteit en veiligheid van zorg geborgd zijn of laten onderzoeken naar de oorzaken van calamiteiten in de zorg slechts het topje van de ijsberg zien? In feite weten we niet in hoeverre genoemde casuïstiek representatief is voor het functioneren van het bestuur in de zorgsector. Dat op zichzelf is een probleem, dat nadere analyse vergt. Daarop richten we ons in het vervolg van dit advies.

Maar eerst staan we stil bij ontwikkelingen in de omgeving van zorginstellingen en de wijze waarop deze de governance beïnvloeden.







# 3 Ontwikkelingen in de omgeving van zorginstellingen

## 3.1 Inleiding

De omgeving waarin zorgaanbieders functioneren verandert snel en drastisch. Zorgaanbieders moeten daarop anticiperen en reageren en tegelijkertijd zorgen voor continuïteit en stabiliteit in de bedrijfsvoering.

Welke ontwikkelingen raken zorginstellingen?

In dit hoofdstuk vatten we de grote trends waarmee zorginstellingen te maken hebben samen. En vervolgens bekijken we op welke wijze deze ontwikkelingen de positionering en het functioneren van zorginstellingen beïnvloeden.

## 3.2 Ontwikkelingen in de omgeving van zorginstellingen

Zorgaanbieders verkeren in woelig vaarwater en moeten daarop inspelen:

Voor alle zorgaanbieders, of zij nu werkzaam zijn in de langdurige dan wel de curatieve zorg, geldt dat zij geconfronteerd worden met de volgende trends:

... beperkte middelen

- De middelen die beschikbaar zijn voor de gezondheidszorg zijn beperkt en zullen in de nabije toekomst eerder af- dan toenemen. De minister van VWS sluit akkoorden met de zorgsector waarin een beperkt groeiscenario wordt afgesproken. Wanneer de zorgsector er niet in slaagt aan de gemaakte afspraken te voldoen zullen de zorgaanbieders de overschrijdingen moeten compenseren. Zorginstellingen moeten het roer omgooien: het streven naar productiegroei kan niet langer leidend zijn; het moet anders en met minder financiële middelen. Het bestuur moet ingrijpende keuzes maken: functies afstoten, intern kaasschaafkorting toevoegen of via succesvol kwaliteitsbeleid efficiëntiewinst boeken. Dit is een forse opgave, omdat externe kapitaalverschaffers voldoende rendement zullen eisen.

... toenemende ondernemersrisico's

- De onzekerheid neemt toe. De ondernemersrisico's voor zorginstellingen groeien gestaag: omzetgaranties zijn vervallen en de bekende budgetparameters (aantal bedden, aantal plaatsen) voldoen niet meer; door afnemende volumina valt de dekking voor het vastgoed weg en veranderen de vraagstukken rond vastgoed ingrijpend; zorginkoop door zorgverzekeraars vindt

- nog vooral plaats op prijs en minder op kwaliteit en is daarmee moeilijk voorspelbaar. Het zorglandschap verandert snel.
- ... veranderende zorgvraag - De zorgvraag verandert; het aantal patiënten en cliënten met multimorbiditeit en chronische aandoeningen neemt fors toe en vraagt van zorgaanbieders om hun zorgaanbod daarop in te richten. Er ontstaat meer noodzaak tot samenwerking, over de muren van de zorginstellingen heen. Dat levert ook spanningen op omdat zorgaanbieders zich tegelijkertijd in toenemende mate van elkaar moeten onderscheiden om de gunst van de zorginkoper(s).
  - ... kritischere buitenwereld - De buitenwereld wordt kritischer; het voorheen vanzelfsprekende vertrouwen in (semi) publieke organisaties, waaronder zorgaanbieders, heeft plaatsgemaakt voor wantrouwen. De veelal excessieve media-aandacht voor incidenten en calamiteiten in de zorg voeden dat wantrouwen. Het leidt tot een toenemende vraag naar transparantie en een indringend appèl op het afleggen van rekenschap en verantwoording door diezelfde organisaties.
  - ... proactief extern toezicht - De IGZ treedt nadrukkelijk meer proactief op, bezoekt zorginstellingen ook onverwacht en treedt sneller dan voorheen handhavend op indien de kwaliteit en veiligheid van de zorg bedreigd is. De openbaarheid van de IGZ-rapporten en de IGZ-maatregelen vormen een geduchte reputatieprikkel en zet zorginstellingen onder druk om te voldoen aan landelijke veldnormen. Ook de jaarlijkse publicatie van rankings zet (terecht of onterecht) de zorginstellingen onder reputatiedruk.

Zorgaanbieders in de langdurige zorg zien zich daarenboven gesteld voor de volgende veranderingen:

- Decentralisatie in de langdurige zorg - De voorgenomen (verdere) decentralisatie van AWBZ-zorg naar gemeenten, met een grote budgettaire taakstelling. Gemeenten krijgen hiernaast ook te maken met ombuigingen op de jeugdzorg, de Participatiewet en de inkomensregelingen voor chronisch zieken. Hierdoor kunnen gemeenten niet meer, zoals bij de hulp bij het huishouden, volstaan met het lineair doortrekken van de bestaande uitvoeringspraktijk. Het zal echt anders moeten. De consequenties voor zorgaanbieders in dit segment van de zorg zijn (nog) niet te overzien, maar zullen gigantisch zijn. Vast staat wel dat de bedrijfszekerheid van vastgoed (c.q. de verblijfsfunctie) zal afnemen.
- Nieuwe onderhandelings- en samenwerkingspartners - Zorgaanbieders krijgen te maken met twee onderhandelingspartners (zorgverzekeraar én gemeente) met ieder hun eigen inkoopstelsel (resp. zorginkoop en aanbesteding) en kwaliteitseisen. Daarnaast zullen zij in toenemende mate moeten samenwerken met andere partners, ook buiten het hen vertrouwde zorgdomein (woningbouwcorporaties, gemeentelijke of maatschappelijke organisaties)

Nieuwe verantwoordelijkheden	- Tenslotte krijgen zorgaanbieders in dit segment nieuwe verantwoordelijkheden. Door het toenemend beroep op mantelzorgers en vrijwilligers, die steeds meer zorgtaken op zich nemen, zowel binnen als buiten de muren van de instelling maar dat wel in goede afstemming moeten (kunnen) doen met de professionele zorgverleners. Er dienen zich dus nieuwe vraagstukken over verantwoordelijkheden aan: de zorgaanbieders krijgen door scheiden van wonen en zorg vaker te maken met (formeel) extramurale (thuiswonende) klanten; in hoeverre valt het thuis wonen onder de verantwoordelijkheid van de instelling en hoe kunnen zij deze waarmaken?
En in de medisch-specialistische zorg:	En zorgaanbieders in de medisch-specialistische zorg zien bovendien de volgende veranderingen op zich af komen:
Concentratie en deconcentratie	- Het landschap van de medisch specialistische zorg zal er anders uit gaan zien. Er is een toenemende noodzaak tot concentratie van hoogcomplex, laagvolume zorg en deconcentratie van laagcomplex, hoogvolumezorg. Ziekenhuizen zullen keuzes moeten maken in hun functieprofiel. Ze bieden niet meer de volle breedte van het palet aan medisch specialistische zorg aan. Ook zullen ze meer of minder formele samenwerkingsverbanden moeten aangaan; ze worden steeds meer een onderdeel van een zorgnetwerk.
Integrale tarieven	- Per 2015 komen er integrale tarieven voor medisch specialistische zorg, en mogen alleen nog zorginstellingen aan zorgverzekeraars declareren. Dit voornemen kan gevolgen hebben voor de fiscale positie van vrijgevestigde medisch specialisten. Zij proberen hierop te anticiperen, o.a. door zich in regiomaatschappen te organiseren. Deze ontwikkelingen leiden tot nieuwe verhouding(en) tussen medisch specialist en ziekenhuis (c.q. Raad van Bestuur). Deze ontwikkelingen werpen nu al hun schaduw vooruit en zetten de verhouding bestuur - specialist toenemend onder druk.

### 3.3 Effecten

Wat zijn de gevolgen? Wat zijn (mogelijke) effecten van deze trends? Deze trends/ontwikkelingen zullen het handelen van de betrokkenen in hoge mate sturen en doen dit voor een deel al.

#### Zorgaanbieders

Schaalvergroting  
Zorgaanbieders oriënteren zich op mogelijkheden tot schaalvergroting om de toenemende risico's en onzekerheden op te kunnen vangen. Dat kan in de vorm van een fusie, maar ook door minder vergaande en minder formele samenwerkingsverbanden.

Daarnaast beraden zij zich op mogelijkheden om meer privaat kapitaal aan te kunnen trekken; nieuwe rechtsvormen met aandeelhouderschap doen hun intrede in de zorg.

Bestuurlijke aandacht gefocused op 'overleven'

Het omgaan met de onzekerheden en het hoofd bieden aan de uitdagingen waarvoor de zorginstellingen staan vergt veel van de bestuurlijke aandacht: die is gefocused op het ontwikkelen van een (overlevings)strategie en op het beheersen en spreiden van financiële risico's.

Intensiever intern toezicht

Het wordt steeds moeilijker geschikte kandidaten te vinden voor raden van toezicht, die (tegen relatief geringe vergoedingen) bereid en in staat zijn medeverantwoordelijkheid te dragen voor het reilen en zeilen van zorginstellingen. Deze toezichtfunctie vergt steeds meer tijd en inspanning en het afbreukrisico is hoog.

#### Drie soorten interne toezichhouders

##### 1. De traditionele toezichthouder

Woont de vergaderingen van de Raad van Toezicht bij plus een enkel extra interne bijeenkomst. Geen externe contacten. Tijdsbesteding op jaarbasis: 30-40 uur (excl. reistijd).

##### 2. De pro-actieve toezichthouder

Doet wat de traditionele toezichthouder doet, maar daarenboven: lid Commissie Kwaliteit en Veiligheid, bijeenkomst met Cliëntenraad, overleg met professionele staf; aanwezig bij interne activiteiten. Tijdsbesteding op jaarbasis: 60-70 uur (excl. reistijd).

##### 3. Toezichthouder 3.0

Doet wat de pro-actieve toezichthouder doet, maar daarenboven: volgt bij- en nascholing NVTZ; legt werkbezoeken af binnen instelling; contacten met externe stakeholders: IGZ, zorgverzekeraar, gemeente. Tijdsbesteding op jaarbasis: 90-100 uur (excl. reistijd).

Stakeholders eisen meer garanties en invloed

#### Zorgverzekeraars, financiers en klanten

Ook zorgverzekeraars lopen steeds meer risico's. Zij stellen in toenemende mate eisen aan zorgaanbieders bij de contractering van zorg (volume, kwaliteit, veiligheid, doelmatigheid, tijdigheid, patiëntgerichtheid). Banken en andere financiers stellen eveneens meer eisen en willen bovendien invloed kunnen uitoefenen op de strategische keuzes en op de bedrijfsvoering; op zoek naar zekerheden voor het rendement op investeringen. Ook beoordelen zij naast de harde (financiële) cijfers in toenemende mate in hoeverre zij vertrouwen hebben in de "governance" van zorginstellingen. Last but not least willen klanten van de instellingen meer objectieve en harde informatie over de kwaliteit van de dienstverlening en meer (mede)zeggenschap, onder meer als reactie op voornemens

tot schaalvergroting en andere strategische keuzes, zoals besluiten tot functiebeëindiging, of het sluiten van locaties.

Zo ook overheid en politiek

### **Overheid en politiek**

Tenslotte zoekt ook de politiek naar mogelijkheden om grip te krijgen op de zorginstellingen. Als aangrijpingspunt daarvoor ziet zij het bestuur en het interne toezicht. Zij wil de te stellen eisen aan het bestuur en interne toezicht verzwaren. Recente voorbeelden daarvan zijn het voorstel om een bestuurderstoets in te voeren, de persoonlijke aansprakelijkheid van bestuurders en toezichthouders uit te breiden en de mogelijkheid om zorginstellingen onder bestuurlijk toezicht van overheidswege te stellen.

Zorgaanbieders staan voor moeilijke opgaven

## **3.4 Conclusies**

Zorgaanbieders verkeren in onzekere tijden. Er vinden majeure veranderingen in de omgeving waarin zij opereren plaats, waarbij zelfs het voortbestaan van zorginstellingen in het geding komt. Hierin navigeren vergt veel van de bestuurlijke aandacht; er moeten principiële keuzes worden gemaakt. Tegelijkertijd moet de bedrijfsvoering gewoon doorgaan en moeten instellingen ervoor instaan dat de kwaliteit en veiligheid van zorg tenminste op niveau is en blijft.

Dit zet de governance onder toenemende druk

In de langdurige zorg ontstaat een nieuwe dynamiek in de verantwoordelijkheden voor kwaliteit en veiligheid. De ontwikkeling naar eigen regie en verantwoordelijkheid en de inzet van het netwerk van de cliënt in de zorg (mantelzorgers en vrijwilligers) kunnen leiden tot vervaging of onduidelijkheid van die verantwoordelijkheden tussen zorgorganisaties, zorgvragers en hun netwerk.

Door de geschetste ontwikkelingen komt de governance van zorginstellingen onder een steeds hogere druk te staan. Ook de risico's die zorginstellingen lopen wanneer zichtbaar wordt dat de zorg niet veilig is of wanneer patiënten door interne misstanden vermijdbare schade hebben opgelopen, of wanneer de IGZ maatregelen neemt, zetten de governance onder toenemende druk. Dat stelt hoge eisen aan de wijze waarop bestuurders, professionals en interne toezichthouders invulling en uitvoering geven aan hun rollen en verantwoordelijkheden. Daar waar deze rollen en verantwoordelijkheden niet helder zijn of niet goed vervuld worden kunnen grote problemen ontstaan. Dit is in de recente casus in cure en care ook overduidelijk gebleken.

Transparantie over kwaliteit is hard nodig

De sleutel tot een toekomstbestendige koers is aantoonbare goede kwaliteit van zorg. Alle betrokkenen eisen meer transparantie over de kwaliteit van de geleverde dienstverlening: zorgaanbieders om zich te kunnen onderscheiden en hun continuïteit te waarborgen; stakeholders ieder vanuit hun welbegrepen eigen belang (zoeken naar zekerheden). Het (nieuwe) zorgstelsel staat of valt met transparantie over kwaliteit en veiligheid van zorg. Het is de achilleshiel.

en leidt tot meer regels en meer indicatoren

Dit gegeven leidt tot twee reflexen: in de eerste plaats een zich steeds verder uitdijende lijst van indicatoren, in een poging kwaliteit zichtbaar te maken en controle te houden - of te krijgen - op het doen en laten van zorginstellingen (controledwang). En in de tweede plaats: voorstellen voor meer regels ten aanzien van de governance(structuur).

Maar helpt dit ook?

Het is zeer de vraag of hiermee de kwaliteit van zorg en de transparantie daarover gediend is. Het gaat niet om onwil, maar om onvermogen. Het blijkt voor bestuurders en interne toezicht-houders moeilijk om zeker te weten of hun instelling goede kwaliteit levert. Waarom is dat zo moeilijk? Daarover gaat het volgende hoofdstuk.







# 4 Probleemanalyse

## 4.1 Inleiding

Hoe borgen zorgaanbieders de kwaliteit van zorg?

De vraag of het bestuur en interne toezicht hun verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid waar (kunnen) maken vergt volgens de Raad een analyse van binnenuit: hoe borgen instellingen kwaliteit en veiligheid? Welke kwaliteitssystemen worden gebruikt? Leveren deze de juiste informatie op om te kunnen sturen op (verbetering van) kwaliteit? Wat zijn daarvoor bepalende mechanismen? Hoe wordt over opzet, uitvoering, participatie en (verbeter) resultaten verantwoording afgelegd?

