

# Rapportage uitkomsten enquête RVZ over Corporate governance

**Drs. P. Vos**

## Inhoudsopgave

1. Achtergrond en aanleiding enquête.....	3
2. Items, vorm, steekproef en respons enquête .....	3
2.1 De items.....	3
2.2 Vorm .....	4
2.3 Steekproef .....	4
2.4 Respons.....	5
3. Resultaten enquête: de ruwe gegevens.....	5
4. Analyse van de resultaten .....	7
4.1 Verschillen tussen care en cure .....	7
4.2 Combinaties van items .....	8
4.3 De beantwoording van de open vragen .....	10
5. Conclusies.....	12
6. Discussie .....	17
Bijlage 1 Gebruikte literatuur .....	20
Bijlage 2 Brief voorzitter RVZ bij vragenlijst Corporate governance.....	21
Bijlage 3 Vragenlijst Corporate governance RVZ .....	22
Bijlage 4 Corporate governance RVZ: resultaten (ruwe gegevens, N=150).....	33
Bijlage 5 Beantwoording open vragen .....	41

## 1. Achtergrond en aanleiding enquête

Op verzoek van de minister van VWS brengt de RVZ eind 2013 een advies uit over corporate governance in de zorgsector. Speerpunt van het advies is de performance van het intern toezicht op het vlak van kwaliteit en veiligheid van de zorg. Ten behoeve van de onderbouwing van zijn advies heeft de Raad een aantal onderzoeken uitgevoerd. Een 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. De enquête is uitgevoerd in de maanden juni-augustus 2013. Hieronder treft u het verslag aan van de resultaten van de enquête.

## 2. Items, vorm, steekproef en respons enquête

### 2.1 De items

In 1999 verscheen het rapport 'Health Care Governance: bestuur, toezicht, verantwoording' van de gelijknamige commissie onder leiding van prof. dr. P. Meurs. Het verschijnen van dit rapport markeert de introductie van de Raad van Toezicht in zorginstellingen. Sinds die tijd staat de governance in de zorgsector in het teken van het 'two tier-model'; een Raad van Bestuur die verantwoordelijk is voor de dagelijkse gang van zaken in de instelling en een Raad van Toezicht die daarop toeziet.

Sinds 1999 is dit governancestelsel, in het bijzonder het intern toezicht, vele malen onderzocht. In het totaal is dit stelsel in de afgelopen 15 jaar vijftien maal onderworpen aan een kwantitatief onderzoek, meestal in de vorm van een enquête onder zorginstellingen. Blokdijs en Goodijk geven een overzicht van dit onderzoek, (Blokdijs en Goodijk, 2011). Ook na deze publicatie vond onderzoek plaats, bijvoorbeeld in 2013 naar de opvattingen van bestuurders van zorginstellingen over hun interne toezichthouders, (Dinjens, 2013).

Uit het overzicht van Blokdijs en Goodijk blijkt dat een aantal aspecten van het intern toezicht als onderdeel van governance in de zorgsector regelmatig object van onderzoek is geweest. Dat zijn de volgende aspecten:

- omvang en samenstelling (onder meer representativiteit en diversiteit),
- werving, selectie en benoeming (onder meer openbaarheid, zittingstermijn, honorering),
- inrichting en werkwijze (reglement, commissies, beoordeling bestuurder),
- invulling toezichttaak (ijkpunten, focus, kennisontwikkeling, zelfevaluatie, verantwoording).

De meer procedurele en organisatorische aspecten van het intern toezicht op zorginstellingen blijken dus in de afgelopen jaren in voldoende mate onderwerp van onderzoek te zijn geweest. Dat was medio 2013 reden voor de RVZ niet opnieuw een enquête te houden naar deze aspecten. Er was nog een reden dat niet te doen. Uit het onderzoek van de afgelopen 15 jaar komt naar voren dat het intern toezicht binnen zorginstellingen, dat wil zeggen de wijze waarop de Raden van Toezicht functioneren, zich op de zojuist genoemde procedurele en organisatorische aspecten gunstig ontwikkelt. Dit betekent niet dat het functioneren op deze punten perfect is, maar de trend is er een van verbetering.

Geen nieuwe enquête naar de formele kant van het intern toezicht dus. De laatste jaren reikt de discussie in de zorgsector ons andere onderzoekswaardige aspecten van governance aan. Die liggen op het terrein van cultuur en gedrag, van 'waardegedreven toezicht', van bewustzijn van het toezichtobject en van de kenbaarheid van dat object, van stakeholders en hun belangen bij de instelling. Toezicht waarop, waartoe en voor wie zijn dan de grote vragen. Staat het intern toezicht, als onderdeel van corporate governance, ten dienste van de instandhouding van de instelling? Of

dient het ook of zelfs in de eerste plaats het publiek belang, gesteld dat dit zou botsen met het instellingsbelang?

Van verschillende kanten wijst men de laatste jaren op de noodzaak de, inmiddels zichtbare, procedurele en organisatorische verbeteringen in het functioneren van de Raden van Toezicht een vervolg te geven. Dat zou een stap moeten zijn naar een vorm van 'maatschappelijk verantwoord' en 'waardegedreven' intern toezicht. Dat brengt een Raad van Toezicht in de positie de buitenwereld naar binnen te brengen en aldus toegevoegde waarde te leveren ten opzichte van de Raad van Bestuur. Maar bovendien zou waardegedreven intern toezicht, als facet van 'valuedriven governance', functionaliteit creëren voor de stelsellogica en de recente ontwikkelingen daarin. Zie bijvoorbeeld Schraven, die spreekt over de ontwikkelingsfasen in het toezicht op de zorg, waarin het waardegedreven toezicht de vierde fase vertegenwoordigt, (Schraven, 2012).

Dit waren de redenen om de vragen in de enquête te richten op de immateriële aspecten van het intern toezicht. Een analyse van eerder onderzoek naar Raden van Toezicht en een literatuurstudie leverde de items op die relevant zijn voor de zojuist aangestipte maatschappelijke discussie over toezicht en die bovendien functioneel leken te zijn voor de voorbereiding van het advies van de RVZ (zie de vraagstelling in diens Plan van aanpak, 2013).

Deze set van items ziet er als volgt uit:

- de *kernwaarden* van de zorginstelling en de balans van instellings- en publiek belang,
- een eigen *visie* op toezicht en op het toezichtobject (de instellingsgebonden parameters of de gezondheid van de patiënt), gepercipieerde stakeholders,
- de *rolverdeling* tussen Raad van Toezicht en Raad van Bestuur en de functie die de Raad van Toezicht in het systeem van besturing vervult,
- de *informatiepositie* van de Raad van Toezicht (informatiebronnen), in het bijzonder op het vlak van kwaliteit en veiligheid,
- *professionaliteit* en leervermogen Raad van Toezicht (evaluatie, opleidingsbeleid, borging van kennis).

De items zijn vertaald in een aantal vragen. Deze zijn ten behoeve van de centrale vraagstelling in het advies van de RVZ voor een groot deel toegespitst op kwaliteit en veiligheid.

## 2.2 Vorm

De vragenlijst die zo ontstond bestaat uit voornamelijk gesloten, deels open vragen. Bij enkele vragen werd de respondent in staat gesteld rangnummers toe te kennen aan items. De vragenlijst is opgenomen in bijlage 3.

## 2.3 Steekproef

Met behulp van de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in de Zorg (NVTZ) is uit het totaal aantal zorginstellingen in Nederland een steekproef getrokken van 350 zorginstellingen. De steekproef representeert ca 20% van de zorginstellingen in Nederland. De steekproef is gewogen samengesteld uit de categorieën (algemene en academische) ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg, jeugdzorg en welzijn. De vragenlijst is met een brief van de voorzitter van de RVZ gericht aan de voorzitter van de Raad van Toezicht van de zorginstelling (zie bijlage 3). De steekproef bestaat uit leden en uit niet-leden van de NVTZ.

## 2.4 Respons

De respons op de enquête was 150. Na correctie van het aantal verzonden vragenlijsten, noodzakelijk in verband met verkeerde adressering, kan deze respons worden vastgesteld op 45%. Dit bleek voldoende om de noodzakelijke statistische bewerkingen (significantietoetsen) op het ruwe materiaal te kunnen uitvoeren. De ruwe gegevens en de eerste bewerkingen op het materiaal zijn opgenomen in bijlage 4.

## 3. Resultaten enquête: de ruwe gegevens

Hieronder worden de ruwe gegevens van de vragen weergegeven per onderdeel van de enquête.

### 1. De kernwaarden van de zorginstelling (vragen 1a t/m 1e)

Het overgrote merendeel van de respondenten (92%) zegt de kernwaarden van de zorginstelling in een openbaar document te hebben vastgelegd (vraag 1a). In bijlage 5 zijn de door de respondenten genoemde (1b) kernwaarden opgenomen. Paragraaf 4.3 bevat meer informatie over de kernwaarden.

Op de vraag (1c) of de verhouding tussen de publieke en de instellingsbelangen op de agenda van de Raad van Toezicht staat, antwoordt 75% dat dit tenminste eenmaal per jaar het geval is. Bij 25% van de instellingen is dit niet het geval.

In de toptien van waarden (1d) staan 'kwaliteit' en 'positie patiënt' op de plaatsen 1 en 2, op enige afstand gevolgd door 'financiële positie instelling' en 'toegankelijkheid'. In de waardenhiërarchie scoren 'boekwaarde vastgoed', 'gezondheid bevolking' en 'betaalbaarheid' het laagst. 'Belangen van medewerkers' en 'participatie van cliënten' scoren matig.

Op de vraag of de instelling een eigen kwaliteitssysteem hanteert (1e) antwoordt 55% dat dit wel en 45% dat dit niet het geval is. Landelijke kwaliteitssystemen domineren.

### 2. Visie op toezicht (vragen 2a t/m 2f)

Van de respondenten antwoordt 48% dat de zorginstelling een expliciete visie op toezicht heeft geformuleerd; 52% heeft dat niet (vraag 2a). Van de respondenten die aangaven een visie te hebben zegt 80% dat deze beschikbaar is (2b). Dit betekent dat ca 40% van de respondenten de visie op toezicht ook daadwerkelijk kan overleggen; 60% van de respondenten kan derhalve geen toezichtvisie overleggen.

Gevraagd naar het primair object van intern toezicht antwoordt 63% dat dit de zorginstelling is en 37% dat dit de gezondheid en de participatie van burgers is (2c). De antwoorden op de open vraag 2d naar voorbeelden die dit kunnen staven zijn opgenomen in bijlage 5. Paragraaf 4.3 bevat hierover meer informatie.

Gedwongen te kiezen tussen 'kwaliteit en veiligheid' en 'continuïteit instelling' zegt 80% voor het eerste te kiezen (2e).

Als de respondenten wordt gevraagd een rangnummer toe te kennen aan potentiële stakeholders van de zorginstelling (2f), blijken 'patiënten/bewoners' het hoogst te scoren, op enige afstand gevolgd door 'medewerkers' (deze stakeholder scoort hoger dan 'OR') en 'zorgverzekeraar/zorgkantoor'. 'Mantelzorgers en vrijwilligers', 'IGZ' en 'bank' krijgen in aflopende mate in deze hiërarchie een relatief laag rangnummer.

### 3. *Rolverdeling Raad van Toezicht-Raad van Bestuur (vragen 3a t/m 3h)*

Op de vraag of de rolverdeling tussen Raad van Toezicht en Raad van Bestuur adequaat is vastgelegd (3a)) antwoordt 86% dat dit het geval is; 14% antwoordt dat dit niet het geval is of niet adequaat is gebeurd. 93% zegt dat het document waarin dit is vastgelegd beschikbaar is (3b). Dit betekent dat zo'n 80% de rolverdeling kan overleggen, 20% niet.

Gevraagd naar de rolverdeling op het terrein van kwaliteit en veiligheid (3c) antwoordt 93% dat de Raad van Bestuur eindverantwoordelijk is. Binnen deze 93% zegt 53% zich medeverantwoordelijk te voelen, gestuurd door informatie van de Raad van Bestuur en 23% gestuurd door andere informatiebronnen (waaronder eigen onderzoek). In het totaal baseert 70% van de respondenten het toezicht op kwaliteit en veiligheid uitsluitend op informatie afkomstig van de Raad van Bestuur.

88% van de respondenten zegt dat zijn Raad van Toezicht een aantoonbare toegevoegde waarde heeft ten opzichte van de Raad van Bestuur (3d). 85% is in staat de taken van de Raad van Toezicht (intern toezicht, werkgeverschap, klankbord) evenwichtig en in combinatie uit te voeren (3f); 15% stelt dat er spanning is tussen deze taken of zegt de drie taken niet tegelijkertijd uit te kunnen voeren. De belangrijkste spanning blijkt te bestaan tussen 'intern toezicht' en 'klankbord/advies' (3g).

70% van de respondenten zegt met betrekking tot het werkgeverschap dat de honorering van de bestuurder op het niveau van de Wet normering topinkomens (WNT) is gebracht (3h). In 15% van de gevallen had dit een negatief effect op de honorering; in 55% had dit geen of positieve gevolgen. In 30% van de gevallen is de honorering van de bestuurder niet op het niveau van de WNT gebracht of was dit onbekend bij de respondent.

### 4. *Informatiepositie Raad van Toezicht (vragen 4a t/m 4h)*

In vraag 4a wordt in algemene zin teruggekomen op de informatiebronnen die de Raad van Toezicht ter beschikking staan. Hier antwoordt 70% dat ook andere bronnen dan de Raad van Bestuur worden gebruikt; 30% beroept zich voornamelijk op de Raad van Bestuur. Desgevraagd (in 4b) antwoorden de respondenten die ook andere informatiebronnen dan de Raad van Bestuur gebruiken dat de OR en de Cliëntenraad de belangrijkste alternatieve bronnen zijn, op enige afstand gevolgd door de klassieke media en de zorgprofessionals (NB: klassieke media en internet opgeteld blijken samen een belangrijke bron van informatie te zijn).

De IGZ is een matig gebruikte bron, zorgverzekeraars en gemeenten scoren nog slechter. De informatie wordt dus voornamelijk, als niet van de Raad van Bestuur, uit andere interne bronnen gehaald en minder of niet van externe, met uitzondering van de media. De vraag welke praktijkwaarde een informatiebron zou moeten hebben voor een Raad van Toezicht (4c) levert een vergelijkbaar beeld op. De Raad van Bestuur zou voor de meeste respondenten de belangrijkste bron zijn, gevolgd door directie/MT, Cliëntenraad, OR en staf. Bank, gemeente en IGZ scoren niet hoog.

Ruim 60% van de respondenten zegt er zeker van te zijn een goed inzicht te hebben in de kwaliteit en de veiligheid van de zorg (4d), ruim 30% is daar zeker van, maar kan dat niet aantonen en zo'n 8 à 9% is daar niet zeker van of heeft dat inzicht niet. Een kleine 40% kan derhalve niet aantonen inzicht in kwaliteit en veiligheid te hebben, heeft daarover twijfels of weet zeker dit inzicht niet te hebben.

Ruim 56% van de respondenten antwoordt dat het informatiebeleid op het vlak van kwaliteit en veiligheid ten minste eenmaal per jaar ter besluitvorming op de agenda van de Raad van Toezicht staat (4e). In 44% van de gevallen staat dit onderwerp niet ter besluitvorming op de agenda, maar ter bespreking, is het een onderdeel van de zelfevaluatie of wordt het niet geagendeerd.

Op de vraag of de Raad van Toezicht een expliciete keuze heeft gedaan voor een kwaliteitssysteem (4f) antwoordt 60% ontkennend; men volgt hier de keuze van de Raad van Bestuur. Van de 40% die

zegt wel een expliciete keuze te hebben gedaan, blijkt de meerderheid een landelijk kwaliteitssysteem te hebben gekozen. Slechts 13% van de respondenten zegt te hebben gekozen voor een eigen, intern kwaliteitssysteem.

Circa 63% van de respondenten zegt te werken met een informatieprotocol van beide raden, waarop de Raad van Toezicht expliciet stuurt (4g). Een kleine 90% van deze respondenten zegt dat dit protocol ook beschikbaar is (4h), hetgeen betekent dat in ruim 50% van de gevallen een informatieprotocol kan worden overlegd, maar ook dat in 50% van de gevallen men dit dus niet kan.

#### 5. *Functioneren en leervermogen Raad van Toezicht (vragen 5a t/m 5 e)*

50% van de respondenten zegt ieder jaar een formele evaluatie uit te voeren met voorbereiding, verslaglegging en externe begeleiding (5a). 38% doet dit zonder externe begeleiding en een kleine 12% doet dit niet of zonder voorbereiding, externe begeleiding en ook zonder verslaglegging. Op de vraag of evaluaties van de Raad van Toezicht aantoonbaar hebben geleid tot veranderingen in het functioneren van de Raad (5b) antwoordt 78% dat dit het geval is geweest; bij 22% is dat niet het geval geweest. Op de antwoorden op de open vraag 5c naar voorbeelden van dergelijke veranderingen wordt ingegaan in paragraaf 4.3; zie verder bijlage 5.

De respondenten denken de kennis over kwaliteit en veiligheid in de Raad van Toezicht vooral te kunnen borgen door te spreken met de medewerkers (het meest genoemd) en met de Cliëntenraad (5d). Andere hoog scorende borgingsinstrumenten zijn werkbezoeken aan afdelingen van de zorginstelling en de aanwezigheid van tenminste één praktiserend zorgprofessional in de Raad van Toezicht. Laag scoren op deze vraag de parameters 'aantal leden afkomstig uit de zorgsector', 'contact met de IGZ' en 'verplichtend jaarplan voor scholing' (niet-verplichte scholing wordt aantrekkelijker gevonden). Het hebben van een Commissie Kwaliteit en Veiligheid wordt in de praktijk van het intern toezicht een belangrijke mogelijkheid gevonden om de kennis over kwaliteit en veiligheid te borgen (5e).

## 4. **Analyse van de resultaten**

### 4.1 **Verschillen tussen care en cure**

Ten behoeve van een nadere analyse van de resultaten, is de respons in eerste instantie in drie categorieën verdeeld: de care (gehandicaptenzorg, verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg), de cure (ziekenhuizen) en de combinatie van care en cure (geestelijke gezondheidszorg en jeugdzorg). Analyse van de resultaten wees uit dat deze driedeling geen informatieve meerwaarde heeft. Uiteindelijk is een tweedeling gebruikt: care (zie boven) en cure (bovengenoemde categorie cure en de categorie care en cure). De scores van deze twee categorieën zijn vergeleken. Hieronder volgen de belangrijkste onderlinge verschillen en de afwijkingen ten opzichte van de in hoofdstuk 3 gepresenteerde resultaten. Het analysemateriaal is opvraagbaar bij de auteur, via de RVZ.

