

'Zorg voor kwaliteit'

Raden van toezicht en de dilemma's bij het toezien op kwaliteit van zorg



Universiteit Utrecht



Michelle Engelen

Augustus 2012

‘Zorg voor kwaliteit’

Raden van toezicht en de dilemma's bij het toezien op kwaliteit van zorg

In opdracht van:



Michelle Engelen
3276252
m.engelen@students.uu.nl

Master Publiek Management 2011-2012
Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap
Universiteit Utrecht

Begeleiders Universiteit Utrecht: Prof. dr. Mirko Noordegraaf en Mr. Drs. Monique Mulders
Begeleider CBO: Drs. Haske van Veenendaal
Begeleider NVTZ: Mr. Marius Buiting

Managementsamenvatting

Het doel van dit onderzoek is het inzichtelijk maken van de (ervaren) dilemma's bij het toezien op kwaliteit van zorg en de manier waarop raden van toezicht deze dilemma's kunnen hanteren. Aanleiding hiervoor zijn de toenemende verantwoordelijkheden van het intern toezicht en de groeiende aandacht voor kwaliteit van zorg. Er zijn richtlijnen voor goede zorg ontwikkeld, bijna elk ziekenhuis heeft kwaliteitsfunctionarissen in dienst en zorginstellingen moeten zich richting *stakeholders* verantwoorden over de kwaliteit van zorg. Raden van toezicht zijn de afgelopen jaren steeds meer geprofessionaliseerd. De Zorgbrede Governance Code heeft daar een belangrijke bijdrage aan geleverd. In de laatste versie is opgenomen dat raden van toezicht specifiek aandacht dienen te besteden aan kwaliteit van zorg.

Kwaliteit is een lastig te definiëren begrip. Dit onderzoek stelt dat er pas sprake van kwaliteit is wanneer er meerwaarde wordt gecreëerd voor de gebruiker, in dit geval de patiënt. Dit is mogelijk door op waarden te concurreren, wat inhoudt dat de organisatie moet sturen op *satisfiers*, onderdelen waar de gebruiker alleen maar enthousiast over kan zijn. Wat betreft toezicht op kwaliteit is er sprake van een kennislacune. Hierdoor spelen er diverse dilemma's bij het toezien op die kwaliteit. Deze zijn te verdelen over de verschillende relaties die raden van toezicht hebben, namelijk de 'relatie raad van toezicht en organisatie', 'relatie raad van toezicht en buitenwereld' en 'relatie met mogelijke issues'. Onder de eerste relatie vallen de dilemma's 'afstandelijkheid versus betrokkenheid' en 'onafhankelijkheid versus loyaliteit'. De tweede relatie omvat de dilemma's 'organisatiebelang versus maatschappelijk belang' en 'proactief versus reactief'. Binnen de laatste relatie vallen 'complexiteit versus simpelheid' en 'diepte versus oppervlakkigheid'. De manieren waarop raden van toezicht kunnen omgaan met de dilemma's uit zich in een drietal toezichtprofielen, namelijk het conserverende, het balancerende en het integrerende toezichtprofiel. Elk profiel heeft haar eigen mechanismen om vorm te geven aan het kwaliteitstoezicht.

Het blijkt dat veel raden van toezicht geen eigen kwaliteitsdefinitie hebben en dat ze niet alle dilemma's herkennen of ervaren. Er wordt door veel organisaties niet gestuurd op *satisfiers* maar op *dissatisfiers*, waardoor er geen meerwaarde voor de patiënt wordt gecreëerd. Met name de dilemma's die vallen onder de relatie 'raad van toezicht en buitenwereld' worden nauwelijks herkend. Dit toont aan dat raden van toezicht zich in een overgangsfase bevinden. Er moet bewustwording plaatsvinden over het bestaan van de dilemma's en het belang van een goede, gezamenlijke kwaliteitsdefinitie. Pas wanneer dit het geval is, is het mogelijk om bewust voor een toezichtprofiel te kiezen. Binnen de huidige context is het integrerende toezichtprofiel het meest geschikt. Het zorgt ervoor dat raden van toezicht betrokken zijn bij de organisatie maar toch onafhankelijk opereren. Toezichthouders hebben oog voor alle belangen en reageren proactief op de ontwikkelingen in hun omgeving. Ze zijn bereid om meer tijd te investeren om zich de complexe materie eigen te maken. Er zijn diverse mechanismen, zoals de kwaliteitsradar of *storytelling*, die het toepassen van het integrerende toezichtprofiel mogelijk maken. Door het gebruik van het integrerende toezichtprofiel is het mogelijk om de juiste balans tussen de twee uitersten die alle dilemma's hebben te vinden.

Voorwoord

Voor u ligt de afstudeerscriptie die niet alleen de afronding van de master Publiek Management vormt, maar die tevens de afronding van mijn studententijd betekent. Een tijd die ik, nu ik erop terugkijk, kan omschrijven als een overgangsfase. Van de veilige thuishaven en vertrouwde middelbare school, naar de grote stad en uitdagende universiteit, tot een 'volwassen' leven waarin ik samenwoon en een leuke baan heb. Die overgangsfase heeft pieken en dalen gekend, maar uiteindelijk ben ik zeer tevreden met het eindresultaat. Dat geldt ook voor dit onderzoek, waarin net zo een overgangsfase is beschreven. Alleen zitten de raden van toezicht momenteel nog midden in die overgangsfase. Het besef, dat het toezicht op kwaliteit van zorg beter kan en moet is aanwezig, maar de vraag is nu nog hoe. Ik hoop dat dit rapport daar een bijdrage aan kan leveren, zodat ook de raden van toezicht uiteindelijk aan een nieuwe fase in hun bestaan kunnen beginnen.

Dit onderzoek had niet tot stand kunnen komen zonder de hulp van vele mensen uit mijn omgeving, die ik in dit voorwoord dan ook hartelijk wil bedanken. Allereerst mijn begeleiders Mirko Noordegraaf en Monique Mulders vanuit de universiteit. Mirko, hartelijk dank voor de kritische feedback en de stimulerende woorden gedurende het onderzoeksproces. Hoewel het iets langer duurde dan gepland bleef je altijd optimistisch en overtuigd van een goed eindresultaat. Monique, hartelijk dank voor je heldere commentaar op de cruciale momenten in het onderzoeksproces. Mijn dank gaat ook uit naar mijn begeleiders vanuit het CBO en de NVTZ, Haske van Veenendaal en Marius Buiting. Haske, je stimuleerde me elke keer weer om mijn eigen keuzes te maken, zodat het ook echt mijn onderzoek zou worden. Hartelijk dank hiervoor en voor je fijne feedback gedurende het onderzoeksproces. Marius, hartelijk dank voor de inspirerende overlegmomenten en jouw contacten die ik mocht gebruiken voor het empirische gedeelte van mijn onderzoek. En dan was er natuurlijk nog mijn tutorgroep die altijd klaar stond met feedback en tips. Dank daarvoor, Jenny, Rosanne, Alieke en Sophie.

Mijn dank gaat ook uit naar alle respondenten die hebben meegewerkt aan dit onderzoek. Doordat zij bereid waren om mij een kijkje in hun leven als toezichthouder te geven, is er veel interessante en bruikbare informatie naar voren gekomen. Hierdoor is het mogelijk geweest om tot dit eindresultaat te komen.

Dan wil ik ook mijn familie, vrienden en collega's bedanken. Mijn collega's omdat ze allemaal zo meeleeften het afgelopen half jaar en altijd interesse toonden in mijn onderzoek. Mijn vrienden omdat ze me inhoudelijke tips gaven en me vooral ook veel gezellige momenten hebben bezorgd die ervoor zorgden dat ik weer met volle moed ertegen aan kon. En dan was er mijn familie, de veilige thuishaven in het zuiden des lands waar ik altijd weer terecht kon voor gezelligheid of om even op te laden. En *last but not least* mijn vriend Glenn, die mij altijd heeft gesteund en gestimuleerd gedurende het hele proces. Allemaal hartelijk dank daarvoor!

Michelle Engelen,

Utrecht, augustus 2012

Inhoudsopgave

1. Inleiding	8
1.1 Aanleiding: Goed toezicht essentieel voor kwaliteit van zorg	8
1.2 Probleemstelling	11
1.3 Relevantie van het onderzoek	14
1.4 Leeswijzer	15
2. Gezondheidszorg, kwaliteit van zorg en toezicht	16
2.1 Zorg als begrip	16
2.2 Eisen en wensen aan de gezondheidszorg	16
2.3 Ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit van zorg	19
2.4 Ontwikkeling van raden van toezicht.....	19
2.5 Kortom	24
3. Kwaliteitstoezicht	26
3.1 Kwaliteit	26
3.2 Kwaliteitsmanagement en –systemen.....	29
3.3 Toezicht	31
3.4 Toezicht op kwaliteit.....	33
3.5 Dilemma's bij toezicht op kwaliteit	34
3.6 Kwaliteitstoezicht in de zorg	40
3.7 Kortom	43
4. Onderzoeksaanpak	45
4.1 Type onderzoek.....	45
4.2 Onderzoeksproces	47
4.3 Onderzoeksmethoden	48
4.4 Validiteit en betrouwbaarheid	53
4.5 Kortom	54
5. Werkwijze raden van toezicht.....	55
5.1 Vergaderen.....	55
5.2 Samenstelling raad van toezicht.....	57
5.3 Kwaliteitscommissie.....	61

5.4	Governancemodel	63
5.5	Kortom	64
6.	Omgaan met dilemma's.....	65
6.1	Zoektocht naar kwaliteit van zorg	65
6.2	Organiseren van kwaliteitstoezicht in de zorg	70
6.3	Toezichtprofielen.....	76
6.4	Toekomst van het toezicht.....	80
6.5	Kortom	81
7.	Conclusie.....	82
7.1	Theoretische deelvragen.....	82
7.2	Empirische deelvragen.....	85
7.3	Hoofdvraag.....	88
8.	Aanbevelingen, discussie en reflectie.....	90
8.1	Praktische aanbevelingen	90
8.2	Aanbevelingen voor verder onderzoek.....	93
8.3	Discussie en reflectie	94
8.4	Ter afsluiting.....	96
9.	Literatuurlijst.....	97
10.	Bijlagen.....	104
	Bijlage 1 Operationalisatie	104
	Bijlage 2 Codeboom.....	107
	Bijlage 3 Topiclijst.....	108
	Bijlage 4: Overzicht oriënterende gesprekken.....	109
	Bijlage 5: Aanbevelingen commissie Health Governance.....	109

1. Inleiding

1.1 Aanleiding: Goed toezicht essentieel voor kwaliteit van zorg

Incidenten zoals de hoge mortaliteitscijfers op de afdeling hartchirurgie van het UMC St. Radboud (2005) laten zien dat toezicht op kwaliteit van zorg essentieel is. Uit het rapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (2008) blijkt dat de interne toezichthouder van het UMC St. Radboud te weinig aandacht had voor de kwaliteit van zorg en zich teveel richtte op algemene zaken zoals financiën, vastgoedbeheer en strategisch beleid. Voormalig minister van VWS, de heer Hoogervorst, was van mening dat deze problemen waarschijnlijk voorkomen hadden kunnen worden als de raad van toezicht destijds meer aandacht had besteed aan de kwaliteit (Zorgvisie, 2006).

Door de komst van de marktwerking in de zorg en de terugtrekkende overheid is de verantwoordelijkheid van de raden van toezicht de afgelopen jaren steeds meer toegenomen (Zorgvisie, 2006; Houwen, 2005; Boers, Van Montfort, 2009). Het incident in het UMC St. Radboud laat zien dat de invulling van die verantwoordelijkheid nog te wensen overlaat, terwijl dit belangrijk is voor het leveren van kwalitatief goede zorg. In de loop der jaren is het functioneren van raden van toezicht op het gebied van kwaliteit nog niet voldoende verbeterd volgens diverse partijen:

‘Toezicht op de kwaliteit van zorg moet beter. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) doet hiervoor voorstellen. De RVZ pleit niet voor méér overheidsregulering en – toezicht, maar wel voor scherpere eisen aan het interne toezicht in de zorg.’ (RVZ, 2009).

Jan de Vries, Tweede Kamerlid voor het CDA: “Ik krijg de indruk dat de raden van toezicht te veel een klankbordfunctie vervullen en niet kritisch beoordelen. Ik denk dat er een te eenzijdige economische oriëntatie is in de raden van toezicht die wordt vertaald in een drang naar meer omzet en een betere marktpositie. Dit leidt af van de kerntaak. Een raad van toezicht zou meer oog moeten hebben voor de kwaliteit van zorg.” (Zorgvisie 3, 2009).

‘In de zorgsector komen steeds meer gevallen aan het licht waar raden van toezicht jarenlang in de schaduw van de macht niet voldoende alert en kritisch zijn geweest, met voor de instellingen desastreuze gevolgen.’ (Boers, Van Montfort, 2009: 151).

Ondanks de negatieve geluiden over hun functioneren, zijn raden van toezicht tegenwoordig niet meer weg te denken binnen de publieke sector. De Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorginstellingen (NVTZ), de vakvereniging voor toezichthouders in de zorg, spreekt over steeds grotere verwachtingen ten aanzien van de toezichthouder in zorginstellingen (NVTZ, 2011). ‘Omdat de raad van toezicht over deskundigheid beschikt, een (kritisch) klankbord voor het bestuur vormt en toegang tot een breder netwerk biedt, zou een instelling in de publieke sector in het algemeen

beter af zijn met dan zonder raad van toezicht.’ (Boers, Van Montfort, 2009: 147; Luursema et al., 2003: 125). De overheid wil zelfs meer en krachtiger toezicht: ‘De eis van beter toezicht is alom hoorbaar. Men ‘schreeuwt’ om meer toezicht.’ (Commissie Administratieve lasten in de zorg, 2006 in: Hermans, Scholten, 2008: 464). Het dominante antwoord op de vraag naar beter toezicht is professionalisering van het toezicht, waarbij de deskundigheid en competenties van toezichthouders essentieel zijn (Hermans, Scholten, 2008: 464; Schraven, 2009: 125).

Deze verwachtingen en eisen rondom toezicht zijn het gevolg van algemene ontwikkelingen in de zorg, zoals de ontwikkeling van *government* naar *governance* (NVTZ, 2011). *Governance* omvat regels en uitgangspunten die goed bestuur en toezicht dienen te bevorderen (Luursema et al., 2003: 7). Een professioneel bestuur en toezicht zijn namelijk van belang voor een goed functionerende zorgsector (BoZ, 2010), zeker gezien een tweede ontwikkeling binnen de zorgsector: de toenemende complexiteit van de besturing van zorginstellingen (NVTZ, 2011; Hermans, Scholten, 2008). Ziekenhuizen moeten aan de toenemende en steeds persoonlijker wordende zorgvraag voldoen, waarbij kwaliteit en transparantie centraal staan. Tegelijkertijd moeten de zorgkosten beheersbaar blijven en ziekenhuizen hun financiële robuustheid verbeteren (RVZ, 2011). Dit wordt ook wel de interventiefuik genoemd: er moet veel, maar er kan weinig (Noordegraaf, 2008). Tot slot een derde ontwikkeling die in de zorg zichtbaar is, namelijk het toenemende belang van *stakeholdermanagement*. Bepaalde belanghebbende groepen, zoals cliënten en zorgverzekeraars, worden steeds meer *empowered* door de overheid. Hierdoor verplaatst de besturing van zorginstellingen zich in de richting van netwerken waarin de onderlinge relaties steeds meer met informatievoorziening en contracten worden gestuurd in plaats van met macht (Hermans, Scholten, 2008: 465). Hierdoor is er steeds meer sprake van *checks and balances* tussen zorginstellingen en hun *stakeholders*.

Onder deze omstandigheden vervullen raden van toezicht drie verschillende rollen binnen een zorginstelling: een raad van toezicht houdt toezicht, geeft advies en vervult de werkgeversrol ten opzichte van de raad van bestuur. Hoewel het ‘toezicht houden’ alle aspecten van een zorginstelling zou moeten behelzen, is het van oudsher zo dat een raad van toezicht zich vooral richt op de financiële aspecten van een publieke organisatie. Dit heeft, naast het feit dat raden van toezicht een vrij nieuw fenomeen zijn, te maken met de complexiteit van onderwerpen als ‘kwaliteit’ en dat raden van toezicht (nog) niet altijd over de juiste kennis en expertise beschikken (Boers, Van Montfort, 2009). Dit laatste komt onder andere door de samenstelling van de raden van toezicht. Tot op heden is het niet wettelijk vastgelegd dat bepaalde expertises zoals financiën, HRM en kwaliteit vertegenwoordigd moeten zijn in een raad van toezicht (IGZ, 2009). Wel worden er in het Toezichtkader Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid (2011), dat is opgesteld naar aanleiding van de onduidelijke en te vrijblijvend ingevulde verantwoordelijkheidsverdeling van kwaliteit tussen professionals, bestuur en intern toezicht, aandachtspunten genoemd voor de verantwoordelijkheid van de raad van toezicht op het gebied van kwaliteit en veiligheid (IGZ, 2009; RVZ, 2009; Broers, Van Montfort, 2009). Een van de genoemde punten is dat kwaliteit en veiligheid expliciet belegd moet zijn binnen de raad van

toezicht (IGZ, 2011: 19). Zorginstanties zijn echter vrij om te bepalen hoe ze precies vorm geven aan de aandachtspunten uit het toezichtkader (IGZ, 2011).

Kwaliteit is altijd al een belangrijk thema geweest in de zorg (IGZ, 2011). Zorgprofessionals hebben voor hun beroep gekozen vanuit de intrinsieke motivatie om zo goed mogelijke zorg te leveren aan de patiënt (Lee, 2009). En juist die intrinsieke motivatie van de professionals zorgt voor een zekere garantie voor de kwaliteit van zorg (Goodijk, 2012: 51). Door de invoering van de gereguleerde marktwerking is kwaliteit helemaal een *hot item* geworden (Knottnerus, 2007). Logisch ook, want kwaliteit is, samen met prijs en volume, hét aspect van de zorg waarop zorgorganisaties zich kunnen onderscheiden binnen de (gereguleerde) concurrentiestrijd. Kwaliteit van zorg blijft daarnaast echter ook een publieke waarde die door de overheid gewaarborgd moet blijven (Houwen, 2005: 474). Dit veronderstelt dat alle verschillende actoren in de zorgsector baat hebben bij het leveren van kwaliteitszorg. Desondanks bestaan er uiteenlopende en omstreden (*contested*) opvattingen over kwaliteit van zorg onder de verschillende actoren. Terwijl zorgverleners zich vooral bezig houden met de professionele kwaliteit, het werken volgens professionele criteria en goed vakmanschap, staat voor beleidsmakers en financiers de meer beleidsgerichte kwaliteit centraal: de zorg moet doelmatig en betaalbaar zijn. Voor cliënten is het belangrijk dat er sprake is van patiëntgerichte kwaliteit: zorg die aan hun persoonlijke wensen en behoeften voldoet (Hollands et al., 2003: 71-72). Deze verschillende invalshoeken zorgen ervoor dat het lastig is om een eenduidige definitie van kwaliteit van zorg te geven. Dit laatste is waarschijnlijk het grootste dilemma van alle betrokkenen: kan er over kwaliteit van zorg gesproken worden als er geen overeenstemming is over wat het begrip nu eigenlijk inhoudt?

Ook het nieuwe Kwaliteitsinstituut voor de zorg, dat in 2013 operationeel moet zijn, heeft hier geen oplossing voor. Hoewel het Kwaliteitsinstituut wordt opgericht om het ontwikkelen van professionele standaarden te stimuleren en hierbij met kennis van richtlijnen, standaarden en indicatoren te ondersteunen, is minister Schippers in haar voortgangsrapportage (2012) duidelijk over wie kwaliteit van zorg moet definiëren: 'Wij willen benadrukken dat het Kwaliteitsinstituut niet de inhoudelijke verantwoordelijkheid overneemt van de partijen in de zorg om gezamenlijk te definiëren wat goede zorg is en hoe deze gemeten kan worden.' (VWS, 2012: 2). Het Kwaliteitsinstituut stelt slechts randvoorwaarden aan het proces om tot een definitie te komen en minimale eisen die in de standaarden verwerkt moeten worden (VWS, 2012).

1.2 Probleemstelling

Raden van toezicht lijken zich ervan bewust te zijn dat hun taak van belang is voor het algeheel functioneren van de zorginstelling en daarmee ook voor de kwaliteit van de zorg. Norm- en kaderstellende documenten zoals het Toezichtkader Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid en het Profiel toezichthouder zorg 2.0.2.0 dienen ertoe om leden van raden van toezicht aandachtspunten en richtlijnen te geven voor hun functioneren. Toch zijn er, ondanks, of misschien wel juist door, de bewustwording en kaderstellende documenten nog steeds dilemma's waar raden van toezicht mee worstelen als het gaat om kwaliteit van zorg.

Naast dat alle partijen in de zorg worstelen met de vraag wat nu eigenlijk kwaliteit van zorg is, spelen er voor raden van toezicht nog meer dilemma's bij dit onderwerp. Een veel gehoord probleem is het gegeven dat raden van toezicht bang zijn om op de stoel van de bestuurder te gaan zitten (Haimee, 2012; Luursema et al., 2003: 30). Ze moeten afstand bewaren maar aan de andere kant ook genoeg betrokken zijn om te weten wat er speelt binnen hun organisatie, juist ook op het gebied van kwaliteit. Hiermee hangt ook het volgende dilemma samen, onafhankelijkheid versus loyaliteit. In veel gevallen blijken raden van toezicht volledig afhankelijk te zijn van de raad van bestuur voor het verkrijgen van informatie. Er gaan echter steeds meer geluiden op dat toezichthouders een meer proactieve houding moeten aannemen door zelf de werkvloer op te gaan om informatie te verzamelen. Juist voor thema's als kwaliteit zijn niet alleen managementrapporten en cijfers nodig maar ook softe informatie zoals de mening van de cliënt en die van de mensen op de werkvloer (Putters, Van der Veerdonk, 2012). Dit moet niet verward worden met wantrouwen richting de raad van bestuur. Want vertrouwen en loyaliteit zorgen ervoor dat er ruimte is voor verbetering van de kwaliteit (Van Dijen, 2012). Daarnaast is het een uitdaging om een complex begrip als kwaliteit toch zo 'simpel' te maken dat het mogelijk is om er toezicht op te houden, zonder dat het afbreuk doet aan de inhoud (Hollands et al., 2003; Harteloh, Casparie, 1998; Boers, Van Montfort, 2009). Bij alles wat de raad van toezicht doet, moeten ze rekening houden met zowel het interne, organisatiebelang als het externe, maatschappelijke belang. Dit kan in sommige gevallen strijdig zijn en dilemma's opleveren (Commissie Health Care Governance, 1999 in Luursema et al., 2003: 31, Putters, Van der Veendonk, 2012). En als laatste een heel praktisch probleem: gebrek aan tijd en capaciteit (Eijlander et al., 2002: 150). Waar dokters, verpleegkundigen of managers dagelijks bezig zijn met hun werkzaamheden binnen de zorginstelling, komt de raad van toezicht maar enkele dagen per jaar samen en is toezicht vaak slechts een nevenfunctie. Desondanks moeten ze oordelen over het functioneren van en verantwoording dragen voor de hele organisatie.

1.2.1 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de wijze waarop raden van toezicht van ziekenhuizen zich verhouden tot kwaliteit van zorg en het toezicht daarop. Door het inzichtelijk maken van de dilemma's en de mechanismen die het mogelijk maken om met de dilemma's om te

gaan, kan dit onderzoek een bijdrage leveren aan de professionalisering van raden van toezicht. Die professionalisering kan uiteindelijk een bijdrage leveren aan een betere kwaliteit van zorg, doordat raden van toezicht beter in staat zijn om toezicht te houden op die kwaliteit van zorg. Dit resulteert in de volgende doelstelling:

Het inzichtelijk maken van de (ervaren) dilemma's bij het toezicht houden op de kwaliteit van zorg en de manier waarop raden van toezicht deze dilemma's hanteren.