We signaleren vier probleemgebieden

We komen uit op vier problemen:

- Kwaliteitsmetingen: meten is nog niet weten
- Onvoldoende verbinding tussen professionele en private governance
- Onvoldoende benutten inbreng patiënt/cliënt
- Organisatiecultuur onderbelicht

## 4.2 Inzicht in kwaliteit: meten is weten?

Op grond van de Kwaliteitswet is de Raad van Bestuur (onder meer) verplicht te zorgen voor een functionerend kwaliteitssysteem, dat wil zeggen de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg (artikel 4, lid 1 Kzi).

De RvB is verantwoordelijk voor een goed functionerend kwaliteitssysteem

De Kwaliteitswet stelt geen nadere eisen aan het kwaliteitssysteem. Volgens een gangbare definitie bestaat een kwaliteitssysteem uit alle activiteiten en beslissingen en de daarbij gebruikte methoden en middelen, die gericht zijn op het vaststellen, bereiken, verbeteren en behouden van het gewenste kwaliteitsniveau. Het omvat vijf deelgebieden, die gestructureerd en cyclisch worden doorlopen:

- de normstelling: het vaststellen van de gewenste/na te streven kwaliteit van de dienst of het product;
- controle: de relevante eigenschappen en kenmerken van de dienst worden gemeten, en gewaardeerd, c.q. beoordeeld;
- verbeteren/herontwerpen: door regelmatige controle kunnen bepaalde verstoringen aan het licht komen die het mogelijk maken in te grijpen, zodat de productkwaliteit op het gewenste niveau is te handhaven of is te verbeteren;

- borgen: het op peil houden van een kwaliteitssysteem, inclusief het aantonen dat dit systeem aan de gestelde voorwaarden voldoet;
- verantwoording afleggen.

Hoe functioneert het kwaliteitssysteem in zorginstellingen? We hanteren hiertoe een smalle definitie van kwaliteit. We gaan uit van de eisen waaraan zorg(diensten) tenminste moeten voldoen, te weten:

- Patiëntveiligheid. Deze eis houdt in het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade, lichamenlijk en/of psychisch, ontstaan door tekortkomingen van het zorgsysteem.
- De professionele standaard. Dit vereiste houdt in dat zorg, verleend door een individuele hulpverlener, moet voldoen aan de voor die hulpverlener geldende standaard.

De normstelling vindt plaats door inhoudelijk deskundigen, de zorgprofessionals, in de vorm van standaarden, richtlijnen en protocollen. Of normstelling op een bepaald onderwerp plaatsvindt bepalen de beroepsgroepen van zorgprofessionals zelf. Recentelijk is besloten het Kwaliteitsinstituut hierin een coördinerende en meer sturende rol te geven, echter zonder bevoegdheid om de ontwikkeling van normen dwingend voor te schrijven.

Het meten vindt idealiter plaats aan de hand van uitkomst-indicatoren, maar de ontwikkeling daarvan verloopt moeizaam, omdat naast de gegeven behandeling vele exogene factoren de uitkomst mede bepalen. Daarom worden ook andere methoden gebruikt, die erop gericht zijn te meten of processen volgens protocol worden doorlopen. Dit gebeurt met behulp van accreditatiesystemen.

In de zorgsector worden vooral NIAZ en HKZ gebruikt

Voor het borgen van kwaliteitssystemen bestaan diverse nationale en internationale normen zoals de NEN en ISO 9001 norm. Deze vormen de basis voor de accreditatiesystemen die in de Nederlandse gezondheidszorg worden gebruikt: NIAZ en HKZ.

Accreditatie is een hulpmiddel voor het kwaliteitsmanagement van zorginstellingen. Om als instelling in aanmerking te komen voor accreditatie moeten verschillende stappen doorlopen worden. Als eerste moet de instelling een zelfevaluatierapport opstellen aan de hand van de door het NIAZ opgestelde Kwaliteitsnorm Zorginstelling, die gebruikmaakt van het INK-model. Dit rapport wordt beoordeeld door de auditoren van het NIAZ en indien het rapport goed genoeg is, al dan niet na het doen van de nodige aanpassingen, volgt er een auditbezoek. Na afloop van dit bezoek

worden er verbeterpunten doorgegeven waarvoor de instelling een actieplan dient te maken. Hierna gaan auditoren opnieuw langs om deze punten te controleren. Indien dit in orde is volgt de accreditatie. Een accreditatie is vier jaar geldig, na deze periode moet het gehele proces worden herhaald.

Accreditatie fungeert als keurmerk

Dit resulteert in een oordeel waaraan derden - zorgconsumenten, zorgverzekeraars, samenwerkingspartners, overheden en samenleving - het vertrouwen kunnen ontleenen dat de zorg reproduceerbaar op een adequate en veilige manier wordt voortgebracht. Accreditatie fungeert zo als keurmerk; impliciet wordt hiermee ook verantwoording afgelegd.

Maar is dat terecht?

Opvallend is evenwel dat enkele calamiteiten die zich in de afgelopen periode hebben voorgedaan, en waarbij sprake was van structurele tekortkomingen in de organisatie van de zorg, plaatsvonden in zorginstellingen die op dat moment een HKZ- of NIAZ-accreditatie hadden.

Het geeft niet aan of daadwerkelijk goede zorg is geleverd

Een verklaring hiervoor is dat deze borgingssystemen overwegend procesindicatoren bevatten. Deze indicatoren geven aan of is voldaan aan de voorwaarden voor goede zorg, maar zeggen niets over de vraag of ook daadwerkelijk goede zorg is of wordt geleverd. Voor de ziekenhuiszorg geldt bovendien dat het accreditatiesysteem uitsluitend de organisatorische kwaliteit betreft, niet de professionele kwaliteit.

Daarom worden indicatoren gebruikt

Omdat transparantie van de geleverde kwaliteit van zorg van wezenlijk belang is om het nieuwe zorgstelsel goed te kunnen laten functioneren zijn prestatie-indicatoren bedacht, om in deze leemte te voorzien. Zij moeten zorgen voor de nodige transparantie over de kwaliteit van zorg. Indicatoren zijn meetbare aspecten van de zorgverlening, die een aanwijzing geven over de mate van de kwaliteit.

Naast genoemde procesindicatoren, die aangeven of gehandeld wordt volgens professionele standaarden en intern gemaakte afspraken, zijn er (vooralsnog in beperkte mate) professionele uitkomstindicatoren (DICA, NICE, Meetbaar Beter), zorginstellingsbrede indicatoren (IGZ, ZiZo), en patiëntervaringen (CQ-index, PROMs, ZorgKaartNederland).

Het aantal stijgt aanzienlijk

Inmiddels heeft de indicatorenvraag aan zorginstellingen immense proporties aangenomen: zo heeft bijvoorbeeld het UMC Utrecht in 2011 bijna tweeduizend indicatoren aangeleverd aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Zichtbare Zorg (Kimpfen, Indicatoren: stop met onzin uitvraag, Skipr juli 2013).

Maar ook zij zeggen onvoldoende

Maar wat zeggen zij nu eigenlijk over de geleverde kwaliteit? Prestatie-indicatoren kunnen waardevol zijn, maar ook een vertekend beeld geven. Dit laatste kan liggen aan de indicatoren zelf, bijvoorbeeld omdat men het niet eens is over de definities. Zo constateert de Algemene Rekenkamer dat de stabiliteit en kwaliteit van de meeste indicatorensets om kwaliteit te meten beperkt is en dat er nauwelijks indicatoren ontwikkeld zijn om de uitkomsten van zorgverlening te meten (Algemene Rekenkamer, Indicatoren voor kwaliteit in de zorg, 2013).

Daarnaast kan een meetinstrument ook de werkelijke performance maskeren. De commissie Behoorlijk Bestuur noemt het voorbeeld van verplegenden in een zorginstelling die de contacten met bewoners beter moeten invoeren in een systeem ten einde hun dienstverlening te verbeteren. Echter, de tijd die daaraan wordt besteed gaat ten koste van het contact met bewoners. De gerapporteerde kwaliteit stijgt, maar bewoners en verplegers denken daar anders over. Dit wordt ook wel de performance paradox genoemd.

Ze geven een vertekende werkelijkheid

Tenslotte kan de werkelijkheid vertekend worden doordat de benodigde prestatiegegevens door de zorgverleners zelf worden aangeleverd; het betreft informatie over het eigen handelen. Uitkomsten kunnen dus geflatteerd zijn en zelfs gemanipuleerd worden.

en zijn demotiverend

Het effect van deze enorme waslijst aan indicatoren is dat ze een schijnwerkelijkheid weergeven en niet de beoogde transparantie bieden. Bovendien zijn ze niet motiverend voor medewerkers in de zorg en creëren ze overbodige bureaucratie. Ze schieten hun doel voorbij.

omdat ze onvoldoende relatie hebben met de dagelijkse praktijk

### **Verbeteren, herontwerpen, borgen en verantwoording afleggen**

Door regelmatig te meten kunnen structurele fouten of tekortkomingen worden gesignaleerd en verbeterd en kunnen verbeteringen worden geborgd. Dat kan alleen indien de meetresultaten een getrouwe weergave zijn van de realiteit. En dat is niet of onvoldoende het geval, omdat accreditatiesystemen niet de professionele aspecten meten en omdat de prestatie-indicatoren onvoldoende relatie hebben met de dagelijkse praktijk. Daarom hebben ze slechts waarde in een proces van kwaliteitsverbetering waarin het mogelijk is nader onderzoek te doen naar oorzaken van afwijkingen.

Dit heeft ook consequenties voor het borgen en verantwoording afleggen aan Raad van Bestuur en aan Raad van Toezicht (en externe stakeholders). Dat staat nog in de kinderschoenen: de

ontwikkelde indicatoren zijn voor het grootste deel slechts afgeleid van het werkelijke resultaat voor de patiënt.

### 4.3 Professionals governance

Het professionele kwaliteitssysteem is niet geïntegreerd in het kwaliteitssysteem van de instelling

Volgens de wet is de Raad van Bestuur (RvB) eindverantwoordelijk voor kwaliteit en veiligheid; de facto is hij in hoge mate afhankelijk van het functioneren van de zorgprofessionals, in het bijzonder de medisch specialisten, om deze verantwoordelijkheid waar te kunnen maken. De interactie tussen beiden is dus van vitaal belang voor de kwaliteit en veiligheid. Op dit punt is een probleem dat er geen verbinding is tussen professionals governance en de private/public governance.

Medisch Specialisten dragen professionele verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van zorg. Hiertoe kennen zij hun eigen governancestelsel, bestaande uit richtlijnen, bekwaamheidseisen, visitatie, meet- en auditsystemen, ethische voorschriften en tucht-recht (Hoek, 2007).

In het professionele kwaliteitssysteem nemen de beroepsorganisaties en de wetenschappelijke verenigingen het voortouw. Zij ontwikkelen de kwaliteitskaders, waaraan individuele artsen moeten voldoen. In de toetsing of artsen aan de gestelde normen voldoen neemt het instrument visitatie een belangrijke plaats in.

#### Visitatie; intercollegiale toetsing

Medisch specialisten nemen elkaar de maat

Binnen het kwaliteitsbeleid van de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten heeft visitatie de afgelopen twintig jaar een prominente plaats gekregen. Er zijn twee soorten visitatie: de opleidingsvisitatie en de kwaliteitsvisitatie. De opleidingsvisitatie heeft tot doel na te gaan of de opleider en de opleidersinrichting in de praktijk voldoen aan de eisen en verplichtingen voor de erkenning zoals vastgelegd in het Kaderbesluit van het Centraal College voor Medisch Specialisten.

Alle wetenschappelijke verenigingen hebben een kwaliteits-visitatieprogramma opgezet en geïmplementeerd. Het visitatieprogramma is opgezet vanuit de beroepsgroep, en wordt ook door de beroepsgroep zelf uitgevoerd. Het wordt breed gedragen door de medische professie en is inmiddels integraal onderdeel van het landelijke, medisch specialistische kwaliteitsbeleid. Inmiddels is kwaliteitsvisitatie verplicht gesteld voor herregistratie als medisch specialist en voor het verkrijgen van de erkenning van medisch specialistische opleiding(en). Visitatie is wat de Orde van Medisch Specialisten (OMS) betreft het culminatiepunt van

alle kwaliteitsinstrumenten, een unieke vorm van daadwerkelijk intercollegiale toetsing.

Elke vakgroep of maatschap wordt (in beginsel eens per vijf jaar) door een visitatiecommissie vanuit de wetenschappelijke vereniging getoetst op vier kwaliteitsdomeinen: 1) evaluatie van zorg; 2) patiëntenperspectief; 3) maatschapsfunctioneren en 4) professionele ontwikkeling.

Aldus wordt getoetst of de vakgroep of maatschap werkt volgens de professionele standaard; daar waar de praktijk afwijkt van de standaard worden aanbevelingen gedaan voor verbetering. In geval van opleidingsvisitatie kan de visitatiecommissie besluiten de opleiding in te trekken of voor beperkte duur te verlengen (waarna hervisitatie plaatsvindt).

Dit systeem is uniek in de wereld en beslist iets om trots op te zijn. Niettemin zijn er ook gemiste kansen:

maar dat gebeurt voor de  
buitenwereld anoniem

- a. Het visiteren door leden van de wetenschappelijke verenigingen gebeurt voor de buitenwereld anoniem. Dit kan een probleem vormen, omdat ondeugdelijk uitgevoerde visitaties het instellingsbelang kunnen schaden en het vertrouwen in de medische beroepsgroep als geheel kunnen ondermijnen.

Een casus die dit verduidelijkt:

De teloorgang van het RPZ werd ingeluid door verhoogde HSMR cijfers van de vakgroep cardiologie. Het leidde tot verscherpt toezicht door de IGZ. Uit het onderzoek blijkt dat er reeds langer problemen waren rond de vakgroep cardiologie, die de RvB ertoe hebben doen besluiten een 'spoedvisitatie' aan te vragen bij de wetenschappelijke vereniging, de NVvC. De (anoniem gebleven) visitatiecommissie rapporteerde uiterst summier terug: alle onderzochte onderdelen waren volgens deze commissie 'goed'. In dezelfde tijd vond een extern onderzoek plaats naar het functioneren van de vakgroep Cardiologie, hetgeen een vernietigend oordeel opleverde. Het door de IGZ uitgevoerde onderzoek bevestigde de conclusies van dit laatste externe onderzoek. Kortom: de spoedvisitatie was ondeugdelijk.

en de bevindingen worden niet altijd  
met belanghebbenden gedeeld

- b. De bevindingen van de visitaties blijven besloten binnen de beroepsgroep.

Dit impliceert dat wezenlijke informatie over kwaliteit van zorg niet terecht komt waar deze maatschappelijk relevant is, bij de medische staf en bij de Raad van Bestuur, en vervolgens als onderdeel van de maatschappelijke verantwoording, bij de externe stakeholders. Sinds 2009 beveelt de OMS de wetenschappelijke verenigingen aan om (tenminste) de conclusies

van de visitatierapporten ter kennisneming te sturen aan de raden van bestuur van de ziekenhuizen waarin de betreffende vakgroepen/maatschappen werkzaam zijn. Dit advies is niet door alle wetenschappelijke verenigingen overgenomen. Bovendien zijn conclusies alleen onvoldoende.

terwijl aanbevelingen voor verbetering te vrijblijvend zijn

c. Aanbevelingen voor verbetering zijn vrijblijvend.