#### 1. *De kernwaarden van de zorginstelling*

In de curesector staat de verhouding tussen de publieke en de instellingsbelangen minder vaak op de agenda dan in de caresector. De waarde participatie scoort bij de cure laag (overigens scoort deze waarde bij de care weliswaar hoger, maar ook weer niet erg hoog). Andere vragen laten zien dat dit een patroon is. Bij beide scores kwaliteit en patiënt zeer hoog. De cure maakt vaker gebruik van een eigen kwaliteitssysteem dan de care, die vaker een beroep doet op een landelijk systeem.

#### 2. *Visie op toezicht*

Instellingen in de curesector hanteren vaker dan de care een expliciete visie op toezicht. In de cure ziet men de 'instelling' vaker als het primair object van toezicht dan 'gezondheid en participatie van burgers'. Bij de care krijgen deze twee antwoordcategorieën eenzelfde gewicht. Care en cure geven

beide aan kwaliteit en veiligheid voorrang boven de continuïteit van de instelling, maar de laatstgenoemde waarde is in de care belangrijker dan in de cure. Voor beide sectoren zijn de cliënten en de medewerkers de belangrijkste stakeholders van de instelling. De IGZ scoort bij beide betrekkelijk laag. Mantelzorgers en vrijwilligers zijn in de cure geen vooraanstaande stakeholders, in de care wel (al staan zij ook daar pas op de vierde plaats).

### 3. *Rolverdeling Raad van Toezicht-Raad van Bestuur*

In de caresector maakt men relatief weinig gebruik van zelf-ingewonnen informatie over kwaliteit en veiligheid; dat doet men in de cure vaker. In de caresector vindt men het moeilijker dan in de curesector om de drie basistaken van de Raad van Toezicht evenwichtig uit te voeren.

### 4. *Informatiepositie Raad van Toezicht*

Care en cure maken grosso modo van dezelfde informatiebronnen gebruik. Uitzondering zijn de zorgprofessionals die in de care minder vaak geraadpleegd worden dan in de cure. Dit wordt bevestigd bij de vraag naar de gepercipieerde praktijkwaarde van een informatiebron: in de cure is de professionele staf belangrijker dan in de care, waar een directieteam of MT weer belangrijker is. In de cure is men relatief het minst zeker over het inzicht dat men heeft in kwaliteit en veiligheid. In de curesector staat het informatiebeleid kwaliteit en veiligheid vaker dan in de care ter besluitvorming op de agenda van de Raad van Toezicht. Het algemeen informatiebeleid is in de cure vaker vastgelegd in een protocol dan in de care (82 vs 59%).

### 5. *Functioneren en leervermogen Raad van Toezicht*

De evaluatie van de Raad van Toezicht vindt in de care vaker dan in de cure niet plaats of zonder begeleiding, voorbereiding en verslaglegging (15% in de care, 0% in de cure). De zwaarste vorm van evaluatie (voorbereiding, externe begeleiding, verslaglegging, follow up) komt vaker voor in de cure dan in de care (ca 60 vs ca 50%). Ook leiden evaluaties in de cure vaker tot een verandering in functioneren en gedrag dan in de care. In de cure borgt men de kennis over kwaliteit en veiligheid aanzienlijk vaker door middel van een vaste commissie dan in de care (92 vs 37%). Ook vindt men in de cure het lidmaatschap van een praktiserend zorgprofessional in de Raad van Toezicht belangrijker dan in de care en legt men vaker werkbezoeken aan afdelingen af.

## 4.2 **Combinaties van items**

Als controle op sociale wenselijkheid en als test op consistentie en betrouwbaarheid van beantwoording is een aantal vragen in combinatie geanalyseerd. De uitkomsten zijn op significantie getoetst. Hieronder volgen de belangrijkste resultaten van deze nadere analyse van de resultaten van de enquête. Naast significantie, is gekeken naar de trend, dat wil zeggen de richting die de verbanden vertonen. De analyseresultaten zijn opvraagbaar bij de auteur via de RVZ.

### 1. *Vragen 1d en 2c*

Vraag 1d heeft betrekking op de waarden binnen de Raad van Toezicht; vraag 2c op het primair object van toezicht. Respondenten scoren op deze twee vragen (significant) consistent. Als men de waarde 'gezondheid en participatie burgers' bij 1d voorop stelt, dan ziet men deze waarde ook als het primair object van toezicht. Hetzelfde geldt voor respondenten die instellingsgebonden waarden voorop stellen.

### 2. *Vragen 1d en 2e*

Vraag 2e heeft betrekking op de keuze tussen kwaliteit en veiligheid en continuïteit instelling. Ook hier zien wij consistentie van beantwoording, al is het verband niet significant. De richting van de beantwoording is wel conform verwachting: als men bij 1d kwaliteit een hoge score geeft, dan doet men dat bij 2e ook.



### 3. *Vragen 2a en 2e*

Vraag 2a luidt: heeft uw Raad van Toezicht een expliciete visie op toezicht? Als dit het geval is, dan kiest men bij 2e relatief vaak voor kwaliteit en veiligheid, al is dit verband niet significant.

### 4. *Vragen 2a en 4g*

Vraag 4g heeft betrekking op het gebruik van een informatieprotocol door de Raad van Toezicht. Als een respondent bij 2a aangeeft een expliciete visie op toezicht te hebben, dan heeft men significant vaker een informatieprotocol.

### 5. *Vragen 2c en 2e*

Ziet men 'gezondheid en participatie burgers' als het primair object van intern toezicht, dan prefereert men 'kwaliteit en veiligheid' in plaats van 'continuïteit instelling'. Dit is conform de verwachting. Echter, kiest men bij 2c voor de instelling, dan kiest men bij 2e ook voor kwaliteit en veiligheid en dat ligt minder voor de hand. Tussen kwaliteit en veiligheid enerzijds, de continuïteit van de instelling anderzijds ziet men blijkbaar geen keuzenoodzaak.

### 6. *Vragen 3a en 3f/4g*

Vraag 3a heeft betrekking op het adequaat vastleggen van de rolverdeling tussen Raad van Toezicht en Raad van Bestuur, vraag 3f op het kunnen combineren van de drie basistaken van de Raad van Toezicht. Heeft men de rolverdeling niet adequaat vastgelegd, dan zijn er of spanningen in de uitvoering van de taken van de Raad van Toezicht of men kan die taken zelfs niet uitvoeren (significant verband). Verder blijkt uit de combinatie van de vragen 3a en 4g (wel of niet een informatieprotocol) dat het beschikken over een informatieprotocol relatief vaker samengaat met een adequate rolverdeling (niet-significant, wel een duidelijke richting). Ook is er een licht, niet-significant, verband tussen gepercipieerde toegevoegde waarde Raad van Toezicht en het gebruik van andere informatiebronnen dan alleen de Raad van Bestuur (vragen 3d en 4a). En als men toegevoegde waarde ziet, dan geeft men aan zekerder te zijn van het eigen inzicht in kwaliteit en veiligheid (vragen 3d en 4d) en zet men dit relatief vaak op de agenda (vragen 3d en 4e). Nota bene: 'eigen inzicht in kwaliteit en veiligheid' hangt weer samen met een onafhankelijke informatiepositie van de interne toezichthouder ten opzichte van de bestuurder.

### 7. *Vragen 4d en 4g*

Inzicht in de kwaliteit en de veiligheid blijken samen te hangen met het beschikken over een informatieprotocol (niet-significant, richting wel duidelijk).

### 8. *Vragen 4e en 2a*

Is er een verband tussen het agenderen van informatie over kwaliteit en veiligheid (4e) enerzijds en het hebben van een expliciete visie op intern toezicht (2a) anderzijds? Dit verband is er. Het formuleren van een expliciete visie op intern toezicht hangt significant samen met het agenderen van het informatiebeleid op het terrein van kwaliteit en veiligheid.

### 9. *Vragen 5b en 2a/3d*

Het verband tussen het hebben van een expliciete visie op intern toezicht (2a) en de effecten van de zelfevaluaties van Raden van Toezicht op het gedrag (de follow up) (5b) is diffuus, maar wel interessant. Het niet hebben van een visie gaat relatief (maar niet significant) samen met aantoonbare effecten van evaluaties. Gezegd moet worden dat ook het wel hebben van een visie kan leiden tot een evaluatie-effect. Uit de vergelijking van de vragen 5b en 3d (heeft de Raad van Toezicht toegevoegde waarde ten opzichte van de Raad van Bestuur?) komt een licht (niet-significant) verband naar voren tussen gepercipieerde toegevoegde waarde en de effectiviteit (follow up) van de evaluaties. Dit verband wijst in een, hoewel niet-significante, wel duidelijke richting. Toegevoegde waarde resulteert in een groter evaluatie-effect.

### 4.3 De beantwoording van de open vragen

In bijlage 5 zijn de enigszins bewerkte resultaten van de open vragen opgenomen. Hieronder de meest opvallende uitkomsten.

#### *Vraag 1b: kernwaarden instelling in trefwoorden?*

Deze open vraag leverde een groot aantal trefwoorden op. Het eerste dat opvalt is het hoge abstractieniveau van de kernwaarden: 'samen verder', 'respectvol en optimistisch', 'duurzaamheid', 'uniek en kostbaar', 'verbinden', 'warm vernieuwend en samen'. Naast een abstract karakter, hebben de kernwaarden vaak een emotionele connotatie. De door respondenten genoemde kernwaarden zijn daardoor niet zonder meer te herleiden op concrete zorgkenmerken en al evenmin op de praktijk van governance. Wat is de praktische relevantie voor het intern toezicht? Ook niet geheel duidelijk is voor wie of wat kernwaarden zijn geformuleerd, welk doel zij dienen, welke processen zij geacht worden te sturen. Uitzondering vormen de kernwaarden van instellingen met een denominatie. Die zijn direct verbonden met de statutaire doelen van de instelling en daardoor voor de buitenwereld, dat wil zeggen als keuze-informatie, herkenbaar en voor de interne toezichthouder toepasbaar.

Van de drie publieke belangen in de zorgsector – kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid – is alleen kwaliteit prominent aanwezig in de kernwaarden. Ook in meer algemene zin zijn maatschappelijke waarden of belangen in deze opsomming minder zichtbaar dan kenmerken, ambities of typeringen van de instelling.

Slechts in een minderheid van de voorbeelden staat de individuele cliënt centraal: 'mensen met een beperking', 'samen met de cliënt (...)', 'mensen met psychische problematiek', 'de uniciteit van de mens'. Men refereert meestal aan de cliënt in algemene en afstandelijke bewoordingen: 'de klant', 'patiënt centraal', 'het cliëntperspectief', 'eigen regie/kracht'.

De kernwaarden zijn vooral verbonden aan door de instelling te leveren diensten: wonen, welzijn, zorg en aan de manier waarop men dit zegt te doen: 'met warmte', 'met passie' etc.. Opvallend is tenslotte dat de gerapporteerde kernwaarden niet of nauwelijks direct refereren aan de medewerkers van de zorginstelling en aan de voldoening die zij in hun werk beleven.

#### *Vraag 2f: welke andere stakeholders zijn voor u van belang?*

Bij deze vraag hebben de respondenten aangegeven welke interne en externe stakeholders zij van belang vinden voor hun zorginstelling (patiënten, mantelzorgers/vrijwilligers etc.). Naast de aangegeven categorieën, konden zij 'anderen' noemen. Dit heeft niet veel opgeleverd. Genoemd werden verwijzende instanties, zoals huisarts of eerste lijn en verder de ketenpartners en de lokale overheid.

#### *Vraag 3c: rolverdeling Raad van Toezicht-Raad van Bestuur t.o.v. kwaliteit?*

Hier was het meest gegeven antwoord de kwaliteitscommissie (als countervailing power ten opzichte van de Raad van Bestuur).

#### *Vraag 3e: voorbeelden van concrete toegevoegde waarde Raad van Toezicht t.o.v. de Raad van Bestuur?*

Deze open vraag leverde een diffuus beeld op. Het meest genoemd werden voorbeelden die in feite verwijzen naar de basistaken van een Raad van Toezicht:

- aanstelling, beoordeling, honorering en ontslag Raad van Bestuur; de inrichting van de Raad van Bestuur en de vormgeving van de besturing van de instelling; bemiddeling bij conflicten (met de Raad van Bestuur: veel genoemd, of in de instelling);
- klankbord en sparringpartner zijn van de Raad van Bestuur, samen met de Raad van Bestuur een meerjarenstrategie ontwikkelen, adviseren over visie en bij calamiteiten;

- reageren op reorganisatievoornemens, standpuntbepaling over samenwerking en fusie en over statutaire kwesties.

Deze rollen en taken zijn het meest genoemd. De eerste - de werkgeversfunctie - springt er duidelijk uit. Het lijkt er op dat in een aantal opzichten de toegevoegde waarde van de Raad van Toezicht ten opzichte van de Raad van Bestuur niet uit de verf komt en zich alleen manifesteert in de basistaken, dus niet in de 'functie' in het besturingssysteem.

Men reageert op plannen van de bestuurder, in het bijzonder op het vlak van reorganisatie en fusie. Is dat wellicht voorspelbaar, opmerkelijker is de dienende en volgende opstelling bij visie-ontwikkeling. En in discussies over de maatschappelijke taak van de instelling lijken Raden van Toezicht, kijkend naar de antwoorden op deze vraag, slechts een marginale rol te spelen. Het kan, op basis van deze enquête, overigens niet worden uitgesloten dat deze discussie in de betrokken instellingen helemaal niet is gevoerd. Zou dit wel het geval zijn, dan is de reactieve opstelling van de Raden van Toezicht bij visie-ontwikkeling opmerkelijk, omdat nu juist het statutair aspect, de identiteit, de schaal de verantwoordelijkheid is van de interne toezichthouder. Het statutair aspect en de bemoeienis van de interne toezichthouder komen wel naar voren bij samenwerking en fusie.

Opvallend afwezig in de antwoorden is tenslotte het contact met de buitenwereld. Dat vindt men klaarblijkelijk de taak van de bestuurder. Men ziet hier geen toegevoegde waarde voor de Raad van Toezicht. Raden van Toezicht communiceren zeker met interne organen – de OR, de staf, de Cliëntenraad – maar niet systematisch, zo lijkt het, met externe stakeholders. Dit is moeilijk te rijmen met de verwachtingen die samenleving, externe toezichthouders en politiek de laatste jaren lijken te ontwikkelen over het intern toezicht ('waar was de raad van Toezicht?'). Het zal ook van invloed zijn op de informatiepositie van de interne toezichthouder.

*Vraag 4b: als ander informatiebron dan Raad van Toezicht, welke?*

Deze vraag kende een aantal voorgedrukte antwoordmogelijkheden (OR, CR, professional, zorgverzekeraar, IGZ, gemeente, media) en een categorie 'anderen, te weten'. Bij anderen noemde men meestal de externe accountant. Deze is nog steeds de belangrijkste informant van de Raad van Toezicht. Verder werden genoemd: de NVTZ, externe deskundigen, onderzoeksrapporten en een MT.

*Vraag 4f: een expliciete keuze voor een kwaliteitssysteem?*

Op deze open vraag is een aantal malen bevestigend geantwoord. Het meest genoemd werden de volgende kwaliteitssystemen: CQ, HKZ, Prezo.

*Vraag 5c: voorbeelden van veranderingen in functioneren Raad van Toezicht als gevolg van zelfevaluatie?*

Bij deze open vraag zijn de volgende antwoorden het meest gegeven:

- vergaderen zonder de Raad van bestuur; informatie-inwinning onafhankelijk van de Raad van bestuur; inschakelen externe deskundigen;
- verbetering van het functioneren van de Raad van Toezicht als team; effectiever vergaderen; betere benutting van kwaliteiten leden cq taakverdeling; professionalisering door scholing;
- een meer pro-actieve opstelling: doorvragen, strategische sessies etc.;
- effectievere regulering spanning adviesfunctie en intern toezicht.

Dit zijn alle aspecten van de formele kant van het intern toezicht; verandering op het vlak van het waardegedreven toezicht is niet gerapporteerd.

Meest opvallend als follow up van zelfevaluatie: de instelling van een kwaliteitscommissie dan wel een commissie zorg. De indruk bestaat dat dit vooral in de afgelopen jaren is gebeurd. Verder lijken Raden van Toezicht als gevolg van zelfevaluatie scherper te zijn op risicomanagement.

#### *Vraag 5d: borging kennis over kwaliteit?*

Bij deze vraag is een aantal voorgedrukte antwoordcategorieën aan de respondenten voorgelegd (verplichte scholing, Commissie kwaliteit, zorgprofessional als lid, CR etc.) en een antwoordcategorie 'op een andere wijze, namelijk'. Hierop antwoordde een aantal respondenten met een verwijzing naar de NVTZ, naar een kwaliteitssysteem en naar thematisch vergaderen, soms onder externe begeleiding. Contact met het primair proces lijkt hier bij een beperkt aantal Raden van Toezicht een borgende rol te spelen. Over het algemeen, bij deze vraag, maar ook bij andere vragen, speelt contact (interview, auditing, consultatie) met collega-raden geen grote rol.

#### *Vraag 6: aan welke onderwerpen zou u in vervolgonderzoek extra aandacht willen besteden?*

In de beantwoording van deze open slotvraag van de enquête kwamen onder meer de volgende onderwerpen naar voren:

- de legitimatie van de interne toezichthouder richting stakeholders,
- gezond verstand of protocollering?
- de effecten van schaalvergroting en van diversificatie op het intern toezicht,
- borging van publiek belang in relatie tot ondernemerschap,
- de spanning tussen formeel toezicht en samenspel met Raad van Bestuur; betrokkenheid en distantie, scheiden van toezicht en advies/overleg,
- intern toezicht zorginstelling en de gemeente,
- de toekomstbestendigheid van het vigerend toezichtmodel.

## **5. Conclusies**

- a. Deze enquête lijkt een redelijk getrouw beeld op te leveren van het functioneren van het intern toezicht in de zorgsector. De controle-vragen en de toetsen op consistente, betrouwbaarheid en sociale wenselijkheid wijzen daarop. Ook de respons is voldoende. Toch zijn de resultaten mogelijk niet geheel representatief voor het gedrag van leden van Raden van Toezicht van zorginstellingen in de praktijk van het intern toezicht. Uit eerder onderzoek en uit analyses van incidenten blijkt soms dat reacties van interne toezichthouders niet in overeenstemming zijn met de werkelijkheid. Sociale wenselijkheid is moeilijk uit te sluiten.
- b. Daarmee op een verstandige manier rekening houdend, zijn enkele algemene conclusies mogelijk. En de meest algemene conclusie is tweërlei.