Allereerst wordt gekeken hoe raden van toezicht kwaliteit van zorg interpreteren en hoe ze het toezicht daarop momenteel organiseren. Vervolgens komen de verschillende dilemma's aan bod die een rol spelen bij het toezien op kwaliteit van zorg en wordt onderzocht of de raden van toezicht deze dilemma's ook bewust ervaren. Ook de mechanismen die het mogelijk maken om de verschillende dilemma's te beheersen worden in kaart gebracht. Hierbij wordt er ook gekeken in hoeverre raden van toezicht op de hoogte zijn en gebruik maken van deze mechanismen. Uiteindelijk zullen aan de hand van de gevonden resultaten aanbevelingen gedaan worden die raden van toezicht in de toekomst moeten ondersteunen bij het hanteren van en omgaan met de dilemma's.

1.2.2 Vraagstelling

De volgende hoofdvraag, die voortkomt uit de doelstelling, staat centraal in dit onderzoek:

Op welke wijze kunnen raden van toezicht omgaan met de (ervaren) dilemma's bij het toezicht houden op kwaliteit van zorg?

De deelvragen bij deze hoofdvraag zijn onder te verdelen in theoretische en empirische deelvragen.

Theoretische vragen

1. Wat is kwaliteit?

In de inleiding werd al aangegeven dat het een dilemma op zich is om het begrip kwaliteit te definiëren. In dit onderzoek passeren veelgebruikte definities de revue, waarvan er één uiteindelijk als leidend wordt genomen binnen het onderzoek.

2. Wat is toezicht?

De toenemende maatschappelijke verwachtingen rondom de (taken van de) raden van toezicht doen de vraag oprijzen wat toezicht nu eigenlijk inhoudt.

3. *Welke dilemma's spelen er voor raden van toezicht bij het toezien op kwaliteit van zorg?*

Er spelen diverse dilemma's voor raden van toezicht. Velen daarvan hebben een direct effect op het toezicht op kwaliteit van zorg.

4. *Welke mechanismen zijn er om met deze dilemma's om te gaan?*

De wetenschappelijke literatuur biedt enkele mechanismen die het mogelijk maken om de beschreven dilemma's bij het toezien op kwaliteit van zorg hanteerbaar te maken voor raden van toezicht.

Empirische deelvragen

5. *Wat zien raden van toezicht als kwaliteit van zorg?*

Aan de toezichthouders zal de vraag gesteld worden wat zij als kwaliteit van zorg zien.

6. *Welke dilemma's ervaren raden van toezicht bij het toezien op kwaliteit van zorg?*

In de interviews zal gevraagd worden welke dilemma's er volgens de toezichthouders spelen bij het toezien op kwaliteit van zorg en welke ze zelf ervaren.

7. *Hoe organiseren raden van toezicht het toezicht op kwaliteit van zorg?*

Door het interviewen van toezichthouders en het analyseren van documenten zal achterhaald worden hoe de onderzochte raden van toezicht het toezicht op kwaliteit van zorg momenteel organiseren.

8. *Welke mechanismen gebruiken raden van toezicht om deze dilemma's te hanteren?*

Aan de toezichthouders zal gevraagd worden hoe ze momenteel omgaan met de ervaren dilemma's. Het gaat dus om het feitelijk handelen van raden van toezicht.

9. *Welke lessen kunnen hieruit getrokken worden voor de wetenschap en de praktijk?*

Uiteindelijk kan uit dit onderzoek lering getrokken worden voor zowel de wetenschap als de praktijk. Op deze deelvraag zal in de aanbevelingen antwoord gegeven worden.

1.3 Relevantie van het onderzoek

1.3.1 Wetenschappelijke relevantie

De Ridder (2004) noemt in zijn oratie dat er nog niet veel wetenschappelijke literatuur is verschenen over toezicht op zorg. Medio 2012 lijkt dit nog niet te zijn veranderd: 'Er is geen behoorlijk onderzoek naar het functioneren van raden van toezicht bekend.' (Minderman, 2012). Inmiddels is echter het boek van Rienk Goodijk (2012) verschenen: 'Falend toezicht in semipublieke organisaties?' Dit boek geeft een duidelijk beeld van welke dilemma's er spelen voor raden van toezicht. Het onderzoek van Goodijk richt zich echter op de gehele semipublieke sector en niet specifiek op kwaliteit. Dit onderzoek is relevant voor de wetenschap omdat het focust op de zorgsector en tevens op een van de prangende vraagstukken in het huidige toezicht: hoe geef je kwaliteitstoezicht weer?

1.3.2 Maatschappelijke relevantie

Het is van maatschappelijk belang dat toezicht op zorg goed georganiseerd is en goed uitgevoerd wordt. Elke burger kan opeens patiënt worden en iedere burger heeft recht op een juiste en volledige medische behandeling. Voor het goed functioneren van die zorg is professioneel bestuur en toezicht essentieel (BoZ, 2009). De afgelopen jaren zijn er steeds meer gevallen aan het licht gekomen waar raden van toezicht van zorginstellingen niet voldoende alert en kritisch gereageerd hebben (Boers en Van Montfort, 2009: 151). Er is dus nog lang niet overal sprake van goed en professioneel bestuur en toezicht binnen de zorgsector. Raden van toezicht hebben *tools* nodig om integraal toezicht uit te kunnen oefenen op 'hun' ziekenhuis (Goodijk, 2012: 30). Dit onderzoek zal de dilemma's die er spelen bij het toezien op kwaliteit en de dilemma's die door raden van toezicht bewust ervaren worden in kaart brengen evenals de mechanismen die gehanteerd worden om toch zoveel mogelijk met deze dilemma's te kunnen 'dealen'. Door uiteindelijk alle *best practices* te verzamelen zullen er aanbevelingen uit dit onderzoek voortkomen die raden van toezicht als richtlijnen kunnen gebruiken indien ze dezelfde dilemma's ervaren. Hier hebben raden van toezicht meer behoefte aan dan aan nog meer regels of vinklijsten (Blokdijs, Goodijk, 2011: 21).

1.3.3 Relevantie voor het CBO en de NVTZ

De doelstelling van het CBO is het verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg vanuit hun functie als referentie- en kennisinstituut en als implementatiecentrum. De NVTZ wil (onder andere) toezichthouders ondersteunen, professionaliseren en vertegenwoordigen. Dit onderzoek kan aan beide doelstellingen (indirect) een bijdrage leveren. De in kaart gebrachte dilemma's en de bijbehorende oplossingsmechanismen kunnen door de NVTZ en het CBO gebruikt worden in trainingen en cursussen voor raden van toezicht. Dit helpt hun bij het professionaliseringsproces. Als raden van toezicht in de toekomst beter leren om te gaan met de dilemma's zal dit de kwaliteit van zorg verbeteren en daarmee bijdrage aan de doelstelling van het CBO.

Behalve dat het aansluit bij de doelstellingen van beide organisaties, sluit dit onderzoek ook aan bij het werk waar de wetenschappelijke raad van de NVTZ mee bezig is. Ze voeren namelijk een empirisch onderzoek uit naar het feitelijk functioneren van raden van toezicht in zorginstellingen en het bestuderen van complexe organisaties en daarbij zoeken naar adequate bestuurskundige modellen en *best practices* (NVTZ, 2012: 4).

1.4 Leeswijzer

Dit onderzoek bestaat uit drie gedeeltes. Een theoretisch gedeelte, een empirisch gedeelte en ten slotte een gedeelte waarin de conclusies getrokken worden. Deze leeswijzer geeft aan wat er in elk gedeelte en in elk hoofdstuk aan bod komt.

Het theoretische gedeelte bestaat uit de hoofdstukken 2 en 3. In hoofdstuk 2 'Gezondheidszorg, kwaliteit van zorg en toezicht' is de context waarin dit onderzoek zich afspeelt geschetst. Eerst wordt er op de gezondheidszorg in haar algemeenheid ingegaan. Vervolgens worden de ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit van zorg beschreven en ten slotte de ontwikkelingen die raden van toezicht hebben doorgemaakt. Hoofdstuk 3 'Kwaliteitstoezicht' is het theoretisch kader waarin de verschillende concepten worden uitgewerkt. Allereerst de begrippen kwaliteit en toezicht, waarbij ook aandacht is voor enkele veelgebruikte kwaliteitssystemen. Vervolgens worden de verschillende dilemma's bij het toezien op kwaliteit uitgewerkt, die vertaald zijn naar een typologie van toezichtprofielen. De laatste paragraaf geeft de verschillende mechanismen weer die passen bij het meest geschikte toezichtprofiel.

Het empirische gedeelte bestaat uit de hoofdstukken 4, 5 en 6. Hoofdstuk 4 'Onderzoeksaanpak' beschrijft de aanpak en uitvoering van het onderzoek. Eerst wordt het type onderzoek beschreven, vervolgens de verschillende fasen van het onderzoeksproces, de onderzoeksmethoden en als laatste de validiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek. Hoofdstuk 5 'Werkwijze raden van toezicht' schetst de situatie waarin raden van toezicht zich bevinden en van waaruit ze momenteel toezien op kwaliteit van zorg. Het gaat hierbij om het vergaderen, de samenstelling van de raad van toezicht, de werkwijze van de kwaliteitscommissie en het gehanteerde *governancemodel*. In hoofdstuk 6 'Omgaan met dilemma's' wordt beschreven welke kwaliteitsdefinitie raden van toezicht hanteren, welke dilemma's ze ervaren en hoe ze daarmee omgaan. Ter afsluiting wordt er ingegaan op de toekomstvisie van de toezichthouders.

Het laatste gedeelte bestaat uit de hoofdstukken 7 en 8. In hoofdstuk 7 'Conclusie' worden de verschillende deelvragen en de hoofdvraag beantwoord. Hoofdstuk 8 'Aanbevelingen, discussie en reflectie' bevat de praktische en theoretische aanbevelingen, de discussie en ter afsluiting een reflectie op het onderzoeksproces.

Hoofdstuk 9 bevat de literatuurlijst en in hoofdstuk 10 zijn alle bijlagen terug te vinden.

2. Gezondheidszorg, kwaliteit van zorg en toezicht

Zoals in het vorige hoofdstuk al duidelijk werd, is de gezondheidszorg continue in ontwikkeling. Dit heeft invloed op de kwaliteit van de zorg en het toezicht hierop. Dit hoofdstuk gaat nader in op deze verschillende ontwikkelingen, die de context vormen waarin het vraagstuk dat in dit onderzoek centraal staat zich afspeelt. Allereerst wordt er nader uitgewerkt wat in het onderzoek nu precies onder 'zorg' wordt verstaan. Vervolgens wordt er ingegaan op de verwachtingen van de maatschappij rondom de gezondheidszorg en de ontwikkelingen rondom kwaliteit van zorg. Als laatste komen de veranderingen die toezichthouders in de zorg de afgelopen jaren hebben ondergaan aan bod.

2.1 Zorg als begrip

In dit onderzoek wordt er voortdurend gesproken over zorg, een begrip dat op diverse manieren omschreven kan worden, afhankelijk van de context waarin het woord wordt gebruikt. Door zorg naar het Engels te vertalen, namelijk *care*, wordt het duidelijk dat zorg eigenlijk uit meerdere aspecten bestaat. *Care* omvat namelijk de langdurige zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en ouderen. *Care* instellingen proberen de nadelige gevolgen van ziekten, stoornissen en beperkingen zoveel mogelijk te beperken (Jukito, 2012). De *cure* daarentegen heeft ten doel het genezen van mensen of het bevorderen van hun herstel. Het *cure*-gedeelte van de zorg speelt zich af in ziekenhuizen en revalidatiecentra (Hardjono, 2012; Jukito, 2012). Naast dit onderscheid tussen *cure* en *care*, is er ook een verschil tussen het micro, meso en macro niveau van zorg. Zorg kan aan de ene kant gezien worden als 'intermenselijke activiteit waarbij de één zich bekommert om het lot van de ander, zoals dat gestalte krijgt in het geneeskundig, verpleegkundig of verzorgend handelen.' (Vinkenburg, 2004: 1). Kortom: het micro-niveau. Aan de andere kant kan zorg ook verwijzen naar een organisatie of systeem waarbinnen zorgverlening plaatsvindt. (Vinkenburg, 2004: 1). Dat is het meso- (organisatie) en macroniveau (systeem).

2.2 Eisen en wensen aan de gezondheidszorg

Er worden steeds meer eisen en wensen gesteld aan zorginstellingen en de zorg die ze leveren. De politiek stelt de opdracht dat de toenemende kosten in de gezondheidszorg een halt toegeroepen moet worden, dat er meer marktwerking moet komen en dat de kwaliteit van zorg omhoog moet. De druk op efficiency en effectiviteit neemt toe. Van een aanbodgestuurde organisatie moet er nu omgeschakeld worden naar een meer vraag- en marktgestuurde instelling (Goodijk, 2012: 66). Burgers verwachten dienstverlening van goede kwaliteit, met een korte wachttijd en voor iedereen beschikbaar. Dit zorgt ervoor dat de organisaties tussen strijdige doelen en taken heen en weer geslingerd worden en ze als het ware in een klem terecht komen, oftewel de interventiekuik (Noordegraaf, 2011; Noordegraaf, 2008).

Daarnaast verwachten de overheid en de burgers ook 'good governance', waarbij transparantie, verantwoording en een rol voor belanghebbenden (*stakeholders*) van belang zijn (Hermans,

Scholten, 2008: 455). De zogenaamde transparantie-eisen, die de bestuursstructuur, de ordelijkheid en de controleerbaarheid van de bedrijfsvoering van zorginstellingen omvatten, zijn wettelijk vastgelegd in het Uitvoeringsbesluit Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) (zie paragraaf 2.2.1) (Hermans, Scholten, 2008: 458). Twee *stakeholders* die door de komst van de marktwerking een belangrijke rol hebben gekregen in de gezondheidszorg, zijn de patiënten / cliënten en de zorgverzekeraars. Patiënten zijn mondiger geworden en maken meer aanspraak op de aangeboden diensten (WRR, 2004). Hierdoor wordt er ook meer van hun eigen verantwoordelijkheid verwacht. Die verantwoordelijkheid loopt uiteen van het meebeslissen over de keuze van een ziekenhuis of het regelen van een goede zorgverzekering tot het afmaken van een voorgeschreven medicijnkuur (NPCF, 2009). Zorgverzekeraars zijn de derde partij die actief zijn binnen de gezondheidszorgmarkt. Bij het inkopen van de zorg en de manier waarop ze hun diensten en services aanleveren, dienen ze rekening te houden met de wensen van de cliënt. Doordat ze onderling concurreren is aandacht voor de kwaliteit en prijs van zorg belangrijk. Dit is een stimulans voor zorgaanbieders om steeds betere kwaliteit te leveren, want zij willen dat hun zorg afgenomen wordt door de zorgverzekeraars (Hendriks et al., 2005).

2.2.1 Wetgeving

Veel eisen vanuit de overheid rondom kwaliteit van zorg en goed bestuur in de zorg zijn vastgelegd in wetgeving. Er zijn drie wetten in Nederland die de kwaliteit van zorg moeten waarborgen, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet op Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). In tabel 2.1 wordt toegelicht wat die wetten precies beogen (Rijksoverheid, 2012).

Tabel 2.1: Wetten die kwaliteit van zorg moeten waarborgen

Wet	Doel
Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)	Het beschermen van patiënten tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door zorgverleners door het inzichtelijk maken van de bevoegdheden van een zorgverlener
Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZi)	Zorginstellingen moeten verantwoorde zorg leveren, een persoonlijk zorgplan bespreken met cliënten, medezeggenschap van cliënten regelen, over een klachtenregeling beschikken en verantwoording afleggen aan de buitenwereld
Wet op Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)	Het vastleggen van de rechten en plichten van zowel de zorgverleners als de patiënten

De KZi maakt ook onderdeel uit van de zes wetten die goed bestuur in de zorg garanderen. De overige vijf wetten zijn de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg); de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi); de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz); de Wet

klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz) en de wet Goed bestuur en toezicht. In tabel 2.2 zijn deze wetten nader uitgewerkt (Rijksoverheid, 2012).

Tabel 2.2: Wetten die goed bestuur in de zorg moeten waarborgen

Wet	Doel
Kwaliteitswet zorginstellingen (KZi)	Zorginstellingen moeten verantwoorde zorg leveren, een persoonlijk zorgplan bespreken met cliënten, medezeggenschap van cliënten regelen, over een klachtenregeling beschikken en verantwoording afleggen aan de buitenwereld
Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)	Kosten van de zorg beheersbaar houden en de positie van patiënten en verzekerden versterken
Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi)	Het beperken van de overheidsbemoeienis bij zorginstellingen
Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz)	Cliënten de mogelijkheid geven om invloed uit te oefenen op de koers van de zorginstelling
Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz)	Cliënten kunnen klachten indienen over de zorg of maatschappelijke ondersteuning
Wet bestuur en toezicht (per 1 juli 2012)	Wettelijke basis voor het <i>one-tier-model</i> ¹ , maximering van het aantal toezichthoudende functies die een persoon mag hebben en streefcijfers diversiteit binnen raad van bestuur en raad van toezicht.

Een nieuw wetsvoorstel dat er sinds juni 2010 ligt is momenteel (augustus 2012) nog in schriftelijke behandeling bij de Tweede Kamer. Het gaat om de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz), een samenbundeling van de WTZi, de Wmcz, de Wkcz, en de KZi. Met de Wcz wil het kabinet de rechten en plichten van de cliënt en de zorgaanbieder beter op elkaar afstemmen. Een belangrijk onderdeel van de Wcz is de vastlegging van de verantwoordingsstructuur binnen een zorginstelling:

- 'De verantwoordelijkheden en bevoegdheden van het bestuur en de raad van toezicht worden wettelijk vastgelegd.
- Het bestuur moet de (medisch) professional altijd kunnen aanspreken op de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg.
- Het bestuur moet een aanspreekpunt hebben voor het onderwerp 'kwaliteit van zorg'.
- Het bestuur wordt verplicht om de *raad van toezicht* te raadplegen bij belangrijke zaken. De raad van toezicht heeft dan het recht iets goed of af te keuren.

¹ Voor uitleg zie paragraaf 2.4.2

- *Het toezichthoudende orgaan* moet onafhankelijk kunnen opereren, uit tenminste drie leden bestaan en in staat zijn tot een goede taakvervulling.
- De positie van de cliëntenraad wordt versterkt. Ze krijgen meer bevoegdheden en de financiering wordt verbeterd.' (Rijksoverheid, 2010).

2.3 Ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit van zorg

Ondanks de interventiefuik en de verschillende opvattingen over wat nu kwaliteitszorg is, wil iedereen goede zorg ontvangen en / of leveren. Naast de oprichting van het nieuwe Kwaliteitsinstituut voor de zorg, hebben vele initiatieven op het gebied van kwaliteit van zorg de afgelopen decennia vorm gekregen. Er werden commissies ingesteld voor het ontwikkelen en toetsen van standaarden en richtlijnen voor goede zorg, met onderbouwing van de wetenschap (Knottnerus, 2007). Daarnaast worden in steeds meer zorgorganisaties kwaliteitsfunctionarissen aangesteld die taken en verantwoordelijkheden hebben op het gebied van kwaliteitsmanagement, onder andere het implementeren van kwaliteitssystemen. In 1995 is er onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van kwaliteitssystemen in zorginstellingen waaruit bleek dat 38% van de onderzochte instellingen (1182 in totaal) op dat moment een kwaliteitsfunctionaris hadden. (Wagner, Bakker, Sluys, 1995 in: Bering, 1997). De laatste jaren ligt de nadruk steeds meer op openbare verantwoording over de kwaliteit van zorg richting patiënten, het publiek, de politiek en verzekeraars, oftewel de *stakeholders* (Knottnerus, 2007). Dit is bijvoorbeeld terug te zien in het programma Zichtbare Zorg, dat zorginstellingen ondersteunt om hun zorgkwaliteit zichtbaar te maken (Zichtbare Zorg, 2012). Deze manier van het afleggen van publieke verantwoording past in het bredere systeem van *checks and balances* (Boers, Van Montfort, 2009: 149). De opkomst van een steeds dynamischer krachtenveld is iets waar de gehele publieke sector mee van doen heeft. Het bestuur van een ziekenhuis moet rekening houden met de verschillende belangen van de diverse *stakeholders*. Het negeren of onvoldoende aandacht schenken aan een bepaalde partij, kan schadelijke gevolgen hebben voor de organisatie. De *stakeholders* die van belang kunnen zijn voor ziekenhuizen zijn: medewerkers, cliënten / burgers, vakbonden / werkgeversorganisaties, financiers / verzekeraars, partners / concurrenten, overheid / politiek en de media (Goodijk, 2012: 74-78).

2.4 Ontwikkeling van raden van toezicht

In de toekomstige Wet cliëntenrechten zorg worden de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van raden van toezicht vastgelegd. Dit past in de tendens om meer grip te krijgen op het fenomeen 'toezicht': 'Toezichthouders worstelen met de vraag hoe zij op een doelmatige wijze het toezicht moeten inrichten in een tijdperk waarin (te) veel van het toezicht wordt verwacht.' (WRR, 2004: 186). Door de toegenomen verzelfstandiging van zorginstellingen verwacht de maatschappij een meer onafhankelijk, deskundig en kritisch toezicht op het bestuur (Goodijk, 2012: 9). In de jaren '80 van de vorige eeuw is de (toegenomen) aandacht voor toezicht opgekomen als gevolg van het verzelfstandigings- en privatiseringsbeleid van de rijksoverheid (Ambtelijke Commissie Toezicht, 2005). Die aandacht is alleen maar toegenomen door de opkomst van het New Public Management

(het bedrijfsmatig organiseren van de publieke sector), daarmee samenhangend de intrede van de marktwerking en de ontwikkeling van government naar governance (WRR, 2004; Boers, van Montfort, 2009). Waar organisaties voorheen onder invloed van en met (financiële) ondersteuning door de overheid opereerden, moeten ze nu zelfstandig en concurrerend hun publieke taken uitvoeren. De overgang van publiekrechtelijke organisaties naar privaatrechtelijke verenigingen en stichtingen heeft ook voor een andere inrichting van de governance gezorgd. Deze is niet meer wettelijk vastgelegd, waardoor de invulling van het bestuursmodel afhankelijk is van hoe het in de statuten en reglementen van de organisatie staat omschreven (Goodijk, 2012: 8-13).

2.4.1 Intern versus extern toezicht

De toegenomen verantwoordelijkheid bij het interne toezicht heeft er voor gezorgd dat het externe toezicht wat meer op afstand van de zorginstellingen is komen te staan. De belangrijkste externe toezichthouders zijn de Inspectie voor de Volksgezondheid (IGZ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) (zie tabel 3). De overheid is nog zoekende hoe vorm te geven aan het externe toezicht op afstand met mogelijkheden tot ingrijpen als het mis dreigt te gaan.

Door de diverse misstanden die zich de afgelopen jaren hebben afgespeeld wordt er door de verschillende instanties steeds gedetailleerdere informatie gevraagd aan de zorginstellingen. De overheid is vaak geneigd om, onder invloed van de publieke verontwaardiging over de misstanden, in te grijpen zodra er iets misgaat.