Dit komt voort uit het feit dat de wetenschappelijke verenigingen geen zeggenschap heeft over de individuele specialist en de vakgroep/maatschap. Anders dan bij de opleidingsvisitatie zijn er geen sancties mogelijk; alleen dringende, maar vrijblijvende aanbevelingen. Deelname aan visitatie is een voorwaarde voor herregistratie, maar dat geldt niet voor het aantoonbaar doorvoeren van noodzakelijke verbeteringen. Recent is binnen de Orde van Medisch Specialisten besloten dat een Wetenschappelijke Vereniging een melding moet doen bij de IGZ wanneer een vakgroep/maatschap ondanks herhaalde dringende aanmaning niet bereid of in staat is noodzakelijke verbeteringen door te voeren (zie Visiedocument Optimaal functioneren medisch specialist, december 2013). Dit beleid is nog niet breed aanvaard en doorgevoerd.

Medisch specialisten leggen niet periodiek verantwoording af aan de RvB

### **Beoordelingssystematiek**

In zijn advies over Governance en kwaliteit van zorg uit 2009 adviseerde de Raad reeds dat medisch specialisten verantwoording moeten afleggen over hun handelen en zich toetsbaar moeten opstellen. In zijn daaropvolgende briefadvies over de relatie medisch specialist en ziekenhuis (2010) adviseerde hij bestuurders en medisch specialisten hiertoe een toetsingskader op te stellen. Op grond van dit kader zou iedere medisch specialist periodiek verantwoording moeten afleggen aan de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur zou op basis hiervan een beoordeling vaststellen van het functioneren van de in het ziekenhuis werkzame medisch specialisten.

Hoewel een aanzet hiervoor is opgenomen in het nieuwe model toelatingsovereenkomst, heeft dit advies nog onvoldoende zijn weg gevonden naar de praktijk.

Hun functioneren wordt niet periodiek beoordeeld

De instelling waaraan de medisch specialist verbonden is, hetzij via arbeidsovereenkomst dan wel toelatingsovereenkomst, toetst niet (structureel/periodiek) of de arts aan de professionele normen voldoet. Systemen als IFMS, 360 graden beoordeling, Assessment&Appraisal rondes, hebben primair ten doel het individuele functioneren te evalueren. Deze instrumenten zijn nog volop in ontwikkeling; deelname is nog lang niet 100% en de aanbeve-

lingen zijn ook hier vrijblijvend. De Raad van Bestuur wordt niet geïnformeerd over de resultaten ervan.

en dus ook niet de resultaten van hun inspanningen

### **Beoordeling op resultaten**

In het professionele governancestelsel is niet voorzien in een beoordeling van medisch specialisten op resultaten. Het kwaliteitskader voor medisch specialisten stelt normen over hoe medisch specialisten moeten functioneren; de kwaliteitsbeoordelingen en de in ontwikkeling zijnde beoordelingssystemen toetsen met name of zij aan deze (gedrags-/handelings)normen voldoen. Dat is belangrijk, maar niet voldoende. De resultaten die medisch specialisten met hun functioneren behalen worden niet structureel gemeten en kunnen dus ook niet worden beoordeeld. Zoals in de vorige paragraaf is gesteld zijn er nog slechts in beperkte mate valide uitkomstindicatoren beschikbaar en hebben de vigerende prestatie-indicatoren onvoldoende raakvlakken met de dagelijkse zorgpraktijk.

RvB kunnen hun verantwoordelijkheid onvoldoende waarmaken

De ontwikkeling van het professionele kwaliteitssysteem vindt dus plaats binnen de beslotenheid van de beroepsgroep, die weliswaar het functioneren van medisch specialisten toetst, maar niet beoordeelt tot welke resultaten het functioneren leidt. De vigerende indicatoren van het ziekenhuisbrede kwaliteitssysteem kunnen niet in deze leemte voorzien. Met andere woorden: Het professionele kwaliteitssysteem is nog in ontwikkeling en is niet geïntegreerd in het ziekenhuisbrede kwaliteitssysteem. Dit is een probleem, omdat het raden van bestuur belemmert in het tijdig opsporen en aanpakken van problemen in het functioneren van medisch specialisten en daarmee van bedreigingen voor de kwaliteit en veiligheid van zorg.

### **Ontwikkelingen in de verhouding tussen medisch specialist en ziekenhuis**

De verhouding tussen medisch specialist en ziekenhuis gaat veranderen

Een aantal ontwikkelingen die de verhouding tussen medisch specialist en ziekenhuis direct raken werpen hun schaduw vooruit en kunnen de gestelde tekortkomingen verergeren.

integrale tarieven zetten verhouding onder druk

Per 2015 komen er integrale tarieven voor medisch specialistische zorg, en mogen alleen nog zorginstellingen aan zorgverzekeraars declareren. In formele zin betekent dit dat de positie van de Raad van Bestuur verder versterkt wordt ten opzichte van de medisch specialist. De Raad van Bestuur bepaalt immers de hoogte en de verdeling van de honoraria aan medisch specialisten. Dit instrument zou ingezet kunnen worden als hefboom om transparantie onder medisch specialisten te vergroten. Het is echter de vraag in hoeverre de RvB in praktijk dit instrument kan gebruiken, vooral ook gezien de sterke informele positie van



medisch specialisten. De invoering van integrale tarieven kan de verhouding tussen Raad van Bestuur en Vrijgevestigd Medisch Specialisten hierdoor op scherp zetten.

zo ook de vorming van regiomaatschappen

Een ontwikkeling die hiermee samenhangt is de opkomst van de regiomaatschappen, vooral wanneer deze opgericht worden om de positie van medisch specialisten ten opzichte van de Raad van Bestuur te versterken. Regiomaatschappen kunnen een dominante machtspositie innemen en het voor raden van bestuur van ziekenhuizen moeilijk maken om de wettelijke eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit waar te maken.

Instellingsoverschrijdende maatschappen kunnen als gevolg hebben dat de belangen van de Raad van Bestuur en medisch specialist gaan divergeren. Eén van de grote problemen is dat verschillende maatschappen binnen hetzelfde ziekenhuis fuseren met maatschappen uit andere regio's. Er is dus niet één regio waarin regiomaatschappen zich verenigen, maar vele. Hierdoor ontstaan complexe bestuurlijke relaties. Deze ontwikkeling zou er zelfs toe kunnen leiden dat het ziekenhuis weer - net als vroeger - een facilitair bedrijf wordt, waarvan de arts gebruikt maakt tegen een vergoeding.

De ontwikkeling van regiomaatschappen kan dus de interne governance van ziekenhuizen verzwakken. In de opvatting van de NZa hebben raden van bestuur een instrument om deelname van individuele medisch specialisten aan een regiomaatschap te verbieden (nl. door een bepaling hierover op te nemen in de individuele toelatingsovereenkomst). Het is echter zeer de vraag of de Raad van Bestuur dit instrument kan inzetten, aangezien zijn feitelijke (de facto) macht ten opzichte van de specialist waarschijnlijk een stuk kleiner is dan zijn formele (de jure) macht.

#### **4.4 Patients governance**

Een volgend probleem is dat de afnemers van de zorg niet systematisch worden betrokken bij de evaluatie en verbetering van kwaliteit en veiligheid van zorg.

Patiënt-/cliëntervaringen worden onvoldoende benut

De spreekkamer en wat zich daarin afspeelt is voor het bestuur 'verboden terrein', terwijl juist daar de kwaliteit wordt gemaakt en kosten worden gegenereerd. Hierdoor blijft het onduidelijk of en hoe vaak fouten worden gemaakt. Fouten komen nu doorgaans pas aan het licht indien patiënten een klacht indienen. Het stelselmatig meten door zorgaanbieders zelf van kwaliteit vanuit het perspectief van de patiënt (Patient Reported Outcome Measures, PROMs, of

Consumer Quality-Index, CQ-index) is nog geen gemeengoed. Daarnaast is onduidelijk hoe vaak - en vooral waarom - zorgverleners afwijken van professionele richtlijnen en standaarden. In verschillende onderzoeksrapporten is aangetoond dat er nogal wat praktijkvariatie bestaat.

Dit is een gemiste kans: de inzet van alle betrokkenen is erop gericht kwaliteit van zorg te leveren aan de patiënt; het is de patiënt die alle inspanningen die daarop gericht zijn ervaart of ondergaat en dus bij uitstek degene is die feedback kan geven over zijn ervaringen met de zorgverlening. Die feedback kan dan getoetst worden aan 'de standaard' of het protocol en zo bijdragen aan het opsporen van eventuele tekortkomingen.

In de langdurige zorg is er vanwege de langdurige relatie tussen cliënt en zorgaanbieder en de verblijfscomponent meer aandacht voor de ervaren kwaliteit van zorg. Afspraken hierover zijn vastgelegd in het zorg-/leefplan. Door deze afspraken periodiek te evalueren worden cliëntenervaringen betrokken in de bewaking en verbetering van kwaliteit. Dit gebeurt nog niet in alle deelsectoren structureel. Daarnaast is het noodzakelijk om juist ook in de langdurige zorg - naast aandacht voor kwaliteit van leven - ook aandacht te schenken aan de bewaking en verbetering van de patiëntveiligheid. Ten aanzien van dit laatste aspect wordt nog te weinig gebruik gemaakt van de ervaringsdeskundigheid van cliënten.

#### **4.5 Invloed van (organisatie)cultuur**

De organisatiecultuur blijft onderbelicht

De grote druk van buiten op transparantie over zorgprestaties leidt in de praktijk gemakkelijk tot een cultuur van 'afvinklijstjes'. Zeker wanneer de indicatoren als zodanig onvoldoende raakvlakken hebben met de dagelijkse praktijk van de zorgverlening. De Commissie Behoorlijk Bestuur concludeert dat er een verschuiving heeft plaatsgevonden van doordacht handelen en verantwoordelijkheid nemen naar de roep om het afleggen van verantwoording. Verantwoording afleggen gebeurt vaak aan de hand van kwantitatieve sturingsinstrumenten, die geen recht doen aan de meervoudige belangen die semipublieke instellingen dienen en aan de complexiteit van de processen en de daarmee gemoeide beslissingen.

terwijl deze zeer bepalend is voor kwaliteit en veiligheid

In de beoordeling van de kwaliteit die zorginstellingen leveren speelt de organisatiecultuur thans geen rol, terwijl deze juist zeer bepalend is, zoals de volgende casus laten zien:

Verschillende casus laten dit zien

De externe onderzoekscommissie die de gang van zaken in het MSZ onderzocht concludeert dat er niet alleen op het medische domein zaken zijn veronachtzaamd, maar dat er ook problemen waren met de collegiale samenwerking en de cultuur rondom veiligheid. Er was geen intern kwaliteitssysteem dat voorzag in een structurele terugkoppeling van de werkvloer. Echter, het ontbreken van een systeem lijkt maar een deel van het probleem als het gaat om een cultuur van veiligheid. Het rapport van de commissie (2012, p.9): *“In iedere organisatie kunnen fouten worden gemaakt; het gaat erom dat professionals en de naaste omgeving deze fouten signaleren, passende actie ondernemen en het bestuur informeren. Zij moeten allen beseffen dat kwaliteit en veiligheid van zorg hun hoogste prioriteit moet hebben en hiernaar handelen. [...] Kwaliteit en veiligheid van zorg zijn immers alleen dan te borgen, indien alle betrokken disciplines met elkaar samenwerken en elkaar aanspreken op handelen dat risico’s voor de kwaliteit en veiligheid met zich meebrengt.”*

elkaar aanspreken

Wat betreft de organisatiecultuur en de rol van de Raad van Bestuur hierin wordt opgemerkt dat de bestuurder vooral oog had voor de concurrentiepositie van het ziekenhuis - wat ten koste ging van de aandacht voor de intrinsieke kwaliteit en veiligheid - en daarmee het verkeerde voorbeeld gaf. Hoewel de titel van het rapport “Oog voor het onzichtbare” vast verwijst naar de multiresistente Klebsiella bacterie en hoe te voorkomen dat deze zijn gang kan gaan, leest men tegelijkertijd een verwijzing naar het (ontbreken) van een veiligheidscultuur, naar de ongeschreven professionele regels in de organisatie.

samenwerken

Aandacht voor samenwerking en (het ontbreken van) een veiligheidscultuur waren ook aanleiding voor het onder verscherpt toezicht stellen van het VUmc in augustus 2012. De directe reden was het verstrekken van onjuiste informatie en het geven van een verkeerde voorstelling van zaken door de toenmalige Raad van Bestuur over ernstige samenwerkingsproblemen in het ziekenhuis (IGZ, 2013). De media beschikten over documenten waaruit bleek dat er in het VUmc sprake was van ernstige conflicten tussen medisch specialisten.

willen leren en open staan voor kritiek

Een interim-Raad van Bestuur kwam tijdens het verscherpt toezicht met een verbeterplan waarin expliciet aandacht voor samenwerking en cultuur. De cultuur moest opener en ziekenhuismedewerkers, en dan met name de medisch specialisten, moeten elkaar leren

aanspreken zonder dat er een machtsstrijd en conflicten ontstaan (IGZ, 2013). Daartoe besloot de RvB een organisatiedeskundige in te schakelen. Tevens waren er aanpassingen nodig in de werkwijze voor het veilig melden van (vermoedelijke) calamiteiten. De toenmalige Raad van Bestuur gaf te weinig het goede voorbeeld en stelde geen grenzen aan de samenwerkingsproblemen. Er was een cultuur waarin medisch specialisten, verpleegkundigen en andere zorgverleners elkaar onvoldoende op een open, lerende en rechtvaardige manier aanspreken.

zelfkritisch zijn

Uit deze en andere incidenten en calamiteiten leren we dat samenwerken en een veiligheidscultuur van groot belang zijn voor de kwaliteit en veiligheid van zorginstellingen. Een patiëntveiligheidscultuur zou zich moeten kenmerken door het hebben van een kritische houding over het eigen handelen, het melden van procesafwijkingen en incidenten en het streven om van eigen fouten te willen leren ten einde risico's en onnodige schade bij de patiënten te reduceren dan wel te voorkomen.

Een patiëntveiligheidscultuur is niet vanzelfsprekend

De Commissie Behoorlijk Bestuur signaleert dat het geven van zowel positieve als negatieve feedback aan elkaar lang niet altijd onderdeel is van de cultuur in organisaties. Als oorzaken noemt zij de vaak grote afstand tussen het primaire proces op de werkvloer en het management, taakvervuiling, sterke verzakelijking en bureaucrativering. Het stellen van lastige vragen aan zichzelf en anderen kan een aanspreekcultuur bevorderen. Een open cultuur, waarin bestuurders en werknemers elkaar aanspreken op gedrag, helpt mensen hun verantwoordelijkheid te nemen.

De genoemde Commissie legt de nadruk op tekortkomingen in de cultuur tussen 'top en werkvloer'. Daarnaast is een probleem dat professionals onderling elkaar niet aanspreken of dat het management niet in staat is om zo'n cultuur te bevorderen. Het probleem is derhalve niet alleen verticaal maar ook horizontaal in de organisatie. Cultuur is hiermee direct van invloed op de governance, omdat het daarin gaat om het (zowel horizontaal als verticaal) inbouwen van checks aan balances.

en we weten niet goed hoe het hiermee in instellingen is gesteld

Voor een verandering van de patiëntveiligheidscultuur in zorginstellingen is het noodzakelijk eerst inzicht te krijgen in de bestaande cultuur voordat de richting van de cultuurverandering goed bepaald kan worden. Er is echter nauwelijks informatie beschikbaar over de huidige veiligheidscultuur binnen zorginstellingen.

## 4.6 Conclusies

Het bestuur en intern toezicht zijn onvoldoende 'in control'

De hoofdvraag in dit advies is: kunnen bestuur en toezicht hun verantwoordelijkheden voor kwaliteit en veiligheid waarmaken? De Raad constateert dat dit onvoldoende het geval is.