Sinds het verschijnen van het rapport van de Commissie-Meurs ('Health Care Governance') in 1999, lijken Raden van Toezicht zich stap voor stap te verbeteren. Zij doen dat vooral op de procedurele en formele kanten van governance, in het bijzonder dat van het intern toezicht. Op dat terrein blijkt zelfregulering te werken. En hoewel deze enquête zich niet primair op deze kanten van governance richtte, bevestigen de antwoorden op enkele vragen deze trend. Zo wijzen de respondenten her en der op verbeteringen op procedureel vlak.

Maar is dit voldoende? Is het voldoende om de transities in de zorgsector het hoofd te kunnen bieden met een aan de tijd aangepaste governancepraktijk? Transities die niet alleen een noodzakelijk, maar ook een grotendeels autonoom karakter hebben. Transities, met andere woorden, die de besturing van de instelling dwingen andere keuzes te doen. Deze enquête zaait twijfel op dit punt. Als de transities in de zorgsector vragen om een waardegedreven stijl van bestuur, toezicht en verantwoording, zoals een aantal auteurs stelt, als er een 'maatschappelijk verantwoorde governance' moet komen die niet uitsluitend 'corporate' van aard is, dan voldoet de praktijk van vandaag nog niet aan daaraan te stellen eisen. Dat zou een globale conclusie kunnen zijn uit deze enquête. Daarover meer in volgende conclusies.

c. Kortom, groei op onderdelen, maar die maakt waarschijnlijk het intern toezicht in de zorgsector nog niet voldoende toegerust voor de uitdagingen van de komende jaren. Uitdagingen die ook voor governance en intern toezicht betekenis hebben, zoals:

- Maatschappelijke discussie over de grenzen van schaalvergroting en over de betekenis van schaafeffecten; toenemende roep om keuze-mogelijkheden en keuze-informatie.
- Steeds meer mensen met beperkingen, niet in instellingen, maar in de samenleving, onder meer als gevolg van het scheiden van wonen en zorg; voor hen is participatie belangrijker dan zorg; maar ook meer chronisch zieken die om een ander zorgconcept en om een andere ordening van het zorglandschap vragen.
- De opkomst van nieuwe, in het bijzonder externe, stakeholders: andere financiers en geldstromen, de gemeente, bedrijfsleven; technologisering van de patiëntenzorg.
- De sturende rol van interactieve media en de toenemende transparantie die daarvan het gevolg is.
- Onvrede bij zorgprofessionals over het werken in grote zorginstellingen.

Er is meer te noemen, maar dit is al genoeg uitdaging om te pleiten voor governanceprincipes die ons in staat stellen op deze uitdagingen te anticiperen of, beter nog, daaraan sturing geven. De governanceprincipes die uit in deze enquête bij de meeste respondenten als dominant naar voren komen, zijn 'corporate', dus institutioneel, voor een belangrijk deel inherent aan de bestaande ordening van het zorglandschap. De veranderende zorgvraag, de dynamiek in de samenleving en in de zorgsector klinken nog weinig door in deze principes. De besturingsformule van het huidige zorglandschap is niet per definitie die van het toekomstig zorglandschap.

Dit roept de vraag op of het intern toezicht in zorginstellingen, dat onder meer als functie heeft de buitenwereld naar binnen te halen, tegenwicht te bieden aan institutionele belangen, voldoende responsief is, voldoende oog heeft voor wat leeft in de omgeving van het toezichtobject, het zorginstituut. En vervolgens is dan ook de vraag of de Raad van Toezicht voldoende meerwaarde ten opzichte van de Raad van Bestuur brengt. Is de Raad van Toezicht in de positie tegenmacht te bieden aan de Raad van bestuur en aan andere organen binnen de instelling? De resultaten van deze enquête leveren hiervoor onvoldoende bewijs.

- d. Uit de enquête, in het bijzonder uit het combineren van items, kan men nog een algemene conclusie trekken. Er tekenen zich patronen van governance af. Aspecten van intern toezicht doen zich in samenhang voor. Een aantal voorbeelden, steeds twee aan twee gepresenteerd:
- een expliciete visie op toezicht en een primaat van kwaliteit en veiligheid,
  - een uitgewerkte rolverdeling van Raad van Toezicht en Raad van Bestuur enerzijds, het hanteren van een informatieprotocol voor kwaliteit en veiligheid anderzijds,
  - deze rolverdeling en de mate waarin de Raad van Toezicht in staat is zijn drie basistaken uit te voeren,
  - een expliciete visie op toezicht en een informatieprotocol,
  - de perceptie van toegevoegde waarde van de Raad van Toezicht en het gebruik van meer informatiebronnen dan alleen de Raad van Bestuur,
  - deze perceptie en de relatieve zekerheid van inzicht in de gerealiseerde kwaliteit van zorg (en dus het in control zijn),
  - deze perceptie en de effecten van de jaarlijkse evaluaties.

Er komen meer samenhangen uit de enquête naar voren. Deze samenhangen (correlationele verbanden) zijn voor de praktijk van het intern toezicht van meer belang dan de causale verbanden. De correlaties verwijzen naar een patroon van good governance practice. Er zijn

zorginstellingen die dit patroon vertonen, maar er zijn ook instellingen die het niet vertonen. Catalogisering van deze patronen zou een leereffect (patroonherkenning) kunnen hebben en zo de ontwikkeling van governance in de zorgsector kunnen bevorderen. Intercollegiale toetsing van Raden van Toezicht onderling, bijvoorbeeld in regionaal verband, zou hierbij een rol kunnen spelen. Maar het kan ook de risico-inschatting door externe toezichthouders verbeteren. De patronen van good governance practice staan ons toe indicatoren voor 'goed bestuur' te ontwikkelen. Dergelijke indicatoren kunnen ook de zo noodzakelijke afstemming van extern en interne toezicht bevorderen. NVTZ en IGZ zouden hierin kunnen samenwerken

- e. De curesector lijkt het intern toezicht meer geprofessionaliseerd te hebben dan de caresector. Men heeft vaker een eigen visie op toezicht en op kwaliteit. Men heeft in de cure meer dan in de care de zorgprofessional een systematische plaats gegeven in het intern toezicht, bijvoorbeeld als bron van informatie over kwaliteit. Men vertrouwt minder en niet uitsluitend op de informatie uit bestuur en management. Dat in de cure, anders dan in de care, de rol van zorgprofessional niet samenvalt met die van werknemer (het dienstverband), kan hier een verklaring zijn. In de care is de zorgprofessional meer dan in de cure een 'afgeleide' van de bestuurder en dus, minder dan in de cure, een potentiële alternatieve bron van informatie.

Wel spelen in de curesector de maatschappelijke (externe) stakeholders en belangen nauwelijks een rol, in tegenstelling tot de caresector (ook daar is die rol overigens niet groot). Dit is relevant aan de vooravond van ontwikkelingen als zeggenschap van stakeholders, 'zorg dichterbij', ambulantisering en deconcentratie. Ook hier zien wij dat een Raad van Toezicht nog lang niet altijd de stem van de samenleving laat klinken in de instelling. Toch verwacht die samenleving dat wel. Het is een van de 'schuarpunten' in het governancestelsel die deze enquête aan het licht brengt.

- f. Tot slot enkele conclusies voor elk van de vijf onderdelen van de enquête.

➤ **De kernwaarden van de zorginstelling**

De meeste zorginstellingen hebben hun kernwaarden vastgelegd. Uit de open vragen blijkt wel dat kernwaarden van zorginstellingen voor stakeholders niet altijd gemakkelijk tot prestaties zullen zijn te herleiden. Welke functie vervullen de kernwaarden in de praktijk van de patiëntenzorg? Kwaliteit scoort van de drie publieke belangen het hoogst in de waardesystemen van zorginstellingen; de andere twee (betaalbaarheid en toegankelijkheid) spelen nauwelijks een rol. De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat het intern toezicht zich in veel gevallen niet ziet als (mede)probleemeigenaar als het gaat om betaalbaarheid en toegankelijkheid. Dit kan in de praktijk van het intern toezicht grote gevolgen hebben, bijvoorbeeld voor de ontwikkeling van de zorguitgaven.

Hoewel kwaliteit dus vaak een kernwaarde blijkt te zijn, vertaalt men dit nog lang niet altijd in een eigen kwaliteitssysteem, men geeft er geen handen en voeten aan. Ook is de functionaliteit van de gerapporteerde kernwaarden voor (in het bijzonder de externe) stakeholders is niet altijd direct duidelijk.

Ook heeft kwaliteit van zorg in veel zorginstellingen nog niet de betekenis van gezondheid en participatie (als uitkomsten van zorg en als externe ijkpunten). De resultaten van deze enquête roepen vragen op over de relevantie van 'kernwaarden' als indicator van good governance. Kunnen de gerapporteerde kernwaarden het intern toezicht of ook de besturing van een zorginstelling sturen?

De gerapporteerde kernwaarden, veelal institutioneel en 'managerial' van toon, kunnen strikt genomen niet dienst doen als indicator van een van de belangrijkste maatschappelijke aspecten van governance: het bevorderen van een werkbare balans tussen de publieke en de instellingsbelangen.

➤ **Visie op toezicht**

Een meerderheid van de zorginstellingen kan nog geen expliciete visie op toezicht overleggen. Over het algemeen ziet men de instelling als het object van toezicht, in overeenstemming met de vigerende juridische kijk op (corporate) governance. Dit is in feite een op grotendeels obsoleete aanbod-georiënteerde wetgeving gestoelde kijk. De gezondheid van de burger (de 'public health') ziet men niet als een toezichtobject. Men beschouwt zichzelf kennelijk niet als (mede)eigenaar van het probleem (zie ook het vorige punt). Omdat de visie op toezicht een dragend element is in het eerder geschetste patroon van good governance practice, verdient deze conclusie aandacht.

Overigens heeft men in de curesector vaker een expliciete visie op toezicht dan in de caresector. De curesector vertaalt zijn visie wel overwegend in institutionele termen en niet in outcomes en in patiëntwaarde. Maar per saldo doet de caresector dit in feite ook niet.

Opvallend is verder dat interne toezichthouders van zorginstellingen voornamelijk interne partijen (medewerkers, patiënten, bewoners) bestempelen als stakeholders. Men heeft klaarblijkelijk in de afweging van belangen een sterke interne oriëntatie. Ook spelen nieuwe belanghebbenden, zoals vrijwilligers en mantelzorgers, geen vooraanstaande rol in het stakeholdermanagement. Dit geeft te denken, gelet op de toenemende noodzaak juist vrijwilligers en mantelzorgers een formele plaats te geven in het zorgproces.

De geringe betekenis van externe partijen is ook opmerkelijk in het licht van de groeiende invloed van juist de externe stakeholders op het object van toezicht. Opmerkelijk ook, omdat de Raad van Toezicht geacht wordt de buitenwereld naar binnen te brengen, de buitenwereld een stem te geven. Externe stakeholders spelen geen rol als bron van informatie, maar ook niet als gesprekspartner. Een Raad van Toezicht maakt zich hierdoor afhankelijk van interne bronnen en partners. Hij is daardoor kwetsbaar als toezichthouder en als bewaker van de balans tussen externe en interne belangen.

➤ **Rolverdeling Raad van Toezicht-Raad van Bestuur**

Op dit punt lijken zorginstellingen de zaken op orde te hebben. Respondenten zien de toegevoegde waarde van Raden van Toezicht ten opzichte van de Raden van Bestuur. Nota bene: hier zijn de Raden van Toezicht aan het woord. Enige twijfel is hier op zijn plaats. Desgevraagd blijken respondenten niet in staat te zijn deze toegevoegde waarde te concretiseren; men blijft dan steken in de drie basistaken van de Raad van Toezicht. Dit is een voor de effectiviteit van een two tier-systeem belangrijk gegeven. Op terreinen als visie-ontwikkeling, strategiebepaling of externe communicatie en stakeholdermanagement ziet een gemiddelde Raad van Toezicht klaarblijkelijk geen toegevoegde waarde voor zichzelf. Dit roept de vraag op of het two tier-systeem in de stricte zin van het woord wel als zodanig functioneert in de praktijk. Is er voldoende tegenmacht als het gaat om essentiële processen in de besturing?

Raden van Toezicht kunnen hun drie klassieke basistaken – intern en integraal toezicht, werkgever bestuurder, klankbord/adviseur – in evenwicht en combinatie uitvoeren, zij het dat een kleine, maar aandachtvragende minderheid van care-instellingen hier moeite mee heeft. Deze minderheid vraagt nadrukkelijk ieders aandacht voor de spanning tussen intern toezicht en adviesfunctie.

De verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid legt men in de Raad van Toezicht over het algemeen bij de Raad van Bestuur. Dit is een punt van aandacht in een tijd waarin de samenleving de interne toezichthouder medeverantwoordelijk stelt op dit terrein ('waar was de Raad van Toezicht?'). Dit geluid uit de buitenwereld klinkt klaarblijkelijk nog niet door in de governance van zorginstellingen. Bovendien is de effectiviteit van een two tier-systeem afhankelijk van de mate waarin de twee organen in dat systeem zich functioneel van elkaar weten te onderscheiden.

Wel lijken Raden van Toezicht in de curesector zich vaker medeverantwoordelijk te voelen voor kwaliteit en veiligheid dan in de caresector. Zij denken er ook een beter zicht op te hebben en zij voelen zich zekerder (beter in control) op dit vlak.

➤ **Informatiepositie Raad van Toezicht**

De informatiepositie van Raden van Toezicht in de zorgsector is sterk verbonden met de Raad van Bestuur. Het is zeker zo dat een meerderheid van de Raden van Toezicht zich niet alleen beroept op de informatie die afkomstig is van de Raad van Bestuur. Maar doorvragen leert dat de laatste toch in hoge mate de informatievoorziening beheerst. Zo stuurt de Raad van Bestuur het systeem van kwaliteitsinformatie aan: naar keuze, naar inhoud, naar output en naar openbaarmaking. Ook beheerst de Raad van Bestuur de informatiestromen van buiten naar binnen. In de praktijk is de handelingsvrijheid van Raden van Toezicht op dit vlak dus beperkt. Slechts een kleine minderheid van zorginstellingen heeft een eigen kwaliteitssysteem en daarmee dus een eigen visie op kwaliteit.

Een substantiële minderheid van de Raden van Toezicht (orde van grootte 40%) is ogenschijnlijk niet in control, als het om de kwaliteit en de veiligheid van de zorg gaat. Deze Raden kunnen niet hard maken inzicht te hebben in kwaliteit en veiligheid, het informatiebeleid op dit vlak wordt niet systematisch geagendeerd, een informatieprotocol kan, desgevraagd, niet worden overlegd.

Deze situatie komt vaker voor in de care dan in de cure. Dit hangt mogelijk samen met de positie van de zorgprofessional in cure respectievelijk care. In de care speelt de zorgprofessional een ondergeschikte rol in de informatiepositie van de Raad van Toezicht, dat is anders in de cure. Dit heeft waarschijnlijk te maken heeft met de positie van de medisch specialist, maar ook met de relatief grote professionaliteit van het intern toezicht in de cure. In de care verlaat de Raad van Toezicht zich vaker dan in de cure op informatie van bestuur en management. Dit gaat samen met een gevoel van onzekerheid over het inzicht dat men heeft over kwaliteit en veiligheid. Kennelijk is er in de caresector niet voldoende countervailing power (checks and balances) in de borging van de kwaliteit (vergelijk de aanbeveling organiseer de 'tegenkracht' van de Commissie Behoorlijk Bestuur, 2013). Deze enquête onderstreept eens te meer het belang van onafhankelijkheid van intern toezicht.

Opmerkelijk genoeg blijkt men het ontbreken van interne checks and balances niet te compenseren met het aanboren van externe bronnen van informatie. Dit geldt overigens voor cure en care. De enige externe bronnen van informatie voor Raden van Toezicht blijken, met stip, de media en het internet te zijn. En op financieel terrein de accountant. Of deze bronnen ook een effectieve rol spelen in de borging van de kwaliteit en de veiligheid en of zij op dat vlak een getrouw beeld kunnen geven is onbekend. Dit is in overeenstemming met de uitkomst dat Raden van Toezicht het over het algemeen niet tot hun taak rekenen met externe stakeholders te communiceren. Ook hier dus de conclusie: het intern toezicht in de zorg is meer 'corporate' dan 'community'.

➤ **Functioneren en leervermogen Raad van Toezicht**

In formele zin lijken Raden van Toezicht de zelfevaluaties op orde te hebben. Wel is er een betekenisvolle minderheid die deze evaluaties niet voorbereidt, niet notuleert, niet extern laat begeleiden en er geen vervolg aan geeft. In de curesector lijkt het instrument van de zelfevaluatie beter te functioneren, dat wil zeggen meer effect op gedrag (follow up) te hebben, dan in de caresector. Hoewel de zelfevaluaties dus in formele zin op orde lijken te zijn, is het niet zo dat zij substantiële follow up krijgen op het vlak van waardegedrevenheid. Als er follow up is, dan is die van procedurele aard.

Als het gaat om de borging van kennis ziet men in Raden van Toezicht weinig in verplichtende opleidingsplannen, het moet, vindt men, op vrijwillige basis. 'Permanente opleiding' als norm, zoals bedoeld door de Commissie Behoorlijk Bestuur is nog geen automatisme, (Commissie Behoorlijk



Bestuur, 2013). De borging van de kennis over kwaliteit en veiligheid zoekt men in interne werkbezoeken (vooral in de curesector) en in gesprekken met medewerkers en cliëntenraden. In de cure vindt men, anders dan in de care, dat minimaal een lid van de Raad van Toezicht praktiserend zorgprofessional moet zijn. In de cure vindt men een Commissie Kwaliteit en Veiligheid ook van groot belang. Deze commissies blijken, kijkend naar ouder onderzoek, een grote vlucht te hebben genomen, overigens ook in de caresector. Professionele kennis klinkt in de cure meer door in het intern toezicht dan in de care.