Tabel 3: Overzicht belangrijkste externe toezichthouders in de zorg (Toolkit Toezicht Zorg, 2011)

Instantie	Niveau	Houdt toezicht op	Taken
Inspectie voor de Volksgezondheid (IGZ)	Sectorspecifiek	De kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg, preventie en medische producten.	- Calamiteiten onderzoeken - Mogelijke misstanden opsporen - Mogelijke (structurele) problemen in kwaliteit en veiligheid van zorg onderzoeken
Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)	Sectorspecifiek	De ordening van de markten en de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg.	Controleren naleving door zorgaanbieders van Wet op de Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) (voor uitleg Wmg zie paragraaf 3.1.1)
Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa)	Sectoroverstijgend	De algemene markt	Controleren naleving Mededingingswet (Mw) (pijlers Mw: bedrijven mogen elkaar niet de markt uit drukken met kartelafspraken, fusies of hun overwicht op de markt (Rijksoverheid, 2012))

Er heerst nog veel onduidelijkheid over de verhouding tussen intern en extern toezicht. Beide vormen van toezicht hebben formeel het doel om de publieke belangen te bewaken, kwaliteit van dienstverlening te waarborgen en het voortbestaan van de onderneming te garanderen. Aan een taakverdeling of goede communicatie hierover ontbreekt het echter nog (Goodijk, 2012: 10-11). Bovendien blijkt in de praktijk dat het organisatiebelang bij de interne toezichthouder voorop staat, in plaats van de publieke belangen (indien deze strijdig zijn). Het zou goed zijn als de externe toezichthouders meer gebruik zouden maken van het interne toezicht en andere *checks and balances* bij de betrokken organisaties, zoals *benchmarks* of de invloed van belanghebbenden (Boers, Van Montfort, 2009: 149-150).

2.4.2 Vormen van intern toezicht

In dit onderzoek staat het interne toezicht centraal. Er bestaan verschillende modellen om intern toezicht vorm te geven. De twee bekendste modellen zijn het Angelsaksische *one-tier-model* en het Rijnlandse *two-tier-model* (Goodijk, 2012: 55; Luursema et al., 2003: 21). In het *one-tier-model* vormen de bestuurders en de toezichthouders één orgaan. Terwijl ze bij het *two-tier-model* formeel gescheiden zijn in afzonderlijke organen (Boers, Van Montfort, 2009: 143). Andere kenmerken van het Rijnlandse model zijn dat een organisatie als een samenwerkingsverband van *stakeholders* gezien wordt, dat de nadruk legt op evenwichtige verhoudingen (committent en draagvlak) en dat gestuurd wordt op continuïteit en een langetermijnperspectief. Vanuit het Angelsaksische model richten organisaties zich meer op markt oriëntatie, verticaal leiderschap, conflictbenadering, instrumentele inzet van mensen en een voorkeur voor korte termijnresultaten (Goodijk, 2012: 71-74).

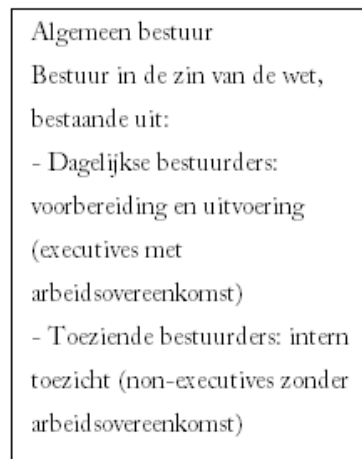
Raad van toezicht-model / two tier-model

Functie- en orgaanscheiding



One tier-model

Functiescheiding binnen bestuur



Figuur 1: Het one- en two tier-model. Bron: Toolkit Toezicht Zorg, 2011

Een derde model van toezicht, dat vroeger regelmatig voorkwam, is het zogenaamde vrijwilligersbestuur. Dit hield in dat er een vrijwillig bestuur was dat tevens een toezichtfunctie had met onder zich een titulaire directie. Ze vormden samen één orgaan, net zoals in het *one-tier-model*. Door de professionaliseringslag die de meeste zorginstellingen hebben gemaakt komt deze bestuursvorm nauwelijks nog voor bij ziekenhuizen (Toolkit Toezicht Zorg, 2011). En een vierde nieuwe bestuursstructuur, waarbij het accent bij het bestuur en niet bij de raad van toezicht ligt, is dat van 'duaal bestuur'. Om een betere balans tussen de zakelijke bedrijfsvoering en inhoudelijke zaken te creëren, stellen verscheidende organisaties een duaal bestuur op, waarin dus zowel managers als professionals zitting hebben. Deze ontwikkeling komt voort uit het gegeven dat er steeds minder sprake is van een hiërarchische cultuur waardoor bestuurders steeds meer moeten verbinden in plaats van aansturen (Goodijk, 2012: 69).

In Nederland kiezen veel publieke organisaties vanuit het Rijnlands denken voor het *two-tier-model*, vaak ook het raad-van-toezicht model genoemd (zie figuur 1) (Boers, Van Montfort, 2009). Binnen de zorg is het raad-van-toezicht model opgekomen ten gevolge van de schaalvergroting en de professionalisering van de zorgorganisaties, die nu meestal qua rechtsvorm stichtingen zijn en soms verenigingen (De Die, 2005: 2). Het raad-van-toezicht model is gerelateerd aan de wettelijke regels voor raden van commissarissen uit het bedrijfsleven. Voor stichtingen is dit niet wettelijk geregeld. Hierdoor zijn de spelregels voor het functioneren van raden van toezicht enkel in de statuten van de organisatie (stichting) vastgelegd. Omdat er bij een stichting geen eigenaren zijn, is er geen formeel tegengewicht voor een raad van toezicht in de vorm van aandeelhouders, zoals dat in het bedrijfsleven wel het geval is (Health Care Governance, 1999: WRR, 2004). Ook de taken en bevoegdheden van raden van toezicht in de zorgsector zijn afgeleid van het commissarissenmodel. Ze hebben de bevoegdheid om raden van bestuur te benoemen, te schorsen en te ontslaan; om de accountant te benoemen en te dechargeren; om de begroting en het daarbij horende beleidsplan en de jaarrekening goed te keuren (WRR, 2004). In de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi, ingevoerd op 1 januari 2006) is vastgelegd dat iedere zorginstelling een onafhankelijk toezichthoudend orgaan moet hebben, wat inhoudt dat er een *two-tier-model* gehanteerd moet worden (Rijksoverheid, 2012). Inmiddels is per 1 juli 2012 de Wet bestuur en toezicht van kracht, die (onder andere) inhoudt dat organisaties ook alternatieve toezichtmodellen mogen kiezen (Goodijk, 2012: 16). Dit is niet voor niets, aangezien er steeds meer geluiden opgaan voor een meer Angelsaksische benadering in de publieke sector (Goodijk, 2012: 71-74).

Ook het takenpakket van de raad van toezicht is tegenwoordig enigszins aangepast naar de situatie in de zorg. Boers en Van Montfort (2009) delen de taken van de raad van toezicht als volgt in: de toezichtrol, de adviesrol en de werkgeversrol. De werkgeversrol is veelal hetzelfde, zij dat nu in de literatuur expliciet benoemd wordt dat raden van toezicht moeten zorgen voor een deskundige en passende topstructuur van bestuurders. (Boers, Van Montfort, 2009: 145). De toezichtrol wordt door deze auteurs uitgebreid van financieel toezicht naar integraal toezicht: 'De raad ziet toe op alle aspecten van de instelling en neemt alle relevante belangen in overweging.' (Boers, Van Montfort, 2009: 144). Tot slot is er de adviesrol, waarin de raad van toezicht als klankbord voor de raad van bestuur kan dienen. Deze twee laatste taken kunnen met elkaar botsen, zoals werd omschreven bij de dilemma's in de inleiding.

2.4.3 Commissie Health Care Governance en de Zorgbrede Governance Code

Twee ontwikkelingen in de zorg die zeer belangrijk zijn geweest voor raden van toezicht binnen de zorg zijn de oprichting van de commissie Health Care Governance en de Zorgbrede Governance Code. De Commissie Health Care Governance, ook wel de commissie Meurs naar de voorzitter Pauline Meurs genoemd, is opgericht met het doel het concept *corporate governance* in de zorgsector te concretiseren. Er was behoefte aan spelregels en meer duidelijkheid over het samenspel tussen raden van bestuur en raden van toezicht (Commissie Health Care Governance, 1999: 3). In het totaal heeft de commissie dertig aanbevelingen gedaan op het gebied van goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording van zorgorganisaties. Ze variëren van globale aanbevelingen zoals 'de raad van toezicht houdt integraal toezicht op het beleid van het bestuur en op de algemene gang van zaken binnen de zorgorganisatie' tot concrete adviezen over bijvoorbeeld de bevoegdheden van de raad van toezicht (zie bijlage 5 voor een overzicht van alle dertig aanbevelingen) (Commissie Health Care Governance, 1999: 26).

De tweede belangrijke ontwikkeling, ook aanbevolen door de Commissie Healthcare Governance, is het opstellen van de Zorgbrede Governancecode. De eerste Code ging in januari 2006 van kracht en is in 2010 geëvalueerd en herzien. De twee belangrijkste redenen voor het ontstaan van deze Code zijn ten eerste de behoefte vanuit de verschillende vakverenigingen aan een gemeenschappelijk normenkader op het gebied van goed bestuur, toezicht en verantwoording in de zorg. Ten tweede de wens van de Brancheorganisaties Zorg om tot reductie van extern toezicht te komen. Om deze wens te vervullen was het noodzakelijk om het intern toezicht goed geregeld te hebben (BoZ, 2005 in Aanen, 2006: 436).

De code is een 'levend instrument' dat ingezet kan worden om op het eigen handelen te reflecteren en zo uiteindelijk tot goed bestuur en toezicht van zorg te komen. Dit is essentieel voor het goed functioneren van de zorg. Een belangrijk onderdeel van de code is de beschrijving van de taken, werkwijze en andere normen voor een raad van toezicht. Een raad van toezicht kan hierop terugvallen in lastige situaties (BoZ, 2009). De taken van een raad van toezicht zijn in de vorige paragraaf beschreven. Hieronder zullen nog enkele belangrijke bepalingen voor raden van toezicht uit de Zorgbrede Governance Code toegelicht worden.

Informatievergaring

Om hun taken goed te kunnen uitvoeren is het belangrijk dat raden van toezicht over de juiste informatie beschikken. In de code is opgenomen dat raden van toezicht zelf verantwoordelijk zijn voor de eigen informatievoorziening. Ze hebben het recht, maar ook de plicht, om alle informatie van de raad van bestuur te verlangen die noodzakelijk is bij het uitoefenen van hun toezichthoudende taak. Daarnaast kan een raad van toezicht ook informatie inwinnen bij functionarissen en externe adviseurs van de zorginstelling. De afspraken over deze informatie-uitwisseling worden vastgelegd in een informatieprotocol dat door de raad van bestuur en de raad van toezicht samen wordt opgesteld (BoZ, 2010: 50).

Samenstelling en deskundigheid

De samenstelling van een raad van toezicht heeft invloed op de deskundigheid ervan. Om tot een juiste samenstelling te komen, is het opstellen en gebruiken van een profielschets erg belangrijk. De

opinions van belanghebbenden moeten hierin meegenomen worden. Belangrijke aandachtspunten voor de samenstelling zijn een goede spreiding van de leeftijd van de leden, een evenwichtige verdeling tussen mannen en vrouwen en diversiteit in deskundigheid en achtergronden. Als specifiek aandachtspunt noemt de code dat minimaal één lid van de raad relevante kennis en ervaring in de zorg moet hebben. Daarnaast dient elk lid van de raad van toezicht in staat te zijn de hoofdlijnen van het totale beleid te beoordelen (BoZ, 2010: 50-52).

Professionalisering

Het functioneren van alle leden van de raad van toezicht dient in het kader van professionalisering regelmatig geëvalueerd te worden. Zich continu verbeteren is de gezamenlijke opdracht voor de gehele raad van toezicht. Daarvoor is het ook noodzakelijk volgens de code dat nieuwe toezichthouders een introductieprogramma volgen en dat de gehele raad van toezicht zich regelmatig laat (bij)scholen op het gebied van toezicht (BoZ, 2010: 49-50).

Werving en selectie

De werving en selectie van een nieuw lid van de raad van toezicht dient volgens de Zorgbrede Governance Code aan de hand van een individuele profielschets te gebeuren. In die profielschets kunnen specifieke eisen omtrent achtergrond of kennis opgenomen worden. De werving van nieuwe leden moet openbaar gebeuren, maar de uiteindelijke benoeming van het nieuwe lid gebeurt via coöptatie, dus door de raad van toezicht zelf (BoZ, 2010: 52-53).

Toezicht op kwaliteit en veiligheid

Als expliciet onderdeel waar de raad van toezicht op moet toezien, wordt in de Zorgbrede Governance Code (onder andere) de kwaliteit en veiligheid van de zorg genoemd. De code geeft aan dat het toezicht hierop vormgegeven kan worden door het oprichten van een commissie die zich specifiek met kwaliteit en veiligheid bezig houdt. Belangrijk hierbij is dat de raad van toezicht zich realiseert dat ze als hele raad verantwoordelijk blijven voor dat onderwerp (BoZ, 2010: 49).

2.5 Kortom

In dit hoofdstuk is de context waarin het centrale vraagstuk zich afspeelt beschreven. Bij de definiëring van het begrip zorg kan er onderscheid gemaakt worden tussen *cure* en *care*, maar ook tussen het micro-, meso-, of macroniveau. De gezondheidszorg als sector zit momenteel in een interventiefuik: er moet veel maar er kan weinig. Veel eisen en wensen rondom zorg zijn vastgelegd in wetgeving op het gebied van goed bestuur in de zorg en kwaliteit van zorg. Daarnaast krijgt kwaliteit van zorg ook in de praktijk steeds meer aandacht: commissies die richtlijnen ontwikkelen, ziekenhuizen die kwaliteitsfunctionarissen aanstellen en het afleggen van publieke verantwoording aan diverse *stakeholders*. Twee belangrijke *stakeholders* zijn de patiënten en de zorgverzekeraars. Zij maken onderdeel uit van de markt waarop de zorginstellingen acteren. Ook het toezicht is de afgelopen jaren veranderd. Zowel het externe als het interne toezicht zijn zoekende hoe ze het beste vorm kunnen geven aan hun taken. In Nederland wordt bij intern toezicht momenteel vooral gewerkt met het *two-tier-model*, hoewel er steeds meer geluiden opgaan voor het *one-tier-model*,

waarbij de raad van toezicht en de raad van bestuur één orgaan vormen. Belangrijk voor de ontwikkeling van het toezicht in de zorg zijn de Commissie Health Care Governance en de Zorgbrede Governance Code geweest. In de code zijn onder andere bepalingen opgenomen waarin staat vermeld hoe een goede raad van toezicht dient te handelen.

De context zoals die in dit hoofdstuk is omschreven, is cruciaal voor de wijze waarop raden van toezicht kwaliteit van zorg en het toezicht daarop zien en organiseren. De manier waarop het beste met de dilemma's zoals die in hoofdstuk 1 zijn omschreven omgegaan kan worden, hangt ook nauw samen met diezelfde context. In het volgende hoofdstuk zal er dieper op deze verschillende theoretische concepten ingegaan worden zodat ze een plek kunnen krijgen binnen de geschetste context.

3. Kwaliteitstoezicht

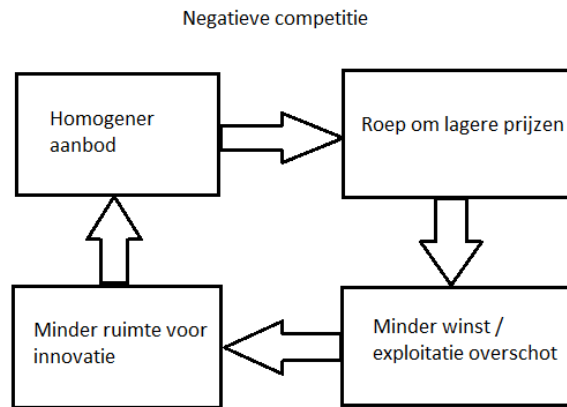
In dit hoofdstuk worden de theoretische concepten aan de hand van wetenschappelijke literatuur uitgewerkt, zodat er later in dit onderzoek antwoord gegeven kan worden op de theoretische deelvragen. In de eerste paragraaf wordt getracht een antwoord te vinden op de vraag wat kwaliteit nu is en welke definitie in dit onderzoek leidend zal zijn. In paragraaf 3.2 wordt er aandacht besteed aan de praktische uitwerking van het kwaliteitsdenken, namelijk het kwaliteitsmanagement en de bijbehorende kwaliteitssystemen. In paragraaf 3.3 wordt het andere centrale concept, namelijk toezicht, uitgewerkt. Er wordt ingegaan op wat toezicht nu eigenlijk is en welke functies raden van toezicht hebben. Paragraaf 3.4 bevat een inventarisatie van de dilemma's die er spelen bij het toezien op kwaliteit van zorg en in paragraaf 3.5 worden de mechanismen behandeld die gebruikt kunnen worden om met de genoemde dilemma's om te gaan.

3.1 Kwaliteit

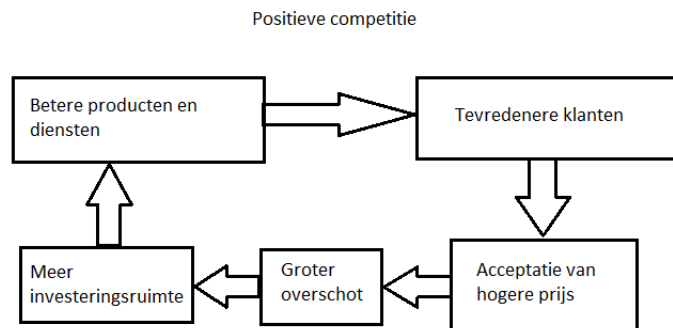
Het begrip kwaliteit is moeilijk te definiëren (Harteloh, Casparie, 1998; Hollands et al., 2003; Van Veenendaal, 2012; Hardjono, 2011). Door een definitie te geven leg je de interpretatie van het begrip vast, waardoor er een eenduidige en effectieve operationalisering van dat begrip kan plaatsvinden (Harteloh, Casparie, 1998). Voor kwaliteit is dat lastig omdat het een subjectief begrip is: 'verschillende partijen in de sector zorg en welzijn hebben ieder hun eigen mening over wat goede kwaliteit is.' (Hollands et al., 2003: 7). Sommigen zien kwaliteit als een *essentially contested concept* of een *vague concept*: de inhoud van kwaliteit is afhankelijk van de context (Vinkenburg, 1995; Pirsig, 1991 in Harteloh en Casparie, 1998). Hollands et al. (2003) spreken in dit geval van een relatief begrip. Toch is het noodzakelijk om tot een definitie te komen van kwaliteit, omdat het noodzakelijk is om een norm te hebben waaraan de praktijk getoetst kan worden. Dit is dan ook meteen het derde kenmerk: kwaliteit is een normatief begrip (Hollands et al., 2003). Daarnaast is kwaliteit ook een onderwerpgebonden begrip, omdat kwaliteit meer betekenis krijgt als het is gekoppeld aan een bepaald onderwerp, bijvoorbeeld (een onderdeel van) zorg (Hollands et al., 2003).

Een veel gebruikte definitie van kwaliteit is 'geschiktheid voor gebruik' van Joseph Juran, één van de grondleggers van het kwaliteitsdenken (1974, in Hardjono, 2011 : 263). Zijn definitie impliceert dat er gebruikers zijn die, wil er sprake zijn van kwaliteit, tevreden moeten zijn over datgene wat ze gebruiken. Poiesz (2010, 2012) is echter van mening dat tevredenheid alleen niet voldoende is voor kwaliteit. Technische of professionele kwaliteit, waarmee het medisch handelen wordt bedoeld, is vaak lastig te beoordelen voor cliënten, gemakkelijk te kopiëren en cliënten wennen er snel aan. Er ontstaat hierdoor een homogeen aanbod dat door zogenaamde negatieve competitie (concurrentie op kosten) in stand wordt gehouden (zie figuur 3.1). Men zou juist op waarden moeten concurreren en daarmee een positieve competitie creëren (zie figuur 3.2) (Porter, Teisberg, 2006 in Poiesz, Caris, 2010: 115-135). Met waarden bedoelt Poiesz de meerwaarde van het product voor de klant. Die meerwaarde bereik je voornamelijk op basis van subjectieve kwaliteit en niet door objectieve kwaliteit. Objectieve kwaliteit omvat alle kwaliteit die aantoonbaar / meetbaar is. Met subjectieve

kwiteit wordt de waarneming of ervaring van iemand bedoeld, gezien vanuit een bepaald perspectief, bijvoorbeeld dat van de cliënt of de aanbieder. Er zijn dus onderdelen van een dienst of product waar de cliënt ontevreden over kan zijn, maar nooit echt enthousiast: hij gaat er vanuit dat die zaken gewoon goed zijn (*dissatisfiers*). Daarnaast zijn er onderdelen waar de afnemer enthousiast over kan zijn, maar nooit echt ontevreden omdat hij ze niet had verwacht (*satisfiers*) (Poiesz, 2012). Met dit laatste creëer je de meerwaarde voor de cliënt.



Figuur 3.1 Negatieve competitie (Porter en Teisberg, 2006 in Poiesz, 2012)



Figuur 3.2 Positieve competitie (Porter en Teisberg, 2006 in Poiesz, 2012)

In het kwaliteitsdenken worden regelmatig drie dimensies van kwaliteit genoemd, namelijk de professionele, organisatorische en relationele kwaliteit. De professionele kwaliteit, die hiervoor ook al werd genoemd, gaat om de inhoudelijke kennis en het vakmanschap. Organisatorische kwaliteit omvat de beheersing en verbetering van de processen en bij de relationele kwaliteit staan de relatie tussen medewerkers en leidinggevenden onderling en die met de klanten centraal (Van Schijndel, 2007: 8). De verdeling van Poiesz (2012) in objectieve en subjectieve kwaliteit kan gerelateerd

worden aan deze drie dimensies. De objectieve kwaliteit is onder te brengen bij zowel de professionele als de organisatorische kwaliteit: beide aspecten zijn meetbaar. De subjectieve kwaliteit valt onder de relationele kwaliteit: relaties kunnen door iedereen anders ervaren worden.

3.1.1 Kwaliteit van zorg

Omdat in het empirische gedeelte niet kwaliteit maar kwaliteit van zorg centraal staat, wordt in deze paragraaf het onderwerp zorg aan het begrip kwaliteit gekoppeld. Dit levert nog een talrijker aantal definities op. Enkele vooraanstaande instituten of personen op het gebied van (kwaliteit van) zorg geven de volgende definities:

- Institute of Medicine (IOM) (2001): 'Effectieve en veilige zorg, die efficiënt en tijdig wordt aangeboden, voor iedereen gelijk toegankelijk is en de cliënt centraal stelt als partner in de zorg.' (Van Veenendaal, 2012)
- World Health Organization: 'Het meest optimale resultaat van zorg gezien de risico's en de kansen.' (Van Veenendaal, 2012)
- In de Kwaliteitswet Zorginstellingen spreekt men van verantwoorde zorg: 'Zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.' (Kwaliteitswet Zorginstellingen, 1996: art. 2).
- Donabedian: 'Kwaliteit is de mate van overeenkomst tussen criteria van goede zorg (wenselijke zorg) en de praktijk van die zorg (feitelijke zorg).' (in Hollands et al., 2003).

Door deze verschillende definities naast Poiesz's redentatie te leggen wordt duidelijk dat de definities waarin de behoeften van de cliënt centraal gesteld worden degenen zijn die daadwerkelijk meerwaarde opleveren voor de patiënt. De andere twee definities, die van de World Health Organization en die van Donabedian, richten zich voornamelijk op de professionele kwaliteit. 'Het meest optimale resultaat in verhouding tot de risico's en kansen' impliceert dat je blij mag zijn dat een operatie, waarbij er bijvoorbeeld 60% kans van slagen is, goed verloopt. De relationele kwaliteit komt hierbij niet aan bod. En bij 'kwaliteit als mate van overeenkomst tussen gewenste en feitelijke zorg is' hoeft er ook geen rekening gehouden te worden met de relationele kwaliteit, omdat er vanuit deze redenering al sprake kan zijn van kwaliteit wanneer enkele het technische aspect aan de wensen voldoet.