Er is een aantal tekortkomingen gesignaleerd, die het zicht op kwaliteit en veiligheid van zorg belemmeren en daarmee verhinderen dat kwaliteit en veiligheid goed geborgd zijn: de instellingsbrede kwaliteitssystemen meten vooral of voldaan is aan de organisatorische voorwaarden voor kwaliteit; de vigerende hoeveelheid indicatoren hebben te weinig raakvlakken met de zorgpraktijk en zijn voor het grootste deel slechts een afgeleide van het werkelijke resultaat voor de patiënt, waardoor een schijnwerkelijkheid wordt weergegeven; het professionele kwaliteitssysteem functioneert nog niet goed en is niet geïntegreerd in het instellingsbrede kwaliteitssysteem; patiënten en cliënten hebben geen rol in het kwaliteitssysteem, terwijl zij ervaringsdeskundigen bij uitstek zijn; en tenslotte wordt de organisatiecultuur niet betrokken in de kwaliteitsmeting, terwijl dit een belangrijke graadmeter is voor de (te verwachten) kwaliteit.

Het is om deze redenen voor raden van bestuur vrijwel onmogelijk om aantoonbaar "in control" te zijn met betrekking tot de kwaliteit en veiligheid van de zorg. In het verlengde hiervan is het voor de Raad van Toezicht vrijwel niet mogelijk om zich ervan te vergewissen dat de RvB zijn rol en verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid aantoonbaar waarmaakt. Dit is de kern van het governanceprobleem in de zorg.

Het aanscherpen van eisen aan RvB en RvT lost dit niet op

Een aanscherping van de te stellen eisen aan bestuur en toezicht, zoals de politiek voorstaat, zal dit probleem niet oplossen. In het volgende hoofdstuk schetst de Raad oplossingsrichtingen voor de gesignaleerde problemen (mede ook in het licht van toekomstige ontwikkelingen).



# 5 Oplossingsrichtingen

## 5.1 Inleiding

Hoe de designaleerde tekortkomingen op te heffen? In dit hoofdstuk draagt de Raad oplossingsrichtingen aan. Hij bespreekt de voor- en nadelen die aan de verschillende oplossingsrichtingen zijn verbonden en geeft zijn voorkeursrichting aan.

De Raad volgt hierin het eerder gemaakte onderscheid in vier probleemgebieden.

## 5.2 Kwaliteitssystemen

Indicatoren moeten ‘van binnen naar buiten’ worden ontwikkeld

Het systeem om kwaliteit en veiligheid van zorg te meten is te uitgebreid geworden met een overdaad aan door externe actoren opgelegde indicatoren. Deze indicatoren roepen intern weerstand op omdat ze nauwelijks tot geen betekenis hebben voor de dagelijkse praktijk. Bovendien is het ontwikkelen en meten van indicatoren nog altijd gebrekkig met negatieve gevolgen voor validiteit, betrouwbaarheid, vergelijkbaarheid en tijdigheid. Ze leveren weinig bruikbare informatie op, zowel voor interne als externe belanghebbenden en leiden tot pervers gedrag.

zodat ze beter aansluiten bij de praktijk

De zorgsector, inclusief de zorgprofessionals, hebben in het verleden verzuimd zelf goede indicatoren te ontwikkelen. Externe stakeholders hebben de handschoen opgepakt en het initiatief genomen om indicatoren te ontwikkelen (IGZ, ZiZo, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties); ofwel een ontwikkeling “van buiten naar binnen”. Daarmee hebben deze stakeholders te veel en vaak ook onbruikbare indicatoren opgelegd en zo hun eigen weerstand ontwikkeld. Meetresultaten (indicatoren) zijn vooral gebruikt om rankings te maken (“vergelijken met anderen”), terwijl ze hiervoor (nog lang) niet geschikt zijn. Dit heeft perverse prikkels gegeven. Meetresultaten zijn in eerste instantie bedoeld om verbetering aan te tonen ten opzichte van vorig jaar (“vergelijken met jezelf”).

De zorgsector moet deze handschoen oppakken

Het is nu de uitdaging voor zorginstellingen en professionals om eigen indicatoren te ontwikkelen, die bruikbaar zijn in het eigen kwaliteits-/veiligheidssysteem en die van daaruit gebruikt kunnen worden voor externe verantwoording; ofwel een ontwikkeling “van binnen naar buiten”.

Als deze handschoen wordt opgepakt en zorgprofessionals overgaan tot routinematige monitoring van kwaliteit van zorg, dan kunnen zorginstellingen volstaan met het steekproefsgewijs aftappen van gegevens en het verzamelen van meta-data over proces en uitkomst van deze monitoring.

Waar mogelijk uitkomstindicatoren ontwikkelen

### **Uitkomstindicatoren**

De huidige kwaliteitsborgingsystemen kennen vooral proces-indicatoren. Deze zijn ongetwijfeld relevant voor de interne bedrijfsvoering, maar veel minder voor de stakeholders. We moeten - waar dat mogelijk is - toe naar uitkomstindicatoren, ofwel indicatoren die informatie geven over de uitkomst (effectiviteit, veiligheid, patiëntgerichtheid) van de geleverde zorg. Deze indicatoren worden bij voorkeur beoordeeld aan de hand van de uiteindelijk tot stand gekomen veranderingen in de gezondheidstoestand van patiënt/doelpopulatie voor zover die aan een zorginterventie zijn toe te schrijven. Een dergelijke indicator zegt dus niets over de handelingen (proces) die daartoe hebben geleid, maar bij een goede uitkomst mag men er van uitgaan dat het proces ook goed is verlopen. De levensduur en de kwaliteit van leven vormen daarbij de gangbare uitkomstcategorieën. Ook patiënttevredenheid wordt als uitkomstindicator gehanteerd.

Hoewel enkele wetenschappelijke verenigingen hiermee voortvarend aan de slag is gegaan, is het aantal beschikbare uitkomstindicatoren nog heel beperkt (13%; rapport Algemene Rekenkamer). Uit een dissertatie over dit onderwerp blijkt dat “geen van de huidige uitkomstmaten voor kwaliteit van zorg die momenteel beschikbaar is voor het Nederlandse publiek, houdt rekening met statistische onzekerheid en verschillen in patiëntenpopulatie. Het heeft dan ook geen zin om deze uitkomstmaten openbaar te maken, ze leveren geen informatie over kwaliteit van zorg en zijn enkel misleidend.” (Lingsma). Ook de Gezondheidsraad concludeert in zijn recente publicatie Publieke indicatoren voor de kwaliteit van curatieve zorg, december 2013, dat uitkomstindicatoren (nog) omstreden zijn. Hier is dus nog een lange weg te gaan.

Maar vooral de tracer-systemen hanteren voor de ontwikkeling van indicatoren

### **Patient tracers**

Mogelijk hulpmiddel hierbij en nieuw aanknopingspunt voor de ontwikkeling van indicatoren is de systematiek van ‘patient tracers’. De tracer-methodologie is een evaluatiemethode waarbij de observatoren een patiënt of cliënt selecteren en diens individuele dossier gebruiken als een road map om door de organisatie heen te bewegen teneinde te kunnen beoordelen of de organisatie voldoet aan de gestelde doelen en standaarden voor het leveren van goede zorg. De observatoren herleiden het specifieke zorgproces dat een patiënt of



cliënt heeft doorlopen door te observeren en gesprekken te voeren met de betrokken medewerkers.

Daarmee is tevens de betrokkenheid van patiënten/cliënten te vergroten

Een patient tracer betreft dus altijd een zorgvrager die gevolgd wordt in het zorgproces. Naast gesprekken met de behandelende medewerkers, beoordeling van de omgeving waarin de zorgvrager zich bevindt en van alle vastgelegde documentatie, vindt - indien zijn toestand het toelaat - een gesprek plaats met de betreffende zorgvrager over het door hem doorlopen proces. Deze individuele tracer brengt derhalve een grote mate van mogelijke betrokkenheid door de zorgvrager met zich mee en is daarmee een goed instrument om de uitkomsten van het zorgproces te beoordelen. De resultaten van de tracers kunnen teruggekoppeld worden aan de zorgvrager en op een geaggregeerd niveau ook aan verenigingen van zorgvragers, zorginkopers en andere belanghebbenden.

en van patiëntenorganisaties

Hierbij is bovendien een synergievoordeel te behalen door aan te sluiten bij 'de patiëntenwijzers' die patiëntenorganisaties ontwikkelen en al ontwikkeld hebben. Hierin geven zij aan wat een patiënt mag verwachten van een bepaald type zorgproces en ook wat de verschillen tussen ziekenhuizen zijn. Patiënten(organisaties) kunnen aldus systematisch worden betrokken bij de evaluatie en verbetering van de kwaliteit van zorg. Het uitvoeren van deze individuele patiënten tracers zetten het principe 'Bring the patient in' veel kracht bij.

Overbodige indicatoren moeten geschrapt worden

### **Less is more**

De uitdaging is voorts de aldus 'van binnen naar buiten' te ontwikkelen indicatoren in de plaats te laten komen van de thans vigerende enorme hoeveelheid (proces)indicatoren. Om dit vervangingsproces goed te laten verlopen, zien wij een rol weggelegd voor het Kwaliteitsinstituut, dat hierin regie zou moeten nemen.

## **5.3 Professionals governance**

Om de professionals governance te verbinden met de private en public governance is een aantal oplossingsrichtingen voorhanden:

### **Professioneel kwaliteitssysteem**

Het professionele kwaliteitssysteem moet verder ontwikkeld worden

Het professionele kwaliteitssysteem bestaat uit instrumenten gericht op het cyclisch normeren, meten, verbeteren, borgen en verantwoording afleggen over het professioneel handelen. Deze instrumenten binnen het professionele kwaliteitssysteem dienen verder uitontwikkeld te worden, en geïntegreerd te worden binnen het ziekenhuis kwaliteitssysteem.

De OMS kan hierin het voortouw nemen. Daarbij kan hij aansluiten bij zijn eerder uitgebrachte ‘Kwaliteitskader’ en bij zijn recentelijk verschenen visiedocument Optimaal functioneren van medisch specialisten (december 2013). Dit document benadrukt dat medisch specialisten zich open en toetsbaar moeten opstellen en leren van kritiek, om zo hun functioneren telkens te verbeteren. Het bevat daartoe aanbevelingen aan alle betrokken partijen. In het visiedocument wordt een centrale plaats ingenomen door het instrument kwaliteitsvisities, waaraan nadere eisen worden gesteld.

met in het bijzonder aandacht voor het afleggen van verantwoording over resultaten

Wat echter nog ontbreekt, is een nadere normering en uitwerking van de instrumenten die gebruikt worden om de voor patiënten relevante resultaten van de dienstverlening te meten en de wijze waarop hierover periodiek verantwoording wordt afgelegd aan de verantwoordelijke RvB, RvT en aan de maatschappij.

Daarmee wordt het professionele kwaliteitssysteem geïntegreerd in het instellingskwaliteitssysteem

De professionals zouden hierin het initiatief moeten nemen door een geüniformeerde set (uitkomst)indicatoren te ontwikkelen op basis van de patient tracer systematiek. De OMS en de wetenschappelijke verenigingen zouden hiervoor een normenkader moeten ontwikkelen en moeten bewerkstelligen dat deelname aan het professionele kwaliteitssysteem in al zijn onderdelen verplicht is. Op die manier komen het professionele kwaliteitssysteem en het instellingsbrede kwaliteitssysteem samen.

Dit moet ook worden toegevoegd aan de zorgbrede governancecode

Dit professionele kwaliteitssysteem zou vervolgens in al zijn onderdelen onlosmakelijk onderdeel moeten worden van de zorgbrede governancecode. De brancheorganisaties kunnen hiertoe een addendum toevoegen aan de vigerende governancecode. Op deze manier wordt het professionele kwaliteitssysteem een veldnorm die alle betrokkenen een handvat geeft. Het geeft:

- de medisch specialist, de maatschap/vakgroep, het stafbestuur duidelijkheid over wat er van hen wordt verwacht;
- de RvB een handvat om dit niet meer vrijblijvend door te voeren in de zorginstelling;
- de RvT een handvat om hierop de RvB aan te spreken;
- het accreditatieinstituut een richtsnoer om deze norm op te nemen in het accreditatiesysteem;
- de zorgverzekeraar een handvat om te zien of de governance goed is geregeld;
- de IGZ een handvat voor eigen toezicht en zo nodig handhaving.

## Openbaarheid visitatierapporten

Geconstateerd is dat de resultaten van visitaties besloten blijven binnen de beroepsgroep. Sinds een aantal jaren beveelt de OMS de wetenschappelijke verenigingen aan de conclusies van visitaties ter kennisneming aan de RvB te sturen.

Het openbaar maken van  
visitatierapporten

Hoewel dit een stap in de goede richting is, is het de vraag of dit ver genoeg gaat. Juist deze intercollegiale toetsing levert immers de zo gewenste en noodzakelijke informatie op voor patiënten en zorginkopers. Het Kwaliteitsinstituut zou de gegenereerde informatie kunnen verzamelen en openbaar maken (al dan niet door hier een ‘publieksversie’ voor te ontwikkelen; immers, niet alle informatie uit visitatierapporten is goed begrijpelijk of toegankelijk voor leken). Ook zou zij suggesties kunnen doen aan de wetenschappelijke verenigingen voor (nieuwe, aanvullende) te visiteren aspecten.

heeft voordelen

Een ander voordeel van openbaarmaking is dat het mogelijkheden biedt tot (permanente) kwaliteitsverbetering van de ‘grote middenmoot’. Vaak wordt openbaarmaking geassocieerd met incidenten en fouten, maar het kan juist ook een manier zijn om je als vakgroep of maatschap te profileren (door te excelleren). Onderdeel van de publieke rapportage zou immers ook moeten zijn de aanbevelingen tot verbetering en tot welke verbeterresultaten dit heeft geleid.

Natuurlijk zijn er ook bedenkingen tegen deze openbaarmaking.

maar ook nadelen

- Zo kan openbaarheid van visitatierapporten er toe leiden dat visitatiecommissies voortaan in meer bedekte termen of milder zullen gaan oordelen. Dit risico is mogelijk te ondervangen door (ook) de namen van de leden van de visitatiecommissie openbaar te maken, zoals bij visitaties in het hoger onderwijs gebruikelijk is. Als de visiteurs (zelf ook medisch specialist) hun naam verbinden aan het onderzoeksrapport zullen zij meer geneigd zijn naar waarheid te rapporteren omdat dit afstraalt op hun imago. Nog een stap verder is het aanmerken van het visiteren als een nieuwe verantwoordelijkheid van medisch specialisten, die ook onder het medisch tuchtrecht zou moeten vallen.
- Een ander bezwaar is dat het medisch specialisten kopschuw kan maken en onnodig in het defensief duwt. Vergelijk de discussie over ‘veilig incidenten melden’. De visitatie methoden zijn juist nu aan grote veranderingen onderhevig. In rap tempo worden de rapporten van de 29 wetenschappelijke verenigingen objectiever en uniformer. Het gaat gepaard met een groeiende bereidheid van specialisten hun zorgen met de commissies te delen, zodat rotte appels kunnen worden aangepakt en gemeld bij de Raad van Bestuur of zelfs de inspectie. Als de inhoud

van de visitatierapporten voor een ieder te lezen zal zijn, lopen we het risico dat dit proces in de kiem gesmoord wordt. Angst voor repercussies kan leiden tot mooiweerrapportages en brengt ons terug tot een situatie waarin disfunctioneren kan worden toegedekt totdat de situatie zo ernstig wordt dat niemand er meer omheen kan.