Borging van kennis met de hulp van externe instanties, zoals de IGZ, is weinig gebruikelijk in Raden van Toezicht, ook als het gaat om kwaliteit en veiligheid. Zo zien wij dat de IGZ in het algemeen geen belangrijke rol speelt in het intern toezicht van zorginstellingen. Opmerkelijk, in het licht van het Toezichtkader 'Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid', (IGZ, 2011). De IGZ houdt de Raad van Toezicht medeverantwoordelijk voor kwaliteit en veiligheid, beschouwt het functioneren van het governancestelsel zelfs als een indicator op dit terrein; de Raad van Toezicht ziet vervolgens de IGZ niet als gesprekspartner en bron van informatie.

## 6. Discussie

Deze enquête biedt ons een bescheiden doorkijkje in de werkelijkheid van het intern toezicht in de zorgsector. Dat roept vragen op. Ten eerste: is dit een betrouwbaar beeld en ten tweede welk houvast biedt het ons bij een beoordeling van het functioneren van het intern toezicht? Met andere woorden: kan deze enquête dienst doen als een aanzet voor een 'governance scan'?

Wij willen deze vragen beantwoorden, rekening houdend met de vraag die de minister van VWS de RVZ stelde: hoe staat het met de performance van het intern toezicht? Kan ik daarop vertrouwen, vraagt zij, is de tijd rijp om meer verantwoordelijkheid van de overheid over te dragen aan de private partijen in de zorgsector? Is de corporate governance op orde, is die in staat om de publiek belangen te borgen? Voelen de interne toezichthouders, de Raden van Toezicht, in de zorgsector zich medeverantwoordelijk voor de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg, nu en op termijn?

Het antwoord dat deze enquête ons biedt is dit. Ontegenzeggelijk is de corporate governance en daarbinnen het intern toezicht in de zorgsector in de afgelopen 15 jaar verbeterd. Toch moet de conclusie zijn dat deze verbetering niet voldoende is om de enorme transitie die de zorgsector doormaakt te accommoderen. Die transitie is een feit, deels wenselijk, deels politiek afgedwongen, deels autonoom en onvermijdelijk. Het beeld dat uit deze enquête oprijst is dat van een intern toezicht dat nog overwegend aanbod-georiënteerd is, dat nog sterk de wettelijke, financiële en bestuurlijke condities van de afgelopen decennia volgt. Dit is geen toekomstbestendige koers. De zorgsector beweegt zich, 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.

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.

1. De Raad van Toezicht heeft binnen en buiten de zorginstelling een te zwakke en onvoldoende onafhankelijke informatie-positie. Dit maakt hem kwetsbaar en stelt hem onvoldoende in staat binnen de instelling 'tegenmacht' te organiseren.

2. Dit maakt de positie van de Raad van Toezicht in de besturing van de zorginstelling hybride. Welke meerwaarde heeft hij ten opzichte van de Raad van Bestuur? Welke rol speelt hij voor de externe stakeholders? Is hij wel in de positie om de interne en de externe belangen, de publiek en de private belangen in balans te brengen? Zijn functie in het besturingsstelsel van de zorginstelling is niet duidelijk en dat zal de effectiviteit van zijn handelen negatief beïnvloeden.
3. Omdat krachten vanuit de omgeving van de zorginstelling steeds sterker de gang van zaken binnen de instelling zullen sturen, is het van wezenlijk belang dat het intern toezicht interacteert met die krachten. De oorspronkelijke bestuurlijke functie van de Raad van Toezicht, de buitenwereld naar binnen brengen en de verschillende interne en externe belangen in balans brengen, wordt in feite alleen maar pregnanter. Maar juist op dit punt lijken de Raden van Toezicht tekort te schieten. Misschien leunen zij te sterk op hun werkgeverstaak.
4. Zijn de Raden van Toezicht in control als het gaat om kwaliteit en veiligheid? Deze vraag kan op basis van deze enquête niet zonder meer positief worden beantwoord. Er zijn op dit punt twijfels, zeker in de care. Het is de vraag of een Raad van Toezicht in staat is om op een van interne organen onafhankelijke manier de kwaliteit en de veiligheid van de patiëntenzorg te beoordelen vanuit het perspectief van samenleving en cliënt. Het is geen goed teken dat deze vraag moet worden gesteld.
5. Het pleidooi voor 'permanente opleiding' van interne toezichthouders van de Commissie Goed Bestuur heeft zo te zien weinig draagvlak in de wereld van de Raden van Toezicht. Deze attitude moet als zodanig als een risico worden bestempeld. Is er voldoende sense of urgency? Is men in voldoende mate bereid zich toetsbaar op te stellen?
6. Risico is tenslotte, en in feite al gesignaleerd in de vorige punten, de dominante aanboderichtheid van het intern toezicht van zorginstellingen. Dit op geleide van de nog steeds sterke aanboderichtheid van wet- en regelgeving en van financiering en bekostiging. Dit schept niet de voorwaarden voor de zo noodzakelijke en ook wenselijke vraagoriëntatie van de zorgsector. Men is teveel naar binnen gericht, te zeer betrokken bij instandhouding. Maar daar ligt niet de garantie voor overleving. Toekomstbestendigheid vereist omgevingsgevoeligheid.

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.

Dit intern toezicht is er nog niet. Het is wel nodig. Nodig om de publieke belangen, dat wil zeggen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg in de komende jaren, met alle hectiek, te borgen, ook op termijn.

Tot slot een methodologische kwestie. De resultaten van deze enquête roepen soms vragen op; er zitten zekere tegenstrijdigheden in de uitkomsten. De belangrijkste hiervan willen wij benoemen. Dat is de conclusie dat men in de care een minder professioneel en onafhankelijk intern toezicht zou hebben dan in de cure. Ervaringen van onder meer de NVTZ wijzen op het tegendeel. Dit is zonder meer een punt van nader onderzoek. Ook de patronen van good governance practice die wij op het spoor kwamen verdienen nader onderzoek, al was het maar om er harde indicatoren voor 'goed bestuur' uit af te leiden. Meer onderzoek is ook nodig naar de mogelijkheid de drie klassieke taken van

de Raad van Toezicht te verenigen in effectief intern toezicht. En tenslotte is ook de positionering van de Raad van Toezicht in het krachtenspel van interne en externe stakeholders een thema dat meer onderzoek verdient.

## Bijlage 1 Gebruikte literatuur

Blokdijk, T.M.M. en R. Goodijk. Zorgtoezicht in ontwikkeling: naar een betere balans tussen controle en strategisch partnerschap? Onderzoek naar samenstelling, werkwijze en functioneren van raden van toezicht in de zorg. Den Haag: Nationaal register, 2011.

Commissie Behoorlijk Bestuur (Commissie Halsema). Een lastig gesprek. Den Haag, 2013.

Commissie Health Care Governance (Meurs). Health Care Governance: bestuur, toezicht, verantwoording. Soesterberg: p/a C3, 1999.

Dinjens, P. Bestuurder, voldoende uitgedaagd? Onderzoek naar de wijze waarop bestuurders in de zorg oordelen over de kwaliteit van hun raad van toezicht. Den Haag: Register Commissarissen en Toezichthouders/Utrecht: NVTZ, 2013.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Toezichtkader Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid. Utrecht: IGZ, 2011.

RVZ. Garanties voor kwaliteit van zorg. Plan van aanpak adviesproject Corporate governance. Den Haag, RVZ, 2013.

Schraven, Th. Van informeel naar waardengericht toezicht. Een reflectie- en analysemodel over ontwikkelingsfasen van toezicht in de zorg. Goed bestuur, 2, 58-59, 2012.

Geachte voorzitter van de Raad van Toezicht,

De minister van VWS, mevrouw Schippers, heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) om advies gevraagd over governance in de zorgsector. Zij wil weten hoe deze governance functioneert: is de zorgsector rijp voor meer verantwoordelijkheid? Het plan van aanpak voor dit RVZ-advies vindt u op de website van de Raad ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)).

Graag vraag ik uw medewerking bij het voorbereiden van het advies. Bijgaand treft u een vragenlijst Corporate governance aan. Ik zou het zeer op prijs stellen, als u deze vragenlijst wilt invullen en aan ons retourneert. U helpt ons daarmee: de vragenlijst is een belangrijke bouwsteen voor het advies. Dat willen wij zoveel mogelijk baseren op feiten en daarvoor hebben wij uw medewerking nodig. De RVZ wil achterhalen wat zich in de boardrooms van de zorgsector afspeelt.

De RVZ concentreert zich op thema's als kernwaarden instelling, borging publiek belang, kwaliteit en veiligheid, toezichtvisie en -informatie. Deze thema's kwamen in eerdere governance-enquêtes niet of minder aan bod. Met deze vragenlijst kan de RVZ dus nieuwe informatie boven water krijgen. Die informatie wil de RVZ onder meer gebruiken om een governancescan te ontwerpen die de zorgsector kan gebruiken voor zijn zelfregulering.

Wij hebben de vragenlijst uitgezet bij een steekproef van 250 zorginstellingen, verspreid over alle categorieën. Per instelling enquêteren wij de voorzitter of een lid van de Raad van toezicht.

De RVZ werkt rond de vragenlijst nauw samen met de NVTZ. Vanuit de Raad zijn drs. Marjanne Sint en prof. dr. Didi Braat verantwoordelijk voor het advies. De projectleider is mr. Marina de Lint ([m.delint@rvz.net](mailto:m.delint@rvz.net)). Bij haar en bij het projectsecretariaat, Nathalie Buijs ([nl.buijs@rvz.net](mailto:nl.buijs@rvz.net)) kunt u terecht als u vragen hebt. Uiteraard houden wij u op de hoogte van de uitkomsten van deze enquête en van de voorbereiding van het advies.

Ik hoop van harte dat u de tijd kunt vinden om de vragenlijst in te vullen.

Met vriendelijke groet,



Rien Meijerink,  
voorzitter



Theo Hooghiemstra,  
algemeen secretaris

Rijnstraat 50  
2515 XP Den Haag  
Postbus 19404  
2500 CK Den Haag  
**Tel** 070 - 340 50 60  
**Fax** 070 - 340 75 75  
**E-mail** [mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)  
**URL** [www.rvz.net](http://www.rvz.net)

Datum  
25 juli 2013  
Uw brief van  
-  
Uw kenmerk  
-  
Kenmerk  
4387-07-  
«Organisatieherkenning»  
«Relatie\_\_nummer»  
Doorkiesnummer  
070-3407125  
Betreft  
Vragenlijst Corporate  
Governance

### Bijlage 3 Vragenlijst Corporate governance RVZ

De nu volgende vragen hebben betrekking op vijf thema's:

- de kernwaarden van de zorginstelling
- visie op toezicht
- rolverdeling RvT - RvB
- informatiepositie RvT
- functioneren en leervermogen RvT.

De vragen zijn deels van algemene aard (waarden, toezicht en dergelijke), deels specifiek van toepassing op het toezicht op kwaliteit en veiligheid. Alle vragen hebben uitsluitend betrekking op de gang van zaken binnen uw instelling en uw Raad van Toezicht. Het is de bedoeling dat de voorzitter of een lid van de Raad van Toezicht van uw instelling de vragenlijst invult.

Uw antwoorden worden door de RVZ anoniem verwerkt. Wel zouden wij het op prijs stellen om op basis van de vragenlijst op een later moment eventueel met u een interview te houden. Daarin willen wij op enkele thema's dieper ingaan en u vragen om verduidelijking van bepaalde zaken en om concrete voorbeelden.

Mogelijk kunnen wij bij die gelegenheid ook interne documenten op het terrein van governance en besturing van u inzien.

De invultijd bedraagt ongeveer 20 minuten. Wij hopen dat dit voor u geen bezwaar is. U kunt de ingevulde vragenlijst retourneren met bijgevoegde retourenveloppe. Zou u dat voor 31 augustus a.s. kunnen doen? Eventueel kunt u ook de vragenlijst inscannen en mailen naar Nathalie Buijs, [nl.buijs@rvz.net](mailto:nl.buijs@rvz.net).

Zie verder de informatie in de brief van Rien Meijerink, voorzitter van de RVZ.

## 1. De kernwaarden van de zorginstelling

a. Zijn de kernwaarden van uw zorginstelling, dat wil zeggen de waarden waarop expliciet wordt gestuurd, in een openbaar document vastgelegd?

- Ja
- Nee

b. Als dit het geval is, kunt u dan hieronder deze kernwaarden in trefwoorden beschrijven? *Graag zo concreet al mogelijk.*

### Kernwaarden zorginstelling

c. Staat in uw RvT de verhouding tussen de publieke belangen in de zorgsector (toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid) en instellingsbelangen (vermogenspositie, werkgelegenheid, vastgoed etc.) op de agenda? Is, met andere woorden, die verhouding, dat wil zeggen de keuze tussen deze belangen, onderwerp van expliciete besluitvorming en van keuzes in de RvT?

- Ja, staat standaard tenminste één maal per jaar op de agenda (via een jaaragenda bijvoorbeeld)
- Ja, staat een aantal malen per jaar op de agenda
- Nee, staat als zodanig niet op de agenda

### Eventuele toelichting op uw antwoord

d. Kunt u de onderstaande waarden van een rangnummer voorzien?

Daarmee geeft u aan welke positie de desbetreffende waarde inneemt in de hiërarchie van waarden binnen de RvT.

*Het cijfer 10 is het hoogste rangnummer, 1 het laagste. U kunt ieder rangnummer maar eenmaal toekennen.*

	Toegankelijkheid
	Betaalbaarheid

	Kwaliteit
	De positie van de cliënt/patiënt
	Financiële positie instelling (winst, eigen vermogen, productiegroei)
	Werkgelegenheid en arbeidsvoorwaarden medewerkers
	Boekwaarde vastgoed
	Gezondheid regionale bevolking
	Participatie mensen met een beperking in de samenleving
	Transparantie prestaties

e. Hanteert uw instelling intern een eigen kwaliteitssysteem, dat wil zeggen: naast de bestaande landelijke systemen?

*Een 'eigen kwaliteitssysteem' bestaat uit door uw instelling zelf ontwikkelde indicatoren of normen.*

- Ja
- Nee, wij hanteren uitsluitend landelijke systemen
- Ik ben daarvan niet op de hoogte

## 2. Visie op toezicht

a. Heeft de RvT van uw zorginstelling een expliciete visie op intern toezicht geformuleerd? *Onder 'expliciet' verstaan wij: 'bij interne en externe stakeholders bekend'.*

- Ja
- Nee

b. Zo ja, is deze visie voor ons op een later moment beschikbaar?

- Ja
- Nee



c. Wat ziet u als het primair object van intern toezicht: 'gezondheid en participatie van de burgers in de regio van de instelling' of de continuïteit en de positie van de instelling? *Met 'primair object' bedoelen wij: waarop ligt in de RvT de nadruk, gesteld dat hij moet kiezen?*

- Gezondheid en participatie burgers
- De instelling

d. Kunt u aangeven waaruit dit blijkt, in de vorm van door de RvT genomen beslissingen of in de externe communicatie/de organisatiemissie?

**Voorbeelden van beslissingen of van externe communicatie/missie**

e. Als u gedwongen wordt te kiezen, waaraan geeft u dan als toezichthouder voorrang?

- Kwaliteit en veiligheid (ook als dat, bijvoorbeeld door afstoten van een functie, ten koste zou gaan van instellingsbelangen)
- De continuïteit van de instelling

f. Kunt u aangeven welke stakeholders (belanghebbenden) u voor uw zorginstelling van belang vindt? U kunt dit doen door een rangnummer te geven aan de hieronder genoemde mogelijke stakeholders. *Het cijfer 8 is het hoogste rangnummer, 1 het laagste. U kunt ieder rangnummer maar eenmaal toekennen.*

	Patiënten/Cliënten/Bewoners (o.m. cliëntenraad)
	Mantelzorgers en vrijwilligers
	Medewerkers/Zorgprofessionals (o.m. medische of verpleegkundige staf)
	OR
	Inspectie voor de Gezondheidszorg
	Zorgverzekeraar/Zorgkantoor

	Bank
	Andere(n), te weten:

### 3. Rolverdeling RvT – RvB

a. Is de rolverdeling van de RvT en van de RvB binnen uw instelling adequaat vastgelegd in een document in de vorm van naleefbare spelregels?

- Ja, adequaat
- Ja, maar niet adequaat
- Nee

b. Is dit document voor ons op een later moment beschikbaar?

- Ja
- Nee

c. Kunt u hieronder aangeven hoe binnen uw instelling de rolverdeling tussen RvT en RvB **op het vlak van kwaliteit en veiligheid** is geregeld?

*Wilt u een keuze doen uit de volgende mogelijkheden, door een daarvan aan te kruisen?*

- De RvB is eindverantwoordelijk; de RvT ziet op afstand toe op basis van informatie van de RvB
- De RvB is eindverantwoordelijk, maar de RvT voelt zich nadrukkelijk medeverantwoordelijk op basis van informatie van de RvB
- Idem, maar de RvT geeft zijn medeverantwoordelijkheid gestalte door zelf informatie in te winnen ( o.m. eigen onderzoek in de instelling)
- RvT en RvB voelen zich expliciet samen verantwoordelijk (gedeelde verantwoordelijkheid); zij hebben dit geformaliseerd
- Er zijn geen duidelijke afspraken tussen RvT en RvB
- Anderszins, te weten:

d. Is in de afgelopen jaren in uw instelling gebleken dat de RvT een aantoonbare toegevoegde waarde in de besturing heeft ten opzichte van de RvB?

- Ja
- Nee
- Is niet 100% duidelijk

- e. Als u de vorige vraag met 'Ja' hebt beantwoord, kunt u dan enkele recente en concrete voorbeelden noemen die dit illustreren?

**Voorbeelden**

- f. Is uw RvT in staat de taken die hij heeft, te weten 'intern integraal toezicht', 'werkgever RvB', 'adviseur/klankbord RvB', in combinatie en evenwichtig uit te voeren?

- Ja, alle drie en in een goede balans
- Ja, maar er bestaat wel spanning tussen de taken waardoor zij niet gemakkelijk zijn te combineren
- Nee, de drie taken zijn in feite niet in combinatie uit te voeren, omdat zij deels onderling strijdig zijn

- g. Indien u bij de vorige vraag (f) de derde mogelijkheid hebt aangekruist, wilt u dan hieronder aangeven tussen welke taken de strijdigheid naar uw mening vooral optreedt?  
*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- Tussen intern toezicht en werkgeversrol
- Tussen intern toezicht en adviseur/klankbord
- Tussen werkgeversrol en adviseur/klankbord

- h. Heeft uw RvT het salaris van de RvB de afgelopen jaren op het niveau van de WNT-norm gebracht?