Bij de andere twee definities, die uit de Kwaliteitswet en die van het IOM, wordt de zorg cliëntgericht geleverd. De Kwaliteitswet gaat nog een stap verder door ook 'afstemming op de reële behoefte van de patiënt' in haar definitie van verantwoorde zorg op te nemen. Dus naast cliëntgericht, wat inhoudt dat er sprake is van een persoonlijke benadering met een goede begeleiding en voldoende aandacht, moet de zorg ook voldoen aan de eisen en wensen van de patiënt (NPCF, 2008: 11). Echter, doordat 'reële behoefte' impliceert dat er gewone kwaliteit geleverd wordt, en dus niet de verwachtingen van de patiënt zal overtreffen, zal er in dit onderzoek uiteindelijk de volgende definitie gehanteerd worden:

‘Zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de behoeften van de individuele patiënt.’

Zorg van goed niveau en doeltreffendheid omvatten het aspect professionele kwaliteit: de medisch technische handelingen en verrichtingen moeten een goed niveau hebben. Dat betekent dat het veilig moet zijn en dat de risico's zoveel mogelijk zijn ingeperkt. Doeltreffendheid en doelmatigheid liggen in elkaars verlengde, maar toch is er een belangrijk onderscheid. Waar het bij doeltreffendheid gaat om het te bereiken doel (de uitkomst), gaat het bij doelmatigheid om het proces zelf. De middelen die gebruikt worden om het doel te bereiken moeten in verhouding staan met de opbrengst. Binnen de zorg gaat het dan over minimale wachtlijsten, duidelijke voorlichting en het planmatig inrichten van de zorg (indien mogelijk). Kortom, de organisatorische aspecten. Patiëntgericht is, zoals al werd omschreven, een persoonlijke benadering met voldoende aandacht en goede begeleiding. Samen met het voldoen aan de behoeften van de individuele patiënt behoort dat tot het relationele aspect (NPCF, 2008). Dit laatste aspect is het belangrijkste onderdeel van kwaliteit van zorg, daar dit voor de meerwaarde voor de patiënt zorgt.

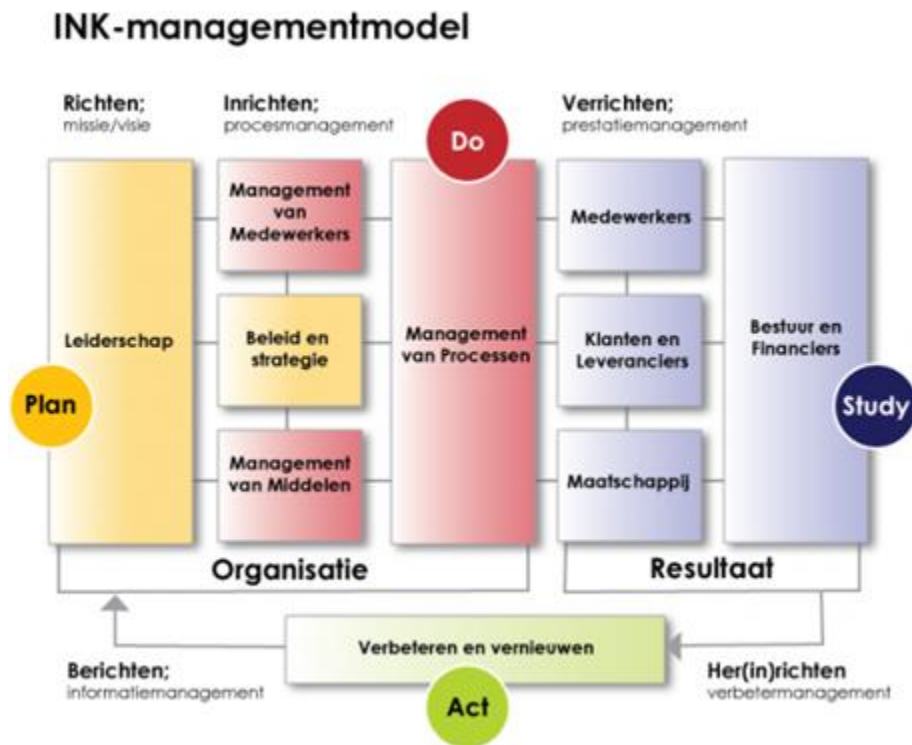
3.2 Kwaliteitsmanagement en –systemen

Bij kwaliteitsmanagement draait het om de kwaliteit van de organisatie en de organisatieprocessen (Hardjono, 2011: 159). De professionele kwaliteit (productkwaliteit) wordt gecombineerd met de organisatorische kwaliteit (proceskwaliteit) en integreert diverse instrumenten om de kwaliteit te bevorderen, zoals normering, meting en toetsing (Van Everdingen, Dreesens, 2011: 77). Een kwaliteitssysteem kan een middel zijn om kwaliteit organisatiebreed te beschrijven, te structureren en te verbeteren (Van Veenendaal, 2012). Het gaat alleen in op de objectieve kwaliteit. ISO 9000 staat aan de basis van vele kwaliteitssystemen die door de jaren heen ontwikkeld zijn. ISO staat voor International Organization for Standardization, een internationale organisatie die normen vaststelt. Het betreft een samenwerkingsverband van nationale standaardisatieorganisaties in 156 landen. Organisaties kunnen een ISO-certificatie krijgen, wat inhoudt dat ze aan de normen van een kwaliteitsborgingsysteem voldoen (Van Everdingen, Dreesens, 2011: 68). Een ander model dat ten grondslag ligt aan veel kwaliteitsmodellen, is het INK managementmodel. Daarom zal dit model kort toegelicht worden voordat er ingegaan wordt op twee kwaliteitssystemen die momenteel een grote rol spelen in de ziekenhuiswereld, namelijk de NIAZ accreditatie en Lean Six Sigma.

INK managementmodel

Het INK- managementmodel is ontwikkeld door het Instituut voor Nederlandse Kwaliteit (INK). Het INK model is de Nederlandse variant van het European Foundation for Quality Management (EFQM) (Van Everdingen, Dreesens, 2011: 65), dat tegelijkertijd met het ISO 9000 is opgekomen. Het doel van het INK model is om blijvend goede prestaties neer te zetten, ondanks de veranderende omgeving met veranderende eisen en wensen. Om dit te bereiken wordt er gestreefd naar een goede balans tussen de diverse *stakeholders* van de organisatie, een goede balans tussen de resultaten en de inspanningen die daarvoor verricht moeten worden en een voortdurende (kwalitatieve) groei (INK, 2012). Het INK model richt zich op zelfevaluatie en op integrale

verbetering van de bedrijfsvoering (Hardjono, 2011: 269). Binnen het model (zie figuur 3.3) worden er vijf organisatiegebieden onderscheiden en vier resultaatgebieden. Het aandachtsgebied 'verbeteren en vernieuwen' maakt de cirkel rond. Binnen de organisatiegebieden wordt omschreven hoe de organisatie is ingericht, terwijl in de resultaatgebieden gekeken wordt naar wat de organisatie feitelijk heeft gerealiseerd. 'Verbeteren en vernieuwen' is bedoeld om te kijken wat de organisatie heeft geleerd van de ervaringen en om nieuwe mogelijkheden te zoeken om doelen te behalen. Hierbij is de samenhang tussen de tien aandachtsgebieden cruciaal (INK, 2012).



Figuur 3.3: INK- managementmodel. Bron: Xcellent Quality Management Programma

NIAZ

Een voor ziekenhuizen bekende en belangrijke vorm van accreditatie komt van het Nederlandse Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ). Dit instituut ontwikkelt kwaliteitsnormen en toetst zorginstellingen hierop. Deelname hieraan is vrijwillig en zorginstellingen besluiten zelf of ze deze procedure in willen gaan of niet. Het NIAZ wil door het afgeven van de NIAZ accreditatie derden vertrouwen geven in (de diensten van) de getoetste organisatie (NIAZ, 2012). Het uiteindelijke doel van de accreditatie is het inspireren en stimuleren tot kwaliteitsverbetering. Het NIAZ heeft een Kwaliteitsnorm Zorginstelling ontwikkeld, die is gebaseerd op het INK model. Het onderscheidt een aparte scoringsmethodiek op zowel de organisatiegebieden als de resultaatgebieden van het INK

model. Bij de scoringsmethodiek van de organisatiegebieden wordt er per norm gekeken in hoeverre de organisatie hier aandacht aan besteedt. Voor de resultaatgebieden wordt er gekeken in hoeverre bepaalde bedrijfsresultaten worden geregistreerd en wat de instelling ter verbetering met deze cijfers doet. Het NIAZ kent (nog) geen waarde toe aan de uitkomsten van deze resultaten (NIAZ, 2011).

Lean Six Sigma

Lean Six Sigma is een ander model dat steeds meer gehanteerd wordt door ziekenhuizen. Lean en Six Sigma zijn twee verbetermethoden die vaak in één adem worden genoemd. Het doel is om samen een aantoonbare en duurzame verbetering van bedrijfsresultaten te realiseren (SixSigma, 2012). Lean is een manier van werken die het probleemoplossend vermogen van de organisatie wil vergroten en de processen voor de patiënt en de medewerker wil verbeteren. Het stelt de klant centraal waardoor je maximale toegevoegde waarde voor de cliënt creëert tegen een minimale inspanning. Hierdoor verbetert de kwaliteit, dalen de kosten en stijgt de winst. Six Sigma richt zich vooral op het meetbaar maken van de kwaliteit van organisatieprocessen. Het wil de variëteit in productie- en bedrijfsprocessen reduceren zodat er eerder aan de verwachtingen van de klant voldaan kan worden. Belangrijk is dat Lean Six Sigma (of een van de twee modellen apart) niet als een doel op zichzelf gezien wordt, maar als middel om het doel te bereiken. Want het betekent een gehele 'DNA verandering' van de organisatie. Medewerkers moeten verbeteren als onderdeel van hun dagelijkse werk gaan zien. Organisatie moeten op korte termijn geen resultaten verwachten, het is een lang proces dat van klein naar groot opgezet dient te worden (Six Sigma, 2012; Wiegersma, 2012).

3.3 Toezicht

Toezicht is een fenomeen dat aan verandering onderhevig is. Waar toezicht voorheen alleen te maken had met overheden en onderdanen, staan nu horizontalisering, mondige burgers en de netwerkmaatschappij centraal. Toezicht is geen op zichzelf staand instrument meer, maar maakt onderdeel uit van een breder systeem van checks and balances met horizontale publieke verantwoording, verticaal toezicht en interne controles (Standpunt Kabinet op het advies van Commissie Borghouts, 2001 in Eijlander et al., 2002: 4).

Desondanks blijft de kern van het toezicht houden hetzelfde, waardoor het mogelijk is om één definitie aan te houden, namelijk: *'Toezicht is het verzamelen van de informatie over de vraag of een behandeling of zaak voldoet aan de daaraan gestelde eisen, het zich daarna vormen van een oordeel daarover en het eventueel naar aanleiding daarvan interveniëren.'* (Ambtelijke Commissie Toezicht, 2000: 20 in WRR, 2004: 188). In de inleiding werden de drie rollen van een raad van toezicht al genoemd: de werkgeversrol richting de raad van bestuur, de toezichthoudende rol en de adviesrol. Binnen deze rolverdeling hebben raden van toezicht drie verschillende functies: informatievergaring, oordeelsvorming en de interventiefunctie (WRR, 2004: 188). Binnen deze laatste functie kan een onderverdeling gemaakt worden tussen adviseren (het ondersteunen om aan de eisen te kunnen voldoen) of sanctioneren (het afrekenen van het werk). Is er sprake van

advies, dan is de relatie te duiden als collegiaal. Wordt er gesanctioneerd, dan is de relatie meer te typeren als hiërarchisch (WRR: 2004).

Informatievergaring

De raad van toezicht kan haar informatie op verschillende manieren verkrijgen. De meest voorkomende manier is dat de raad van bestuur informatie en stukken aanlevert. Dat gebeurt vaak in de vorm van managementrapportages en -analyses, waarin ook de resultaten van kwaliteitssystemen zijn verwerkt.

Het proactief handelen en zelf de organisatie ingaan om informatie te vergaren bij andere partijen, wordt echter ook steeds meer gestimuleerd. Daarnaast kan ook externe en informele informatie bijdragen aan de informatievoorziening, evenals het stellen van ad-hoc vragen of het kritisch doorvragen tijdens vergaderingen (Dessing, 2011: 24-33).

Wat soorten informatie betreft wordt er vaak onderscheid gemaakt tussen *hard facts* en *soft signals*. Het onderscheid dat Poiesz (2012) maakt tussen objectieve en subjectieve kwaliteit (zie paragraaf 3.1), geeft de verschillen weer die voor toezichthouders een rol spelen. Bij het vergaren van informatie over objectieve kwaliteit heeft de toezichthouder met *hard facts* van doen: cijfers en getallen die voortkomen uit systemen en indicatoren. Bij het vergaren van informatie over de subjectieve kwaliteit heeft de toezichthouder echter te maken met *soft signals*. *Soft signals* omvatten het 'voelen en zien van kwaliteit'. Systemen en indicatoren geven deze signalen niet of nauwelijks weer, terwijl ze wel steeds belangrijker worden geacht bij het toezien op kwaliteit (Abeln et al., 2009: 21).

Oordeelsvorming

Het is belangrijk dat raden van toezicht op basis van de verkregen informatie een oordeel vellen over (het werk van) de raad van bestuur. Hiervoor heeft een raad van toezicht normen nodig (Boers, Van Montfort, 2009: 148). Veel ziekenhuizen werken met de NIAZ accreditatie, die kwaliteitsnormen stellen en toetsen of ze door de instellingen nageleefd worden (NIAZ, 2012). Het behalen van deze accreditatie kan als een norm gezien worden door de raad van toezicht. Ook een positief oordeel van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) over de kwaliteit van zorg kan een norm zijn. Daarnaast kan het ziekenhuis zelf ook normen stellen binnen haar kwaliteitsbeleid. Bij de oordeelsvorming is het aan de raad van toezicht om de feitelijke situatie te vergelijken met de gestelde normen en te beoordelen of de raad van bestuur haar taken naar behoren heeft uitgevoerd of niet.

Interventiefunctie

Nadat de raad van toezicht een oordeel heeft gevormd over het handelen en functioneren van de raad van bestuur kunnen ze diverse interventies plegen. Een veel voorkomende interventie is adviseren. Eerder werd dit ook al als een specifieke taak van de raad van toezicht omschreven. Ze mogen zowel gevraagd als ongevraagd advies geven. Het andere uiterste is het stellen van sancties: het ontslaan van een of meerdere bestuurders en ter gevolge daarvan het samenstellen en aannemen van een nieuwe raad van bestuur. Tussen die twee uiterste zijn er echter nog meer mogelijkheden voor de raad van toezicht. Ze kunnen optreden als *countervailing power*, waarbij de

toezichthouders als deskundige en krachtige tegenmacht van de raad van bestuur functioneren. Daarnaast kunnen ze genomen besluiten tegenhouden door hier niet hun goedkeuring aan te verlenen. Het gaat hier om strategische of majeure beslissingen (Luursema et al., 2003: 29-42; Boers, Van Montfort, 2009).



Figuur 3.4 De functies van de raad van toezicht

De Commissie Health Care Governance (1999: 16) heeft destijds enkele punten beschreven die volgens haar essentieel zijn voor goed toezicht. Namelijk het niet op de stoel van de bestuurder gaan zitten, het duidelijk hebben op welke ijkpunten er toezicht gehouden moet worden en dat er sprake is van integraal toezicht. Daarmee wordt in dit geval bedoeld dat zowel het organisatiebelang, het stakeholders belang én het maatschappelijke belang in het oog worden gehouden. Hoewel de angst voor het op de stoel van de bestuurder gaan zitten wel nog aanwezig is, is de tendens nu meer dat de raad van toezicht als sparringpartner moet optreden en de raad van bestuur met advies moet bijstaan (Boers, Van Montfort, 2009). De eisen van ijkpunten en integraal toezicht zijn nu nog steeds van belang en er wordt ook (steeds meer) aan gewerkt. Zo staat bijvoorbeeld in het Profiel toezichthouder zorg 2.0.2.0 (2011) bij de verantwoordelijkheden van de toezichthouder dat die zich niet alleen op de continuïteit (financieel-organisatorisch) van de instelling moet richten, maar ook op de bedoeling van de instelling.

3.4 Toezicht op kwaliteit

Nu de concepten kwaliteit en toezicht gedefinieerd en beschreven zijn, kunnen ze aan elkaar gekoppeld worden tot toezicht op kwaliteit. Voor raden van toezicht is het belangrijk dat ze toezien op alle onderdelen van kwaliteit, dus zowel op de professionele, de organisatorische kwaliteit als op de relationele kwaliteit (Poiesz, 2012). Om dit theoretisch weer te kunnen geven, is er een integraal toezichtmodel nodig omdat kwaliteit in alle aspecten van de organisatie verweven is. Een dergelijk model is er, naar weten van de onderzoeker, nog niet. Bestaande kwaliteitsmodellen en organisatiemodellen zijn vaak niet geschikt voor maatschappelijke organisaties, niet gericht op kwaliteitsverbetering of meer geschikt voor het operationele niveau in plaats van het toezichthoudende niveau. Er is op dit gebied sprake van een kennislacune. De NVTZ probeert die lacune te doorbreken met het ontwerp van een 'atlas van het toezicht', gericht op kaarten en schematische weergaven. Die weergaves dienen toezichthouders de mogelijkheid te geven om hun

agenda te toetsen aan de vijf componenten van toezicht zoals die in het Profiel toezichthouder zorg 2.0.2.0. (2011) zijn opgenomen: de waardecomponent, de besturingscomponent, de transparantiecomponent, de strategische component en de transformatiecomponent. In tabel 3.1 zijn de essenties van deze componenten weergegeven. Dit nieuwe model is expliciet gericht op kwaliteitsverbetering en wordt opgebouwd rondom de vragen ‘Doen we het goede?’ en ‘Doen we het goed?’. Omdat het model nog in ontwikkeling is kan het hier niet verder toegelicht worden, waardoor de kennislacune voor nu gehandhaafd blijft (Den Uijl, Buiting, 2012).

Component	Essentie
Waardecomponent	Continue reflectie op oorsprong en bedoeling van de organisatie
Besturingscomponent	Inrichten van de topstructuur van de instelling en de werkgeversrol
Transparantiecomponent	Betrouwbaar inzicht verkrijgen in het reilen en zeilen van de organisatie
Strategische component	Zicht houden op ontwikkelingen in zorg en samenleving
Transformatiecomponent	Reflecteren op de bestaande oriëntatie en bestuurlijke inrichting van de organisatie en het in gang zetten van eventuele transformatie

Tabel 3.1: Functionele componenten van toezicht (NVTZ, 2011: 15-16)

3.5 Dilemma's bij toezicht op kwaliteit

In de vorige paragraaf is beschreven dat het raden van toezicht nog ontbreekt aan een integraal model dat weergeeft hoe ze kunnen toezien op kwaliteit. Mede hierdoor zijn er in de literatuur diverse dilemma's beschreven die spelen voor raden van toezicht bij het toezien op kwaliteit. De onderzoeker heeft, op basis van diverse literatuur waarin later in deze paragraaf naar verwezen zal worden, de verschillende dilemma's uitgewerkt en ondergebracht bij de drie soorten relaties die raden van toezicht met hun omgeving hebben. Als eerste wordt er nader ingegaan op wat nu eigenlijk een dilemma is.

3.5.1 Een dilemma

Voordat de dilemma's die er spelen bij het toezien op kwaliteit van zorg uitgewerkt worden, is het van belang om het begrip 'dilemma' te definiëren. Van Dale omschrijft een dilemma als 'een toestand waarin tussen twee wegen die beide grote bezwaren opleveren, een keuze moet worden gemaakt.' (Van Dale, in Vinkenburg, 2006: 32). De definitie laat zien dat, welke weg er ook gekozen wordt, er blijven altijd bezwaren bestaan. De dilemma's uit dit onderzoek zijn ook niet van dien aard dat er voor één uiterste gekozen moet worden. Belangrijk is dat de juiste balans gevonden

wordt tussen de twee verschillende wegen. Godijk (2012: 90) omschrijft dit als volgt: *‘De kunst van het toezicht houden is steeds meer het leren omgaan met dilemma’s en paradoxen.’*

3.5.2 Typen relaties en dilemma’s

Bij het toezien op kwaliteit van zorg spelen er zes typen dilemma’s voor raden van toezicht. Die zullen in deze paragraaf verder uitgewerkt worden. Centraal bij deze dilemma’s staan drie relaties die steeds twee dilemma’s overkoepelen. Het gaat om 1. Relatie raad van toezicht en organisatie, 2. Relatie raad van toezicht en buitenwereld en 3. Relatie met mogelijke issues. De dilemma’s die spelen in de organisatie vallen onder het eerste type relatie, dilemma’s die in wisselwerking met de buitenwereld optreden vallen onder de tweede relatie. En de dilemma’s die onder het laatste type relatie vallen, spelen zich in het bijzonder af wanneer er zich een incident of calamiteit heeft voorgedaan. In tabel 3.1 zijn de typen relaties en dilemma’s in kaart gebracht.

Type relatie	Type dilemma
Relatie raad van toezicht en organisatie	Afstandelijkheid versus betrokkenheid
	Onafhankelijkheid versus loyaliteit
Relatie raad van toezicht en buitenwereld	Organisatiebelang versus maatschappelijk belang
	Reactief versus proactief
Relatie met mogelijke issues	Complexiteit versus simpelheid
	Diepte versus oppervlakkigheid

Tabel 3.1 De relaties en dilemma’s in kaart gebracht

Relatie raad van toezicht en organisatie

Bij het type relatie ‘relatie raad van toezicht en organisatie’ staat, zoals de benaming al zegt, de relatie tussen de raad van toezicht en de rest van de organisatie centraal. De partij waar de raad van toezicht het meeste contact mee heeft binnen de organisatie is de raad van bestuur. Bij dit type relatie gaat het om de mate van betrokkenheid van de raad van toezicht bij de organisatie en om de positionering binnen de organisatie. De informatie waarvan de de raad van toezicht is voorzien en de wijze waarop hij deze verkrijgt speelt bij beide dilemma’s een essentiële rol (Goodijk, 2012: 95).

Afstandelijkheid versus betrokkenheid

Het dilemma dat veel genoemd wordt in de literatuur (Hermans, Scholten, 2008; Luursema et al., 2003; Putters, Van der Veerdonk, 2012; Goodijk, 2012) is dat van afstandelijkheid versus betrokkenheid. Dit dilemma speelt zich op twee niveaus af. Aan de ene kant is er discussie over de invulling van het op dit moment meest gebruikte model, het *two-tier model*. En aan de andere kant komt er steeds meer discussie over welk toezichtsmodel er überhaupt gehanteerd moet worden: het *one-tier* of het *two-tier model*.

Doordat in een *two-tier model* de bestuurders en toezichthouders in aparte organen vertegenwoordigd zijn (zie ook paragraaf 2.4.2), is de afstand groter en daarmee de informatievoorziening ook lastiger. Die afstand kan met name problemen opleveren als er snel gehandeld dient te worden bij calamiteiten. Maar ook als er zich geen noodgevallen voordoen kan dat hinderlijk zijn doordat de raad van toezicht minder zicht heeft op in hoeverre de raad van bestuur *in control* is. Bij het *one-tier model*, waar sprake is van slechts één orgaan, is die afstand er nauwelijks. Het probleem daar is echter dat de toezichthouders zo dicht op het dagelijks bestuur zitten, dat belangenverstrengeling of machtsspellen op de loer liggen (Hermans, Scholten, 2008). In de praktijk (dus momenteel meestal binnen het *two-tier model*) worstelen veel raden van toezicht met hoe betrokken ze kunnen zijn bij de organisatie zonder op de stoel van de bestuurder te gaan zitten (Haimee, 2012; Luursema et al., 2003: 30). Vaak zijn toezichthouders bang om te dicht bij de raad van bestuur te komen en houden daarom angstvallig vast aan het principe van toezicht-houden-op-afstand (Goodijk, 2012: 45). Want ze moeten het beleid wel kritisch kunnen beoordelen en dat wordt lastiger naarmate ze meer betrokken zijn bij de organisatie. Terwijl er door de maatschappelijke ontwikkelingen en het steeds complexer worden van de gezondheidszorg juist wel meer om die betrokkenheid wordt gevraagd om zo beter grip te krijgen op de materie en de organisatie zelf (Goodijk, 2012: 92). Het teveel op afstand staan van het bestuur en de organisatie kan ervoor zorgen dat het de toezichthouders aan inzicht over de organisatie ontbreekt en dat er daardoor te weinig *countervailing power* is, ook wel tegenmacht genoemd (Goodijk, 2012: 43). Het is voor een raad van toezicht echter lastig in te schatten hoeveel ze nu van het primaire proces moeten weten, wil ze een oordeel kunnen vellen over de kwaliteit. (Putters, Van der Veerdonk, 2012). Deze onzekerheid samen met de angst om te dicht op het bestuur te zitten, zorgt ervoor dat raden van toezicht vaker op het systeemtoezicht vertrouwen in plaats van dat ze op zoek gaan naar *soft signals* (zie paragraaf 3.4) door bijvoorbeeld zelf de organisatie in te gaan (Goodijk, 2012).