Beginnen met informeren systematiek

Het geheel overziende lijkt openbaarmaking van visitatierapporten op korte termijn een brug te ver. De verenigingen moeten de gelegenheid krijgen hun visitatiesysteem verder te ontwikkelen en te uniformeren. Een goede tussenoplossing vormt het besluit van de OMS, zoals opgenomen in het Visiedocument Optimaal functioneren medisch specialist, om tot breder samengestelde visitatiecommissies te komen, waarin naast de betreffende medisch specialistische ook andere disciplines vertegenwoordigd zijn.

Verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden Vereniging Medische Staf wettelijk regelen

### **Verantwoordelijkheid Vereniging Medische Staf (VMS)**

Een andere route is het formeel medeverantwoordelijk maken van de Vereniging Medische Staf in ziekenhuizen voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. De Kwaliteitswet zorginstellingen erkent alleen de RvB als verantwoordelijk orgaan van de zorginstelling. Natuurlijk hebben zorgprofessionals ingevolge de wet BIG ook een eigen verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van zorg, maar het collectief van medisch specialisten, georganiseerd in een VMS, draagt wettelijk geen enkele verantwoordelijkheid (want is non-existent volgens de wet) en is dus formeel niet aan te spreken. Dit wringt, omdat de VMS op grond van de interne reglementen juist wel de nodige verantwoordelijkheden en bevoegdheden heeft. Je zou er voor kunnen kiezen de positie (en verantwoordelijkheid) van de VMS wettelijk te regelen.

Deze verantwoordelijkheid zou dan met name moeten gaan over de opzet, uitvoering, deelname aan en resultaten van het professionele kwaliteitssysteem. De Orde van Medisch Specialisten zou hiervoor een model en toetsingskader moeten leveren. Een aanzet hiervoor is al beschikbaar in de vorm van het "Kwaliteitskader" van de Orde.

evenals de positie van de Verpleegkundige en verzorgende adviesraad

In het verlengde hiervan zou ook de positie van andere zorgprofessionals, zoals de Verpleegkundige en verzorgende adviesraad (VAR) formeler geregeld kunnen worden. Zorgverlening aan patiënten is immers een prestatie van een team van zorgprofessionals, waarin naast medisch specialisten, verpleegkundigen een substantieel aandeel hebben. Ook zij zijn medeverantwoordelijk voor de geleverde kwaliteit en veiligheid van zorg en hebben een eigen standaard voor zorgverlening. Tot op heden klinken hun opvattingen over (verbetering van) kwaliteit en veiligheid van zorg onvoldoende door in de bestuurskamer van zorginstellingen.

Ook hieraan zijn voor- en nadelen verbonden

Een nadeel van deze optie is dat hiermee de vrijheid van zorgaanbieders om zelf hun bedrijfsvoering in te richten wordt beknot. Dit kan tot problemen in de besturing leiden, gegeven de te verwachten grotere diversiteit in de wijze waarop medisch specialisten zich (gaan) organiseren (Van de Gevel, 2013). Het kan bovendien de bestuurlijke verhoudingen verder op scherp stellen: immers als wettelijk geregeld is dat het medisch stafbestuur (ook) verantwoordelijk - en dus in rechte aansprakelijk - is voor kwaliteit en veiligheid, dan zal het stafbestuur ook (meer) formele zeggenschap willen hebben. Dat kan de besturing van ziekenhuizen nog ingewikkelder maken dan nu reeds het geval is. Daar staat weer tegenover dat thans alleen de RvB verantwoordelijk is en daarbij in hoge mate afhankelijk is van de goede wil van specialist, vakgroep/maatschap en stafbestuur. Als het bestuur van de VMS formeel verantwoordelijk is voor kwaliteit en veiligheid van de professionele zorg, dan schept dat duidelijkheid en worden wederzijdse rollen en verantwoordelijkheden helder.

Als de verantwoordelijkheid van het bestuur van de VMS niet wettelijk kan worden geregeld dan is een schriftelijke overeenkomst tussen de VMS en de RvB, waarin de wederzijdse rechten en verplichtingen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden worden geregeld een alternatief. Een nadeel hiervan is dat de gemaakte afspraken de facto moeilijk afdwingbaar zijn.

### **Anticiperen op veranderende verhoudingen**

#### *Overeenkomst (regio)maatschap en ziekenhuis?*

Overeenkomsten tussen ziekenhuis en maatschap voor bepaalde tijd

De vorming van regiomaatschappen kan de governance van zorginstellingen verzwakken. Een oplossingsrichting is dat ziekenhuizen en vrijgevestigde medisch specialisten toewerken naar contracten tussen maatschap en ziekenhuis (in plaats van of naast de individuele toelatingsovereenkomsten). Er ontstaat zo een zakelijke en professionele inkooprelatie tussen de regiomaatschap als leverancier en het ziekenhuis als afnemer op basis van service level agreements (SLA). Het biedt raden van bestuur de mogelijkheid ook vrijgevestigde specialisten te binden die niet aan de eigen ziekenhuisorganisatie zijn verbonden, maar wel aan de contracterende maatschap.

zodat periodieke evaluatie en onderhandeling over voortzetting mogelijk wordt

De RvB moet de mogelijkheid krijgen om een contract voor bepaalde tijd (bijvoorbeeld vijf jaar) aan te gaan met een maatschap en daarbij naast prijs- ook expliciete kwaliteitscriteria op te leggen. Er ontstaat dan voor de RvB de mogelijkheid om, net zoals het geval is bij loondienst, periodiek een besluit te nemen tot het al dan niet voortzetten van de relatie op geleide van een toetsing van de kwaliteit van geleverde zorg. Daarmee kan een einde worden gemaakt aan de moeizame en risicovolle onderneming om een bestaande

toelatingsovereenkomst (die voor onbepaalde tijd is aangegaan) te beëindigen. Dit vergt overigens wel een transparant en stevig kwaliteitsbeoordelingsinstrument: openbare visitaties en kaders over hetgeen daarin moet staan, horen daarbij.

*(Mede) eigenaarschap medisch specialisten*

Mogelijk nadeel van de voorgaande optie is dat het ziekenhuis hiermee zijn core business outsourced. Dit kan risico's met zich meebrengen en vergt tenminste dat de SLA's in een vorm van co-makership tot stand komen. Je zou ook juist de andere kant op kunnen gaan en trachten te komen tot een verdergaande integratie van medisch specialisten en ziekenhuis.

Mede-eigenaarschap van medisch specialisten leidt tot meer integratie

Een manier om te zorgen voor gelijk gestelde belangen is om medisch specialisten (mede-)eigenaar te maken van het ziekenhuis. Het *doctor's owned hospital* als middel om de governance te versterken. Een recent voorbeeld in Nederland is het Langeland ziekenhuis, waar specialisten voor 20% mede-eigenaar van het ziekenhuis worden. In de Verenigde Staten kent men dit fenomeen al langer.

Bij eigenaarschap hebben specialisten meer belang bij een goed resultaat van het ziekenhuis als geheel. De betrokkenheid van specialisten bij het ziekenhuis zal groter worden. Zij zullen elkaar eerder aanspreken op kwaliteit en veiligheid en eerder geneigd zijn tot samenwerken. Hoe groter de groep zal zijn, hoe minder groot deze betrokkenheid waarschijnlijk zal zijn.

Hoe doen doctor's owned hospitals het eigenlijk in de Verenigde Staten? Er lijkt enig bewijs te zijn dat ze tot betere kwaliteit leiden. Zo kregen ziekenhuizen in eigendom van dokters vaker een bonus op basis van kwaliteitsprogramma's vanuit Medicare, dan ziekenhuizen in eigendom van de overheid en de niet op winst gerichte safety-net hospitals. Negen van de tien ziekenhuizen met de hoogste kwaliteitsbonussen waren eigendom van dokters. Het gaat hier dan vaak om kleine gespecialiseerde ziekenhuizen met een beperkt aantal bedden.

maar kent ook risico's

Gegeven dit succes is het opvallend dat de Amerikaanse overheid juist ziekenhuizen in eigendom van artsen wil terugdringen. De belangrijkste reden is de vrees dat een verdere expansie de zorgkosten zullen opdrijven. Ten eerste doordat deze ziekenhuizen zich vooral richten op gezonde en rijke patiënten. Ten tweede door dat deze ziekenhuizen meer en luxere zorg leveren dan strikt noodzakelijk is. De discussie of deze vrees terecht is, of dat doctor's-owned hospitals het gewoon beter doen, lijkt nog niet beslecht.

Naast de voordelen moeten we dus ook oog hebben voor de potentiële nadelen. Hoe groot deze nadelen zijn zal ook afhankelijk zijn van de prikkels die in het stelsel zitten.

## 5.4 Patients governance

De informatiepositie van patiënten verandert snel

Een belangrijke ontbrekende factor in de governance van kwaliteit en veiligheid van zorg is de patiënt of cliënt: de ervaringsdeskundige bij uitstek. De informatiepositie van patiënten verbetert de laatste jaren in ras tempo, onder invloed van een aantal ontwikkelingen:

- de opkomst en verbreiding van digitale patiëntendossiers (EPD, PHR), waardoor patiënten gemakkelijker toegang hebben tot hun medische gegevens en ook relevante informatie kunnen toevoegen aan hun dossier of kunnen voorleggen aan de zorgverlener;
- de opkomst van social media, die het gemakkelijker maakt gezondheidsinformatie te vinden en met anderen te kunnen bespreken (lotgenoten, patiëntenorganisaties, zorgaanbieders);
- het ontsluiten van professionele standaarden en richtlijnen, waardoor medische informatie ook voor niet-deskundigen begrijpelijk wordt (zie bijvoorbeeld de diabetes zorgwijzer type 2, van de Diabetes Vereniging Nederland);
- de ontwikkeling van ketenzorg en andere vormen van interdisciplinaire samenwerking tussen zorgverleners, waardoor meerdere zorgverleners ‘meekijken’ in het patiëntendossier van een individuele zorgverlener en deze informatie bespreken met patiënten;
- de invoering van een wettelijke verplichting voor zorgaanbieders in de langdurige zorg tot het opstellen van een zorg-/leefplan.

Deze ontwikkelingen kunnen leiden tot het doorbreken van de beslotenheid van de spreekkamer. Dit is primair gunstig voor de emancipatie en betrokkenheid van patiënten bij de behandeling. Deze veranderende relatie biedt echter ook aanknopingspunten voor kwaliteitsbeleid en kostenbeheer door bestuur en toezicht van zorginstellingen.

en stelt hen in staat te beoordelen of zorg van goede kwaliteit geleverd wordt

Patiënten hebben in toenemende mate toegang tot de vigerende professionele richtlijnen en standaarden en tot hun eigen medische dossier of zorgplan. Dit stelt hen niet alleen in staat om beter te participeren in de behandeling, maar vooral ook om te beoordelen of de voorgestelde en/of geleverde diagnostiek en behandeling ‘goed’ is, dat wil zeggen: in overeenstemming met de professionele standaard of richtlijn. Dit geeft de patiënt letterlijk iets in handen, dat hij kan toetsen of kan laten toetsen (door middel van een

second opinion) en - wanneer de zorgverlening onder de maat is - kan gebruiken om de zorgverlener of de zorginstelling aan te spreken.

Wat bijvoorbeeld, als patiënten van de Twentse neuroloog inzage in hun medische dossier hadden gehad? Het zou hen zijn opgevallen dat de gestelde diagnose niet werd ondersteund en soms zelfs werd tegengesproken door aangevraagd hulp-onderzoek; of het was hen opgevallen dat de neuroloog uitslagen van tests vermeldde die nooit bij hen waren afgenomen (MMSE). Maar vooral was opgevallen dat de dossiers slecht werden bijgehouden en dat er nauwelijks correspondentie met de huisarts was. Patiënten hadden in dat geval (tijdig) aan de bel kunnen trekken; in eerste instantie door de neuroloog hierop aan te spreken of hun vragen en twijfels te bespreken met de huisarts. Wanneer dit geen bevredigend resultaat had opgeleverd, hadden zij in tweede instantie een klacht kunnen indienen en deze klacht bovendien kunnen staven. Daarmee was het disfunctioneren van deze medisch specialist ongetwijfeld eerder aan het licht gekomen en had het een halt kunnen worden toegevoerd.

Zorginstellingen moeten hiervan structureel gebruik maken

De zorginstelling kan hierin ook zelf het initiatief nemen, door (steekproefsgewijs) de ervaringen van patiënten te toetsen aan de vigerende standaarden en richtlijnen. Zoals eerder gesteld leent de patient tracer systematiek zich bij uitstek hiervoor.

In de langdurige zorg dient de ervaring van cliënten structureel te worden ingebed in het kwaliteitssysteem. Een aansprekend voorbeeld vormt het recent ontwikkelde Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. De kwaliteit van zorg en ondersteuning wordt gemeten door middel van kerngegevens op cliëntniveau verzameld door professionals en cliëntervaringen van cliënten en cliëntensysteem. De uitkomsten worden gebruikt voor verbetering van de kwaliteit. Hierbij wordt zowel aandacht geschonken aan de ervaren kwaliteit van bestaan, als aan de kwaliteit en de veiligheid van de zorg.

## 5.5 Cultuur

Wat weten we over de invloed van cultuur op kwaliteit en veiligheid?

Dat cultuur er toe doet als het gaat om kwaliteit en veiligheid in de zorg wordt breed gedragen. Maar aan de slag gaan met cultuur is in de praktijk lastiger. Er zijn - ook voor de zorg - verscheidene instrumenten beschikbaar die alle verschillen in welke aspecten van cultuur zij meten (zie voor overzichten Ouwens, Bosch en Wenting, 2012 en Doorten en Vermeer, 2013). Er ontbreekt op dit moment nog een duidelijk wetenschappelijk bewijs voor een sterke relatie



tussen cultuur in organisaties en aspecten van zorgverlening en patiëntuitkomsten (Ouwens et al, 2012). Wel komt uit onderzoek naar organisatie management in zijn algemeenheid naar voren dat de meest succesvolle organisaties goed scoren op ‘zachte’ kenmerken zoals hoge inzet van medewerkers, betrokkenheid en vakmanschap. Andere ‘zachte’ aspecten die genoemd worden - maar waar minder bewijs voor is - zijn: integer en coachend management en een open en actiegerichte cultuur binnen de organisatie.

Toch zijn er wel aanwijzingen waar het bij cultuur om gaat. En misschien moeten we cultuur niet ook in afvinklijstjes willen vangen, maar er wel oog voor hebben. Waar moeten we dan op letten? We behandelen hierna twee (oplossings)richtingen waarin we het moeten zoeken.

### *Samenwerken - aanspreken - leren*

Een ‘lerende’ cultuur is belangrijk

Een belangrijke conclusie uit de gehouden diepte-interviews die de RVZ hield met mensen die zich elke dag in het zorgproces bewegen - zowel in de cure als in de care - is dat hooggespecialiseerde afdelingen (neonatologie, intensive care) het wat betreft een aanspreekcultuur beter lijken te doen, wellicht doordat daar minder hiërarchie is tussen artsen en verpleegkundigen (Doorten en Vermeer, 2013). Volgens de respondenten heeft dat vooral te maken met het feit dat verpleging een hoog opleidingsniveau heeft en dat de dokters meer dan op andere afdelingen moeten vertrouwen op de beoordelingen van de verpleging. Op deze afdelingen signaleren medewerkers zelf verbetermogelijkheden, nemen hiertoe zelf het initiatief en kunnen ook werkelijk veranderingen teweeg brengen, die door het hele team gedragen worden. Er heerst een lerende cultuur en medewerkers hebben het idee dat hun systeem voor kwaliteit en veiligheid echt van henzelf is.