- Ja, dit had geen gevolgen voor het salaris van de RvB
- Ja, dit had negatieve gevolgen voor het salaris van de RvB
- Ja, dit had positieve gevolgen voor het salaris van de RvB
- Nee
- Ik weet dit niet zeker/de WNT-norm speelde geen rol bij het vaststellen van het salaris van de RvB

#### **4. Informatiepositie RvT**

- a. Welke informatiebronnen gebruikt de RvT van uw instelling voor het intern toezicht?

- Voornamelijk informatie afkomstig van de RvB (uitzonderingen daargelaten)
- Ook andere informatiebronnen, dus niet alleen de RvB
- Voornamelijk andere informatiebronnen dan de RvB

- b. Als uw RvT ook andere informatiebronnen gebruikt, welke zijn dat?

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- OR
- Cliëntenraad of een andere vorm van zeggenschap van cliënten, patiënten of bewoners

- Zorgprofessionals
- Zorgverzekeraar/Zorgkantoor
- Inspectie voor de Gezondheidszorg
- Gemeente
- Bank
- Internet, sociale media
- Andere media, zoals krant, tv, vakbladen
- Andere(n), te weten:

c. Kunt u in de onderstaande tabel met een rangnummer aangeven welke praktijkwaarde een informatiebron **zou moeten hebben** voor het intern toezicht binnen uw instelling? *Een 10 geeft de hoogste praktijkwaarde aan, een 1 de laagste. U kunt een rangnummer maar eenmaal toekennen.*

	RvB
	Directieteam/MT
	OR
	Clëntenraad of een andere vorm van zeggenschap van cliënten, patiënten of bewoners
	Professionals: staf etc.
	Zorgverzekeraar/Zorgkantoor
	Inspectie voor de Gezondheidszorg
	Gemeente
	Bank
	Andere(n), te weten:

d. Hoe zeker bent u dat u een goed inzicht heeft in de **kwaliteit en veiligheid** van de door uw instelling geleverde zorg?

- Ik ben daar zeker van en kan dat desgewenst met voorbeelden aantonen
- In ben daar zeker van, maar kan dat niet aantonen
- Ik ben daar niet zeker van; ik heb mijn twijfels
- Ik weet zeker dat ik dat inzicht niet heb, dat ik essentiële informatie mis en kan daar desgewenst voorbeelden van geven

e. Staat het informatiebeleid van het interne toezicht op **kwaliteit en veiligheid** op de agenda van de RvT en zo ja, hoe vaak?

*Met 'op de agenda' wordt bedoeld: 'ter formele besluitvorming'.*

- Ja, staat een aantal malen per jaar op de agenda
- Ja, staat eenmaal per jaar op agenda
- Ja, staat eenmaal of enkele malen per jaar op de agenda, niet ter besluitvorming, maar ter bespreking
- Wordt meegenomen in de zelfevaluatie van de RvT
- Nee, staat niet op de agenda

f. Heeft de RvT, in overleg met de RvB, een expliciete keuze gedaan voor een kwaliteitssysteem?

- Ja, voor een extern/landelijk kwaliteitssysteem, namelijk:
- Ja, met het primaat bij een eigen, intern kwaliteitssysteem
- Nee, de RvT volgt de keuze van de RvB

g. Is het informatiebeleid ten behoeve van het intern toezicht binnen uw instelling vastgelegd in een informatieprotocol van RvT en RvB, waarop de RvT expliciet stuurt?

- Ja
- Nee

h. Zo ja, is dit protocol voor ons op een later moment beschikbaar?

- Ja
- Nee

## 5. Functioneren en leervermogen RvT

a. Vindt er in uw RvT een jaarlijkse formele evaluatie plaats?

- Ja, ieder jaar met voorbereiding/verslaglegging (actiepunten) en iedere ca 2/3 jaar met externe begeleiding
- Ja, zonder externe begeleiding, maar met een intern verslag (actiepunten) en voorbereiding
- Ja, maar zonder externe begeleiding en zonder verslaglegging/voorbereiding
- Nee, evaluaties vinden niet jaarlijks plaats

b. Hebben evaluaties van de RvT in de afgelopen jaren aantoonbaar geleid tot veranderingen in het functioneren van de Raad en het gedrag van de leden?

- Ja
- Nee

c. Zo ja, kunt u hieronder een voorbeeld geven van zowel een verandering als van de formele besluitvorming in kwestie?

**Voorbeeld**

**Besluitvorming**

d. Op welke wijze is de kennis over kwaliteit en veiligheid in uw RvT geborgd?  
*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- Een jaarplan voor de scholing van de leden met een verplichtend karakter
- Niet verplichte scholingsfaciliteiten
- Een vaste Commissie Kwaliteit en Veiligheid



Wilt u meewerken aan een interview?

- Ja
- Nee

**Indien ja, welke onderwerpen wilt u dan bespreken?**



## Bijlage 4 Corporate governance RVZ: resultaten (ruwe gegevens, N=150)

### 1. De kernwaarden van de zorginstelling

1a. Zijn de kernwaarden van uw zorginstelling, dat wil zeggen de waarden waarop expliciet wordt gestuurd, in een openbaar document vastgelegd? (n=146)

Ja	91.8%
Nee	8.2%

1c. Staat in uw RvT de verhouding tussen de publieke belangen in de zorgsector (toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid) en instellingsbelangen (vermogenspositie, werkgelegenheid, vastgoed etc.) op de agenda? Is, met andere woorden, die verhouding, dat wil zeggen de keuze tussen deze belangen, onderwerp van expliciete besluitvorming en van keuzes in de RvT? (n=147)

Ja, staat standaard tenminste één maal per jaar op de agenda (via een jaaragenda bijvoorbeeld)	23.1%
Ja, staat een aantal malen per jaar op de agenda	52.4%
Nee, staat als zodanig niet op de agenda	24.5%

1d. Kunt u de onderstaande waarden van een rangnummer voorzien? Daarmee geeft u aan welke positie de desbetreffende waarde inneemt in de hiërarchie van waarden binnen de RvT. *Het cijfer 10 is het hoogste rangnummer, 1 het laagste. U kunt ieder rangnummer maar eenmaal toekennen.*

Waarden	Gemiddelde van toegekende rangnummers	Rang
Toegankelijkheid (n=123)	6.25	4
Betaalbaarheid (n=121)	4.85	8
Kwaliteit (n=125)	8.70	1
De positie van de cliënt/patiënt (n=125)	8.29	2
Financiële positie instelling (winst, eigen vermogen, productiegroei) (n=126)	6.48	3
Werkgelegenheid en arbeidsvoorwaarden medewerkers (n=123)	4.98	6
Boekwaarde vastgoed (n=120)	2.86	10
Gezondheid regionale bevolking (n=123)	3.24	9

<b>Participatie mensen met een beperking in de samenleving (n=122)</b>	4.96	7
<b>Transparantie prestaties (n=126)</b>	5.48	5

**1e.** Hanteert uw instelling intern een eigen kwaliteitssysteem, dat wil zeggen: naast de bestaande landelijke systemen? Een 'eigen kwaliteitssysteem' bestaat uit door uw instelling zelf ontwikkelde indicatoren of normen. (n=145)

<b>Ja</b>	<b>54.5%</b>
<b>Nee, wij hanteren uitsluitend landelijke systemen</b>	<b>44.8%</b>
<b>Ik ben daarvan niet op de hoogte</b>	<b>0.7%</b>

## 2. Visie op toezicht

**2a.** Heeft de RvT van uw zorginstelling een expliciete visie op intern toezicht geformuleerd? Onder 'expliciet' verstaan wij: 'bij interne en externe stakeholders bekend'. (n=146)

<b>Ja</b>	<b>47.9%</b>
<b>Nee</b>	<b>52.1%</b>

**2b.** Zo ja, is deze visie voor ons op een later moment beschikbaar? (n=81)

<b>Ja</b>	<b>79%</b>
<b>Nee</b>	<b>21%</b>

**2c.** Wat ziet u als het primair object van intern toezicht: 'gezondheid en participatie van de burgers in de regio van de instelling' of de continuïteit en de positie van de instelling? Met 'primair object' bedoelen wij: waarop ligt in de RvT de nadruk, gesteld dat hij moet kiezen? (n=136)

<b>Gezondheid en participatie burgers</b>	<b>36.8%</b>
<b>De instelling</b>	<b>63.2%</b>

**2e.** Als u gedwongen wordt te kiezen, waaraan geeft u dan als toezichthouder voorrang? (n=135)

<b>Kwaliteit en veiligheid (ook als dat, bijvoorbeeld door afstoten van een functie, ten koste zou gaan van instellingsbelangen)</b>	<b>79.3%</b>
<b>De continuïteit van de instelling</b>	<b>20.7%</b>

**2f.** Kunt u aangeven welke stakeholders (belanghebbenden) u voor uw zorginstelling van belang vindt? U kunt dit doen door een rangnummer te geven aan de hieronder genoemde mogelijke stakeholders. *Het cijfer 8 is het hoogste rangnummer, 1 het laagste. U kunt ieder rangnummer maar eenmaal toekennen.*

<i>Stakeholder</i>	<i>Gemiddelde van toegekende rangnummers</i>	<i>Rang</i>
<b>Patiënten/Cliënten/Bewoners (o.m. cliëntenraad) (n=120)</b>	<b>7.67</b>	<b>1</b>
<b>Mantelzorgers en vrijwilligers (n=119)</b>	<b>4.29</b>	<b>5</b>
<b>Medewerkers/Zorgprofessionals (o.m. medische of verpleegkundige staf) (n=121)</b>	<b>6.26</b>	<b>2</b>
<b>OR (n=118)</b>	<b>4.41</b>	<b>4</b>
<b>Inspectie voor de Gezondheidszorg (n=121)</b>	<b>3.72</b>	<b>6</b>
<b>Zorgverzekeraar/Zorgkantoor (n=121)</b>	<b>5.07</b>	<b>3</b>
<b>Bank (n=119)</b>	<b>2.74</b>	<b>7</b>
<b>Andere(n), te weten: (n=77)</b>	<b>2.69</b>	<b>8</b>

### 3. Rolverdeling RvT – RvB

**3a.** Is de rolverdeling van de RvT en van de RvB binnen uw instelling adequaat vastgelegd in een document in de vorm van naleefbare spelregels? (n=145)

<b>Ja, adequaat</b>	<b>86.2%</b>
<b>Ja, maar niet adequaat</b>	<b>7.6%</b>
<b>Nee</b>	<b>6.2%</b>

**3b.** Is dit document voor ons op een later moment beschikbaar? (n=134)

<b>Ja</b>	<b>93.3%</b>
<b>Nee</b>	<b>6.7%</b>

**3c.** Kunt u hieronder aangeven hoe binnen uw instelling de rolverdeling tussen RvT en RvB op het vlak van kwaliteit en veiligheid is geregeld? Wilt u een keuze doen uit de volgende mogelijkheden, door een daarvan aan te kruisen? (n=146)

<b>De RvB is eindverantwoordelijk; de RvT ziet op afstand toe op basis van informatie van de RvB</b>	<b>17.1%</b>
<b>De RvB is eindverantwoordelijk, maar de RvT voelt zich nadrukkelijk</b>	<b>52.7%</b>

<b>medeverantwoordelijk op basis van informatie van de RvB</b>	
<b>Idem, maar de RvT geeft zijn medeverantwoordelijkheid gestalte door zelf informatie in te winnen (o.m. eigen onderzoek in de instelling)</b>	<b>22.6%</b>
<b>RvT en RvB voelen zich expliciet samen verantwoordelijk (gedeelde verantwoordelijkheid); zij hebben dit geformaliseerd</b>	<b>6.8%</b>
<b>Er zijn geen duidelijke afspraken tussen RvT en RvB</b>	<b>0 %</b>
<b>Anderszins, te weten:</b>	<b>0.7%</b>

**3d.** Is in de afgelopen jaren in uw instelling gebleken dat de RvT een aantoonbare toegevoegde waarde in de besturing heeft ten opzichte van de RvB? (n=147)

<b>Ja</b>	<b>88.4%</b>
<b>Nee</b>	<b>1.4%</b>
<b>Is niet 100% duidelijk</b>	<b>10.2%</b>

**3f.** Is uw RvT in staat de taken die hij heeft, te weten 'intern integraal toezicht', 'werkgever RvB', 'adviseur/klankbord RvB', in combinatie en evenwichtig uit te voeren? (n=144)

<b>Ja, alle drie en in een goede balans</b>	<b>84.7%</b>
<b>Ja, maar er bestaat wel spanning tussen de taken waardoor zij niet gemakkelijk zijn te combineren</b>	<b>14.6%</b>
<b>Nee, de drie taken zijn in feite niet in combinatie uit te voeren, omdat zij deels onderling strijdig zijn</b>	<b>0.7%</b>

**3g.** Indien u bij de vorige vraag (f) de derde mogelijkheid hebt aangekruist, wilt u dan hieronder aangeven tussen welke taken de strijdigheid naar uw mening vooral optreedt?

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk. (n=5)*

<b>Tussen intern toezicht en werkgeversrol</b>	<b>20%</b>
<b>Tussen intern toezicht en adviseur/klankbord</b>	<b>60%</b>
<b>Tussen werkgeversrol en adviseur/klankbord</b>	<b>20%</b>

**3h.** Heeft uw RvT het salaris van de RvB de afgelopen jaren op het niveau van de WNT-norm gebracht? (n=139)

<b>Ja, dit had geen gevolgen voor het salaris van de RvB</b>	<b>47.5%</b>
<b>Ja, dit had negatieve gevolgen voor het salaris van de RvB</b>	<b>15.1%</b>
<b>Ja, dit had positieve gevolgen voor het salaris van de RvB</b>	<b>7.2%</b>
<b>Nee</b>	<b>21.6%</b>

<b>Ik weet dit niet zeker/de WNT-norm speelde geen rol bij het vaststellen van het salaris van de RvB</b>	<b>8.6%</b>
---	-------------

#### 4. Informatiepositie RvT

4a. Welke informatiebronnen gebruikt de RvT van uw instelling voor het intern toezicht? (n=146)

<b>Voornamelijk informatie afkomstig van de RvB (uitzonderingen daargelaten)</b>	<b>29.5%</b>
<b>Ook andere informatiebronnen, dus niet alleen de RvB</b>	<b>70.5%</b>
<b>Voornamelijk andere informatiebronnen dan de RvB</b>	<b>0%</b>

4b. Als uw RvT ook andere informatiebronnen gebruikt, welke zijn dat? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk. (n=143)

<i>Informatiebron</i>	<i>Percentage 'gebruikt informatiebron'</i>
<b>OR</b>	<b>90.9%</b>
<b>Cliëntenraad of een andere vorm van zeggenschap van cliënten, patiënten of bewoners</b>	<b>90.2%</b>
<b>Zorgprofessionals</b>	<b>60.1%</b>
<b>Zorgverzekeraar/Zorgkantoor</b>	<b>21%</b>
<b>Inspectie voor de Gezondheidszorg</b>	<b>39.9%</b>
<b>Gemeente</b>	<b>17.5%</b>
<b>Bank</b>	<b>13.3%</b>
<b>Internet, sociale media</b>	<b>49%</b>
<b>Andere media, zoals krant, tv, vakbladen</b>	<b>68.5%</b>
<b>Andere(n), te weten:</b>	<b>36.4%</b>

4c. Kunt u in de onderstaande tabel met een rangnummer aangeven welke praktijkwaarde een informatiebron zou moeten hebben voor het intern toezicht binnen uw instelling?

Een 10 geeft de hoogste praktijkwaarde aan, een 1 de laagste. U kunt een rangnummer maar eenmaal toekennen.

<b>Informatiebron</b>	
RvB	9.82
Directieteam/MT	7.75
OR	6.83
Cliëntenraad of een andere vorm van zeggenschap van cliënten, patiënten of bewoners	7.36
Professionals: staf etc.	6.18
Zorgverzekeraar/Zorgkantoor	4.68
Inspectie voor de Gezondheidszorg	4.85
Gemeente	3.22
Bank	2.67
Andere(n), te weten:	3.18

**4d.** Hoe zeker bent u dat u een goed inzicht heeft in de kwaliteit en veiligheid van de door uw instelling geleverde zorg? (n=141)

<b>Ik ben daar zeker van en kan dat desgewenst met voorbeelden aantonen</b>	<b>61%</b>
<b>In ben daar zeker van, maar kan dat niet aantonen</b>	<b>30.5%</b>
<b>Ik ben daar niet zeker van; ik heb mijn twijfels</b>	<b>7.1%</b>
<b>Ik weet zeker dat ik dat inzicht niet heb, dat ik essentiële informatie mis en kan daar desgewenst voorbeelden van geven</b>	<b>1.4%</b>

**4e.** Staat het informatiebeleid van het interne toezicht op kwaliteit en veiligheid op de agenda van de RvT en zo ja, hoe vaak? (n=147)

*Met 'op de agenda' wordt bedoeld: 'ter formele besluitvorming'.*

<b>Ja, staat een aantal malen per jaar op de agenda</b>	<b>46.3%</b>
<b>Ja, staat eenmaal per jaar op agenda</b>	<b>10.2%</b>
<b>Ja, staat eenmaal of enkele malen per jaar op de agenda, niet ter besluitvorming, maar ter bespreking</b>	<b>32%</b>
<b>Wordt meegenomen in de zelfevaluatie van de RvT</b>	<b>8.2%</b>
<b>Nee, staat niet op de agenda</b>	<b>3.4%</b>

**4f.** Heeft de RvT, in overleg met de RvB, een expliciete keuze gedaan voor een kwaliteitssysteem? (n=147)

<b>Ja, voor een extern/landelijk kwaliteitssysteem, namelijk:</b>	<b>27.9%</b>
<b>Ja, met het primaat bij een eigen, intern kwaliteitssysteem</b>	<b>12.9%</b>
<b>Nee, de RvT volgt de keuze van de RvB</b>	<b>59.2%</b>

**4g.** Is het informatiebeleid ten behoeve van het intern toezicht binnen uw instelling vastgelegd in een informatieprotocol van RvT en RvB, waarop de RvT expliciet stuurt? (n=144)