Onafhankelijkheid versus loyaliteit

Hoewel er van raden van toezicht dus steeds meer verwacht wordt dat ze betrokken zijn bij de organisatie, moeten ze er tevens voor zorgen dat ze ondanks die betrokkenheid onafhankelijk blijven. Teveel loyaliteit richting het bestuur schaadt die onafhankelijkheid. Er is sprake van de zogenaamde onafhankelijkheidsparadox, daar de raad van toezicht afhankelijk is van informatie van het bestuur waar hij toezicht op dient te houden (Peij, 2010: 40). Het vergaren van eigen informatie is geen vorm van wantrouwen richting de raad van bestuur maar een manier om een meer onafhankelijke positie in te nemen om op die manier ook weer die *countervailing power* te

kunnen vormen. Bovendien wordt in de Zorgbrede Governancecode gesteld dat de raad van toezicht hier ook een eigen verantwoordelijkheid in heeft. Wanneer de raad van toezicht over meer en diverse informatie beschikt, kan ze (makkelijker) tijdig corrigeren en interveniëren (Goodijk, 2012: 49). Wanneer de raad van toezicht loyaliteit meer centraal stelt, dan hecht ze meer waarde aan de relatie tussen en de samenwerking met de raad van bestuur. Onderling vertrouwen is hoe dan ook essentieel, want in beide situaties moet de raad van toezicht erop kunnen vertrouwen dat de raad van bestuur openheid van zaken geeft. Dit mag alleen geen blind vertrouwen worden (Luursema et al., 2003: 51; Goodijk, 2012). Eijlander et al. (2002: 151) omschrijven dit dilemma als 'het vinden van de balans tussen vertrouwen en samenwerking enerzijds en wantrouwen, distantie en objectiviteit anderzijds.'

Relatie raad van toezicht en buitenwereld

Naast de interne dilemma's hebben raden van toezicht ook te maken met dilemma's die de relatie met de buitenwereld betreft. Raden van toezicht moeten hun positie binnen de maatschappelijke context bepalen. Centraal bij dit type relatie staat hoe raden van toezicht zich handhaven in een turbulente omgeving van een steeds complexer wordende gezondheidszorg, het toenemende belang van korte termijnresultaten en steeds meer verantwoordelijkheden (Goodijk, 2012).

Organisatiebelang versus maatschappelijk belang

De raad van bestuur is verantwoordelijk voor het functioneren en de continuïteit van de publieke organisatie, zowel vanuit het organisatiebelang als het maatschappelijke belang (aangezien de organisatie publieke taken vervult). Het is de taak van de raad van toezicht om erop toe te zien dat de bestuurders met alle verschillende belangen rekening houden wanneer ze besluiten nemen (Goodijk, 2012: 50; Putters, Van der Veerdonk, 2012). In sommige gevallen kan het organisatiebelang botsen met het algemene maatschappelijke belang. Uit onderzoek van de Algemene Rekenkamer blijkt dat raden van toezicht in dat geval meestal voorrang geven aan het organisatiebelang (Luursema et al., 2003: 32). Terwijl de overheid van hen verwacht dat ze ook rekening houden met externe ontwikkelingen en het maatschappelijk belang vertegenwoordigen (Schraven, 2010). Een voorbeeld waarbij deze belangen met elkaar in strijd zijn is bijvoorbeeld een fusie van publieke organisaties. Dit is in het belang van het voortbestaan van die organisaties, maar niet altijd in het maatschappelijke belang, wanneer dat betekent dat de toegang tot een publieke service daardoor wordt beperkt (Luursema et al., 2003: 32).

Reactief versus proactief

De wijze waarop een raad van toezicht invulling geeft aan haar taak van toezicht op kwaliteit kan meer reactief of juist proactief zijn. Als er sprake is van een meer volgende raad dan monitoren en controleren ze het werk van de raad van bestuur vooral. Dit heeft weer invloed op de onafhankelijkheid van de raad van toezicht, omdat in de meeste gevallen een reactieve raad niet actief op zoek gaat naar eigen informatie. Een proactieve en een meer leidende raad van toezicht denkt juist mee met de raad van bestuur en geeft richting aan het beleid en de strategie van de organisatie. Een belangrijk onderdeel hiervan is het *stakeholdersbeleid*. Publieke organisaties

opereren steeds meer in een dynamisch krachtenveld waarin diverse *stakeholders* actief zijn (zie hoofdstuk 2). Omdat toezichthouders medeverantwoordelijk zijn voor de organisatie, is het niet vreemd als ze een eigen visie op het lange termijnbeleid hebben en niet alleen meekijken met de korte termijnresultaten. Een voorbeeld hiervan is de toenemende samenwerking in het publieke domein in de vorm van coöperaties. Het doel van een coöperatie is een sterkere positie in de markt creëren, maar ook het verbeteren van de kwaliteit en het bevorderen van de efficiency. Samenwerking van zulk niveau is een invloedrijke beslissing waarvoor raden van toezicht hun toestemming moeten geven alvorens de raad van bestuur haar plannen kan gaan uitvoeren (Goodijk, 2012).

Relatie met mogelijke issues

Wanneer er issues of calamiteiten spelen in een organisatie, worden de dilemma's nog prangender. Raden van toezicht kunnen dan op verschillende manieren handelen. Bij deze relatie staat centraal in hoeverre en op welke wijze raden van toezicht zich met deze issues 'bemoeien'.

Complexiteit versus simpelheid

Goodijk (2012: 93) omschrijft het dilemma van specialisaties versus integraal toezicht. Aan de ene kant wordt er van raden van toezicht verwacht dat ze een integraal beeld moeten hebben van de ontwikkelingen en beleidsvoornemens van de organisatie. Maar aan de andere kant worden voor goed toezicht ook steeds meer specifieke expertises gevraagd, bijvoorbeeld de expertise financiën of kwaliteit en veiligheid. Binnen die expertise van kwaliteit en veiligheid lopen raden van bestuur ook tegen die tweedeling op. Kwaliteit is zoals al eerder werd genoemd geen eenduidig en daarom een lastig begrip dat niet (gemakkelijk) te meten is (Hollands et al., 2003; Harteloh, Casparie; 1998; Boers, Van Montfort, 2009). Dit maakt het toezicht op kwaliteit ook complex. Zeker omdat publieke organisaties zelf ook steeds complexer worden. Het is daarom een uitdaging voor de raad van toezicht om kwaliteit zo 'simpel' te maken dat het toch mogelijk is om er toezicht op te houden. Doordat duidelijke normen voor toezichthouders ontbreken, moet de raad zelf een toetsingskader vaststellen waardoor het mogelijk wordt om inzicht te krijgen op de hoofdlijnen van het uitgevoerde kwaliteitsbeleid van het bestuur (Luursema et al., 2003: 32). Aan de andere kant is het van belang dat raden van toezicht soms juist ook de diepte in gaan, om te voorkomen dat de versimpeling van de informatie afbreuk doet aan de inhoud. Wanneer er sprake is van een incident of calamiteit, moet de raad van toezicht op de details doorvragen en het niet alleen bij cijfers houden (Goodijk, 2012).

Diepte versus oppervlakkigheid

Waar raden van bestuur, managers, artsen en verpleegkundigen dagelijks bezig zijn met hun werkzaamheden binnen hun zorginstelling, komen raden van toezicht maar enkele dagen per jaar samen en is het toezicht houden vaak slechts een nevenfunctie. Dit blijkt ook wel uit het gegeven dat in de Zorgbrede Governance Code (2010: 25) en in de Wet bestuur en toezicht van grote instellingen (2012) expliciet is vastgelegd dat het aantal bestuurlijke of toezichthoudende functies van de leden van de raad van toezicht zodanig beperkt moet zijn dat ieder van hen een goede

taakvervulling kan waarborgen. Maar de complexiteit en de verantwoordelijkheid van het toezicht houden neemt steeds meer toe. De toezichtfunctie blijkt meer te omvatten en te eisen dan eerder werd gedacht (Goodijk, 2012: 45). Een belangrijke reden waardoor de functie van de toezichthouder omvangrijker is geworden, is de toegenomen aandacht voor kwaliteit en veiligheid.

3.5.3 Typologie van toezichtprofielen

Omgaan met de hiervoor beschreven dilemma's betekent dat raden van toezicht dienen te kiezen voor een bepaald handelingsperspectief. Die verschillende perspectieven op het omgaan met de dilemma's zijn te vertalen naar een drietal toezichtprofielen die samen een typologie van toezichtprofielen vormen. De toezichtprofielen zijn door de onderzoeker zelf ontworpen, vrij naar de typologie van toezicht zoals Goodijk die omschrijft (2012: 94-97).

De toezichtprofielen hangen, naast dat ze een relatie hebben met de dilemma's, nauw samen met de definitie van kwaliteit die toezichthouders hanteren. Zoals eerder in dit hoofdstuk is toegelicht, is er pas sprake van kwaliteit wanneer er meerwaarde voor de cliënt gecreëerd wordt. Hiervoor moet de organisatie niet op kosten concurreren maar op waarden. Degenen die zich richten op negatieve competitie en dus concurreren op kosten, leggen in hun toezichthoudende taak de nadruk op interne beheersing en controle van de raad van bestuur. Omdat deze toezichthouders vasthouden aan het 'toezicht houden op afstand', krijgt dit profiel de naam 'conserverend toezichtprofiel'. Toezichthouders die op positieve competitie sturen en op waarden concurreren, zijn actief bij het beleid betrokken. Ze zijn betrokken bij de organisatie maar kunnen onafhankelijk opereren en houden integraal toezicht. Dit type krijgt daarom de naam 'integrerend toezichtprofiel'. Het laatste profiel bevindt zich tussen de anderen twee in en kan gezien worden als een middenweg. Deze toezichthouders hechten waarden aan zowel de kosten als de waarden van hun diensten of producten en zullen beide inzetten in de concurrentiestrijd. Doordat beide aspecten even belangrijk zijn, zal er geen positieve competitie ontstaan en daardoor uiteindelijk geen meerwaarde voor de cliënt gecreëerd worden. Bij toezichthouders die vanuit dit middelste toezichtprofiel handelen is het strategisch meedenken beperkt, maar ze zijn inhoudelijk wel meer betrokken dan de toezichthouders uit het conservatieve profiel. Daarom krijgt het de naam 'balancerend toezichtprofiel'. De kenmerken van de drie toezichtprofielen zijn verwerkt in tabel 3.2.

In de literatuur wordt het integrerende toezichtprofiel als het profiel van deze en de komende tijd gezien. Raden van toezicht geven zelf aan dat het op de oude manier toezicht houden (het toezicht op afstand) niet meer afdoende is (Abeln et al., 2009; Goodijk, 2012). Daarom zal in de volgende paragraaf uitgewerkt worden hoe raden van toezicht praktisch vorm kunnen geven aan het integrerende toezichtprofiel, daarbij rekening houdend met de dilemma's die nog steeds spelen.

Dilemma's	Conserverend toezichtprofiel	Balancerend toezichtprofiel	Integrerend toezichtprofiel
Afstandelijkheid versus betrokkenheid	Afstandelijk	Meer afstandelijk dan betrokken: bang om op de stoel van de bestuurder te zitten	Betrokken
Onafhankelijkheid versus loyaliteit	Loyaal	Loyaal maar kritisch indien nodig	Onafhankelijk
Organisatiebelang versus maatschappelijk belang	Organisatiebelang centraal stellen	Organisatiebelang centraal maar houdt ook zoveel mogelijk rekening met het maatschappelijk belang	Maatschappelijk belang centraal stellen
Reactief versus proactief	Reactief	Meer reactief dan proactief	Proactief
Complexiteit versus simpelheid	Simpel	Er wordt op een simpele manier naar kwaliteit gekeken, alleen bij calamiteiten gaan ze terug naar de casus	Complex
Diepte versus oppervlakkigheid	Oppervlakkig, maar bewust van toenemende verantwoordelijkheid	Bereid om meer de diepte in te gaan	Gaat de diepte in

Tabel 3.2 Typologie van toezichtprofielen

3.6 Kwaliteitstoezicht in de zorg

Zoals in de vorige paragraaf is beschreven, is het toezien op kwaliteit een complexe taak. Toezien op kwaliteit van *zorg*, maakt dit nog lastiger. 'De kwetsbaarheid van de zorgvrager en de zorgverlener, het relationele karakter en de complexiteit van de zorg, maken de zorg een specifieke sector en daarmee het toezicht houden in de zorg een bijzondere opdracht.' (NVTZ, 2011: 2). Doordat de zorg grotendeels uit mensenwerk bestaat, staat de verbinding met en tussen mensen centraal. Dit betekent een uitdaging voor alle niveaus van de zorgorganisatie, dus ook voor de raad van toezicht (Schraven, 2010).

Raden van toezicht moeten verder professionaliseren en zichzelf verbeteren willen ze aan de toenemende eisen (blijven) voldoen. Door zichzelf kwetsbaar op te stellen en uit te leggen hoe ze met de verschillende dilemma's omgaan, is een eerste stap in de goede richting gezet (Goodijk, 2012: 110). Raden van toezicht kiezen hierdoor bewust (of onbewust) voor een bepaald

toezichtprofiel en daarmee dus ook voor de wijze waarop ze het toezicht op kwaliteit van zorg organiseren. In de voorgaande tekst is al enkele malen genoemd dat de oude manier waarop er toezicht wordt gehouden, oftewel het conserverende toezichtprofiel, niet meer afdoende is in deze tijd en in de huidige context. Een betere organisatie van het toezicht op kwaliteit van zorg is noodzakelijk. In de vorige paragraaf is gebleken dat het integrerende toezichtprofiel hier de meeste ruimte voor biedt. Daarom wordt dat toezichtprofiel in deze paragraaf uitgewerkt. Er wordt beschreven welke mechanismen of handelingen kunnen helpen bij het vormgeven van het toezicht op kwaliteit van zorg vanuit het integrerende toezichtprofiel.

Afstandelijkheid versus betrokkenheid

Zoals beschreven in de vorige paragraaf zorgt het dilemma afstandelijkheid versus betrokkenheid aan de ene kant voor het mogelijke gevaar dat de raad van toezicht teveel op afstand van het bestuur staat en daardoor te weinig grip op de organisatie heeft om als tegenmacht op te treden. Het andere risico is echter dat de toezichthouders te betrokken raken bij de raad van bestuur en de organisatie en daardoor 'op de stoel van de bestuurder gaan zitten' en teveel macht naar zich toetrekken.

Raden van toezicht moeten voor zichzelf vaststellen wanneer ze voldoende inzicht hebben in de mogelijke risico's en wanneer er sprake is van het *in control* zijn van de organisatie. Door het vaststellen van inhoudelijke beoordelingscriteria en ijkpunten is het mogelijk om een toetsingskader te ontwikkelen waarmee ze dit kunnen bepalen. En wanneer er voldoende evaluatiemomenten zijn ingepland (door de hele raad van toezicht of door een kwaliteitscommissie), kan de raad van toezicht de voortgang en de resultaten van het beleid beoordelen (Goodijk, 2012).

Onafhankelijkheid versus loyaliteit

Raden van toezicht moeten afhankelijk zijn en als *countervailing power* kunnen omtreden om hun toezichthoudende functie goed uit te kunnen voeren. Maar aan de andere kant moeten ze ook loyaal zijn richting hun organisatie en het bestuur. Want het liefst wordt er gewerkt vanuit een basis van onderling vertrouwen en een goede relatie tussen raad van toezicht en raad van bestuur.

Om met dit dilemma om te kunnen gaan, is het belangrijk dat zowel de raad van bestuur als de raad van toezicht het optreden als *countervailing power* niet als wantrouwen richting het bestuur ziet, maar juist als strategisch meedenken over beleid en strategie (Goodijk, 2012). Schraven (2010: 6) omschrijft dit als volgt: 'Een stevige raad van toezicht is harder nodig dan ooit maar wel één die meerwaarde biedt én inspireert en daarmee creërend is.'

Raden van toezicht kunnen hun onafhankelijkheidspositie wat betreft informatie reduceren door op meerdere manieren informatie te vergaren. Hier hebben raden van toezicht een eigen verantwoordelijkheid in. Zolang ze hierbij de raad van bestuur niet passeren en wel informeren, kan voorkomen worden dat dit als wantrouwen opgevat wordt. Voorbeelden van andere manieren van informatievergaring zijn het instellen van commissies waar meerdere mensen uit de organisatie in vertegenwoordigd zijn (en dus niet alleen (een afvaardiging van) de raad van toezicht en de raad van bestuur); contacten onderhouden met de verschillende gremia uit de organisatie en

het zelf actief de organisatie ingaan om zo *soft signals* op te pikken. Dit kan bijvoorbeeld door een of enkele dagen mee te lopen op de werkvloer.

Organisatiebelang versus maatschappelijk belang

Organisatiebelangen kunnen soms strijdig zijn met het maatschappelijk belang. Het is de taak van de toezichthouder om te zorgen dat de raad van bestuur toch alle belangen meeneemt in haar overwegingen. Door zich, naast op interne gelegenheden, ook te focussen op externe ontwikkelingen is het voor de raad van toezicht mogelijk om een strategische visie op de organisatie in haar context te ontwikkelen (Goodijk, 2012). Door alle belangen zoveel mogelijk parallel te laten lopen, kan de raad van toezicht het juiste evenwicht vinden in die verschillende belangen (Maljers, Wansink, 2009: 112). Wanneer een bestuurder te weinig rekening houdt met alle verschillende belangen, moet de raad van toezicht tegendruk uitoefenen en indien nodig ingrijpen. Dat ingrijpen kan bestaan uit adviseren en het stellen van kritische vragen, maar het kan ook het afkeuren van een besluit inhouden. De raad van toezicht heeft vanuit maatschappelijk oogpunt gezien ook de taak om toe te zien dat de organisatie maatschappelijk verantwoord onderneemt (Goodijk, 2012: 89).

Reactief versus proactief

Een raad van toezicht kan volgend zijn of juist leidend. Door het aannemen van een proactieve houding is de raad van toezicht beter in staat om eigen visie op het organisatiebeleid te vormen, waardoor ze beter in staat zijn hun verantwoordelijkheid voor de organisatie te nemen. Het is goed voor een raad van toezicht om te investeren in haar netwerk. Samenwerking met andere ziekenhuizen of zorgorganisaties komt steeds vaker voor, waardoor toezichthouders ook steeds meer moeten toezien op afspraken met derden, nieuwe vormen van samenwerking en netwerkrelaties (Goodijk, 2012). Toezichthouders hoeven niet bij reguliere gesprekken met externe *stakeholders* aan te schuiven, maar kunnen wel deel uitmaken van thematische, oriënterende of open uitwisselingen (Schraven, 2010: 7).

Een dergelijke proactieve houding zorgt ervoor dat de raad van toezicht beter in staat is om op strategisch niveau mee te denken en om als strategische partner van de bestuurder op te treden. Dit houdt in dat de raad van toezicht de raad van bestuur actief adviseert, toetst op beleid en helpt bij de uitvoering van dat beleid. Maar om een eigen strategische visie te kunnen ontwikkelen is het van belang dat de raad van toezicht ook eigen momenten van overleg heeft, afzonderlijk van de raad van bestuur. Daarnaast zijn de toezichthouders actief in het netwerk, ter ondersteuning van de beleidsontwikkeling (Goodijk, 2012: 96).

Complexiteit versus simpelheid

De gezondheidszorg wordt steeds complexer, zorginstanties worden door fusies en samenwerking groter en kwaliteit is een ingewikkeld begrip. Daarom is het goed dat raden van toezicht de diepte ingaan met dit onderwerp. Dat is echter niet (altijd) mogelijk, gezien de beperkte tijd waar toezichthouders over beschikken. Door de toenemende complexiteit is het nodig dat er op kernwaarden en basisuitgangspunten gestuurd wordt, zodat er overzicht blijft. De raad van toezicht

moet erop toezien dat de raad van bestuur dit niet uit het oog verliest (Schraven, 2010: 7). Aan de andere kant moet de informatie op die manier gepresenteerd worden dat de toezichthouders voldoende grip kunnen krijgen op de materie. Schraven (2010: 6) is van mening dat een effectieve en inspirerende vorm van toezicht hier uitkomst voor biedt. Er moet volgens hem gestuurd worden op harde medisch-wetenschappelijke data (*hard facts*) én ruimte zijn voor *storytelling*: ruimte om individuele casussen en incidenten, met faal- en succesfactoren, met elkaar te delen. ‘Alleen het individuele kleine verhaal vertelt het grote verhaal hoe het met de zorgonderneming gaat.’

Diepte versus oppervlakkigheid

In vergelijking met andere mensen uit de zorg, beschikken raden van toezicht over weinig tijd. Terwijl ze wel een zeer verantwoordelijke taak hebben met het toezien op (het functioneren van) de hele organisatie. En dat laatste neemt alleen maar toe. Toezichthouders dienen zich hier (nog) meer van bewust te zijn (Goodijk, 2012). Om die verantwoordelijkheid te kunnen nemen, is het noodzakelijk dat de raad van toezicht meer tijd in haar werk steekt dan voorheen. Hierbij moet er wel gewaakt worden dat het geen ‘echte baan’ gaat worden, maar een nevenfunctie blijft. De komst van bijvoorbeeld de commissies, het onderhouden van meer (informele) contacten en het bijwonen van (opfris)cursussen en bijeenkomsten zijn allemaal aspecten die bij het nieuwe toezicht houden horen en wat tijd kost, naast de reguliere vergaderingen met de raad van bestuur. Het is goed om hier al bij de werving en selectieprocedure aandacht aan te besteden zodat de toekomstige toezichthouder kan inschatten of hij of zij kan hieraan kan voldoen (Dessing, 2011).

3.7 Kortom

In dit hoofdstuk zijn de verschillende theoretische concepten die centraal staan in dit onderzoek uitgewerkt. Wat kwaliteit betreft is het van belang dat een product of dienst, in dit geval zorg, meerwaarde oplevert voor de gebruiker, in dit geval de patiënt. Er zijn diverse kwaliteitssystemen die het niveau van kwaliteit in een organisatie kunnen aantonen en die momenteel worden gebruikt in de zorg. Het NIAZ en Lean Six Sigma zijn daar twee belangrijke voorbeelden van. Bij toezicht in haar algemeenheid staan de drie functies van toezicht centraal: informatievergaring, oordeelvorming en interveniëren. Om het toezicht op kwaliteit goed weer te geven is er een integraal toezichtmodel nodig. De kennis hieromtrent is marginaal, maar de NVTZ probeert dit probleem aan te pakken door het ontwerpen van een eigen model. De dilemma’s waar raden van toezicht tegenaan lopen bij het toezien op kwaliteit zijn wel duidelijk. Ze zijn onder te verdelen in drie typen relaties, namelijk 1. Relatie raad van toezicht en organisatie, 2. Relatie raad van toezicht en buitenwereld en 3. Omgaan met issues. De zes dilemma’s zijn te vertalen naar drie toezichtprofielen: het conserverende, het balanserende en het integrerende toezichtprofiel. De profielen geven weer welke keuzes raden van toezicht kunnen maken bij het omgaan met de dilemma’s. Binnen de huidige context van de gezondheidszorg en de maatschappelijke visie op toezicht lijkt het integrerende toezichtprofiel de beste manier om de dilemma’s te hanteren. Bepaalde mechanismen kunnen raden van toezicht ondersteunen bij het toepassen van dit toezichtprofiel.