Er zijn instrumenten om een veiligheidscultuur te bevorderen

Een hulpmiddel voor het bevorderen van een lerende cultuur kan zijn een Instrument voor Zelf Evaluatie van de Patiëntveiligheidscultuur (IZEP, NIVEL, 2006). Dit instrument geeft medewerkers inzicht in patiëntveiligheid, maakt het onderwerp bespreekbaar en biedt mogelijkheden om de veiligheidscultuur te versterken. Het instrument heeft ten doel de veiligheidscultuur op een afdeling in kaart te brengen, er over te discussiëren en vervolgens aangrijpingspunten voor verbetering te kiezen. ‘Understanding your culture’ is gebaseerd op de gedachte dat een veiligheidscultuur evolueert via vijf cultuurniveaus. Te beginnen bij een ontkennende cultuur en dan via respectievelijk, een reactieve, bureaucratische, en proactieve cultuur naar een vooruitstrevende veiligheidscultuur.

De patient tracer-systematiek is veelbelovend

Daarnaast biedt het gebruik van de patient tracer-systematiek ook hier mogelijkheden: door het centraal stellen van een patiënt of cliënt wordt de hele weg ervan gevolgd, van binnenkomst tot vertrek. Consequentie hiervan is dat meer dan de helft van de tijd die wordt besteed aan audits plaatsvinden op de werkvloer in de nabijheid van de te volgen patiënt of het product. De gesprekken die plaatsvinden worden gevoerd met de medewerkers die daadwerkelijk bij de zorgverlening waren betrokken. Er wordt niet gezocht naar fouten noch is er sprake van een peer-review door de auditor, hij of zij is slechts op zoek naar het professionele oordeel van degene die een bepaalde handeling heeft gedaan. Door deze bevindingen op te schrijven ontstaat ook een klimaat waarin het mogelijk is om aan te geven wat er volgens 'de werkvloer' verbeterd zou kunnen worden. Tegelijkertijd wordt getoetst in hoeverre het protocol aansluit bij de behandeling zoals die is uitgevoerd.

Doordat de systematiek uitgaat van de nadrukkelijke medewerking van medewerkers wordt veel aandacht besteed aan het informeren en trainen van medewerkers in de uitvoering ervan. Door medewerkers op een dergelijke actieve manier te betrekken wordt gestimuleerd dat zij frequenter nadenken over hoe ze hun werkzaamheden uitvoeren en of deze wellicht verbeterd kunnen worden. Hierdoor ontstaat een cultuur waarin continue verbetering centraal staat.

#### *Bestuur - structuur - cultuur en compliance*

Cultuur komt op verschillende manieren tot uiting

Uit de gehouden diepte-interviews blijkt dat cultuur overal anders is (Doorten en Vermeer, 2013). Er is niet één optimale cultuur, cultuur moet worden gezien in samenhang met de organisatie, met de wijze van bestuur of leiderschap gevat in de kernwaarden van een instelling en de structurele aspecten rondom kwaliteit en veiligheid. Het gaat om de interactie tussen bestuur, structuur en cultuur. Organisatiecultuur is het samenspel van deze elementen.

Organisatiecultuur komt tot uiting in drie te onderscheiden elementen: voorbeeldgedrag, symbolen en beslissingen en systemen en structuren. Voorbeeldgedrag is het gedrag van de leiding en medewerkers onderling. Een voorbeeld: Hoe wordt omgegaan met gemaakte fouten of in hoeverre staat men open voor kritische vragen? Symbolen zijn beslissingen die genomen worden over tijd, geld of andere schaarse middelen. Een voorbeeld: Welk punt valt altijd van de agenda af? Of: wie wordt er gepromoveerd? Systemen en structuren binnen een organisatie zijn bijvoorbeeld de regels en de codes, het beloningssysteem, het kwaliteitssysteem, de organisatiestructuur en interne controlemaatregelen (PwC, 2011).

Samenhang tussen formele en informele boodschappen is nodig

De samenhang in formele en informele boodschappen is lang niet altijd aanwezig: de formele kwaliteitssystemen worden op de werkvloer in een aantal gevallen als administratieve ballast ervaren en niet als bijdragend aan veilige zorg; ze worden gevoeld als motie van wantrouwen en lijken van hogerhand opgelegd. Informeel ontbreekt het vaak aan een open en lerende cultuur waarin men elkaar kan aanspreken. De formele en informele boodschappen ondersteunen elkaar dan niet.

Op zoek gaan naar een optimale wisselwerking tussen formele en informele aspecten van cultuur levert een palet aan werkzame bestanddelen op die er blijkbaar toe doen, zoals de mate van hiërarchie op een afdeling; het hebben of ontwikkelen van een door de werkvloer gedragen formeel kwaliteitssysteem; de mate van samenwerking in teams waarbij mensen elkaar durven aanspreken; personeelsbeleid gericht op een lerende cultuur; voorbeeldgedrag van leidinggevend en Raad van Bestuur en het bevorderen van kleinschalige bottom-up verbeterprojecten per afdeling. De samenhang tussen deze aspecten moet consistent zijn. Dus juist ook de interne consistente - of omgekeerd de discrepanties - tussen de aspecten zijn een maat voor een gezonde veiligheidscultuur.

En er moet oog zijn voor de naleving van regels en afspraken

Daar komt bij dat er vaak wel regels zijn, maar dat het - misschien juist door de hoeveelheid ervan - schort aan een cultuur om die regels ook na te leven. Wanneer een systeem - zoals een kwaliteitsstelsel in de zorg - niet goed werkt - kan het zijn dat er iets schort aan het systeem zelf. Het kan ook zo zijn dat de mensen die met het systeem werken dat niet goed doen. Bij het laatste gaat het om compliance. De term compliance vindt zijn oorsprong in de financiële sector en houdt in dat een persoon of organisatie werkt in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving, als ook het werken volgens de normen en regels van de instelling zelf. Het gaat dan om het nakomen van normen (of het zich er naar schikken) en gaat dus ook over cultuur. Financiële instellingen hebben een *compliance*regeling. Deze regeling bevat voorschriften waaraan de in de instelling werkzame personen zich dienen te houden, maar ook voorschriften omtrent de wijze van controle op de naleving van die voorschriften.

Zorginstellingen moeten de compliancefunctie beleggen

Ook in de zorg is er in toenemende mate aandacht voor compliance. Zo heeft ActiZ een *Handboek compliance* opgesteld, waarin vooral veel aandacht wordt besteed aan het naleven van mededingingsregels en het vergroten van het maatschappelijk vertrouwen, maar waarin ook gesignaleerd wordt dat compliance diverse raakvlakken heeft met risico- en veiligheidsmanagement (ActiZ, 2011). Daarnaast is deze zomer de Vereniging voor Compliance in de Zorg opgericht (Zorgvisie, 13 juli 2013). Hoewel in eerste instantie

met het oog op wet- en regelgeving ten aanzien van bijvoorbeeld mededinging, bedrijfseconomische aspecten en privacy, zou compliance ook een rol moeten spelen bij kwaliteit en veiligheid. De vereniging stelt dat om compliance te bereiken het essentieel is dat binnen de organisatie een cultuur van compliance ontstaat, liefst met de ondersteuning van het bestuur en de toezichthouders.

met aandacht voor integrale risico-analyse

In navolging van grote industriële bedrijven en banken zou een systematische en integrale risico-analyse vast onderdeel moeten zijn van de compliancefunctie. Deze functie zou een rechtstreekse relatie naar zowel de RvB als de RvT moeten hebben. Hierdoor wordt het mogelijk niet alleen achteraf maar vooral proactief potentiële bedreigingen van de kwaliteit en veiligheid op het spoor te komen.

## 5.6 Conclusies

Verskillende oplossingsrichtingen

Voor de geschetste tekortkomingen zijn verschillende oplossingsrichtingen gepresenteerd met voor- en nadelen. Kwaliteit moet anders worden gemeten, waarbij een belangrijk uitgangspunt is dat prestatie-indicatoren functie en betekenis hebben voor de dagelijkse praktijk en het eigen kwaliteitssysteem van zorginstellingen; het professionele kwaliteitssysteem moet dus geïntegreerd worden in het ziekenhuissysteem en de ervaringsdeskundigheid van patiënten moet structureel benut worden voor de beoordeling en verbetering van de kwaliteit van zorg. Voorts dient structurele aandacht voor de organisatiecultuur te worden ingebed in het instellingsbrede kwaliteitssysteem.

die samenkomen in de patient tracer-systematiek

In het gebruik van de patient tracer systematiek komen alle genoemde oplossingsrichtingen samen.

Deze oplossingsrichtingen bieden aanknopingspunten voor het bestuur en het interne toezicht van zorginstellingen om hun respectievelijke verantwoordelijkheden voor kwaliteit en veiligheid beter te kunnen waarmaken. In het volgende en tevens slothoofdstuk geeft de Raad hiervoor concrete aanbevelingen.





# 6 Conclusies en aanbevelingen

## 6.1 Inleiding

Er is toenemende druk op de governance van zorginstellingen

In dit advies stond de vraag centraal of het bestuur en interne toezicht hun verantwoordelijkheden voor kwaliteit en veiligheid waar kunnen maken, nu en in de toekomst. Deze vraag is vooral nu actueel omdat de politiek aandringt op het aanscherpen van de eisen die aan bestuur en toezicht gesteld worden, als ware het dat hiermee garanties geboden kunnen worden voor kwaliteit en veiligheid van zorg.

Wij inventariseerden welke ontwikkelingen zich afspelen rond de sector en wat de impact daarvan zal zijn op de governance van zorginstellingen. We constateerden dat die ontwikkelingen de druk op governance alleen maar zullen doen toenemen.

Wij stelden ook vast dat de centrale vraag in dit advies een analyse van binnen uit vergt: hoe sturen raden van bestuur op kwaliteit en veiligheid; hoe functioneren de vigerende kwaliteitssystemen en leveren zij de informatie op die nodig is om te kunnen sturen en te borgen? In onze analyse zijn we gestuit op een aantal tekortkomingen in de wijze waarop zorginstellingen (kunnen) sturen op kwaliteit en veiligheid.

Wij besluiten dit advies met onze conclusies en aanbevelingen.

## 6.2 Conclusies

Kunnen het bestuur en intern toezicht deze druk aan?

Kunnen raden van bestuur en raden van toezicht hun verantwoordelijkheden voor kwaliteit en veiligheid van zorg waarmaken, nu en in de toekomst?

en wat is daarvoor nodig?

Zorginstellingen verkeren in turbulent vaarwater, waarin veel zekerheden verdwijnen en plaatsmaken voor een strijd om het voortbestaan; het vergt veel stuurmanskunst daarin te navigeren. Het risico is groot dat de aandacht voor kwaliteit en veiligheid hierdoor in het gedrang komt. Dit klemmt temeer omdat de druk van buitenaf om kwaliteit en veiligheid van zorg inzichtelijk te maken en te borgen toeneemt. Juist in deze onzekere tijden zijn kwaliteit en veiligheid van zorg en de transparantie daarvan datgene wat houvast kan geven aan alle betrokkenen: aan de

patiënt, om weloverwogen keuzes te kunnen maken en om weer vertrouwen te kunnen hebben; aan de zorgverzekeraar, om goed in te kunnen kopen; aan de financiers, om zekerheidsstelling te verkrijgen voor geïnvesteerd vermogen en aan de politiek om het publieke belang goed geborgd te weten; en aan zorgaanbieders om de dienstverlening te kunnen continueren en vertrouwen te herwinnen.

Niet: meer eisen aan bestuur en toezicht

Om dit te bereiken is een andere weg aangewezen dan het aanscherpen van de eisen die aan het bestuur en interne toezicht gesteld worden.

Wat maakt het zo moeilijk om te sturen op kwaliteit en veiligheid en om kwaliteit transparant te maken? De transparantie over kwaliteit en veiligheid van zorg die thans gecreëerd wordt op basis van een ongebreidelde lijst van vooral extern gedreven prestatie-indicatoren en omvangrijke accreditatietrajecten geeft een schijnwerkelijkheid weer. Hierin speelt mee dat het professionele kwaliteitssysteem niet is geïntegreerd in het instellingsbrede kwaliteitssysteem, waardoor dit systeem niet sluitend is. Verder wordt de ervaringsdeskundigheid niet voldoende benut bij toetsing en verbetering van kwaliteit en veiligheid. En tenslotte is (verbetering van) de organisatiecultuur geen onderdeel van het kwaliteitssysteem, terwijl cultuur een belangrijke graadmeter is om vast te kunnen stellen of een organisatie van fouten leert en werkt aan continue kwaliteitsverbetering.

maar anders borgen van kwaliteit en veiligheid

De Raad stelt daarom een andere wijze voor om kwaliteit te meten en te borgen, aan de hand waarvan zowel interne als externe belanghebbenden van een zorginstelling kunnen beoordelen of de zorgaanbieder garant staat voor kwalitatief goede en veilige zorg. Hierin hebben zowel harde als zachte elementen, waaronder de organisatiecultuur, en ervaringsdeskundigheid een plaats.

Dit is de kern

In essentie gaat het om het volgende:

- inperking van het aantal (van buitenaf opgelegde) prestatie-indicatoren; vervanging door vanuit de zorgpraktijk zelf voortkomende indicatoren;
- integratie van het professionele en het instellingsbrede kwaliteitssysteem;
- versterking van patients governance, zowel op individueel als collectief niveau;
- aandacht voor naleving van formele en informele regels gericht op continue kwaliteitsverbetering.

In volgende paragraaf geeft de Raad aanbevelingen om dit te bereiken.



Daarnaast: meer verbinding met stakeholders

Zal dit voldoende zijn om de druk van buiten te weerstaan c.q. het vertrouwen te herwinnen? De Raad verwacht dat stakeholders meer zeggenschap willen en dat zorginstellingen hierop vroeg of laat moeten inspelen.

en dus een Raad van Toezicht 'nieuwe stijl'

Hier is een rol weggelegd voor de 'RvT nieuwe stijl'.

Het intern toezicht van zorginstellingen heeft, vindt de Raad, binnen de besturing van instellingen als maatschappelijke taken:

- in de instelling 'tegenmacht' te creëren ten opzichte van de Raad van Bestuur en ander interne organen en
- de buitenwereld naar binnen te brengen, dat wil zeggen de belangen van externe en legitieme stakeholders een stem te geven binnen de instelling
- de behartiging van de publieke belangen

Als een instelling ervoor kiest de stichtingsvorm te handhaven, zullen deze taken meer accent moeten krijgen om het 'democratisch tekort' dat nu eenmaal eigen is aan deze rechtspersoon te compenseren. De Raad concludeert op basis van zijn governance scan (de enquête) dat Raden van Toezicht hierin moeten groeien. De indruk bestaat dat de belangen van de externe stakeholders onvoldoende borging krijgen in de praktijk van het intern toezicht. Dat lijkt primair intern georiënteerd te zijn. Raden van Toezicht zouden een onafhankelijker positie moeten innemen ten opzichte van de op instandhouding gerichte belangen in de instelling. Dat vereist in ieder geval een eigen visie op de bronnen van toezichtinformatie, op de externe communicatie en op (het meten van) kwaliteit en veiligheid. Verder zal er een verplicht scholingsprogramma moeten zijn voor leden van raden van Toezicht van zorginstellingen. De indruk bestaat dat de combinatie van stichtingsvorm en two tier-systeem in de bestaande situatie onvoldoende waarborgen bevat voor het publiek belang. De Raad concludeert dat de transitie in de zorgsector en de effecten daarvan een nieuwe stijl Raad van Toezicht vereisen. Omdat dit een aanzienlijke verzwaring van taken met zich meebrengt, zal hier een passende honorering tegenover moeten staan.

## 6.3 Aanbevelingen

De aanbevelingen

De Raad geeft de volgende aanbevelingen.