<b>Ja</b>	<b>63.2%</b>
<b>Nee</b>	<b>32.8%</b>

**4h.** Zo ja, is dit protocol voor ons op een later moment beschikbaar? (n=96)

<b>Ja</b>	<b>88.5%</b>
<b>Nee</b>	<b>11.5%</b>

## 5. Functioneren en leervermogen RvT

**5a.** Vindt er in uw RvT een jaarlijkse formele evaluatie plaats? (n=145)

<b>Ja, ieder jaar met voorbereiding/verslaglegging (actiepunten) en iedere ca 2/3 jaar met externe begeleiding</b>	<b>50.3%</b>
<b>Ja, zonder externe begeleiding, maar met een intern verslag (actiepunten) en voorbereiding</b>	<b>37.9%</b>
<b>Ja, maar zonder externe begeleiding en zonder verslaglegging/voorbereiding</b>	<b>5.5%</b>
<b>Nee, evaluaties vinden niet jaarlijks plaats</b>	<b>6.2%</b>

**5b.** Hebben evaluaties van de RvT in de afgelopen jaren aantoonbaar geleid tot veranderingen in het functioneren van de Raad en het gedrag van de leden? (n=141)

<b>Ja</b>	<b>78%</b>
<b>Nee</b>	<b>22%</b>

**5d.** Op welke wijze is de kennis over kwaliteit en veiligheid in uw RvT geborgd?  
*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk. (n=145)*

<i>Wijze van kenniswaarborging</i>	<i>Percentage 'ja'</i>
Een jaarplan voor de scholing van de leden met een verplichtend karakter	9.0%
Niet verplichte scholingsfaciliteiten	48.3%
Een vaste Commissie Kwaliteit en Veiligheid	51.0%
Ten minste één van de leden van de RvT is een praktiserend zorgprofessional (bij een andere instelling)	59.3%
Contacten met andere RvT'en	34.5%
Het aantal leden dat afkomstig is uit de zorgsector is groter dan het aantal leden dat afkomstig is uit andere sectoren	11.0%
Ten minste tweemaal per jaar een werkbezoek aan een onderdeel van de instelling	59.3%
Een aantal malen per jaar een gesprek met medewerkers van de zorginstelling	66.2%
Een aantal malen per jaar een gesprek over kwaliteit en veiligheid met de cliëntenraad	63.4%
Ten minste eenmaal per jaar een presentatie van een externe deskundige over actuele ontwikkelingen	36.6%
Contacten met de Inspectie voor de Gezondheidszorg	11.0%
Op een andere wijze, namelijk:	19.3%

**5e.** Kunt u van de mogelijkheden uit de vorige vraag aangeven welke in de praktijk binnen uw RvT de belangrijkste drie vormen (in volgorde van belangrijkheid)? (n=84)

1. Een vaste Commissie Kwaliteit en Veiligheid (45.5 % eerste plaats per mogelijkheid bekeken)
- 2 Ten minste tweemaal per jaar een werkbezoek aan een onderdeel van de instelling (21.8 % tweede plaats per mogelijkheid bekeken)
3. Een aantal malen per jaar een gesprek over kwaliteit en veiligheid met de cliëntenraad (14.5 % derde plaats per mogelijkheid bekeken)

**Bereid om mee te werken aan een interview (n=132)**

Ja: 71.2%      Nee:28.8 %



## Bijlage 5 Beantwoording open vragen

### 1. Kernwaarden van de zorginstelling

b. Als dit het geval is, kunt u dan hieronder deze kernwaarden in trefwoorden beschrijven

Kernwaarden zorginstelling:

<b>Kernwaarden zorginstelling</b>
<b>Betekenis boven beperking</b>
<b>Kwaliteit van zorg, sluitende begroting, klant centraal</b>
<b>Omzien naar de ander, bewogenheid, ik luister naar de ander, respect en waardering, ik denk in wensen niet in grenzen, bijdragen aan de spiritualiteit v.h. huis</b>
<b>Is verwoord in de visie van de organisatie</b>
<b>Aansluiten op eigen kracht en informele zorg. Herstel. Maatschappelijke participatie.</b>
<b>Invloed cliënt (regio), organisatie verandert mee, ondernemingszin, investering, bedrijfsvoering.</b>
<b>Zie jaarverslag 2012 alinea 3 en 4</b>
<b>Respect, resultaatgericht, klantgericht en flexibel</b>
<b>Deskundigheid, respectvol &amp; optimistisch, specialistische zorg tegen betaalbare prijs, vroeg, dichtbij en intensief mogelijk.</b>
<b>Ieder mens is als schepsel van god onderwerp van zijn liefde. Uniek en kostbaar, hoe geschonden en zorgbehoevend ook. Zorg vernieuwend en betrouwbaar.</b>
<b>Kwaliteitsbewaking, duurzaamheid, continuïteit, dienstverlening, cliënt centraal: geborgenheid, gezondheid, veiligheid.</b>
<b>Client centraal, kwaliteit zorg en veiligheid, personeelsbeleid, financieel gezond</b>
<b>Professioneel, praktisch, persoonlijk en liefdevol</b>
<b>Samen verder → persoonlijke aandacht, betrouwbaar, deskundig, innovatief, partnerschap, duurzaam</b>
<b>Optimale ontwikkeling van de cliënt, deel van de samenleving, decentrale organisatie ,zelf verantwoordelijke units, financieel gezonde bedrijfsvoering</b>
<b>Klant centraal, toekomstgericht, heliomare EEN bedrijf, ondernemend en innovatief</b>
<b>Samen &amp; verbinden, grensverleggend, maatschappelijk betrokken</b>
<b>Transparant, christen zijn, gericht op de ander (presentiebenadering)</b>
<b>Open, professioneel, met hart en ziel</b>
<b>Hoog volume en kwaliteit</b>
<b>Deskundig en betrokken, kleurrijk, ondernemend en samenwerkend</b>
<b>Uitgaan van eigen kracht, systeemgericht, veiligheid voorop, gericht op meetbaar effect, toekomstgericht, bij voorkeur in het eigen gezin, uitgaan van autonomie van het gezin.</b>
<b>Kleine teams, hoge kwaliteit, vraaggericht werken</b>
<b>Kwaliteit, cliëntgericht, oprechte aandacht, professioneel</b>
<b>Samen met de cliënt bepalen wat we gaan doen en hoe, cliënt willen leren kennen om antwoord te kunnen geven op vragen etc.</b>
<b>Kwaliteit, full service, 1 kind 1 plan</b>
<b>Evangelische hulpverlening</b>
<b>Samenwerken, flexibel, actief</b>
<b>Zorg op maat, menselijke maat, kleinschaligheid, eigen regie bewoners/cliënten</b>
<b>M is er voor alle ouderen in de gemeente, deskundig, gastvrij en efficiënt. Zorgen voor een warme aangename woon- en leefomgeving. Cliënten houden regie</b>
<b>Passie en betrokkenheid, ontwikkeling, samenwerking</b>

<i>Aandacht, keuze, gemak</i>
<i>Menselijke hartelijkheid en gastvrijheid voor zowel cliënt als medewerker, kundige hulpverlening die past bij de behoeften van de cliënt</i>
<i>Menselijk, bekwaam, toekomstgericht, samenwerkend, resultaatgericht.</i>
<i>Dichtbij, samen, vooruit</i>
<i>Eigen verantwoordelijkheid/autonomie</i>
<i>Zorg op maat, persoonlijke begeleiding, levensverhaal ons uitgangspunt, bijdrage aan de maatschappij</i>
<i>Clientgericht, ondernemend, krachtig, professioneel, expertise</i>
<i>Klantgerichtheid, nabijheid, gastvrijheid, continuïteit, kwaliteit, doelmatigheid, deskundigheid, innovatie</i>
<i>Professioneel, betrokken, servicegericht en resultaatgericht</i>
<i>Regie op eigen leven, autonomie, ervaren van kwaliteit van bestaan in al zijn facetten, sociale contacten, ontwikkeling en ontplooiing. Klantvriendelijke en persoonlijke bejegening</i>
<i>samenwerken</i>
<i>Betrokkenheid, respect, vertrouwen, cliëntgerichtheid, transparant</i>
<i>Gastvrij, veilig en resultaatgericht</i>
<i>Zoveel mogelijk kinderen laten profiteren van het aan ons toevertrouwde budget, zorg moet leiden tot een praktisch effect in het dagelijks (gezins)leven</i>
<i>Mensen met beperkingen in hun dagelijkse leven als gevolg van een psychische storing helpen en steunen.</i>
<i>Participatie, eigen plek, empowerment van mensen met een beperking</i>
<i>Zorg op maat, thuiszorg</i>
<i>Leef je eigen leven</i>
<i>Onafhankelijke cliëntondersteuning</i>
<i>Zelfstandigheid, solide participatie en het welzijn van cliënten</i>
<i>Goed en veilig zorg- en werkklimaat</i>
<i>Verantwoordelijk, effectief, betrokken</i>
<i>Zorgzaamheid, geborgenheid, toewijding, autonomie en ambitie</i>
<i>In verbinding werken aan aantoonbare meerwaarde voor mensen met een visuele beperking</i>
<i>Thuis voor iedereen, gastvrijheid, betrouwbaarheid, deskundigheid</i>
<i>Kwaliteit, zorg dichtbij, samenwerken in ketenverband, patiëntenbelang</i>
<i>Passend, ruimte, samen</i>
<i>Beste uit jezelf halen, verantwoordelijkheid passie en aandacht, uitgaan van mogelijkheden</i>
<i>Individen respecteren, mogelijkheden centraal</i>
<i>Betrokken, klantgericht, laagdrempelig, kwalitatief goede en veilige zorg</i>
<i>Veilig, hoffelijk, deskundig, ondernemend</i>
<i>Humane bejegening, positieve grondhouding, systeemgericht, ontwikkeling gericht, kind staat centraal</i>
<i>Kwaliteit vd zorg centraal, cliënt een zo normaal mogelijk leven, zo weinig mogelijk bureaucratie/management, bevoegdheden zoveel mogelijk op de werkvloer</i>
<i>Verbinden, professionaliteit, vertrouwen</i>
<i>Thuis in de wijk en op school, breed inzetbaar en betrokken, toegesneden aanbod, gezins- en gemeenschap gerichte hulp</i>
<i>Zorgverlening, welzijnsbevordering en huisvesting aan ouderen. Dit gebeurt vanuit de Bijbelse versie op zorg. Vanuit het hart en vertrouwd</i>
<i>Kwaliteit staat voorop, geen wachtlijsten, transparant</i>
<i>Leveren van de hoogste kwaliteit zorg</i>
<i>Betrokken en gedreven; vernieuwen en zijn nooit uitgeleerd; werken samen aan</i>

<b>verantwoordelijkheid</b>
<b>Intrinsieke interesse, vakkundig en trots, duurzaam, gastvrij</b>
<b>Cliëntenbelang staat voorop, duurzaamheid, kwaliteit zorg</b>
<b>Ondernemend, vakkundig, resultaatgericht, gastvrij</b>
<b>Vertrouwen, eerlijkheid, erkenning, respect</b>
<b>Kwalitatief goede basis medische specialistische zorg en een maximaal veilig en gastvrij ziekenhuis</b>
<b>Begeleiden via beschermd wonen van mensen met psychische problematiek naar zelfstandig leven, wonen en werken</b>
<b>Betrokken, vraaggericht, professioneel, laagdrempelig</b>
<b>Aandacht, eenvoud</b>
<b>Open, professioneel, met hart en ziel</b>
<b>Je kunt meer dan je denkt</b>
<b>Individuele ontwikkeling van cliënt staat voorop</b>
<b>Warm vernieuwend en samen</b>
<b>Naast mensen - niet boven. Zzo onnadrukkelijk mogelijk professionele ondersteuning. Dialoog, kwaliteit van leven. Zoveel mogelijk verantwoordelijkheid bij cliënt.</b>
<b>Maatschappelijk ; pluriformiteit ; Multi culturaliteit</b>
<b>Zorg verlenen zoals we die zelf zouden willen ontvangen. Ieder mens heeft recht op zorg ongeacht afkomst of ras</b>
<b>Richten op mensen met handicap, cliënt kan zich als uniek mens ontplooien</b>
<b>Kennis, Liefdevol, Eerlijk, Uniek, Resultaat</b>
<b>Leveren optimale zorg</b>
<b>Regie over eigen leven; cliënt in de samenleving; uitgaan van mogelijkheden; professionele en betrouwbare organisatie</b>
<b>Preventie/dienstverlening, consultatie, begeleiding</b>
<b>Betrokken, open en betrouwbaar</b>
<b>Beter, samen, hoffelijk</b>
<b>Betrokken, betrouwbaar, bekwaam, bewust, betekenis gevend</b>
<b>Betrouwbaar, kleinschalig, hpo organisatie, deskundig, betrokken en toegewijd.</b>
<b>Open, betrokken, betrouwbaar</b>
<b>Welzijn, eigen regie, ontzorgen, ondernemen, verbinden</b>
<b>Zorg van waarde bieden, zelfbeschikking en regie bij de patiënt, passende zorg, stepped care, hoge professionele standaard, zorg in de keten, nauw verbonden met onderzoek en ontwikkeling</b>
<b>Werken aan een goed leven; mensen met een beperking helpen zich te ontwikkelen.</b>
<b>Eigen kracht, oog voor elkaar, initiatiefrijk</b>
<b>Zelfregie als leidende, nieuwe uitdaging</b>
<b>MEE maakt meedoen mogelijk</b>
<b>Strategisch beleidsplan: boeien, binden en behouden; klantgerichtheid en veiligheid; regionale verankering</b>
<b>Veiligheid, hoffelijkheid, uitstraling, plezierig werken, doelmatigheid</b>
<b>Naast de statuten een integraal plan van rvb en medische staf met veilige/goede medische topzorg, in de regio, samenwerkingsgericht</b>
<b>Veilig, gastvrij, open, vernieuwend</b>
<b>Betrokken, inspirerend, verantwoordelijk → sta dichtbij, ben betrokken</b>
<b>patiëntgericht, professioneel, gezamenlijk, ondernemend</b>
<b>Vertrouwen en warmte, discipline en aanspreekbaarheid, kwaliteit en veiligheid</b>
<b>Professionele en betrouwbare thuiszorg, hoge kwaliteit, cliëntgerichte zorgverlening</b>

<b>Verbeteren eigen kracht cliënt, nabijheid en maatwerk, authentiek en ondernemend</b>
<b>Respect, aandacht, openheid</b>
<b>Daadkracht, aandacht en passie</b>
<b>Versterken van de positie: onderscheidend op kwaliteit, samenwerken met partners in de regio, beste plek om te werken</b>
<b>Werken aan cliëntperspectief, passende zorg en behandeling in elke levensfase, positioneren per doelgroep 1 merknaam, wijkzorg en rugdekking voor de wijk</b>
<b>Aandacht voor de klant, respect voor vakmanschap, inzet op betrouwbaarheid, gericht op samenwerking, zorgverlening die betekenisvol is.</b>
<b>Betrokken, betrouwbaar, ambitieus</b>
<b>zelfredzaamheid</b>
<b>Nabijheid, vrijheid, verantwoordelijkheid, gelijkwaardigheid</b>
<b>Gelijkwaardigheid, verantwoordelijkheid, zelfredzaamheid, duurzaamheid</b>
<b>Heterogeen, vraaggericht, zo min mogelijk overhead, geen wachtlijsten</b>
<b>Streven naar veilige levensloop ontwikkeling en duurzaam herstel bij kinderen, jongeren en volwassenen met complexe aandoeningen op het gebied van gedrag en persoonlijkheid</b>
<b>Christelijke identiteit, afstemming aanbod op de hulpvraag, integratie bewoners in de samenleving.</b>

## 2. Visie op toezicht

f. Kunt u aangeven welke stakeholders (belanghebbenden) u voor uw zorginstelling van belang vindt?

<b>Andere(n), te weten:</b>	<b>Aantal</b>
<b>Lokale overheden</b>	2
<b>Gemeente (WMO)</b>	30
<b>Huurdersbond Ede-Oost</b>	
<b>Doorverwijzers zoals revalidatieartsen, casemanagers</b>	
<b>Ouders, verwanten/wettelijk vertegenwoordigers</b>	
<b>omgeving</b>	
<b>Collega instellingen in de omgeving</b>	7
<b>woningcorporatie</b>	5
<b>Zorgboerderij i.v.m. dagbesteding</b>	
<b>Verwijzers</b>	5
<b>Ketenpartners</b>	3
<b>Leveranciers</b>	
<b>Media</b>	
<b>provincie</b>	4
<b>zorgkantoor</b>	
<b>pers</b>	
<b>vakbonden</b>	3
<b>huisartsen</b>	5
<b>aandeelhouders</b>	
<b>opleidingsinstituten</b>	
<b>verhuurder voorzieningen</b>	
<b>1<sup>e</sup> lijn zorg</b>	
<b>gemeente</b>	

### 3. Rolverdeling RvT-RvB

c. Kunt u hieronder aangeven hoe binnen uw instelling de rolverdeling tussen RvT en RvB op het vlak van kwaliteit en veiligheid is geregeld? (alleen indien men optie 6 kiest)

<b>Anderszins, te weten:</b>
<i>'neus' hebben voor dit soort zaken via contacten met managers en medewerkers en goed tussen de regels doorlezen/kritische vragen stellen</i>
<b>Kwaliteit-cie</b>
<i>Rvb eindverantwoordelijk: rvt ook eigen agenda middels cie kwaliteit en veiligheid</i>
<b>Informatieprotocol rvb-rvt vastgesteld</b>
<i>Binnen de rvt functioneert een commissie kwaliteit en veiligheid die regelmatig met rvb en kwaliteit functionarissen overlegt en besluiten voorbereidt.</i>
<b>Commissie rvt kwaliteit</b>

e. Als u de vorige vraag met 'Ja' hebt beantwoord, kunt u dan enkele recente en concrete voorbeelden noemen die dit illustreren?