Op basis van de beschreven theoretische begrippen en de verschillende typologieën is het empirische onderzoek uitgevoerd. Voordat de resultaten en analyse hiervan worden weergegeven, wordt er in het volgende hoofdstuk eerst beschreven welke aanpak voor dit onderzoek is gehanteerd.

4. Onderzoeksaanpak

In hoofdstuk 4 wordt de manier waarop dit onderzoek is uitgevoerd uiteengezet. Allereerst wordt er ingegaan op welk wetenschappelijk perspectief er centraal staat en welke methodologische benadering gehanteerd wordt in dit onderzoek. Vervolgens wordt het onderzoeksproces uitgewerkt. Dit bestaat uit drie fases, namelijk de oriëntatiefase, de uitvoeringsfase en de analysefase. In paragraaf 4.3 komen de gebruikte onderzoeksmethoden en de casus- en respondentenselectie aan bod. In de laatste paragraaf wordt er aan dacht besteed aan de validiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek.

4.1 Type onderzoek

4.1.1 Onderzoeksperspectief

In dit onderzoek worden de dilemma's bij het toezien op kwaliteit van zorg in kaart gebracht en onderzocht hoe raden van toezicht daar het beste mee om kunnen gaan. Dit gebeurt vanuit de interpretatieve wetenschapsbenadering. Het interpretativisme gaat er vanuit dat er *geen* sprake is van één werkelijkheid: de sociale werkelijkheid wordt verschillend geconstrueerd door verschillende mensen. *'Humans make meanings; interpret the meanings created by others; communicate their meanings to, and share them with, others. We act; we have intentions about our actions; we interpret others' actions. We make sense of the world: we are meaning-making creatures.'* (Yanow, 1996: 5). De sociale wereld waar wij ons in bevinden bestaat uit verschillende werkelijkheden en verschillende interpretaties. Betekenissen worden niet zomaar uitgedrukt: *'Meaning is embedded in (or projected onto) artifacts by their creators: it can be known through interpreting these artifacts.'* (Tsoukas, Knudsen, 2003: 67). Volgens Yanow (1996) staan artefacten, onder te verdelen in taal, objecten en handelingen, in een symbolische relatie tot de waarden, overtuigingen, gevoelens of betekenissen die ze belichamen. Het zijn de vindplaatsen van de betekenisgeving. De relatie is symbolisch omdat de betekenissen en overtuigingen niet persoonlijk maar publiek zijn én historisch of cultureel bepaald. Het gaat dus om symbolische taal, symbolische objecten en symbolische handelingen (Yanow, 1996).

Een interpretatieve onderzoeker probeert de actoren die hij onderzoekt te begrijpen, ook wel 'verstehen' genoemd (Van Thiel, 2010: 42). Hij wil achterhalen hoe de actoren die hij onderzoekt de sociale werkelijkheid interpreteren. Daarvoor moet de onderzoeker nauw contact hebben met deze mensen, zodat hij de aanwezige artefacten kan duiden en interpreteren. Belangrijk hierbij is een holistische benadering. In dit onderzoek wordt door het voeren van diepgaande gesprekken met toezichthouders, observaties en het analyseren van documenten getracht een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de respondenten en hun situatie. Bij interpretatief onderzoek wordt er niet gestreefd naar het beschrijven van algemene wetmatigheden, maar getracht patronen te beschrijven. Voor dit onderzoek geldt dat er naar patronen gezocht wordt bij het ervaren van dilemma's door raden van toezicht en het omgaan daarmee. Hiervoor worden maar weinig

eenheden gebruikt, maar wel vele variabelen. Om deze te kunnen verzamelen en analyseren, wordt er gebruikt gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksbenadering. Dit is ook kenmerkend voor de interpretatieve benadering. (Van Thiel, 2010; Boeije, 2005).

4.1.2 De methodologische benadering

De kwalitatieve onderzoeksbenadering richt zich op opvattingen, meningen, gedragingen en gevoelens van personen over een duidelijk omschreven onderwerp (Van Everdingen, Dreesens, 2011: 75). In dit onderzoek staat de beleving van dilemma's en oplossingsmechanismen bij het toezien op kwaliteit van zorg door leden van raden van toezicht centraal. Kwalitatieve gegevens doen meer recht aan complexe begrippen als kwaliteit en toezicht dan kwantitatieve (en dus cijfermatige) gegevens. Als uit die kwalitatieve data een patroon gehaald kan worden, dan kan de algemene theorie over toezicht op kwaliteit aangepast worden naar toezicht op kwaliteit van zorg (Van Thiel, 2010: 106). Er is dan ook sprake van een exploratief onderzoek: een verkenning naar de dilemma's bij raden van toezicht in de zorg op het gebied van kwaliteit. De empirische beschrijving zal zeer gedetailleerd en diepgaand zijn, om de dilemma's zoveel mogelijk bloot te leggen (Van Thiel, 2010: 23).

Bij kwalitatief onderzoek wordt literatuur gebruikt voor het formuleren van een probleemstelling, maar kan het daarnaast ook gehanteerd worden als middel om het onderzoek af te bakenen, aan te sluiten bij de actualiteit en het belichten van facetten waaraan de onderzoeker zelf niet gedacht had. De geformuleerde probleem- en vraagstelling kunnen gedurende het onderzoek nog aangepast worden, indien daar goede redenen voor zijn. Om dit zoveel mogelijk te voorkomen is er een vooronderzoek gedaan onder verscheidende mensen uit het veld. Het betreft hier toezichthouders als wel andere relevante mensen zoals kwaliteitdeskundigen en een lid cliëntenraad (voor een geheel overzicht zie bijlage 4) (Boeije, 2005: 46-47).

De empirische data is met behulp van kwalitatieve onderzoeksmethoden verzameld door de onderzoeker. Een veel voorkomende kwalitatieve methode, die ook in dit onderzoek gehanteerd wordt, is de case study. Er is gekozen voor deze methode omdat het zorgt voor een holistische benadering door het gebruik van verschillende onderzoeksmethoden en het recht doet aan het exploratieve karakter van het onderzoek. Een grote meerwaarde van een case study is de mogelijkheid om de natuurlijke omgeving en dus de context van de case(s) mee te nemen in het onderzoek. In dit onderzoek de steeds veranderende en complexe 'ziekenhuiswereld'. Daarnaast gaat het bij een case study om een gering aantal situaties die grondig bestudeerd worden: de geselecteerde raden van toezicht (Boeije, 2005: 21-22; Van Thiel, 2010: 99-100).

4.1.3 Multi methodisch onderzoek

Zoals hiervoor al werd genoemd is een belangrijke eigenschap van de case study het gegeven dat er verschillende onderzoeksmethoden worden gehanteerd. In dit onderzoek is er data verzameld door

middel van semigestructureerde interviews, observaties en een documentenanalyse. Dit wordt ook wel methodische triangulatie genoemd. Het toepassen van triangulatie versteekt de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek (zie verder paragraaf 5.4). Ook is er in dit onderzoek onderzoekstriangulatie toegepast, door samenwerking met medeonderzoekers van de Universiteit Utrecht (Boeije, 2005: 152).

4.2 Onderzoeksproces

Het onderzoeksproces bestaat uit verschillende fases, die in deze paragraaf besproken zullen worden. De eerste fase is de oriëntatiefase en bevat een verkenning van het onderwerp en het schrijven van de onderzoeksopzet. Vervolgens is er de uitvoeringsfase, waarin de data wordt verzameld. En in de laatste fase, de analysefase, wordt de gevonden data geanalyseerd wat het mogelijk maakt om tot uiteindelijke conclusies te komen.

4.2.1 Oriëntatiefase

De eerste fase van dit onderzoek was een oriëntatie op het onderwerp. Tijdens de eerste gesprekken met de stageorganisaties, het CBO en de NVTZ, werd duidelijk dat het terrein waarop de onderzoeker zich begeeft, een nog vrij onontgonnen gebied is. Er is de laatste tijd veel kritiek in de media op raden van toezicht en het is ook steeds duidelijker geworden dat ze meer aandacht moeten gaan besteden aan de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Maar hoe raden van toezicht dit moeten vormgeven is nog een zoektocht. Uiteindelijk hebben de gesprekken met de begeleiders van zowel de stageorganisatie als de universiteit tot het huidige onderwerp van het onderzoek geleid. Tijdens de oriëntatiefase is de onderzoeksopzet geschreven en zijn er diverse gesprekken met deskundigen gevoerd. Deze deskundigen hebben allerlei verschillende achtergronden: van een lid van een raad van toezicht tot een kwaliteitsfunctionaris op een Intensive Care (IC). Voor een overzicht van alle deskundigen zie bijlage 4. Vervolgens is het theoretisch kader uitgewerkt, waarin alle concepten die in dit onderzoek centraal staan worden beschreven en uitgewerkt.

4.2.2 Uitvoeringsfase

Tijdens de uitvoeringsfase is de empirische data verzameld. De interviews werden gepland en afgenomen; verscheidende bijeenkomsten en congressen werden bijgewoond ter observatie en er werden afspraken gemaakt voor het observeren van (uiteindelijk twee) vergaderingen van raden van toezicht. Daarnaast zijn in deze periode ook de documenten verzameld die gebruikt zijn voor de documentenanalyse. Het verwerken van deze gegevens is in de volgende fase gebeurd.

4.2.3 Analysefase

In deze laatste fase zijn de gevonden empirische resultaten verwerkt en geanalyseerd. De interviews zijn letterlijk uitgetypt en van de observaties is een verslag opgemaakt aan de hand van de aantekeningen van de onderzoeker. Voor de analyse zijn de interviews en de observatieverslagen in kleine stukken verdeeld, waarbij aan elk stukje een bepaalde code werd

gehangen, ook wel het open coderen genoemd. Al deze codes zijn verwerkt in een codeboom (zie bijlage 2), waarin het onderscheid tussen hoofdcodes en subcodes duidelijk wordt, ook wel axiaal coderen genoemd. Vervolgens is er door middel van het structureren van de gegevens gezocht naar overeenkomsten en verschillen tussen de verschillende fragmenten (Boeije, 2005). De documenten worden geanalyseerd volgens de inhoudsanalyse. Dat betekent dat de stukken tekst die van belang zijn ook in fragmenten ingedeeld worden en vervolgens voorzien van een code (Van Thiel, 2010). Vervolgens worden deze codes meegenomen in de verdere analyse zoals hiervoor beschreven.

Na het analyseren van de gegevens worden de uitkomsten hiervan vertaald in het resultaten hoofdstuk. Daarna wordt aan de hand van die gegevens in het volgende hoofdstuk antwoord gegeven op de deelvragen en uiteindelijk op de hoofdvraag. Als laatste worden er aanbevelingen gedaan voor raden van toezicht en de NVTZ als beroepsvereniging.

4.3 Onderzoeksmethoden

Bij kwalitatief onderzoek kan de empirische data op verschillende manieren verkregen worden. In dit onderzoek is er gebruik gemaakt van drie verschillende onderzoeksmethoden, wat maakt dat het een multi methodisch onderzoek is (zie paragraaf 5.1.3). De gebruikte methoden zijn interviews, observaties en een documentenanalyse. In deze paragraaf worden deze methoden toegelicht, maar eerst wordt er nader ingegaan op de casus- en respondentenselectie.

4.3.1 Casusselectie

Zoals in paragraaf 2.1 is besproken, kan het begrip zorg op verschillende manieren gedefinieerd worden, afhankelijk van de context. Omdat de cure en de care sector verschillende doelstellingen hebben (zie paragraaf 2.1) en daardoor ook een andere manier van besturen vragen, was het van belang voor de onderzoeker om zich slechts op één van de twee sectoren te richten. De keuze voor de cure sector (ziekenhuizen om concreet te zijn) is a-select gemaakt (Van Thiel, 2010: 56). De niveaus van zorg (zie paragraaf 2.1) waarop dit onderzoek zich richt zijn het micro- en het mesoniveau. Voor raden van toezicht is het van belang om een beeld te hebben van zowel de kwaliteit van de één op één zorg als van de kwaliteit van de gehele zorginstelling. Hoewel van toezichthouders ook verwacht wordt dat ze op de hoogte zijn van de ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg, blijft het macroniveau hier buiten beschouwing. Hiervoor is gekozen omdat het onderzoek zich niet richt op toezicht op het gehele gezondheidszorgstelsel, maar op toezicht in zelfstandige zorginstellingen.

Bij het maken van de selectie van de casussen, ofwel de ziekenhuizen, is er bewust één categorie buiten beschouwing gelaten, namelijk de academische ziekenhuizen. Hiervoor is gekozen omdat ze naast een ziekenhuis ook een onderzoeks- en onderwijsinstelling zijn. Daardoor worden er andere eisen gesteld aan hun bestuursstructuur dan aan die van de overige ziekenhuizen. De bestuursstructuur van academische ziekenhuizen is namelijk al vastgelegd in de Wet op hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW) (Aanen, 2006: 433). Andere type ziekenhuizen

zijn de kleine tot middelgrote ziekenhuizen met een omzet tussen de €30 en €100 miljoen; grote algemene ziekenhuizen met een omzet tussen de €100 en €200 miljoen; topklinische ziekenhuizen en categorale ziekenhuizen (Dutch Hospital Data, 2008; Ziekenhuistransparant.nl, 2007; in Vroonhof, Stadlander, 2010: 9). Uit deze typen is een a-selecte steekproef genomen (Van Thiel, 2010: 56). Dit heeft te maken met het gegeven dat voor het benaderen van respondenten contacten van de NVTZ of eigen contacten (opgedaan tijdens bijeenkomsten voor raden van toezicht) zijn gebruikt. Meer hierover volgt in de volgende paragraaf 'selectie respondenten'. Twee ziekenhuizen, namelijk het Zaans Medisch Centrum en de MCA Gemini Groep, zijn op basis van 'snowball sample' gekozen (Van Thiel, 2010: 55). Een van de eerste respondenten gaf aan dat de raden van toezicht van deze ziekenhuizen naar zijn mening al erg ver waren met het vormgeven van kwaliteitstoezicht. Op basis van die uitspraak zijn deze raden van toezicht benaderd en uitgenodigd voor een interview. In tabel 5.1 is een overzicht te vinden van alle geselecteerde ziekenhuizen. De cijfers van de omzet zijn hierin iets anders vermeld dan de indeling in kleine en grote ziekenhuizen zoals die hiervoor is omschreven. Dit komt omdat de NVTZ hier een iets andere indeling voor hanteert.

4.3.2 Selectie respondenten

Voor het benaderen van de raden van toezicht binnen de geselecteerde ziekenhuizen is er gebruik gemaakt van de contacten van de directeur van de NVTZ of zijn de betreffende mensen tijdens de bijeenkomsten benaderd (zie tabel 5.2). Zoals in de vorige paragraaf werd aangegeven is de selectie van de casussen grotendeels a-select gebeurd. De uiteindelijke selectie van de respondenten zelf is wel select gebeurd (Van Thiel, 2010: 55). Van elke raad van toezicht is er namelijk gesproken met degene (of een van degenen) die zich binnen de raad bezig houdt met kwaliteit van zorg, tenzij dit niet mogelijk was. Hiervan was eenmaal sprake, doordat de desbetreffende raad van toezicht niemand had aangewezen om zich specifiek met kwaliteit bezig te houden. In dat geval is er gesproken met de voorzitter van de raad. Er is bewust voor deze respondenten omdat de onderzoeker er vanuit gaat dat deze mensen zich gespecialiseerd hebben in (het toezicht op) kwaliteit van zorg. In tabel 5.1 is per ziekenhuis aangegeven met wie er gesproken is en wat hun professionele achtergrond is.

Nr	Ziekenhuis	Omzet	Respondent	Achtergrond respondent
1	Medisch Spectrum Twente	> 150 < 300 miljoen	Lid kwaliteitscommissie	Medisch specialist
2	Havenziekenhuis Rotterdam	> 25 < 60 miljoen	Lid kwaliteitscommissie ²	Medisch specialist
3	Sint Anna Zorggroep (St. Anna ziekenhuis Geldrop)	> 60 < 150 miljoen	Lid kwaliteitscommissie	Wetenschapper op gebied van kwaliteit

² Dit is dezelfde toezichthouder als degene die voor het Medisch Spectrum Twente is geïnterviewd.

				van zorg
4	Zuwe Hofpoort Ziekenhuis Woerden	> 60 < 150 miljoen	Lid kwaliteitscommissie	Bestuurder zorginstelling en kwaliteitsexpert
5	Flevoziekenhuis	> 60 < 150 miljoen	Lid kwaliteitscommissie	Medische en bestuurlijke kennis van de zorg
6	Zorggroep Leveste Middenveld (o.a. Ziekenhuis Bethesda en Scheper Ziekenhuis)	> 60 < 150 miljoen	Lid kwaliteitscommissie	Openbaar bestuur
7	Maxima Medisch Centrum	> 150 < 300 miljoen	Voorzitter raad van toezicht en tevens voorzitter kwaliteitscommissie	Bedrijfsleven / financiën
8	Kennemer Gasthuis Haarlem	> 150 < 300 miljoen	Lid kwaliteitscommissie	Wetenschapper op het gebied van o.a. patiëntveiligheid
9	Franciscus Ziekenhuis Roosendaal	> 60 < 150 miljoen	Voorzitter raad van toezicht	Defensie, bedrijfsleven
10	Zaans Medisch Centrum		Voorzitter kwaliteitscommissie	Wetenschapper op het gebied van patiëntenrecht
11	Ziekenhuis Groep Twente	> 150 < 300 miljoen	Voorzitter raad van toezicht en voorzitter kwaliteitscommissie (2 personen)	Voorzitter RvT: bedrijfsleven Voorzitter commissie: huisarts, bestuurder zorginstelling en inspecteur IGZ
12	MCA Gemini groep	> 150 < 300 miljoen	Twee leden kwaliteitscommissie	Medisch specialist en instellingsarts / bestuurder zorginstelling

Tabel 4.1 Overzicht ziekenhuizen en respondenten

4.3.2 Interviews

Het merendeel van de empirische data van dit onderzoek komt voort uit interviews. Een interview kan omschreven worden als een gesprek waarin de onderzoeker informatie verzameld door vragen te stellen aan de respondent(en) (Van Thiel, 2010: 108). Het is een onderzoeksmethode die veel gebruikt wordt bij een case study. Een interview kan zeer gestructureerd of juist heel open en ongestructureerd zijn. In dit onderzoek wordt er gewerkt met een tussenvorm: het semigestructureerde interview. Dit is een gesprek aan de hand van een topiclijst (zie bijlage 3). In die lijst staan de onderwerpen waarover de interviewer vragen wil stellen met eventueel enkele voorgeformuleerde vragen. De onderwerpen zijn afgeleid van de operationalisatie (zie bijlage 1) (Van Thiel, 2010: 109-110). De begrippen die centraal staan in de operationalisatie zijn gedefinieerd in het theoretisch kader. Vervolgens wordt er gekeken op welke wijze er in de praktijk uiting wordt gegeven aan deze begrippen en welke van deze variabelen gebruikt kunnen worden om metingen te verrichten. Het meten zelf gebeurt aan de hand van indicatoren, die aangeven welke waarde de variabele kan aannemen (Van Thiel, 2010: 52-53).

De interviews zijn op diverse plaatsen afgenomen: bij de respondenten thuis, in het ziekenhuis waar ze toezicht houden of bij het CBO. De locaties werden bepaald door de (agenda van de) respondenten. De interviews duurden gemiddeld zeventig minuten en zijn opgenomen met een voicerecorder. Hiervoor is gekozen omdat dit de kwaliteit van de gegevens vergroot, aangezien vervorming van de gegevens hiermee voorkomen wordt (Boeije, 2005: 60). De geluidsopnames zijn vervolgens letterlijk uitgewerkt in een interviewverslag, ook wel transcript genoemd (Van Thiel, 2010: 113). Omdat het om letterlijke uitwerkingen ging, zijn de transcripten alleen ter controle naar de respondenten gestuurd indien hier specifiek om gevraagd werd.

4.3.3 Observaties

De tweede onderzoeksmethode die gehanteerd wordt in dit onderzoek is het observeren. Bij observaties gebruikt de onderzoeker zijn eigen waarnemingen om tot onderzoeksconclusies te komen. Er zijn verschillende vormen van observatie mogelijk, namelijk een open, een participerende of een verborgen observatie (Van Thiel, 2010: 81). In dit onderzoek is er sprake van een combinatie van open en participerende observatie. Bij alle observatiemomenten (zie tabel 5.2) was de onderzoeker aanwezig en was er in bepaalde mate sprake van interactie tijdens pauzes of de afsluitende borrel. In drie gevallen, namelijk tijdens de ALV van de NVTZ en de twee vergaderingen van de raad van toezicht, is expliciet melding gemaakt van de aanwezigheid van de onderzoeker (Van Thiel, 2010: 81). De observaties waren ongestructureerd, wat inhoudt dat er van tevoren geen observatieschema was opgesteld. Dit is achteraf opgesteld aan de hand van de verzamelde patronen, om daarmee de verzamelde gegevens te analyseren (Van Thiel, 2010: 81-82). Tijdens de observaties zijn er aantekeningen gemaakt, die later op de computer zijn uitgewerkt.

Nr	Soort bijeenkomst	Georganiseerd door	Plaats	Datum
1	Training raden van toezicht	NVTZ	CBO, Utrecht	4 april 2012
2	Sessiebijeenkomst Kwaliteit en Veiligheid	NVTZ	Capgemini, Utrecht	22 mei 2012
3	Algemene Leden Vergadering NVTZ	NVTZ	Jacobitheater, Utrecht	31 mei 2012
4	Congres Toezicht houden in de Toekomst	NVTZ, VTW ³ , VTOI ⁴ en NVTK ⁵	Domus Medica, Utrecht	7 juni 2012
5	Raad van toezicht vergadering	Raad van toezicht en raad van bestuur	Franciscus Ziekenhuis Roosendaal	26 juni 2012
6	Raad van toezicht vergadering	Raad van toezicht en raad van bestuur	Ziekenhuis Groep Twente	11 juli 2012

Tabel 4.2 Overzicht observatiemomenten

4.3.4 Documentenanalyse

De derde en laatste onderzoeksmethode waarvan gebruik gemaakt wordt in dit onderzoek is de documentenanalyse. Hierbij bestudeert en interpreteert de onderzoeker de inhoud van bestaande documenten. Er wordt gebruik gemaakt van een inhoudsanalyse (Van Thiel, 2010: 69, 123). Het gaat in dit geval om documenten die voor raden van toezicht belangrijk zijn met betrekking tot kwaliteit van zorg. Dit varieert van een kwaliteitsdashboard tot het maatschappelijke jaarverslag (voor een geheel overzicht zie tabel 5.3). Bij het analyseren van de documenten worden er codes toegekend aan delen van de tekst. Het empirische materiaal wordt hiermee vertaald in theoretische concepten (Van Thiel, 2010: 125-126).