### 1. Meten van kwaliteit

Alleen indicatoren die aansluiten bij de praktijk;

- Zorginstellingen en professionals moeten indicatoren ontwikkelen, die aansluiten bij de dagelijkse zorgpraktijk en dus bruikbaar zijn in het instellingsbrede kwaliteitssysteem en die van daaruit tevens gebruikt kunnen worden voor externe

op geleide van de patient tracer-systematiek

verantwoording (“*van binnen naar buiten*”). Zij doen dit op geleide van de patient tracer-systematiek, waarin de route die een patiënt of cliënt volgt door het zorgproces uitgangspunt is. Daar waar mogelijk verbinden zij hier uitkomstindicatoren aan.

- Zij betrekking hierin patiënten en patiëntenorganisaties en leggen verbinding met de patiëntenwijzers die zij ontwikkelen en ontwikkeld hebben
- Het Kwaliteitsinstituut neemt hierin het initiatief, door de betrokken partijen met elkaar om tafel te krijgen, en hen te faciliteren/ondersteunen.
- Het Kwaliteitsinstituut dient op geleide van de ontwikkeling van de voorgestelde indicatoren (van binnen naar buiten) te bepalen welke - van buitenaf opgelegde - indicatoren geschrapt kunnen worden. Betrokken partijen verlenen hiertoe mandaat aan het Kwaliteitsinstituut en committeren zich aan de besluiten van het Kwaliteitsinstituut ter zake.

Andere indicatoren schrappen

Professioneel kwaliteitssysteem integreren in instellingsbrede kwaliteitssysteem

## 2. Professionals governance

- De beroepsorganisaties moeten hun professionele kwaliteitssysteem verder uitontwikkelen. Zij dienen - in het licht van de aanbevelingen onder 1 - met name een normenkader op te stellen over de wijze waarop zij meten wat de resultaten zijn van hun dienstverlening, alsmede over de wijze waarop en in welke frequentie zij hierover verantwoording afleggen. Zij bewerkstelligen dat deelname aan dit professionele kwaliteitssysteem (inclusief de verantwoording daarover) verplicht is.
- De brancheorganisaties nemen de verplichtingen die uit het professionele kwaliteitssysteem voortvloeien voor zorgprofessionals op in de zorgbrede governancecode, waardoor het bindende karakter wordt versterkt.
- De overheid stelt in overleg met betrokken partijen een termijn vast waarop bovenstaande gerealiseerd moet zijn. Indien zonder gegronde reden resultaat uitblijft, bewerkstelligt zij dat IGZ en/of het Kwaliteitsinstituut in de plaats kunnen treden van de beroepsorganisaties.
- De wetenschappelijke verenigingen dienen zich te committeren aan een streven om op termijn de kwaliteitsvisitaties openbaar te kunnen maken door middel van een publieksversie, waarin de aanpak en de resultaten beknopt staan weergegeven. Het Kwaliteitsinstituut dient de verenigingen hierin te faciliteren.
- De wetenschappelijke verenigingen verbinden zich voorts de voor medisch specialisten verplichte kwaliteitsvisitaties volgens een vast format uit te voeren, conform het besluit dat zij recent hierover samen met de OMS hebben genomen. Zij geven hierbij een termijn aan waarop de uniformering van de verschillende visitatiesystemen van wetenschappelijke verenigingen gerealiseerd zal zijn en maken de systematiek openbaar.

Positie en verantwoordelijkheden  
zorgprofessionals regelen

- Tevens verbreden zij de samenstelling van visitatiecommissies met tenminste een deskundige met een niet-medische inhoudelijke achtergrond. Zij maken de namen van de leden van visitatiecommissies openbaar.
- De minister van VWS neemt in overweging om de positie, taken verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de Vereniging Medische Staf wettelijk te regelen
- Zorginstellingen regelen de positie, taken verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de Verpleegkundige en verzorgende adviesraad in de interne reglementen van de instelling.
- Ziekenhuizen sluiten voortaan in voorkomende gevallen overeenkomsten met (regio)maatschappen (naast de individuele toelatingsovereenkomsten). Zij bewerkstelligen daarbij dat de overeenkomsten voor bepaalde tijd worden aangegaan, zodat periodieke besluitvorming over het al dan niet verlengen van de samenwerking op basis van geëxpliciteerde prijs- en kwaliteitscriteria mogelijk wordt.

Mede-eigenaarschap stimuleren

- Om te anticiperen op veranderende verhoudingen stimuleren de minister van VWS en de zorgaanbieders mede-eigenaarschap van medisch specialisten andere professionals en stakeholders. De ontwikkelingen in de omgeving waarin zorginstellingen moeten opereren geven niet alleen druk op de instellingen om zichtbaar te maken dat zij instaan voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg die zij leveren; het noodzaakt hen ook tot het maken van keuzes en het aangaan van strategische allianties. Tegelijkertijd komt vanuit de maatschappij nadrukkelijker de roep om meer betrokkenheid en meer zeggenschap van stakeholders bij de zorginstelling en de strategische keuzes die zij maakt. Dat zijn inkopers en financiers/investeerders, maar ook de klanten. Onder invloed van deze ontwikkelingen zullen zorginstellingen vaker kiezen voor een rechtsvorm waarmee ze zowel privaat kapitaal kunnen aantrekken als tegemoet kunnen komen aan de behoefte van stakeholders aan zeggenschap over de (strategische koers van de) zorgonderneming. De meest voor de hand liggende rechtsvormen daarvoor zijn de BV en de coöperatie.

In een aantal andere deelsectoren van de zorg zien we deze ontwikkeling al langer. Maar ook in de curatieve zorg winnen de zorgcoöperatie en de kapitaalvenootschap terrein.

van medisch specialisten

Participatie van medisch specialisten in de eigendomsstructuur maakt hun inkomsten mede afhankelijk van het totale exploitatieresultaat van de ziekenhuisorganisatie. In plaats van een (latent) belangenconflict in de huidige duale organisatiestructuur resulteert dit maatschappelijk ondernemingsmodel in een belangengemeenschap van ziekenhuis en medisch staf die ook de betrokkenheid en het commitment

van de individuele specialisten sterk zal (kunnen) bevorderen (Houwen, 2011).

maar ook van andere stakeholders

De financiële deelneming en/of het lidmaatschap hoeft echter geenszins beperkt te blijven tot medisch specialisten. Deze rechtsvormen bieden ook andere stakeholders mogelijkheden om (financieel) deel te nemen.

- Bijkomend voordeel van deze rechtsvormen is dat daarmee ook een einde gemaakt kan worden aan het veelbesproken ‘verantwoordingsvacuüm van de RvT (waarbij de vraag is aan wie de RvT nu eigenlijk verantwoording aflegt): Bij een BV en een coöperatie berust de ‘hoogste zeggenschap’ bij de Algemene vergadering van aandeelhouders (AVA) resp. de Algemene Ledenvergadering (ALV). De Raad van Commissarissen wordt benoemd door en legt verantwoording af aan AVA of ALV.

### **3. Patients governance**

Patiënten betrekken in kwaliteitssysteem

- Zorginstellingen betrekken patiënten, zowel individueel als collectief (cliëntenraden, patiëntenorganisaties) actief in de verbetering van kwaliteit en veiligheid, bij voorkeur door gebruik te maken van de patient tracer-systematiek om kwaliteit van zorg te beoordelen.

### **4. Cultuur**

Veiligheidscultuur stimuleren

- Zorginstellingen stimuleren actief (het ontstaan van) een patiëntveiligheidscultuur. Zij hebben oog voor de samenhang van boodschappen vanuit bestuur, structuur en cultuur en formuleren samen - met de hele instelling - kernwaarden die voor de organisatie leidend (moeten) zijn.
- Zij besteden daarnaast structureel aandacht aan de cultuur binnen verschillende vakgroepen en/of afdelingen en hebben in het bijzonder oog voor de mate van hiërarchie op een afdeling. Raden van bestuur spannen zich in om de invloed van de hiërarchische verhoudingen te doorbreken door de ervaring en visie van jongere professionals en verpleegkundigen meer te benutten.
- Zorgprofessionals voegen cultuur als onderwerp standaard toe aan kwaliteitsvisitaties, zoals de Nederlandse Internisten Vereniging doet aan de hand van de Team Climate Inventory (TCI). Een consequentie hiervan kan zijn dat in breder samengestelde visitatiecommissies naast vakgenoten ook deskundigen deelnemen die inzicht hebben in cultuur.
- Zorginstellingen maken gebruik van een cultuurladder zoals beschreven in het Instrument voor Zelf Evaluatie van de Patiëntveiligheidscultuur (IZEP) om de ontwikkeling hierin voor medewerkers zichtbaar te maken.

- Zorginstellingen benutten de intrinsieke motivatie van zorg-professionals om de kwaliteit van zorg continu te verbeteren en van fouten te willen leren door de patient tracer systematiek te implementeren en door medewerkers op afdelingen verantwoordelijk te maken voor de *compliance* van een afdeling.
- Zij maken een systematische en integrale risico-analyse vast onderdeel van de compliancefunctie en zorgen ervoor dat deze functie rechtstreekse relatie heeft met zowel de RvB als de RvT. Het Kwaliteitsinstituut ondersteunt instellingen hierbij door op basis van reeds beschikbare modellen hiervoor een passend model te ontwikkelen.
- Zorginstellingen en de wetenschap slaan de handen ineen om meer inzicht te krijgen in de relatie tussen cultuur en kwaliteit en veiligheid; zij ondernemen onderzoek om verder te ontrafelen welke cultuurelementen er toe doen als het gaat om kwaliteit en veiligheid.

## 5. Ontwikkeling governance; aandachtspunten voor de toekomst

De Raad heeft zijn visie op de toekomstige ontwikkeling van zorginstellingen geschetst. Uiteraard is en blijft het aan de instellingen zelf te kiezen voor een passende organisatiestructuur.

Een ander pro-actiever intern toezicht

Als instellingen de stichtingsvorm behouden zal de RvT naar een volgende fase van toezicht moeten (zie Schraven over vier fasen van toezicht). Naast gedegen functionele kenniscompetenties van belang voor de zorg, zullen zij meer dan voorheen een stevige en evenwaardige sparringpartner voor de Raad Bestuur moeten zijn. Die staat immers voor bestuurlijk complexe vraagstukken met tegenstrijdige belangen in een maatschappelijk en politiek onzeker klimaat. Bestuurders hebben meer behoefte aan toezichthouders die de nieuwe werkelijkheid die zich aandient en de betekenis voor governance zien. Zij moeten zich nadrukkelijker oriënteren op de diverse stakeholders en hun belangen; ze moeten de buitenwereld naar binnen halen.

Als deze enquête dienst kan doen als (een aanzet voor een) governancescan, wat is dan de diagnose? Dat is deze. Binnen de governance van zorginstellingen, heeft het intern toezicht zich als onderdeel van de besturing van de instelling op een aantal punten goed ontwikkeld. Zelfregulering speelde hierbij een belangrijke rol. Dat is bewonderenswaardig, maar niet genoeg. De uitdagingen waarvoor de zorgsector staat vereisen een intern toezicht dat een ander gezicht krijgt:

- extravert en in dialoog met de buitenwereld,
- een onafhankelijk oog op publieke belangen, ook als het gaat om de collectieve zorguitgaven,

- met als meetlat de maatschappelijke performance van de instelling in zijn regio,
- en het patiëntperspectief, inclusief de participatie van de patiënt, als leidend beginsel.

Op deze manier zal het intern toezicht van zorginstellingen beter dan nu het geval is in staat zijn een actieve rol te spelen in de borging van de publieke belangen.

De Raad beveelt de minister aan in het kader van het wetgevings-traject Goed Bestuur met de sector via de NVTZ bindende afspraken te maken over het intern toezicht van zorginstellingen. De kern van deze afspraken moet bestaan uit een nieuwe praktijk van het two tier-systeem. Dat moet een aan de transities in de zorg aangepaste pro-actieve invulling zijn van het intern toezicht. Sleutelbegrippen daarin:

- de twee-eenheid van governance en zeggenschap,
- de zichtbare balans tussen instellingsgebonden en publieke belangen en de verantwoording daarover,
- het mobiliseren van ‘tegenmacht’ binnen de instelling (onafhankelijkheid van intern toezicht),
- interactie met de ‘werkvloer’ en betrokkenheid bij het belang van patiënt en professional,
- communicatie met externe stakeholders,
- systematische ontwikkeling van competenties op het vlak van kwaliteit en veiligheid.

Ontwikkeling monitoren met behulp van governancescan

De RVZ is van mening dat dit eisen van ‘goed bestuur’ zijn die de overheid aan de stichtingsvorm moet verbinden. Omdat de zorgsector er de afgelopen jaren blijk van heeft gegeven via zelfregulering de governance te kunnen en willen verbeteren, ligt overheidsregulering op dit moment niet voor de hand. Daarom kiest de Raad voor stringente afspraken tussen kabinet en zorgsector, afspraken die voor zorgaanbieders een bindend karakter moeten hebben. Overheid en sector zouden met behulp van een governance scan de ontwikkeling van het intern toezicht nieuwe stijl kunnen monitoren. De sector zou zich periodiek in het parlement moeten verantwoorden voor de wijze waarop het publiek belang wordt geborgd. De enquête die bij dit advies is gebruikt kan dienen als basis voor de scan. De zorgsector zou een maat voor good governance moeten ontwikkelen en deze op transparante wijze op zorginstellingen moeten toepassen.

De RVZ beveelt tenslotte de IGZ aan de Raad van Toezicht preventiever te betrekken bij het extern toezicht op de zorg en te verifiëren of deze Raad in control is op het vlak van kwaliteit en veiligheid. Zorgverzekeraars en gemeenten zouden goed governance, zoals bedoeld in dit advies, als voorwaarde voor zorgcontractering moeten introduceren. De zojuist genoemde sleutelbegrippen van de Raad van Toezicht-nieuwe stijl zouden een onderdeel moeten zijn van de toezicht- en de zorginkoopinformatie.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg



Rien Meijerink,  
voorzitter



Theo Hooghiemstra,  
algemeen secretaris





# Bijlagen



# Bijlage 1

## Adviesaanvraag

In de afgelopen tien jaar verschenen verschillende publicaties over governance in de zorg, onder meer de adviezen Governance en kwaliteit van zorg (2009) en De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg (2010) van de RVZ en het Toezichtkader Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van de IGZ (2011). Ook de zorgsector zelf heeft niet stil gezeten. De Zorgbrede Governancecode 2010 verscheen (Brancheorganisaties zorg) en de NVTZ publiceerde een Toolkit Toezicht Zorginstellingen. Verder is er door accountants- en advocatenbureaus, maar ook de andere deskundigen veel gepubliceerd over toezicht, verantwoording, governance en maatschappelijk verantwoord ondernemen (MVO) in de zorg (zie onder meer rapporten van de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en van de Commissie-Meurs over de organisatorische positie en de honorering van medisch specialisten).

Governance heeft de aandacht. Wat heeft dit opgeleverd? Zijn de adviezen, kaders en codes opgevolgd en heeft dit concrete resultaten opgeleverd, in termen van governance én in termen van uitkomsten? En waaraan zou je dit moeten afmeten?

De RVZ wil deze vragen beantwoorden in een advies met het karakter van een governancescan zorgsector 2013. De Raad wil in dit advies onder meer nagaan welke aanbevelingen uit de governancepublicaties in de praktijk zijn gebracht. De focus ligt op het intern toezicht, maar dit kan niet los worden gezien van het extern toezicht. De basis van het advies zal zijn de concrete governancepraktijk in de zorginstellingen. De Raad kijkt ook naar de ontwikkelingen op brancheniveau (bijvoorbeeld bij Actiz, NVZ en OMS) en naar de ontwikkelingen op de beleidsterreinen wonen en onderwijs.