<b>Voorbeelden</b>
<i>Externe communicatie, vastgoed beslissingen</i>
<i>Vertrek en instellen nieuwe bestuurder,</i>
<i>Reorganisatie en vormgeving topstructuur.</i>
<i>Tot stand komen strategische visie. Aandacht voor kwaliteit en veiligheid.</i>
<i>Vastgoedontwikkeling.</i>
<i>Op de agenda zetten van medicatie veiligheid, nadrukkelijk sturen op samenwerking, concretiseren financiële doelen.</i>
<i>Inrichting van de organisatie, strategie, wachtlijsten, efficiëntie en effectiviteit</i>
<i>Sparringpartner rvb bij afweging toekomstscenario's.</i>
<i>In het kader van het ontwikkelen van nieuwbouw ter vervanging van het bestaande gebouw: financieel, bouwkundig, politiek.</i>
<i>Strategische keuzes, advies op basis van kwaliteitsmetingen</i>
<i>Reorganisaties, Verandering 2-persoons rvb → 1-persoons, Instellen dashboard met maandelijkse performance indicatoren</i>
<i>De rvt heeft geïntervenieerd in de rvb en een inter-immer aangetrokken</i>
<i>Besluitvorming rondom realisering van een kinder- en jeugdcentrum</i>
<i>Voortgang van (de time-out) voorziening. De rol van rvt bij fusie tussen ontmoeting en nehowin zorg.</i>
<i>Op het gebied van financiering, samenwerking met andere ziekenhuizen</i>
<i>Sterke rol in het zuiver bewaken van de maatschappelijke belangen, zeker in het licht van de transitie van stichting naar bv</i>
<i>Versterking van de rvb door autitcommissie</i>
<i>Afstoten van en deelneming in een ander zorgbedrijf</i>
<i>Totstandkoming business case t.b.v. aantrekken leningen, diverse fusietrajecten, samenwerking binnen Carante Groep, expliciete betrokkenheid bij contacten met ouders/cliëntvertegenwoordigers</i>
<i>Samenwerking met andere instellingen, vermogensbeheer</i>
<i>Vervanging rvb</i>
<i>Balanced scorecard afgedwongen, kwaliteit verslaglegging</i>
<i>Financiële beleidskaders</i>

<i>M is een kleine organisatie. Rvt pakt naast controlerende ook expliciet de adviserende rol. Bijv. samen met management de strategische visie ontwikkelen.</i>
<i>Politieke lobby op gemeentelijk niveau</i>
<i>Sparringpartner bij strategische overwegingen, aanscherpen beleidsvoornemen voor samenwerking ICT.</i>
<i>Interventie in de besprekingen/onderhandelingen met derden in het kader van samenwerking met andere zorgcentra c.q. verpleegtehuizen. Bevordering van de naamsbekendheid en transparantie van Friso naar de omgeving.</i>
<i>In kader van afspraken fusie tot herziening van samenstelling rvb overgegaan</i>
<i>Discussie/besluitvorming omtrent samenwerking langlopende contracten</i>
<i>Adviseren rondom initiëren van een nieuwe organisatiestructuur, adviezen rondom calamiteiten</i>
<i>Goed verlopen reorganisatie, toekomstige koers t.o.v. stakeholders</i>
<i>De rvt heeft de laatste jaren tezamen met de nieuwe rvb gewerkt aan een heldere strategische visie.</i>
<i>Naast toezichthouder expliciete rol van adviseur en sparringpartner. Meedenken en handelen vanuit toezichthoudend perspectief, verrijken beslissingen die voor het besturen van de organisatie van belang zijn.</i>
<i>Nieuwbouw</i>
<i>Bedreiging van buitenaf, onderzoek om naar sterfgevallen 60j geleden</i>
<i>Adviesfunctie waar het gaat om vastleggen protocollen</i>
<i>Realisatie nieuwbouw woningen, gesprekken gemeente en bank</i>
<i>Afscheid bestuurder, crisis in organisatie, coaching interim bestuurder, zorgvuldige werving vaste bestuurder (in samenspraak met interne stakeholders)</i>
<i>Vastgoed beslissingen, inrichting financiële organisatie, samenwerking en fusie</i>
<i>Klankborden advies jegens opstelling t.b.v. transitie jeugdzorg</i>
<i>Financiële buffer opbouwen, strategie bestuurder bijgesteld m.b.t. organisatie inrichting en afstoten taken op basis van zorg-decentralisaties</i>
<i>Nieuwbouw strategie + realisatie</i>
<i>Forse ingreep bij disfunctionerende rvb (2010-2011)</i>
<i>Toekomstscenario n.a.v. recente wijziging wet en regelgeving. Nieuwbouw en verbouw. Formuleren risico's in jaardocument.</i>
<i>Strategische positionering in decentralisaties; sparren met rvb m.b.t. samenwerking fusie</i>
<i>Afblazen aankoop vastgoed, afhouden fusie, instellen afzonderlijke kwaliteitctie binnen rvt</i>
<i>Benoeming rvb, vervroegd vertrek vorige rvb. In overleg met rvb is koers/strategie gewijzigd. Rvb heeft gekozen voor andere fin rapportage beheersing op aangaan rv. Keuzes in bedrijfsvoering/vastgoed e.d. zijn door interventie rvt anders genomen.</i>
<i>Inbreng rvt meerjarenbeleidsplan</i>
<i>Strategie, vastgoedbeleid, financiën</i>
<i>Soms staat de rvb voor lastige keuzes de mening van de rvt is dan belangrijk</i>
<i>Besluitvorming fusie + beperking risico 'dochters'</i>
<i>Fusietraject 2011-2012 met de parnassia bavo groep. Zelfstandige toets functie van rvt t.o.v. rvb. Duidelijk 2 tier besturingsmodel</i>
<i>Beleid t.a.v. onroerend goed/huisvesting, klankbord gesprek als het gaat om bedrijfsprocessen</i>
<i>Visie m.b.t. beleid vastgoed. Introductie risicomangement</i>
<i>Gezamenlijk overleg (RvT + RVB) met zorgkantoor en inspectie. Beëindiging arbeidscontract bestuurder, formulering opdracht interim bestuurder</i>
<i>Invoering nieuw besturingsmodel (holding), strategische positionering in de regio</i>



<b>Adviseren bij totstandkoming meerjarenbeleid. Ondersteuning in netwerken en zorgketen.</b>
<b>Intensieve bemoeienis en besluiten in het kader van financiering en omvangrijke reorganisatie inclusief de benoeming van een nieuwe rvb (tijdens en na crisissituatie). De doorlopende meerjarige en gedetailleerde bespreking van alle relevante issues in het kader van voorgenomen fusie met atrium mc.</b>
<b>Discussie over de dilemma's in de zorg/instelling, bewaking cultuur van JP, veel aandacht en geld naar interne scholing</b>
<b>Het inwerken van scenario's geënt op de aantoonbare transitie in de zorg. Opstellen van compacte managementrapportages, voorzien van analyses</b>
<b>Houding in informerende behoefte en kritische houding in goedkeuringsrol. Interventies in concrete bestuurlijke problemen</b>
<b>Strategische keuzen en afwegingen, scherpte inbrengen op financieel vlak.</b>
<b>Benoeming directie, advies over beleid, aanwezig gesprek bank</b>
<b>Bestuurlijke fusie van de 2 huizen om kwaliteit te verhogen</b>
<b>Samenwerking avl, samenstelling rvb, samenwerking Hubrecht Institute</b>
<b>Ontwikkeling meerjarenbeleidsplan, vastgoed ontwikkeling/visie/financiering, keuze besturing/samenstelling rvb</b>
<b>Verantwoordelijkheid rvt bij vaststellingsovereenkomst rvb-bestuur medische staf; sturing middels jaarlijkse targets; het in 2013 opnieuw verkrijgen van de NIAZ accreditatie ging vergezeld van een aanwijzing die berustte op het verslag van rvb aan rvt</b>
<b>Discussie en reflectie op verantwoording en informatie; vastgoedbeslissingen: expertise en reflectie bij investeren en afstoten; klankbord voor bestuurder; inbreng van informatie over belanghouders en contacten in de regio bv bij samenwerking met woningstichting en zorginstellingen; inrichting governance; bijdrage aan discussie over identiteit en missie</b>
<b>Budget nieuwbouwprojecten (financiële) strategie, missie, visie, fusie besluit</b>
<b>Geen fusie of reorganisatie voornemens/besluiten zonder dat onze cliënten daar beter van worden</b>
<b>In contacten met externe stakeholders. Door vast te houden aan eenhoofdige besturing.</b>
<b>Op het gebied van financiering, samenwerking met andere ziekenhuizen.</b>
<b>Adviezen met betrekking tot functioneren van vestigingsdirectie; bezoek voorzitter rvt in die vestiging.</b>
<b>Bemiddelingen conflict met staf. Lobby verzekeraars.</b>
<b>Investeringsbesluit voorzieningen(wonen): concreet: 2012(2011) boerderij de kinderhoeve als woonvoorziening. 2013: verbouwing locatie in woonwijk (eigen dorp)</b>
<b>-Toevoeging specialistische expertise bij ontwikkeling nieuwe locaties</b>
<b>-Toevoeging specialistische expertise perspectieven bij juridische aangelegenheden</b>
<b>- Toevoeging aandachtspunten controle</b>
<b>Benoeming nieuwe bestuurder.</b>
<b>Samenwerking met collega ziekenhuis, op het niveau van specialisten, met VVT organisaties.</b>
<b>-Ingrep in samenstelling RvB en positie management</b>
<b>-keuzen t.a.v. de koers, bv. t.a.v. het werkingsgebied en de doelgroepen.</b>
<b>- keuzen t.a.v. strategie van AWBZ/WMO</b>
<b>Samenwerkingsproblematiek RvB</b>
<b>Fusie</b>
<b>Wegnemen externe problemen en creëren van rust</b>
<b>Voortdurend feedback vanuit RVT met breed profiel waaronder "zorg"</b>
<b>Sparringpartner voor de RvB bij calamiteiten.</b>
<b>Meer zorgverleners dan budget; onderzoek naar mogelijkheid om onroerend goed als</b>

<i>eigendom te verwerven.</i>
<i>Ontwikkeling meerjaren strategie; keuzes t.a.v. fusie</i>
<i>Strategisch plan, nieuwbouwplannen, fusies etc.</i>
<i>360 graden beoordeling rvb; visie op uitkomsten zorg; vastgoedstrategie, treasury</i>
<i>Advies/klankbordrol rvt, vooral bij strategische vraagstukken</i>
<i>Besluit t.a.v. lid rvb, reorganisatie</i>
<i>Sparringpartner voor rvb bij calamiteiten</i>
<i>D.m.v. commissies uit de rvt worden voorbereidende gesprekken met de rvb gevoerd over kwaliteit, financiën en organisatie items</i>
<i>Niet goedkeuren begroting → aandringen op scherpere maatregelen. Sparren rond reorganisatie aanpak → verbeterde procedure.</i>
<i>Discussie over kwaliteit en bouwprojecten</i>
<i>De rvt voert nadrukkelijk dialoog met rvb over toekomstige besturing organisatie (breder dan rvb)</i>
<i>Fusie VUNC</i>
<i>Veranderingsproces megamove</i>
<i>Verschillende disciplines binnen rvt, gebruik maken door rvb van kennis</i>
<i>Werkgeversfunctie, goedkeurig belangrijke besluiten, raadgeving strategie</i>
<i>Houding in informerende behoefte en kritische houding in goedkeuringsrol. Interventies in concrete bestuurlijke problemen.</i>
<i>Werkgeverschap, in processen m.b.t. samenwerking en fusie, financiële resultaat</i>
<i>Functioneren en teamvorming rvb, quality board letter in kader, kwaliteitscommissie rvt</i>
<i>Casus voormalig bestuurder, organisatiestructuur/ontvlechting, meerjaren beleid/keuzes naar toekomst</i>
<i>Benoeming adequate rvb, toezien op verhouding medische staf-rvb, discussie governance 2015, samenwerking andere ziekenhuizen.</i>
<i>Betere interne en externe communicatie omtrent fusie, verbetering control systeem kwaliteit en veiligheid, cultuur sessies</i>
<i>De klankbordfunctie van de rvt voor de rvb ondersteunt het beleid van bezuinigingen en veranderingen</i>
<i>Meerjaren beleid, idem vastgoedbeleid</i>
<i>Benutten van netwerken leden rvt, optimaliseren van klankbordfunctie rvt</i>
<i>Voorzien in bestuurlijke continuïteit</i>
<i>Onderwerp kwaliteit, klachtenprocedure, maatschap conflict</i>
<i>De advies en klankbord functie komt goed tot zijn recht, zoals bij ontwikkeling meerjaren visie</i>
<i>Strategie in de regio</i>
<i>Instelling van onroerend goed commissie rv, omdat volstrekt onduidelijk was hoe de o.g. portefeuille eruit zag, later opgegaan in auditcommissie. Benoeming nieuwe accountant door rvt</i>
<i>Ontwikkeling strategie voor kleinschalige zorg. Benoeming rvb/directie. Strategie betreffende fusie mogelijkheid. Verkoop onroerend goed.</i>
<i>Advisering vanuit de deskundigheid van de rvt over zorginkoop en financiering</i>
<i>Vervoerskosten, verbouwingkosten</i>
<i>Rvt wordt door rvb gebruikt als klankbord en sparringpartner. (leden van de) rvt fungeert meermalen als adviseur en meedenker</i>
<i>Sparringpartner rvb voor financiën</i>



#### 4. Informatiepositie RvT

##### b. Als uw RvT ook andere informatiebronnen gebruikt, welke zijn dat?

<b>Andere(n), te weten:</b>
<i>Experts bv op gebied van demografie, informatie van collega instellingen</i>
<i>Alle onderzoeksrapporten e.d. gaan standaard naar de rvt.</i>
<i>Studiebijeenkomsten intern en extern</i>
<i>Externe accountant</i>
<i>Persoonlijke indrukken tijdens aanwezigheid in de instelling en contacten met bewoners, personeel, familieleden en vrijwilligers.</i>
<i>Leden NVTG team</i>
<i>Netwerken, relatie met NVTZ</i>
<i>Medische staf</i>
<i>Accountant, cliëntenraad</i>
<i>Provincie</i>
<i>Presentatie door medewerkers, rondgang langs onderdelen v.d. organisatie</i>
<i>Kwaliteitsonderzoek cliënten, hkz, jaarverantwoording, ao/ic, mto, accountantscontrole</i>
<i>Accountant</i>
<i>Accountant, kwalitatieve control stukken</i>
<i>Accountant</i>
<i>Accountant</i>
<i>Accountant, managementteam</i>
<i>Waarborgfonds</i>
<i>Accountant</i>
<i>Accountant</i>
<i>Accountant, adviseur</i>
<i>Managers, medewerkers, bewoners</i>
<i>De werkvloer, directieteam/MT</i>
<i>MEE-Nederland</i>
<i>Accountant</i>
<i>Accountant</i>
<i>Accountant</i>
<i>Studiebijeenkomsten, congressen, leden bijeenkomsten nvtz, informatiebijeenkomsten, accountant, bank</i>
<i>Gesprekken toezichthouders andere instellingen</i>
<i>Contacten lokale gemeenschap</i>
<i>Werkbezoeken op locaties</i>
<i>accountant</i>
<i>nvtz</i>
<i>Gesprekken met medewerkers, werkbezoeken, accountant</i>
<i>Bezoeken informele bijeenkomsten, stafbestuur, MT</i>
<i>Adviseur</i>
<i>Medewerkers tijdens bedrijfsbezoeken e.d.</i>
<i>2° lijnmanagement</i>
<i>Leidinggevenden, bureau patiëntveiligheid en kwaliteit, klachtenfunctionarissen, interne afdelingsbezoeken, resultaten eigen bronnen, accountant</i>
<i>Accountant, collegae</i>
<i>Brancheorganisatie, MT</i>
<i>Stakeholder</i>

<b>Accountant gespecialiseerd in zorg.</b>
<b>Accountant, leden MT en controller stichting</b>
<b>Accountant, NVTZ</b>
<b>accountant</b>
<b>MT</b>
<b>MT</b>
<b>Cliënten + ouders, medewerkers</b>
<b>Directeuren, zorgbedrijven, bestuurssecretaris</b>
<b>Werkbezoeken, groepsgesprek met directeuren</b>
<b>Themabijeenkomsten, bezoeken instelling, bijeenkomsten met MT, uitnodiging medewerkers/leidinggevenden om onderwerp toe te lichten.</b>
<b>nvtz</b>
<b>Bezoeken informele bijeenkomsten, stafbestuur, MT</b>
<b>NTVZ, eigen info van leden rvt, wetenschappelijk onderzoek, ministerie</b>
<b>Accountant, management</b>
<b>verpleegkundigen</b>
<b>Interne werkbezoeken, bijzondere calamiteiten oefening, door de gangen lopen en praatje maken, themasessies met medische staf en MT</b>
<b>Accountant</b>

c. Kunt u in onderstaande tabel met een rangnummer aangeven welke praktijkwaarde een informatiebron zou moeten hebben voor het intern toezicht van uw instelling?

<b>Andere(n), te weten:</b>	<b>Aantal</b>
<b>accountant</b>	21
<b>Mto, cliënttevredenheidsonderzoek</b>	
<b>Deskundigen</b>	
<b>Hkz label</b>	3
<b>Vakbladen, media, netwerken</b>	
<b>Verwijzers</b>	2
<b>MEE-Nederland</b>	
<b>NTVZ</b>	2
<b>Kwaliteitsonderzoek externe deskundige</b>	
<b>werkbezoeken</b>	2
<b>provincie</b>	2
<b>huisartsen</b>	2
<b>Ketenpartners</b>	
<b>patiëntenorganisaties</b>	
<b>zorginstellingen</b>	
<b>verpleegkundigen</b>	

f. Heeft de RvT, in overleg met de RvB, een expliciete keuze gedaan voor een kwaliteitssysteem

<b>Ja voor een extern/landelijk kwaliteitssysteem, namelijk:</b>
<b>HKZ</b>
<b>CQ-meting</b>
<b>CQ-meting</b>
<b>HKZ</b>
<b>HKZ</b>

HKZ
HKZ
HKZ
Prezo
ROM
HKZ/INK
HKZ/benchmarking
ISO 9001 en kwaliteitskader VGN
HKZ
ISO
JCI + Planetree
JCI
NIAZ
RMS
HKZ
HKZ
Prezo
ISO 9001

## 5. Functioneren en leervermogen RvT (alleen voor degene in envelop verwerkt)

c. Zo ja, kunt u hieronder een voorbeeld geven van zowel een verandering als van de formele besluitvorming in kwestie?