Nr	Titel document	Organisatie
1	Kwaliteitsrapportage Ziekenhuis Bethesda	Zorggroep Leveste Middenveld
2	Notitie Structuur kwaliteit ZLM	Zorggroep Leveste Middenveld
3	Regelement commissie kwaliteit en veiligheid van de raad van toezicht Maxima Medisch Centrum	Maxima Medisch Centrum
4	Regelement raad van toezicht van Stichting MCA Gemini Groep	MCA Gemini Groep
5	Informatieprotocol raad van bestuur aan raad van toezicht	MCA Gemini Groep
6	Algemene Kwaliteitsradar managementevaluatie zorggroepen voorjaar 2012	MCA Gemini Groep
7	Regelement Auditcommissie Kwaliteit en Veiligheid	Ziekenhuisgroep Twente
8	Jaardocument ZGT 2011	Ziekenhuisgroep Twente
9	Maatschappelijk jaarverslag 2011	Flevoziekenhuis Almere
10	Praatstuk 'Kwaliteit' voor de raad van toezicht	Franciscus Ziekenhuis Roosendaal

Tabel 4.3 Overzicht documenten

³ Vereniging van Toezichthouders in Woningcorporaties

⁴ Vereniging van Toezichthouders in Onderwijsinstellingen

⁵ Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in de Kinderopvang

4.4 Validiteit en betrouwbaarheid

De kwaliteit van een onderzoek is nauw verbonden met de validiteit en de betrouwbaarheid ervan. Met betrouwbaarheid wordt bedoeld dat er gebruik gemaakt moet worden van betrouwbare methoden van dataverzameling. En bij validiteit gaat het om de geldigheid van de analyse en de interpretatie van de onderzoeker (Boeije, 2005: 145-46). Kwalitatief onderzoek, en *case studies* in het bijzonder, brengen onzekerheden met zich mee wat betreft de kwaliteit van het onderzoek (Van Thiel, 2010: 106-108; Boeije, 2005: 146).

Een belangrijk probleem is het geringe aantal cases of onderzoekseenheden. Door het toepassen van triangulatie, het op verschillende manieren verzamelen van informatie, kan de onderzoeker alsnog concluderen dat de informatie juist is ondanks een gering aantal eenheden (Van Thiel, 2010: 106-107). In dit onderzoek zijn er interviews gehouden met diverse toezichthouders, hebben er verscheidende observaties op verschillende plekken plaatsgevonden en is er een documentenanalyse uitgevoerd. Op die manier is getracht de betrouwbaarheid van het onderzoek zoveel mogelijk te garanderen.

Ook de keuze van de respondenten kan een negatieve invloed hebben op de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek. Daarom is er bewust voor gekozen om niet enkel directe contacten van de directeur van de NVTZ te benaderen voor een interview. De onderzoeker heeft tijdens de diverse congressen en bijeenkomsten mensen aangesproken en uitgenodigd voor een interview. Alle betrokken raden van toezicht zijn lid van de NVTZ, de raad van de MCA Gemini Groep uitgezonderd (NVTZ, 2012). Maar aangezien meer dan tachtig procent van de raden van toezicht van ziekenhuizen (academische ziekenhuizen uitgezonderd) in Nederland zijn aangesloten bij de NVTZ, vormt dit geen bedreiging voor de betrouwbaarheid van het onderzoek.

Naast de onderzoeksmethoden is ook het analyseproces niet gestandaardiseerd (Boeije, 2005: 146). Dat proces is namelijk grotendeels gebaseerd op interpretaties van de onderzoeker. Daarom heeft de onderzoeker regelmatig reflectie op haar eigen persoon verricht. Dit houdt in dat de onderzoeker probeert geen waardeoordeel te geven en eigen voorkeuren zo min mogelijk laat meespelen (Boeije, 2005: 151). Ook het intensieve contact met de respondenten zorgt ervoor dat er gevaar schuilt voor subjectiviteit en selectiviteit (Van Thiel, 2010: 107). Dit wordt zoveel mogelijk vermeden door de interviews letterlijk op papier over te nemen en zo interpretatiegevaar te minimaliseren.

De meerwaarde van een *case study* ligt in de meeste gevallen in de rijkdom van de empirische informatie die het onderzoek oplevert (Yin, 1994: 31 in Van Thiel, 2010: 106). Ook dit kan echter de basis vormen tot theoretische generaliseerbaarheid. Hierbij worden de resultaten van het empirische onderzoek omgezet in algemene beweringen. Deze axioma's zijn de bouwstenen voor een nieuw model of theorie (Van Thiel, 2010). In dit onderzoek wordt getracht aanbevelingen van dien aard te doen dat ze ook te generaliseren zijn voor andere zorginstellingen.

4.5 Kortom

In dit hoofdstuk is de onderzoeksaanpak uiteen gezet. Het onderzoek is interpretatief en er wordt gewerkt vanuit een kwalitatieve onderzoeksbenadering. De kwalitatieve methode die is toegepast is de *case study*, waarbij verscheidene onderzoeksmethoden worden ingezet om de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek te verhogen. Het onderzoeksproces bestaat uit een oriëntatiefase, een uitvoerende fase waarin de empirische gegevens verzamelt worden en de analysefase waarin de verzamelde gegevens geanalyseerd worden. Voor de selectie van de casussen zijn enkele soorten ziekenhuizen uitgesloten en is als criteria de omzet van de organisaties gehanteerd. Voor de rest is de selectie a-select gemaakt. De uiteindelijke respondenten zijn wel bewust geselecteerd op basis van hun rol in de raad van toezicht. Eerste voorkeur was een respondent die zitting heeft in de kwaliteitscommissie en wanneer dat niet mogelijk was, dan de voorzitter van de raad van toezicht. Uiteindelijk is de empirische data verzameld door middel van semigestructureerde interviews, observaties en een documentenanalyse. De betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek is zoveel mogelijk gegarandeerd door de triangulatie van onderzoeksmethoden, door het op verschillende manieren benaderen van respondenten en door het letterlijk uitwerken van de interviews.

5. Werkwijze raden van toezicht

In dit hoofdstuk wordt de huidige werkwijze van de onderzochte raden van toezicht beschreven. Aan bod komen de manier waarop ze vergaderen en hoe vaak ze dit doen; de samenstelling van de raad van toezicht; de werkwijze van de kwaliteitcommissie en het governance model dat gehanteerd wordt in hun organisatie. Deze resultaten worden geanalyseerd door een vergelijking met de literatuur uit het theoretisch kader te maken.

Omdat alle respondenten toezichthouders zijn en het voor dit onderzoek niet relevant is over welk ziekenhuis het gaat, wordt er bij de citaten niet vermeld over welke toezichthouder het exact gaat. Alleen wanneer het wel relevant is wordt het vermeld.

5.1 Vergaderen

De raden van toezicht komen minimaal zes à zeven keer per jaar bij elkaar om te vergaderen, samen met de raad van bestuur. De agenda wordt door de raad van bestuur opgesteld, in de meeste gevallen in samenspraak met de (voorzitter van de) raad van toezicht. Daarnaast hebben de raden van toezicht enkele malen per jaar overleg met het medisch stafbestuur, evenals met de ondernemingsraad (OR) en de cliëntenraad. Meestal is hierbij niet de gehele raad van toezicht aanwezig, maar een afvaardiging daarvan. Het functioneren van de raad van toezicht wordt eenmaal per jaar in een aparte bijeenkomst geëvalueerd. Sommige raden van toezicht vragen een externe deskundige om hen hierbij te begeleiden, anderen doen dit zelf. Aanvullend geven veel respondenten aan dat ze ook elk jaar extra sessies hebben. Deze hebben verschillende benamingen, zoals een 'vrije sessie' of een 'studiedag'. Hierbij staat meestal het discussiëren met de raad van bestuur over de strategie en toekomst van de organisatie centraal.

Ter illustratie een overzicht van de vergaderingen van de raad van toezicht van het Flevoziekenhuis Almere (zie figuur 5.1). Naast deze vergaderingen heeft de raad van toezicht van het Flevoziekenhuis ook scholingsprogramma's voor raden van toezicht bijgewoond. Evenals bijeenkomsten waarin de actualiteit van de gezondheidszorg wordt belicht. En eenmaal per jaar evalueren ze hun eigen functioneren met behulp van een externe, onafhankelijke deskundige.

Beschrijving	Frequentie	Genodigden
Agendaoverleg RvT-RvB	Om de zeven weken	Voorzitter RvT, voorzitter RvB en secretaris RvB
Remuneratiecommissie	Eenmaal per jaar of vaker als nodig	Voorzitter RvT, lid RvT, voorzitter RvB
Plenair RvT-RvB	Om de zeven weken	Gehele RvT, voorzitter RvB, medisch bestuurder, financieel directeur (op onderdelen) en secretaris RvB en tweemaal

		per jaar in aanwezigheid van accountant (jaarrekening en management letter)
Financial auditcommissie	Eens per kwartaal (of zoveel vaker als nodig)	Twee leden RvT, voorzitter RvB, financieel directeur (drie keer per jaar in aanwezigheid van accountant)
Auditcommissie kwaliteit en veiligheid	Elk half jaar	Twee leden RvT, voorzitter RvB, directeur KPOW, twee medisch managers met portefeuille kwaliteit
Plenair RvT- OR	Elk half jaar	Gehele RvT, delegatie van de OR
RvB-OR overlegvergadering	Elk half jaar	Twee leden RvT vergezelen voorzitter RvB tijdens een OR overlegvergadering
Medische staf vergadering	Elk half jaar	Voorzitter RvT vergezelt de voorzitter RvB tijdens medische stafvergadering
Cliëntenraad vergadering	Elk half jaar	Een lid van de RvT vergezelt de voorzitter RvB tijdens vergadering cliëntenraad

Tabel 5.1: Overzicht vergaderingen raad van toezicht Flevoziekenhuis Almere (Maatschappelijk Jaarverslag, 2011)

Alle raden van toezicht en hun raden van bestuur werken met een informatieprotocol of zijn bezig dit op te stellen. Dit is een vereiste vanuit de IGZ, vastgelegd in het Toezichtkader Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid: 'De raad van bestuur legt verantwoording af aan de raad van toezicht en maakt afspraken met de raad van toezicht over de inhoud van een informatieprotocol en zorgt voor tijdige informatie.' (2011: 18). In dit protocol wordt opgenomen wanneer welke informatie vanuit de raad van bestuur bij de raad van toezicht moet zijn. Het verschilt per raad van toezicht hoeveel waarde aan een dergelijk protocol wordt toegekend. Voor sommigen is het gewoon een uitgebreide jaaragenda, terwijl anderen worstelen om zo een informatieprotocol vorm te geven.

'Zo een toezichtprogramma wordt dan gedragen door de hele raad van toezicht. Ik ben nu nog bezig om het vorm te geven in het ziekenhuis, dat gaat nog een beetje moeizaam. Het liefste zouden we het als volgt willen hebben: we hebben tien punten van toezicht en dan een soort schema waarin precies staat hoe we over die punten in welke frequentie, waar en hoe gaan rapporteren. Dat is allemaal nog een beetje te ver, maar dat beeld begint langzaam vorm te krijgen.'

Uit het aantal vergaderingen, het feit dat alle raden van toezicht hun eigen functioneren evalueren en ze bezig zijn met het opstellen van of al een informatieprotocol hebben, blijkt dat de raden van

toezicht willen professionaliseren. Ze proberen zich hierbij zoveel mogelijk aan de Zorgbrede Governance Code te houden.

5.2 Samenstelling raad van toezicht

5.2.1 Diversiteit

Uit de literatuur (zie hoofdstuk 2) bleek dat diversiteit in een raad van toezicht tot betere resultaten leidt. Tijdens de bijeenkomsten en interviews geven de toezichthouders zelf ook aan diversiteit in hun raad erg belangrijk te vinden. Bij de afsluiting van het congres Toezicht houden in de Toekomst werd zelfs geopperd om diversiteit als thema voor het volgende congres te nemen. Vormen van diversiteit waar de toezichthouders het vaak over hebben zijn de (professionele) achtergronden van mensen en de man / vrouw verhouding binnen een raad van toezicht. Een respondent over die verschillende achtergronden:

'We streven erna als raad van toezicht om zo breed mogelijk georiënteerd te zijn. Als er een vacature vrij komt wordt er altijd gekeken wat voor iemand we zouden willen hebben en welke specifieke eigenschappen er op dat moment nodig zijn. Een financieel iemand, iemand uit de zorg etc.'

Een financiële en / of commerciële, een juridische en een zorg(inhoudelijke) achtergrond zijn in alle raden van toezicht vertegenwoordigd. Daarnaast zijn in de meeste raden ook mensen met een bestuurlijke achtergrond, met een wetenschappelijk perspectief en met een lokaal netwerk actief. Bouwkundigen zijn meestal alleen vertegenwoordigd als er sprake is van of plannen zijn voor een nieuwbouw. Het cliëntenperspectief wordt vaak vertegenwoordigd door een toezichthouder die is voorgedragen door de cliëntenraad. De zorginhoudelijke achtergrond wordt vooral als belangrijk ervaren bij het toezien op kwaliteit en veiligheid.

'Kwaliteit en veiligheid hebben met veel verschillende dingen te maken. Onder andere met de zorgachtergrond, daarom is het eigenlijk een eis dat je in je raad van toezicht iemand hebt die alles weet van het reilen en zeilen in de zorgwereld. Niet alleen in een ziekenhuis, maar ook met brede kennis en ervaring in de zorgsector. En die doet dan ook de commissie kwaliteit&veiligheid.'

De toezichthouders die zelf een medisch(e) (specialistische) achtergrond hebben, zijn er van overtuigd dat er niet zomaar kennis van de gezondheidszorg aanwezig moet zijn, maar dat deze ook medisch inhoudelijk moet zijn.

'Het is noodzakelijk dat er een medisch specialist in de raad zit. Ik heb niet helemaal de scoop op alle raden van toezicht, maar het is wel zo dat de afgelopen twintig jaar zeer weinig medische expertise in de raden van toezicht zat. En dat verandert nu, niet alleen binnen de raad van toezicht maar ook de raad van bestuur heeft daarmee te maken.'

Bij elke raad van toezicht die bij dit onderzoek betrokken is, zijn de vrouwen in de minderheid. Hetzelfde geldt voor de bezochte congressen en bijeenkomsten. Terwijl dit wel een punt van aandacht is binnen de raden van toezicht.

'Je moet wel echt een aantal vrouwen in de raad hebben. Vrouwen gaan anders met bepaalde dingen om, leggen andere accenten, terwijl ze zeker niet minder nauwkeurig zijn. Persoonlijk vind ik een vrouw als voorzitter prettig, ze heeft misschien iets meer gevoel. Dat hoeft niet altijd zo te zijn natuurlijk.'

Juist een vrouwelijke toezichthouder is wat kritischer over de man / vrouw verhouding. Zij vindt de persoonlijke kenmerken van de toezichthouders belangrijker.

'Het is een overwegend mannelijke raad van toezicht (twee vrouwen). Ik denk dat dat uiteindelijk niet uitmaakt. Het gaat om een selectie van competente mensen. Ik ken heel confronterende vrouwen en meegaande mannen.' ... 'En anderzijds gaat het ook over persoonlijkheden / eigenschappen. De een is meer bevragend, de ander confronterend. Ik vind het goed dat die verschillende kwaliteiten er zijn binnen de club.'

Andere componenten van diversiteit, zoals leeftijd, nationaliteit / afkomst en religie worden nauwelijks genoemd door de respondenten. Tijdens een interview met een toezichthouder van een instelling met een christelijke grondslag komt het onderwerp religie wel duidelijk naar voren. Zij geeft aan dat het voor zo een instelling belangrijk is om ook mensen in haar raad van toezicht te hebben die *geen* christelijke achtergrond hebben, vanwege de diversiteit. In datzelfde interview komt ook aan de orde dat een raad van toezicht een weerspiegeling van de maatschappij zou moeten zijn en dat er daarom meer verschillende nationaliteiten in raden van toezicht vertegenwoordigd zouden moeten zijn. Ook leeftijd wordt niet veel genoemd als criteria voor een diverse raad. Een toezichthouder die dit onderwerp wel aankaart is van mening dat de maatschappij te stellig is over dat de gemiddelde toezichthouder te oud zou zijn.

'Ik weet de leeftijden niet exact. Ik ben zelf 65, ik schat de rest allemaal tussen de vijftig en de zestig jaar. Daar moet je ook niet te dogmatisch over doen. Je kunt ook niet al te jonge mensen inzetten. Het is een hele verantwoordelijkheid. Zeker mensen met een medisch technische of financiële achtergrond, daarvan vind ik het niet zo gek als ze boven de veertig zijn.'

Uit de observaties bleek dat er wel nog enige diversiteit in leeftijd op te merken was (variërend van rond de 40 jaar tot en met 70 jaar). Andere nationaliteiten of afkomst (zover zichtbaar aan huidskleur) waren zeer gering. Over religie werd niet gesproken en omdat dit niet zichtbaar waargenomen kan worden, kunnen hier op basis van de observaties geen uitspraken over gedaan worden.

5.2.2 Selectiecriteria nieuwe leden

In hoofdstuk 2 bleek al dat de manier waarop nieuwe leden van de raad van toezicht worden geselecteerd is veranderd in vergelijking met enkele jaren geleden. Toen gebeurde dit meestal binnen het *old boys network*. Dit blijkt ook wel uit het gegeven dat de meeste geïnterviewde toezichthouders zelf ook persoonlijk zijn benaderd en gevraagd voor hun huidige functie. Tegenwoordig wordt er een vacature in de krant geplaatst, waarin het profiel van de gewenste toezichthouder staat omschreven, of wordt er een headhuntersbureau ingeschakeld. Maar ook daarbij is het uiteindelijk de raad van toezicht die beslist wie wordt aangenomen.

Bij de beschrijving van een goede toezichthouder zijn er twee verschillende standpunten op te merken. Veel respondenten geven aan dat een toezichthouder vooral niet op de stoel van de bestuurder moet gaan zitten. Hij of zij mag wel adviserend optreden of als klankbord dienen, zodat de raad van bestuur gebruik kan maken van de kennis waarover de raad van toezicht beschikt. Enkele toezichthouders zijn echter van mening dat de hele discussie rondom het zitten op de stoel van de bestuurder (zie ook paragraaf 6.2.2) onzin is en dat een raad van toezicht zeer betrokken moet zijn en *countervailing power* moet tonen.

‘Daarom zeg ik ook dat het zo belangrijk is dat je sterk betrokken bent bij het proces. Als jij op afstand ernaar kijkt, dan kun je dat al helemaal niet beoordelen. Je kent de processen niet, je weet niet wat er op de werkvloer leeft.’

Ondanks deze tweedeling in de beschrijving van de ideale toezichthouder, zijn de eigenschappen qua persoonlijkheid wel gelijk. Belangrijk volgens de meeste respondenten zijn *‘goed luisteren, integer en onafhankelijk zijn, kunnen reflecteren op de eigen rol, actief betrokken zijn bij de organisatie en proactief toezicht uitoefenen.’* Onder die laatste twee kenmerken worden door de verschillende toezichthouders andere aspecten geschaard, want ook de respondenten die van mening waren dat ze niet op de stoel van de bestuurder moeten gaan zitten, noemen deze kenmerken.

Enkele toezichthouders geven aan dat het voor sommige mensen die vanuit hun werk uit een bestuursfunctie komen het soms lastig dat ze nu alleen maar toezicht mogen houden. Personen die dit zeggen hebben zelf een leidinggevende achtergrond uit het bedrijfsleven, maar betrekken deze uitspraak niet op zichzelf.

Qua kennis is het noodzakelijk dat de (toekomstige) toezichthouder over brede kennis beschikt en snapt hoe een ziekenhuis als bedrijf in elkaar zit. Een geliefde uitspraak onder verscheidende toezichthouders is: *‘je moet weten hoe de hazen lopen.’*

‘Een goede toezichthouder moet weten hoe de wereld verandert, dat het krachtenveld in en rondom het ziekenhuis sterk verandert en dat het ziekenhuis ook als een profit organisatie moet draaien.’

Naast deze algemene kennis moet er ook specifieke kennis over bepaalde onderwerpen vertegenwoordigd zijn in de raad van toezicht. Dit betekent dat er niet één goede toezichthouder is, maar dat juist een combinatie van verschillende mensen een raad van toezicht sterk maakt.

'En daarnaast moet je binnen een raad van toezicht op de verschillende disciplines min of meer experts hebben zodat je het hele veld covert.'

Naast de criteria op het gebied van persoonlijkheid en kennis, is er ook nog een praktisch criterium waaraan toezichthouders moeten voldoen, namelijk het hebben van voldoende tijd. Dit is noodzakelijk om goed toezicht uit te kunnen oefenen. Want de ervaring van respondenten is dat in veel gevallen, wanneer er sprake was van een incident, de desbetreffende toezichthouders vaak veel verschillende (toezichthoudende) functies hadden en daardoor te weinig tijd hadden om deze goed uit te voeren.

5.2.3 Werken als team

Zoals in paragraaf 6.1 al aan bod kwam, vergaderen de raden van toezicht eenmaal per jaar over hun eigen functioneren. Vaak ligt bij deze evaluaties de nadruk op het werken als team en de samenwerking met het bestuur. De toezichthouders zijn over het algemeen tevreden over hun functioneren als team, wat overigens niet betekent dat er nooit discussies zijn over welke koers ze op willen. Zo geeft een respondent aan dat ze echt haar best heeft moeten doen om kwaliteit en veiligheid op de agenda van haar raad van toezicht te krijgen.

'Dus ik had zelf wel het gevoel van 'mijn missie is geslaagd' toen ik merkte dat de overige leden van de raad ook de noodzaak voelden om expliciete aandacht te besteden aan kwaliteit van zorg.'

Een andere toezichthouder vertelt over de discussie binnen haar raad waarbij de wijze waarop de raad toezicht wil houden centraal staat.

'Ik denk wel dat je als groep langzaam een beweging kunt maken. Die verschillende manieren van toezicht houden zijn wel bespreekbaar. Door die inbreng wordt er langzaam ook een beetje geschoven. Je zult wel meer discussie hebben tijdens overleggen of zelfevaluatie.'

Het hebben van goede onderlinge relaties kan helpen om ondanks (eventuele) verschillende standpunten toch als team goed te kunnen functioneren. De voorzitter heeft hierin een essentiële rol. Een respondent, die zitting heeft in twee raden van toezicht, omschrijft dit als volgt:

'In beide raden van toezicht hebben we heel verschillende voorzitters en dat heeft consequenties voor hoe het proces verloopt. En welke elementen in de ene raad van toezicht lastiger zijn dan in de andere.'

Een voorzitter wordt door de overige leden van de raad van toezicht gekozen. Hij of zij is het eerste aanspreekpunt voor de raad van bestuur en in veel gevallen ook voorzitter van de commissies die een raad van toezicht heeft. De voorzitter is ook degene die het meeste contact heeft met de andere gremia in een ziekenhuis. Vaak is hij of zij aanwezig bij overleggen met de OR, cliëntenraad en de medische staf. Hetzelfde geldt voor gesprekken met partijen van buitenaf, zoals de inspectie of een

NIAZ auditcommissie. Bij sommige raden van toezicht onderhoudt de voorzitter naast de officiële overlegmomenten ook bewust informeel contact met de medische staf.

'Ik heb heel veel contact met de medische staf als voorzitter zijnde, dat hebben we toen geïntroduceerd omdat dat goed is. Je ziet dat in de toekomst de medische staf steeds meer bemoeienis krijgt bij het reilen en zeilen van het ziekenhuis. De medische staf is een organisatie binnen een organisatie. En dat betekent dat ze toch zoveel mogelijk bij alle strategische beslissingen en zo betrokken moeten worden. Die relatie koester je en daar wordt ook veel aan gedaan vanuit mezelf namens de raad van toezicht om dat ook informeel te blijven doen. Om te zorgen dat die discussie en verhouding goed blijft. En dat is wel heel belangrijk, want vaak gaat het daar mis.'

Ook voor de buitenwereld is de voorzitter het eerste aanspreekpunt. En andersom is het de voorzitter van de raad van toezicht die naar buiten toe als woordvoerder optreedt. Bij een van raden van toezicht is dit ook in hun reglement vastgelegd. Belangrijk aandachtspunt daarbij is dat de voorzitter over een lokaal netwerk beschikt.

'Het is ook een belangrijk aspect voor jou als voorzitter dat je goed kenbaar bent in de regio en een goed netwerk hebt om de positie van het ziekenhuis te behartigen.'