Aandachtspunten voor de RVZ zijn onder meer: diversiteit, de relatie tussen Raad van Toezicht en Raad van Bestuur (bijvoorbeeld het informatieprotocol), de relatie tussen governancesysteem en professionele staf, intern toezicht op en borging van kwaliteit en veiligheid, de schaal van de instelling en het patiëntenbeleid. Relevante beleidsontwikkelingen op dit vlak: het wetsvoorstel Cliëntenrechten zorg (Wcz) en het Kwaliteitsinstituut. Andere relevante ontwikkelingen hebben te maken met het sturen op gezondheidsdoelen, de opkomst van ZZP'ers in de zorg en met rol en positie van de zorgverzekeraar.

Om de bevindingen uit de governancescan te kunnen beoordelen, zal de Raad een blik moeten werpen op de bredere context van de besturing van de zorgsector. Hij kijkt dus niet alleen naar corporate governance, zijnde het geheel van besturings-, verantwoordings-, toezicht- en zeggenschapsaspecten op instellingsniveau, maar ook naar de rollen van de actoren op stelselniveau. Hij zal in dat verband aandacht besteden aan zaken als de overlegfunctie, het eigendomsaspect (van wie is de stichting?), op winst oogmerk en op de balans van overheids- en zelfregulering. De Raad zal zich de vraag stellen: welk besturingsprincipe past het beste bij gereguleerde marktwerking?

De RVZ zal gebruik maken van het advies over ‘vermaatschappelijking’ van de Rob aan de minister van BZK (2012). Ook andere raden (RLI, Onderwijsraad) adviseren in 2013 over governance.

# Bijlage 2

## Adviesvoorbereiding

*Het advies is vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg voorbereid onder leiding van:*

Mevrouw drs. M. Sint  
Mevrouw prof. dr. D.D.M. Braat  
Drs. M.H. Meijerink

*Relevante functies en nevenactiviteiten raadsleden:*

Mevrouw drs. M. Sint

- Lid Raad van Commissarissen BPF Bouwinvest, Amsterdam
- Voorzitter Raad van Commissarissen ROVA, Zwolle
- Lid Raad van Commissarissen Bank Nederlandse Gemeenten

Mevrouw prof. dr. D.D.M. Braat

- Lid Gezondheidsraad
- Bestuursvoorzitter Stichting Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting
- Lid Vereniging van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG)

Drs. M.H. Meijerink

- Adviseur Het Expertisecentrum, PBLQ
- Voorzitter programmacommissie Evaluatie regelgeving (CER), ZonMw
- Lid Curatorium leergang Governance van zelfstandige uitvoeringsorganisaties en maatschappelijke ondernemingen.

*De Raad is in de voorbereiding bijgestaan door een ambtelijke projectgroep bestaande uit:*

Mevrouw mr. M.W. de Lint, projectmanager  
Mevrouw dr. I. Doorten, projectlid  
Drs. B.J.C. van de Gevel, projectlid  
Mevrouw drs. M.H. Haverkamp, projectlid  
Mevrouw M.L. Noteboom, projectlid  
Mevrouw L.H.P. de Regt, projectlid  
M. Sander, projectlid  
Drs. P. Vos, projectlid  
Mevrouw N.L. Buijs, projectondersteuner

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd.

### **Achtergrondstudies**

Mevrouw dr. I. Doorten en mevrouw M. Vermeer MSc hebben een achtergrondstudie geschreven met de titel 'Een goed gesprek. Over een kritisch vermogen van de werkvloer'.

Drs. B.J.C. van de Gevel heeft een achtergrondstudie geschreven met de titel 'Invloed van de organisatie van medisch specialisten op governance van het ziekenhuis'.

Mevrouw M.H. Haverkamp heeft een achtergrondstudie geschreven met de titel 'Goede wijn behoeft een krans, professional governance in de 2e lijns zorg'.

Mevrouw L. de Regt heeft een scriptie geschreven met als titel 'Governance in private healthcare organizations: can quality be managed?'

Drs. P. Vos heeft de enquête onder leden van raden van toezicht uitgevoerd. Hij heeft de resultaten verwerkt in een onderzoeksrapport 'Rapportage uitkomsten enquête RVZ over Corporate Governance'.

### **Bijeenkomsten**

Op 3 oktober heeft er een bijeenkomst plaatsgevonden met de leden van de BoZ-werkgroep governance, de volgende personen waren hierbij aanwezig:

- D.K. Aanen, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Mr. R.Ph. Gerzon, GGZ Nederland
- Mevrouw drs. G.H. Hut, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
- M. Kooijman, ActiZ
- Drs. J. van der Spek, Brancheorganisaties Zorg

Op 3 december heeft er een bijeenkomst plaatsgevonden met de brancheorganisaties, de volgende personen waren hierbij aanwezig:

- Mevrouw S. Bijloos, Vereniging van bestuurders in de gezondheidszorg
- H.C. Fienieg
- Drs. J.A. Fossen, Orde van Medisch Specialisten
- Mevrouw Hut-Modderkolk, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
- M. Kooijman, ActiZ
- Mevrouw H. Verheijde, De Jonge Orde

### **Externe meelezers**

Tijdens het adviestraject hebben de volgende personen meegelezen:

- Dr. W.M.L.C.M. Schellekens, strategisch adviseur gezondheidszorg governance, kwaliteit, veiligheid, innovatie, leiderschap
- Drs. T.P.M. Schraven, Governance University & Advisory
- Mevrouw M.G. Wats, arts, MBA, De Galan Groep

### **Geconsulteerden**

Tijdens het adviestraject is met de volgende personen gesproken:

- Ir. H.J.B.M. Abeln, Twijnstra Gudde
- Prof. dr. J.H. Bossert, De Galan Groep
- Dr. M.C.G. Daniëls, Orde van Medisch Specialisten
- Mevrouw M. Driessen, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
- I. Gerrits, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
- Mr. F.H.G. de Grave, Orde van Medisch Specialisten
- T.H. Halbertsma, MSC, Inspectie voor de Gezondheidszorg
- B. Heessen, Orde van Medisch Specialisten
- J.H. van Hijum, Nederlandse Zorgautoriteit
- Prof. mr. L.G.H.J. Houwen, Dirkszager advocaten & notarissen
- Wim Kromwijk, Nederlandse Zorgautoriteit
- H. den Uijl, MA, NVTZ

Op 4 december 2013 is de onderhavige materie besproken met drs. L.A.M. van Halder, secretaris-generaal van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De Raad heeft het advies op 6 december 2013 vastgesteld.

# Bijlage 3

## Lijst van afkortingen

ACM	Autoriteit Consument en Markt
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BV	Besloten Vennootschap
BKZ	Budgettair Kader Zorg
CPB	Centraal Planbureau
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Kzi	Kwaliteitsnorm zorginstelling
m.i.	mijns inziens
NIAZ	Het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg
NV	Naamloze Vennootschap
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OMS	Orde van Medisch Specialisten
ROI	return on investment
RvB	Raad van Bestuur
RvT	Raad van Toezicht
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SEH	spoedeisende hulp
VMS	Vereniging Medische Staf
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
Zvw	Zorgverzekeringswet



# Overzicht publicaties RVZ

14/01	Randvoorwaarden voor een succesvolle decentralisatie van zorg, januari 2014 <i>Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden</i> Beleidsidealen in de praktijk, Movisie, januari 2014 Effectieve decentralisatie?, Regioplan, januari 2014 De wijkprofessional van de toekomst, januari 2014 Van rol naar bekostiging in 3D, januari 2014 Sporen naar strategieën voor een beter leven, januari 2014
13/05	Werkprogramma 2014, december 2013
13/04	Garanties voor kwaliteit van zorg, december 2013 <i>Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden</i> Een goed gesprek, december 2013 Goede wijn heeft een krans, december 2013 Governance in private healthcare organizations, december 2013 Invloed van de organisaties van medisch specialisten op de governance van het ziekenhuis, december 2013 Rapportage uitkomsten enquête RVZ over Corporate governance, december 2013
13/02	De participerende patiënt, april 2013
13/03	Brochure 'Samen kiezen voor goede zorg' <i>Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden</i> Shared Decision Making & Zelfmanagement, IQ, april 2013 Gezamenlijke besluitvorming & Zelfmanagement, IQ, april 2013 Nieuwe Verhoudingen in de spreekkamer: Juridische aspecten, Legemaate, april 2013
13/01	Het belang van wederkerigheid, maart 2013 <i>Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden</i> Feitelijke en gewenste solidariteit in de zorg, maart 2013
12/08	Werkprogramma 2013, december 2012
12/07	Regie aan de poort, december 2012

*Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden*

Mensen met meervoudige problemen en hun zorggebruik, november 2012

Eerstelijnszorg voor de jeugd, november 2012

Geestelijke gezondheidszorg, november 2012

Meer aandacht voor participatie in de eerstelijnszorg, november 2012

Eerstelijnszorg voor ouderen, november 2012

Wijkgericht werken: intersectorale samenwerking in de wijk door grenzenwerk, november 2012

Verslag opgesteld van focusgroeponderzoek onder huisartsen en andere eerstelijns zorgverleners, november 2012

De ontwikkeling van de rol van de huisarts gedurende de twintigste eeuw, november 2012

12/05 Redzaam ouder, zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen, april 2012

12/06 - Jong over Oud, Jonge BN'ers over ouderenzorg, brochure, mei 2012

*Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden*

Trends in de gezondheid en het belang van zelfredzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen, 2012

Kwaliteit van zorg voor ouderen thuis en in het ziekenhuis, aanbevelingen vanuit de wetenschap met accent op verpleegkunde, 2012

De intramurale ouderenzorg: nieuwe leiders, nieuwe kennis, nieuwe kansen, 2012

Ouder worden in Nederland, een achtergrondstudie naar de visie van ouderen met een migratieachtergrond, 2012

De sociale dimensie van ouder worden, 2012

Bouwstenen voor een toekomstbestendige zorg voor ouderen, 2012

Van Alzheimer tot Methusalem, wetenschappelijke inzichten van belang voor zorg voor ouderen, 2012

12/02 Stoornis en delict, mei 2012

12/03 - In profiel: de doelgroepen van GGZ en Justitie (achtergrondstudie), mei 2012

12/04 - Het forensische zorgstelsel, beschrijving van het besturingsmodel in de forensische zorg (achtergrondstudie), mei 2012

*Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden*

	Mogelijke gevolgen Wfz en WvGGZ voor de reguliere GGZ, Indigo beleidsonderzoek en advies
	Zorg aan delinquent. Opsluiten va patiënt. Cultuurverschillen justitie, forensische zorg en de reguliere GGZ.
12/01	Werkprogramma 2012, januari 2012
11/08	Preventie van welvaartsziekten, december 2011
11/04	Medisch-specialistische zorg in 20/20, oktober 2011
	Publicaties bij dit advies
	11/05 - Ziekenhuislandschap 2020: Niemandland of Droomland (achtergrondstudie), oktober 2011
	11/06 - Medisch-technologische ontwikkelingen zorg 20/20 (achtergrondstudie), oktober 2011
	11/07 - Brochure, oktober 2011
	<i>Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden</i>
	Samenwerking en mededinging in de zorg (achtergrondstudie), oktober 2011
	Het contracteren en bekostigen van medisch specialistische netwerken (achtergrondstudie), oktober 2011
	De rol van e-Health in een veranderend ziekenhuislandschap (achtergrondstudie), oktober 2011
	Demografische krimp en ziekenhuiszorg (achtergrondstudie), oktober 2011
11/03	Sturen op gezondheidsdoelen, juni 2011
	<i>Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden</i>
	Pay for performance and health outcomes: Promising, not proven (achtergrondstudie), juni 2011
	Sturen op uitkomsten in het primair proces (achtergrond-studie), juni 2011
	Sturen op uitkomsten in het primair proces (achtergrond-studie), juni 2011
	Sturen op gezondheidsdoeleinden en gezondheidswinst op macroniveau (achtergrondstudie), juni 2011
11/02	Prikkels voor een toekomstbestendige Wmo (briefadvies), mei 2011
11/01	Bekwaam is bevoegd: Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg, februari 2011
	<i>Publicaties bij dit advies</i>
	Wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen en nieuwe beroepen

	Het Chronic Care Model in Nederland
	Zorgredistributie, sturen op kwaliteit en doelmatigheid in de zorg
	Samenwerken in de opleiding Geneeskunde
10/13	Ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg, november 2010 <i>Publicaties bij dit advies</i>
10/10	10/14 - Krant bij het advies ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg, november 2010 Perspectief op gezondheid 20/20, september 2010 <i>Publicaties bij dit advies</i>
	10/11 - Komt een patiënt bij zijn coach (achtergrondstudie behorende bij het advies Perspectief op gezondheid 20/20), september 2010
	10/12 - Veranderen met draagvlak (achtergrondstudie behorende bij het advies Perspectief op gezondheid 20/20), oktober 2010
10/05	Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening (discussienota), april 2010 <i>Publicaties bij dit advies</i>
	10/09 - Van zz naar gg. Acht debatten, een sprekend verhaal
	10/08 - Moderne patiëntenzorg: Acht jaar later (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010
	10/07 - Leefstijl en de zorgverzekering (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010
	10/06 - Een nieuwe ordening door het naar voren schuiven van zorg (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010 <i>Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden</i>
	Van eerste lijn naar primaire gezondheidsondersteuning (achtergrondstudie), april 2010 <i>Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden</i>
10/04	De patiënt als sturende kracht
10/03	De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg
10/01	Gezondheid 2.0 (advies), februari 2010

*Publicaties bij dit advies*

- 10/02 - Health 2.0: It's not just about medicine and technology, it's about living your life (achtergrondstudie behorende bij het advies Gezondheid 2.0), februari 2010
- 09/14 Investeren rondom kinderen, september 2009
- 09/13 Numerus Fixus Geneeskunde: loslaten of vasthouden, januari 2010
- 09/12 Brochure Numerus Fixus, januari 2010
- 09/11 Werkprogramma 2010, november 2009
- 09/10 Steunverlening zorginstellingen (advies), juni 2009
- 09/09 Buiten de gebaande paden. Advies over Intersectoraal gezondheidsbeleid, mei 2009
- 09/08 Buiten de gebaande paden: Inspirerende voorbeelden van intersectoraal gezondheidsbeleid (brochure,) mei 2009
- 09/07 Evaluatie RVZ 2004-2008, april 2009
- 09/06 Geven en nemen in de spreekkamer. Rapportage over veranderende verhoudingen, maart 2009
- 09/05 Tussen continuïteit en verandering. 27 adviezen van de RVZ 2003-2009, februari 2009
- 09/04 Governance en kwaliteit van zorg (advies) maart 2009
- 09/03 Werkprogramma 2009, maart 2009
- 09/02 Farmaceutische industrie en geneesmiddelengebruik: evenwicht tussen publiek en bedrijfsbelang (debatverslag), januari 2009
- 09/01 De verzekeraar en de patiënt: een succesvolle coalitie: goede voorbeelden van patiëntgestuurde zorginkoop (in samenwerking met de NPCF), januari 2009

### Publicaties CEG vanaf 2008

- Sig 13/03 Leefstijldifferentiatie in de zorgverzekering: een overzicht van ethische argumenten, maart 2013
- Sig 12/12 Rechtvaardige selectie bij pandemie, december 2012
- Sig 12/10 Toekomstverkenning Ethiek en Gezondheid, oktober 2012
- Sig 12/04 De mens centraal? Ethische dilemma's bij gezondheidsbeleid met goede zorg voor dier en natuur, april 2012
- Sig 10/11 Ver weg en toch dichtbij? Ethische overwegingen bij zorg op afstand, november 2010
- Sig 09/11 Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden, november 2009
- Briefadvies genetische aanleg en registratie van etniciteit, augustus 2011
- Sig 09/05 Met de camera aan het ziekbed. Morele overwegingen bij gezondheidszorg op televisie, mei 2009



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