<b>Voorbeeld</b>	<b>Besluitvorming</b>
<b>Ruimte gunnen aan elkaar, zodat ieders inbreng tot zijn recht komt</b>	<i>Half uur voor de vergadering worden de punten nagelopen die we voor elkaar kunnen verduidelijken of waarover we moeten afspreken hoe aan de orde te stellen</i>
<b>Scherper beoordelen voorstellen rvb</b>	<i>Scherpere regeling verantwoordelijkheid rvb resp. rvc</i>
<b>Rol v.d. voorzitter m.b.t. jaargesprekken met de individuele raadsleden</b>	
<b>M.b.t. de gewenste kwaliteit rvt leden. Verbetering van onderling aanspreekgedrag</b>	<i>Betreffende profiel/vacatures rvt</i>
<b>Invulling voorzitterschap</b>	
<b>Een lid rvt gevraagd terug te treden, jaarlijks teambuilding rvt</b>	<i>Verplichte scholing rvt leden</i>
<b>Individuele functioneringsgesprekken, vooroverleg met rvt voor overleg met rvb, feedback einde vergadering</b>	<i>Zie hiernaast</i>
<b>Zorgen voor openheid en vertrouwen zodat discussies helder worden gevoerd.</b>	
<b>Spanning opheffen tussen advies aan rvb en formeel toezicht uitoefenen in een kleine instelling</b>	<i>Volgt map met aanpassing van het reglement rvt.</i>
<b>Kwaliteitsslag in informatie rvb → rvt, verbetering schema van aftreden rvt</b>	
<b>Gaat hier om persoonsgebonden veranderingen, verder instelling de kwaliteit</b>	

<b>Auditie kwaliteit ingesteld door de rvt</b>	<i>Systeem van intern vooroverleg ingevoerd</i>
<b>Strakkere leiding v.d. voorzitter, duidelijkere taakverdeling leden rvt</b>	
<b>Nauwkeurigheid in voorbereiding en uitvoering van de overleggen</b>	<i>Wisseling in de rollen van voorzitter en secretaris</i>
<b>Jaarlijks houden van functioneringsgesprekken met leden</b>	<i>Instellen kwaliteit commissie</i>
<b>Actievere meer eigenstandige opstelling rvt, opstellen informatieprotocol, instellen commissie kwaliteit en veiligheid, intensiveren informatievoorziening fin. cie, treasury beleidskader vaststellen</b>	<i>Vergadering rvt voorafgaand aan reguliere vergaderingen rvb</i>
<b>Andere organisatorische opzet, invoering commissies</b>	<i>Expliciete beoordeling functioneren leden rvt</i>
<b>Vergaderen zonder rvb. Duidelijkere agendering (ter info, ter besluitvorming e.d.)</b>	
<b>Wijziging profielen voor leden rvt</b>	
<b>Jaarlijkse evaluatie functioneren rvt leden, meer klankborden met rvt van collega zorgcentra.</b>	
<b>Verdeling van taken binnen de rvt in commissies, meer specifieke kennis</b>	<i>Commissie governance doet voorstellen m.b.t. honorering</i>
<b>Constructieve discussie en pro activiteit, betere inbreng eigen expertise</b>	<i>Meer betrokkenheid strategische sessies. RvT gaat eerder in processen mee, minder kant-en klare voorstellen.</i>
<b>De rvt is vooral proactief, met een sterke focus op de cliënt. Hij is platform voor discussie over strategische visies.</b>	<i>De formele besluitvorming staat los van de open discussie en volgt de statutaire taakverdeling tussen rvt en rvb.</i>
<b>Aanpassing statuten, reglement rvt en bestuursreglement</b>	
<b>Evaluatie samen met rvb afspraken → actief veranderd</b>	
<b>Onderscheid tussen advies en toezicht op gebied van HRM</b>	
<b>Vaststellen jaarplanning, aanscherpen profielen rvt</b>	<i>Honorering conform richtlijnen nvtz</i>
<b>Kwaliteit en veiligheid cie</b>	<i>Voorbereiding besluitvorming</i>
<b>Onderlinge taakverdeling en taakverheldering. Expliciteren van de functie toezicht-advies-klankbord bij bespreekpunten</b>	<i>Jaarlijks functioneringsgesprek met rvb</i>
	<i>Verzoek tot het afscheid nemen van een lid.</i>
<b>Te weinig contact met/informatie uit management en bewoners</b>	<i>2x pj een strategie dag met management erbij. Rvt bezoekt 3x pj een locatie zonder aanwezigheid rvb</i>
<b>Tijdsplanning en structuur agenda is verouderd</b>	<i>Efficiënte besluitvorming</i>
<b>Professionalisering → bijwonen seminars e.d. nvtz</b>	<i>Verbetering formulering van besluiten</i>
<b>Meer smart-ingerichte</b>	<i>Expliciet aandachtspunt in</i>

<b>informatievoorziening i.p.v. procesgericht</b>	<i>beoordelingssystematiek rvb</i>
<b>Rvt komt vooraf aan vergadering nv eerst in eigen kring bijeen</b>	
<b>Leden rvt vergaderen zonder rvb, z.n. wordt buitenstaander ingeschakeld</b>	<i>Financiële informatie verbeterd</i>
<b>Doorvragen is intensiever geworden en door iedereen geaccepteerd. Elkaar aanspreken is verbeterd.</b>	
<b>Rvt is proactiever in beleidsprocessen. Minder afhankelijke opstelling t.o.v. rvb</b>	<i>Jaarplanning met werkbezoeken, scholingsbijeenkomsten</i>
<b>Expliciet aangeven wanneer rvt besluit adviseert of coacht. Min 1x pj overleg rvt-rvb. Invloed in/externen ontwikkelingen op strategische agenda</b>	<i>Duidelijke aansluiting met de visie. Betere voorbereiding agenda en inleiding onderwerpen</i>
<b>Rolverdeling rvt-rvb vanuit gewenste governance bezien, m.a.w. wat is de taak van de rvt</b>	<i>Het besluit inzake samenstelling rvt</i>
<b>Risicomanagement, beleid m.b.t. vastgoed</b>	<i>Halveren .. leden rvt, jaarlijks evaluatie risico's</i>
<b>Het verleggen van de aandacht van financiën en vastgoed naar kwaliteit en veiligheid</b>	<i>Instellen van een commissie zorg</i>
<b>Meer afstemming, instelling commissie kwaliteit en veiligheid</b>	<i>Vaststellen proper nieuw lid rvt</i>
<b>Naast ziekenhuiszorg meer focus op care en ggz, in ons concern waarin zowel care als cure zorg wordt aangeboden. Expliciete aandacht voor preventie in de vorm van een presentatie en toelichting door extern deskundige</b>	
<b>Van wantrouwen → vertrouwen bestuur, verdedigende houding rvb → open communicatie</b>	<i>Meer informeel contact met or, MT, gezamenlijke themadagen rvt, rvb en MT</i>
<b>Meer accent leggen op risicomanagement</b>	<i>Studiebijeenkomst m.b.t. risicomanagement samen met rvb en stafleden. Verschillende scenario's behandeld van tevoren</i>
<b>Aanpassing jaaragenda, agendavoorbereiding, inhoud v.d. agenda</b>	
<b>Rooster voor aftreden gestructureerd, taakverdeling toegespitst</b>	<i>Financiële rapportage per kwartaal. Jaarlijkse strategie dag met rvt-rvb</i>
<b>rol aandeelhouder/lid rvt verduidelijken</b>	<i>Goede scheiding rollen</i>
<b>Fusie strategie, portfolio keuzes, samenwerkingsverbanden</b>	<i>idem</i>
<b>Herziening commissiestructuur, herziening informatievoorziening, structurele bedrijfsbezoeken, aansluiting bij corporate conferenties</b>	
<b>Agendering voorbereidend informeel overleg, versterkte rol vicevoorzitter rvt, aandacht voor informatie</b>	<i>Evaluatiemomenten na iedere vergadering, scholingsprogramma</i>

<b>(tijdigheid/kwaliteit)</b>	
<b>Financiële verslaglegging</b>	<i>De rvt laat zich adviseren door een externe deskundige</i>
<b>Nadat een aantal jaren veel aandacht is (en moest worden) gegeven aan het financieel in control zijn, is de focus naast dit onderwerp nadrukkelijk ook gelegd op kwaliteit en veiligheid en strategische samenwerkingsverbanden</b>	<i>Een beraadoverleg heeft geleid tot een formeel standpunt van de rvt inzake de eindverantwoordelijkheid van de rvb voor het bestuur van het ziekenhuis. Een formeel besluit over de notitie hierover is in de rvt vastgesteld. De rvt kent sinds enkele jaren een auditcie patiëntveiligheid en kwaliteit, naast de auditcie financiën en de bestuur personele commissie</i>
<b>Verbetering in informatie verstrekking door de organisatie en voorbereiding agenda en notities; verbetering in functioneren van auditcommissie en remuneratiecie</b>	<i>Meer accent op strategie en toekomstperspectief, in eerste instantie zichtbaar bij beleidsvorming, hetgeen leidt tot een betere kwaliteit in besluitvorming.</i>
<b>Meer naar elkaar luisteren</b>	<i>Aangesproken op onaanvaardbaar gedrag met uittreden van 2 leden</i>
<b>Taakverdeling naar commissies</b>	<i>Elkaar beoordelen</i>
<b>Meer gebruik van ieders competenties</b>	<i>Meer aspecten worden meegewogen bij de besluitvorming</i>
<b>RVT eerder betrekken bij risico's/dilemma's/onzekeerheden.</b>	
<b>Op de agenda heeft kwaliteit veiligheid een vaste prominente plaats gekregen.</b>	
<b>Kwaliteit meer op agenda</b>	<i>Besluitvorming n.a.v. WNT</i>
<b>Meer effectieve vergadering. Betere communicatie tussen de vergaderingen door. Jaar-thema's vast stellen en monitoren.</b>	<i>Nieuw visie – document. PVAd toekomst logeerhuis. Toekomstscenario's opstellen. Jaarthema 2013: strategie</i>
<b>Samenstelling rvt m.b.t. omvang en specialisaties</b>	
<b>Over inhoud van governance; over wijze waarop tot nieuwe leden tot rvt gekomen wordt; voorzitter wordt ondersteund door 2 leden als frequent klankbord tot de rvt te fungeren</b>	<i>Via verslag is besluitvorming hierover na te trekken.</i>
<b>Nieuwbouw realiseren, Starten primaire zorg, Zelf voldoen van eigen bijdrage.</b>	
<b>-Betere evaluatie -Wisselwerking met RvB -Informatieplan</b>	
<b>RvT kent drietal commissies. Er is besloten besluitvorming in die commissies explicieter in de RvT planning te hebben</b>	<i>Zie voorbeeld</i>
<b>Ontwikkeling strategie t/m 2016 + opvolging bestuur</b>	<i>Eind 2013 strategie opstellen, 2 personen uit rvt spreken regelmatig met rvb over opvolging, overdracht en afscheid. Hierbij zijn diverse beslismomenten vastgelegd.</i>
<b>Invoering info protocol</b>	

<b>Aanstelling nieuwe functionarissen; andere p-c cyclus</b>	
<b>Meer aandacht voor klankbord-rol rvt</b>	
<b>Formuleren van expliciete toezichthouder staat nu op de agenda</b>	Evaluatie besluiten vastgoedbeleid
<b>Besluitvorming commissies rvt meer in de plenaire rvt</b>	
<b>Meer investeren in eigen professionalisering</b>	Externen uitnodigen in rvt vergadering met oog op eigen professionals.
<b>Rvt gaat accent meer leggen op dialoog en interpretatie (en minder vergaderen met alleen papier); meer focus op inhoud en waarden</b>	Regulier vergaderen 7 → 4, themabijeenkomsten; themabijeenkomsten met geledingen uit organisatie toevoegen; meer bijeenkomsten met rvb en MT
<b>Andere agenda</b>	
<b>Opstappen lid rvt</b>	M.b.t. informatie voorziening
<b>Beleid inzake vacatures rvt, informatieprotocol</b>	
<b>Aanpassing jaaragenda, agendavoorbereiding, inhoud van de agenda</b>	
<b>Een lid rvt functioneerde onvoldoende</b>	→ Niet herbenoemd
<b>Er heeft wel evaluatie plaatsgevonden, met name gericht op het moeten hebben van een helicopterview en het 'wegblijven' van de operatie</b>	
<b>Meer externe transparantie om ook de site van de instelling te gebruiken</b>	Betere verdeling van het werk (hoofdaandachtsgebieden)
	Opstellen en hanteren van reglementen voor rvt en commissies IKV professionalisering van toezicht
<b>Meer interne werkbezoeken, meer rolvastheid van rvt</b>	
<b>Dichter op de informatie, participatieve verdeling, meer informatie overleg</b>	Eerder betrokken bij dilemma's rvb
<b>Portefeuilleverdeling, vorming audit commissie, meer werkbezoeken, afspraken over toezicht op kwaliteit en veiligheid en investeringsbeleid vastgoed</b>	Besluit over auditcommissie, besluit over wijze van toezicht op bouw/vastgoed investeringen
<b>Kwaliteit van de vergadering is enorm verbeterd, invulling vacatures vanuit aandachtsgebieden</b>	Inbreng van de rvt is van veel hogere kwaliteit, komt tot uiting in meerjaren visie.
<b>Meer teambuilding, expliciete afspraken over meningsvorming rvt, aandacht voor hrm versterken.</b>	
<b>Enkele thema's worden ter verdieping geagendeerd. Naast de reguliere vergadering zijn jaarlijks twee thema ochtenden ingepland</b>	Instelling van een commissie kwaliteit en veiligheid
<b>Meer teamvorming</b>	
<b>Bespreking fraudegevoeligheid/risico's</b>	



<b>Zelfevaluatie: risicoanalyse, bemoeienis individuele leden met rvb</b>	<i>Besluit tot opstelling risicoanalyse portfeuilleverdeling</i>
<b>Onafhankelijke (zonder rvb) audits, frequente contacten or en cliëntenraad, korte vergaderingen rvt zonder rvb</b>	
<b>Instelling nieuwe rvt</b>	<i>Implementatie zorgbrede governance code</i>

#### **d. Op welke wijze is de kennis over kwaliteit en veiligheid in uw RvT geborgd?**

<b>Op een andere wijze, namelijk:</b>
<b>1x per jaar een participierend werkbezoek</b>
<b>Rapportage over hkz van instelling</b>
<b>Door een structurele rapportage over het primair proces komen beide onderwerpen regelmatig aan de orde.</b>
<b>OR</b>
<b>Contacten nvtz</b>
<b>Hkz, RI per cliënt, begeleidingsplannen</b>
<b>We komen minstens 6x per jaar in de instelling om te vergaderen</b>
<b>Specifieke onderwerpen in aparte bijeenkomsten onder externe begeleiding</b>
<b>OR</b>
<b>Site nationaal register ntvz</b>
<b>Vorbereiding functioneringsgesprekken rvb → altijd overleg over dit functioneren vooraf met orj-er en directeuren</b>
<b>Een lid goed HKZ?</b>
<b>Ntvz-aanbod cursussen/trainingen</b>
<b>Rapportage op basis van vastgesteld beleidsgesprek</b>
<b>Presentaties van innovaties en projecten door medewerkers in de rvt vergadering.</b>
<b>Vakliteratuur</b>
<b>Kennis van kwaliteit, veiligheid, risicomangement bij leden rvt (op academisch niveau)</b>
<b>Presentaties en congressen</b>
<b>Participatie in andere relevante organisaties zoals ZonMw</b>
<b>Contact in eigen netwerk, bij ieder lid rvt</b>
<b>Eenmaal per jaar een gesprek met extern/intern stakeholders.</b>
<b>Info van de RvB</b>
<b>Presentaties MT leden en zorgprofessionals in RvT vergaderingen.</b>
<b>Managementrapportage</b>
<b>Rapportages</b>
<b>Inbreng vanuit andere sectoren, bijv. industrie, openbaar bestuur</b>
<b>Medische staf</b>
<b>Andere instellingen</b>
<b>Brainstorm/strategie sessies over externe invloeden en toekomstig beleid</b>

#### **6. Tot slot**

Graag meewerken aan een interview:

<b>Op- of aanmerkingen</b>
<b>Vraag 4d</b>
<b>Visie op toezichhouden</b>
<b>Niet leesbaar (het creëren van schijnzekerheden?)</b>



<i>Regio vs. instelling, onafhankelijkheid vs. betrokkenheid</i>
<i>Zie begeleidende brief</i>
<i>Kwaliteit van informatie, samenwerking specialiteiten, cultuur in de organisatie</i>
<i>Hoe gemeenten gebruik kunnen maken van de expertise v.d. regionaal werkende zorginstelling</i>
<i>Integriteit v.d. bestanden(?), gezond verstand i.p.v. regels en procedures</i>
<i>Relatie accountant rvb-rvt</i>
<i>Legitimatie rvt naar stakeholders, verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg</i>
<i>Governance regels</i>
<i>Beperking aantal functies voor rvt leden zal negatief voor de sector uitpakken</i>
<i>Meerdere zaken (slecht leesbaar)</i>
<i>o.a. profiel toezichthouder in het perspectief van een groot zorgconcern met een breed scala aan zorgproducten binnen de cure en care, na de aanstaande fusie, met een meerjarig implementatietraject in het vooruitzicht</i>
<i>Kernwaarden v.h. toezichthouden</i>
<i>Toezichthouden op een waarde-gestuurde organisatie</i>
<i>Team functioneren rvt en rvb, wordt de kritische onafhankelijke houding bewaard?</i>
<i>Kwaliteit van toezicht</i>
<i>De ideale grootte van een zorginstelling; de zorg over continuïteit in samenhang met overheidsingrijpen.</i>
<i>Toezicht in een heel kleine organisatie</i>
<i>Afstand rvb-rvt, handhaven governance code in relatie tot belangenverstrengelingen</i>
<i>Zie bijlage</i>
<i>Berging van publieke belangen in de situatie van meer privaat ondernemerschap</i>
<i>Vinden van wijze van toezichthouden dat enerzijds de positie en de verantwoordelijkheden van de rvb moet om gedrang komen en anderzijds sprake is van het echt dragen van integrale verantwoordelijkheid als rvt naar alle belanghebbende toe. Is meer pro actief toezicht daar een goed middel voor?</i>
<i>Maatschappelijke rol rvt, intern samenspel, verhouding individuele expertise vs. generieke verantwoordelijkheid, verhouding theorie en praktijk, (bij)scholing</i>
<i>Uitoefenen van formeel toezicht vs. het ondersteunen van de rvb met raad en daad.</i>
<i>Scheiding van toezicht en advies, verhouding i.g.z. en rvt, toezicht vs. gezamenlijke verantwoordelijkheid</i>
<i>Idem antwoord 5d</i>
<i>Is huidig formele model van toezicht wel goed genoeg voor toekomst?</i>
<i>Legitimatie rvt naar stakeholders, verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg</i>
<i>Hoe de sturing van ziekenhuizen beter kan, het toezicht serieus kan en hoe politisering kan worden gekeerd.</i>
<i>Kwaliteit en veiligheid</i>
<i>Relatie met gemeente (WMO)</i>
<i>Afbreuk risico incidenten</i>