Ondanks deze belangrijke rol voor de voorzitter, doen de toezichthouders uiteindelijk het werk samen met het gehele team. Er wordt duidelijk gemaakt dat de ingestelde commissies enkel bedoeld zijn om dieper op bepaalde onderwerpen in te gaan, maar dat het uiteindelijk de voltallige raad van toezicht is die zich een mening vormt over het desbetreffende onderwerp en daar een beslissing over neemt. Alle mensen met hun verschillende achtergronden en eigenschappen zijn nodig om goed toezicht te kunnen houden.

'Ik vind dat er een aantal hele sterke toezichthouders in mijn raad van toezicht zitten. Maar over het algemeen geldt dat de raad van toezicht sterk is door de combinatie van de mensen.' ... 'Je hebt echt de inbreng en ogen van allen nodig om echt goed toezicht te kunnen houden.'

5.3 Kwaliteitscommissie

Alle raden van toezicht hebben een kwaliteitscommissie, op één na. De voorzitter van deze raad geeft aan dat ze druk bezig zijn met het ontwikkelen van een helder kwaliteitsbeleid binnen hun raad van toezicht en er nog niet over uit zijn hoe ze hieraan vorm willen geven (meer hierover in hoofdstuk 6).

De kwaliteitscommissies bestaan nu twee tot maximaal drie jaar en komen twee tot drie maal per jaar samen. Voor alle commissies geldt dat deze vergaderingen bedoeld zijn om diepgaander op onderwerpen naar keuze in te gaan en ter voorbereiding dienen voor de vergaderingen met de gehele raad van toezicht. Vanuit de raad van toezicht hebben meestal twee leden zitting in de kwaliteitscommissie. Bij de vergaderingen zijn verder minimaal één bestuurslid en de verantwoordelijke voor het kwaliteitsbeleid binnen het ziekenhuis aanwezig. De

kwaliteitscommissie heeft niet apart van de gehele raad van toezicht contact met de medische staf, de cliëntenraad of andere gremia. Een aantal commissies heeft, naast het algemene informatieprotocol dat voor de gehele raad van toezicht geldt, een eigen protocol of reglement opgesteld met daarin hun werkwijze en doelstelling opgenomen.

Daarnaast werken de raden van toezicht met een zogenaamd kwaliteitsdashboard. Zo een dashboard laat alle resultaten op het gebied van kwaliteit van zorg zien en maakt inzichtelijk op welke punten er bijsturing nodig is. Bijna alle toezichthouders geven aan nog erg te worstelen met het vormgeven van het kwaliteitsdashboard.

'Wat nemen we nu als key prestatie-indicatoren mee voor de organisatie? Waarop je kunt ingrijpen, waarop je kunt of moet sturen. Dat moet gekoppeld zijn aan de doelen van je organisatie en het moet ook bij te sturen zijn. Er moeten ook gegevens zijn, dat is lastig voor een relatief kleine organisatie.'

Algemene kwaliteitsradar managementevaluatie zorggroepen voorjaar 2012 (vragen met een * zijn toegevoegd of gewijzigd tov de vorige algemene kwaliteitsradar)						
Kerngegevens		Zorggroep	MCA	Legenda		
Zorggroep: Voorbeeld discipline, versie.....				voldoet aan de norm		
Markttaardest: EAC's verzorgingsgebied 2010				aanvaardt noodzakelijk of voldoet gedeeltelijk voldaan aan de norm		
Eerste Administratieve Consulten (EAC's)				voldoet niet of onvoldoende aan de norm		
Aantal opnames				niet van toepassing		
Gemiddelde verpleegduur				wel van belang maar geen normering		
Aantal FTE in loondienst						
Aantal FTE medisch specialisten, peildatum 31 december 2011						
1	2	3	4	5	6	7
Kolom 1		Vragen	Antwoord	Antwoord	Norm of geen resultaat totale ziekenhuis	Status 2012
						Toelichting
Beleef en Strategie (2)		1 Staat het A3 jaarplan voor 2012 in het succesboek*				
		2 Vermeld in steekwoorden de voornemens op gebied van kwaliteit				
		3 Is de borging van VMS in jaarplan 2012 benoemd*				
		4 Staat er een meestersplan / DOP (discipline ondernemingsplan) in het succesboek*				
		5 Is er een jaarverslag over 2010*				
		6 Zijn er DBC's binnen uw discipline waarvoor u over een specifiek erkenning moet beschikken? (zoals b.v voor PTCA's)				
		7 Zijn er DBC's binnen uw discipline waar u mogelijk (in de toekomst) onvoldoende volume voor realiseert, zo ja benoem deze				
		8 Zijn er specifieke keurmerken voor uw discipline en welke heeft u nog niet (en wilt u wel binnenhalen)				
		9 Staat het opleidingsplan 2012 voor medewerkers in het succesboek*				
		10 Scholing				
Medewerkers (2)		11 % verpleegkundigen met een geldige rekentools (1 x per 3 jaar)*				
		12 % registratie kwalificatie voorbehouden en risicovolle handelingen verpleegkundigen (neregistratie 1 x per 3 jaar)*				
		13 % reanimatietraining med spec. volgens norm wetenschappelijke vereniging				
		14 % reanimatietraining arts assistenten volgens wetenschappelijke vereniging				
		15 % verpleegkundigen dat in 2011 de jaarlijkse reanimatietraining (BLS/AED) praktijktraining heeft gevolgd*				
		16 % gevolgd Teach the Teacher cursus 1				
		17 Aantal gevolgd Teach the Teacher cursus 2-3*				
		18 Aantal opleidingsplaatsen vlg opleidingsfonds (begewezen)				
		19 Aantal anos aanwezig (realisatie)				
		20 Aantal anos aanwezig (december 2011)				
		21 Totaal aantal co-assistenten en master studenten*				
		22 Inwerkprogramma arts-assistenten beschikbaar op de afdeling?				
		23 Deelnemers % inwerkprogramma (2 daagse introduce) art- assistenten				
		24 Aantal wetenschappelijke onderzoeken				
		25 Aantal publicaties				
		26 % R en C gesprekken tussen 27-1-11 en 27-01-12*				
		27 Aantal gezonde klachten van medewerkers*				
		28 % IPMS gesprekken tussen 1-1-11 en 31-12-2011*				
	29 % verzuim medewerkers exd zwangerschap*					
	30 % uitstroom medewerkers exd stagiaires en vakantiekrachten*					
	31 % instroom nieuwe medewerkers exd stagiaires en vakantiekrachten*					
	Opbouw	% medewerkers onder de 25 jaar*				

Figuur 5.1 Pprintscren kwaliteitsradar MCA Gemini Groep⁶

⁶ Publicatie vindt plaats na voorafgaand verkregen toestemming van de raad van bestuur van MCA Gemini Groep (alle rechten voorbehouden).

'Waar we nu gerichter vanuit de kwaliteitscommissie mee bezig zijn, is om nog een keer te reflecteren of dit de meest geschikte informatie is of dat we willen proberen meer grip te krijgen op gebieden die nu nog niet zijn gedekt. Kijken of we nog een slag kunnen maken. Je overzicht over de dingen die minder grijpbaar zijn (sociale interactie en het gezamenlijk staan voor kwaliteit en veiligheid), vang je niet met indicatoren. Toch wil je weten of iemand misstanden / mindere kwaliteit durft te melden. Komt dat soort informatie door? Durven leidinggevendenden naar de raad van bestuur te stappen? Is er een cultuur dat dat kan? Dat heb je heel erg nodig.'

Eén raad van toezicht, die door een andere respondent werd getipt als een raad die erg ver is met het kwaliteitsdashboard, heeft wel al een kwaliteitsdashboard waar ze tevreden over zijn: de zogenaamde kwaliteitsradar (zie figuur 5.1). Deze radar geeft aan op welke momenten er een controle plaatsvindt van de kwaliteit van een bepaald onderdeel van de zorg. Wanneer iets rood is, weet je dat er nog actie ondernomen moet worden. Die informatie wordt continue geüpdatet door de afdeling kwaliteit en veiligheid van het ziekenhuis.

5.4 Governancemodel

In hoofdstuk 2 zijn de verschillende vormen van intern toezicht benoemd. Alle raden van toezicht werken volgens het raad-van-toezicht-model, ook wel het *two-tier-model* genoemd. Er is echter één raad die aangeeft dat ze naar de buitenwereld toe inderdaad met een *two-tier-model* werken, wat inhoudt dat de raad van bestuur de dagelijkse organisatie aanstuurt en het aanspreekpunt is voor externe partijen. Intern gezien hanteren ze een iets andere structuur. Hun hoogste orgaan is namelijk het bestuurscollege, dat bestaat uit de raad van toezicht, de directeuren en een vertegenwoordiging van het medische stafbestuur. In hoofdstuk 2 is deze constructie beschreven onder de noemer 'duaal bestuur'. De respondent geeft aan dat ze dit systeem van besturen al vier jaar hanteren en dat ze er erg tevreden over zijn.

'Vroeger nam de raad van bestuur een besluit en dat moest hij gaan verdedigen naar de medische staf toe. Nu is de medische staf medeverantwoordelijk voor het besluit, dus die mannen gaan het verdedigen naar de medische specialisten. Het zijn dus geen tegenpool meer, we hebben ze aan boord. En dat is voor een raad van toezicht rustig slapen. We weten dat het besluit een breed draagvlak heeft, dat het door alle leden van het bestuurscollege positief uitgedragen wordt in de organisatie. En als er dan vanuit de organisatie oppositie komt, dan horen we het vanzelf wel.'

Deze constructie zorgt ervoor dat de raad van toezicht sterker betrokken is bij de organisatie. Dat komt omdat alle leden van de raad van toezicht zogenaamde koppelgesprekken voeren met het desbetreffende lid van het bestuurscollege dat eenzelfde taakgebied heeft als de toezichthouder. Deze gesprekken vinden plaats naast de reguliere vergaderingen. Een ander belangrijk voordeel van dit systeem is dat de medisch specialisten meer betrokken zijn bij de strategie en beleid van de organisatie. Tijdens een van de vergaderingen van de raad van toezicht die bijgewoond zijn, blijkt dat ook die betreffende raad van bestuur en raad van toezicht worstelen met hoe ze de medisch specialisten actiever kunnen betrekken bij het management van

de instelling op tactische en strategisch niveau. Op operationeel niveau gebeurt dit al in meerdere ziekenhuizen door de invoering van de Resultaat Verantwoordelijke Eenheden. Bij de andere vergadering lijken zowel de bestuurders als de toezichthouders juist minder gecharmeerd van meer betrokkenheid van specialisten. Door hun manier van communiceren, geven ze de indruk dat ze van mening zijn dat de specialisten op een ander niveau in de organisatie staan en dat zij eigen voordeel voor stellen het algemeen belang van de organisatie stellen.

5.5 Kortom

Uit de werkwijze van de raden van toezicht blijkt dat de wil aanwezig is om te professionaliseren. Ze hebben aandacht voor de eisen die in de Zorgbrede Governance Code gesteld worden aan een raad van toezicht. Zo doen alle raden van toezicht aan zelfevaluatie en hebben ze of zijn ze bezig met het opstellen van een informatieprotocol. En de criteria voor een goede toezichthouder lijken ook vrij compleet. Maar er is ook nog zeker winst te behalen. Zo richt de aandacht wat betreft diversiteit zich voornamelijk op achtergronden van toezichthouders en sekse. Leeftijd, afkomst en religie spelen nauwelijks een rol. En ook de werkwijze van de kwaliteitscommissie kan nog verbeterd worden. Slechts enkele toezichthouders hebben vastgelegd hoe ze te werk willen gaan als kwaliteitscommissie zijnde. En ook het samenstellen van een kwaliteitdashboard is problematisch voor de meeste raden van toezicht. Deze zaken zullen dan ook in het volgende hoofdstuk, waarin de dilemma's die raden van toezicht ervaren bij het toezien op kwaliteit van zorg worden beschreven, terugkomen.

6. Omgaan met dilemma's

In het vorige hoofdstuk is beschreven hoe de raden van toezicht om dit moment werken en hoe ze invulling geven aan het toezien op kwaliteit van zorg. In dit hoofdstuk komen, verdeeld over de verschillende andere concepten, de dilemma's die hierbij worden ervaren aan bod. De dilemma's staan niet op zichzelf, maar hebben een nauwe relatie met de kwaliteitsdefinitie en de organisatie van het kwaliteitstoezicht. Vervolgens wordt er gekeken naar de verschillende toezichtprofielen die de raden van toezicht hanteren en welke effecten dit heeft voor hun handelen. Ook de toekomst van kwaliteitstoezicht in de zorg komt aan bod.

6.1 Zoektocht naar kwaliteit van zorg

Zoals in hoofdstuk 3 is beschreven moet er aan verschillende aspecten worden voldoen, wil er sprake zijn van kwaliteit van zorg. Allereerst moet het feitelijk medisch handelen, dus het technische gebied, van doeltreffend en van goed niveau zijn. Daarnaast moet de zorg ook doeltreffend zijn, wat inhoudt dat het aan de doelstellingen moet voldoen en dat de kosten opwegen tegen de resultaten. En als laatste moet de zorg patiëntgericht geleverd worden, waarbij er geluisterd wordt naar de behoeften van de patiënt. In dit onderzoek is er aan de toezichthouders gevraagd wat voor hen kwaliteit van zorg is, in hoeverre ze daar als raad van toezicht aandacht aan besteden en of die kwaliteit in hun organisatie geleverd wordt.

6.1.1 Aandacht voor kwaliteit van zorg

Voor raden van toezicht is kwaliteit een belangrijk onderwerp. Dat blijkt uit het gegeven dat ze, op één raad van toezicht na, allemaal een kwaliteitscommissie hebben ingesteld. Zoals in hoofdstuk 6 al aan bod kwam is dit geen vanzelfsprekendheid. Sommige toezichthouders hebben hun best moeten doen om kwaliteit en veiligheid op de agenda te krijgen. Dat dit nu wel is gelukt, past bij de tendens dat de maatschappij steeds meer aandacht voor en verantwoording over kwaliteit van zorg vraagt.

'Ik zou natuurlijk willen dat kwaliteit een even belangrijk, essentieel element is als financiën. Als je vanuit het verleden kijkt is er altijd veel aandacht naar de financiën gegaan. Het is op een gegeven moment mooi en noodzakelijk om evenveel aandacht aan kwaliteit en veiligheid te besteden.'

De raad van toezicht die geen kwaliteitscommissie heeft, is wel zoekende hoe ze structureel meer aandacht aan kwaliteit kan besteden. Want de toezichthouders beseffen dat ze iets met dit onderwerp moeten. In het Toezichtkader van de IGZ staat dat kwaliteit en veiligheid expliciet belegd moeten zijn binnen de raad van toezicht (2011: 19).

'Het punt is, en daar stoeien we een beetje mee, dat artsen zeggen dat we meer toezicht moeten houden op de kwaliteit van de zorg in het ziekenhuis. Mooi, en hoe gaan we dat dan organiseren? Nou we benoemen een commissaris. En wat gaat die dan doen? Wat gaat die doen wat wij nu niet doen of

kunnen? En wat moet die man in huis hebben om zo bijzonder te zijn in kwaliteit? Misschien moeten we een commissie benoemen die zich met kwaliteit bezig houdt. Moeten de mensen die erin zitten dan bijzondere skills hebben? En wat gaan ze dan doen? Of is het zo dat als je toetst of er de NIAZ accreditatie is en alle andere (ISO) normen, dat het dan allemaal oké is. Dan hoef je alleen maar lijstjes te vinken en te horen of iedereen redelijk tevreden is met ons. Daar zijn we gewoon nog niet over uit.'

Dat de andere raden van toezicht wel een kwaliteitscommissie hebben, betekent nog niet dat zij wel grip hebben op kwaliteit van zorg. Ze zijn hier allemaal nog heel erg zoekende in.

'We hebben een eenvoudig commissiestatuut. Daarin staat dat we met kwaliteit en veiligheid bezig zijn en dat we de vergaderingen van de raad van toezicht op dit onderwerp voorbereiden. Via Ernst&Young zijn we aan het ontwikkelen van wat dat nu voor een raad van toezicht betekent. Want we hebben ontdekt dat het niet zo eenduidig is als je zo een commissie hebt, hoe je daar vorm aan geeft. Je krijgt zoveel informatie, zoveel pakken papier.'

6.1.2 Definitie kwaliteit van zorg

De respondenten geven aan dat er een veelheid aan definities is voor kwaliteit van zorg, maar ze hebben wel een voorkeur voor een bepaalde definitie. Welke voorkeur dit is, verschilt per persoon. Het is niet zo dat er formeel vanuit de raad van toezicht of de kwaliteitscommissie een bepaalde definitie van kwaliteit gehanteerd wordt. Ook in de bestudeerde reglementen van de kwaliteitscommissies komt dit niet terug. Een respondent geeft wel aan dat ze in zijn ziekenhuis volgens het Planetree concept werken. Dit is ook opgenomen in hun maatschappelijk jaarverslag: niet bij de raad van toezicht maar als onderdeel van het algemene kwaliteitsbeleid. 'Planetree is geen apart project, maar is als gedachte geïntegreerd in onze dagelijkse activiteiten. De doelen ten aanzien van de kwaliteit van zorg zijn allemaal gebaseerd op de Planetree-visie.'

'Planetree is dat de patiënt zich zo goed geborgd, veilig en prettig voelt dat zijn genezingsproces daardoor wordt gestimuleerd. Meer betrokkenheid bij de patiënt zorgt voor betere zorg. In interactie met de patiënt kom je erachter wat zijn behoeften zijn en als je daarna luistert en daar iets mee doet dan is dat goed voor die patiënt.'

De Planetree benadering zet de patiënt centraal. Die patiënt- of cliëntgerichtheid is iets wat door alle toezichthouders genoemd wordt. Maar voor de een is dat belangrijker dan voor de ander. Waarbij het voor de bovenstaande respondent van belang is dat bij elke handeling de patiënt centraal staat, geeft een andere respondent aan dat hij de toenemende aandacht voor dit patiëntenperspectief juist als een dilemma ziet.

'Dit is een rode draad. De patiënt wordt altijd centraal gesteld. Maar waar houdt het zakelijk goed je werk doen op en begint het overdreven vertroetelen voor heel veel geld. Als patiënt zijnde zul je altijd voor de optie gaan die voor jou het beste is, dat is logisch. Dus daar hoef je de patiënt niet naar te'

vragen. Het gaat erom dat het logisch moet blijven. Als je bij de EHBO / spoedeisende hulp wel triage⁷ toepast, als je daar zo hard kunt zijn, dan is het gek dat je daar in de rest van het ziekenhuis niet meer over nadenkt. Je middelen zijn beperkt.'

In zijn definitie maakt deze respondent wel onderscheid tussen professionele en relationele kwaliteit. Volgens hem is kwaliteit in twee hoofdstukken op te delen: aan de ene kant moet de medische techniek gewoon goed geregeld zijn. En aan de andere kant moet de patiënt ook als persoon meetellen. Daar zijn volgens deze toezichthouder verzorgende mensen voor. Die moeten ervoor zorgen dat de patiënt een goed gevoel heeft over de zorg die hij ontvangt. De kanttekening die hij hierbij maakt is dat wanneer er niet genoeg geld is, de eerste prioriteit naar de medische kwaliteit gaat.

'We moeten ons stinkende best doen met het geld dat we ter beschikking hebben iedereen die 7 te laten halen. Om zo goed mogelijk en zo snel mogelijk mensen te repareren. Mensen moeten gewoon 'gemaakt' worden op een manier die we met elkaar afgesproken hebben. En als je heel veel geld over hebt, dan mag je ze van mij best in de watten leggen. Maar dat geld hebben we niet. En als dat betekent dat ik het jou extra naar je zin ga maken en iemand anders daardoor dood gaan, dan kun je het naar mijn mening beter daaraan besteden.'

Voor veel toezichthouders gaat die patiëntgerichtheid echter hand in hand met doelmatigheid. Zo vertellen verschillende toezichthouders dat (een gedeelte van) hun organisatie is ingericht voor planbare zorg. Door processen logistiek te verbeteren wordt er efficiënter gewerkt, wat in het voordeel van zowel de organisatie als de cliënt is. Hun ervaring is dat patiënten erg blij zijn met die ontwikkeling.

'Maar we doen een heleboel dingen, zoals de Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE's), die zijn allemaal in het belang van de cliënt en de kosteneffectiviteit en de lange termijn continuïteit. Die kosteneffectiviteit is ook in het belang van de cliënt, want dat heeft te maken met continuïteit. Als ik niet kosteneffectief ben, kan ik niet meer voortbestaan. Dan gaan we failliet, dus dat heeft daar absoluut mee te maken. Het kostenaspect is zeker iets dat meegenomen moet worden. Daar merkt de cliënt direct niets van, maar indirect wel. Want als wij hier allemaal domme dingen doen met alle goede bedoelingen, dan verdwijnen we.'

De toezichthouder uit het ziekenhuis waar met het Planetree concept gewerkt wordt, geeft een voorbeeld over het eten in het ziekenhuis. Ze proberen de omstandigheden zo aangenaam mogelijk te maken voor de patiënt, wat tevens leidt tot een beter niveau van zorg op en efficiënter is voor het ziekenhuis.

⁷ Het rangschikken van gewonden naar aard en ernst van de verwondingen en het aan de hand daarvan bepalen van behandelings- en/of afvoerurgentie (www.woorden-boek.nl).

'We komen bijvoorbeeld niet meer met voorverwarmde maaltijden op de afdeling, de patiënt mag zelf kiezen wat hij wil hebben qua samenstelling en proportie. En we hebben een aantal afdelingsrestaurants welke gezellig zijn aangekleed, waar wijn verkrijgbaar is enzovoorts. Want wij willen dat de patiënt een hele goede voedingsstatus heeft. Dan is zijn genezend vermogen hoger. We focussen erg op voeding, qua beleving maar met achterliggend doel dat de patiënt het ziekenhuis sneller verlaat. We hebben een van de laagste ligtijden in Nederland, en dat willen we nog veel verder omlaag brengen.'

Niet iedereen is het echter eens met de mening dat het steeds doelmatiger worden van de zorg positief is voor de kwaliteit ervan. De onderstaande respondent schetst zaken die het juist minder aangenaam maken voor de patiënt.

'Dus we kunnen heel veel meer zorg doen met hetzelfde personeel. We kunnen heel veel zorgprocessen aanzienlijk inkorten. We kunnen heel veel ligduren aanzienlijk bekorten. We zijn nog lang niet aan het eind van het bekorten van de ligduur. Dat heeft her en der zijn problemen wat kwaliteit betreft. Want het is niet leuk om na een heupoperatie, waar nu 48uur ziekenhuis voor staat, oma van 85 die nog net zelfstandig woont naar huis te sturen. En herhalingscontroles gaan straks alleen nog maar via internet. Dus die relatie met de arts, contact met mensen, dat ga je missen.'

Voor deze toezichthouder gaat het in de eerste plaats om de patiënt als het om kwaliteit van zorg gaat, net zoals dat voor Fred Lee geldt, de auteur van 'If Disney Ran Your Hospital: 9 ½ Things You Would Do Differently', die hij aanhaalt.

'Ken je het boek van Fred Lee? Dat is het natuurlijk helemaal. Al die kwaliteitsbeoordelingen, ik hoef al die voldoende niet te weten. Ik wil net als Fred weten hoeveel mensen echt tevreden zijn. Hoeveel mensen geven nu een 8,0 voor dat ziekenhuis? En alles wat eronder zit vind ik niet interessant.'

Naast deze driedeling in de manier van kijken naar kwaliteit van zorg (doelmatigheid centraal stellen, patiëntgerichtheid centraal of een combinatie van beide) is er nog een tweedeling zichtbaar op het gebied van kwaliteit. Sommige toezichthouders zijn namelijk tevreden met het niveau van kwaliteit van zorg in hun ziekenhuis als dit aan de gestelde normen voldoet, anderen willen dat het ziekenhuis zich continue blijft verbeteren op dit gebied. De respondent die Fred Lee aanhaalde, gaf al aan dat hij niet tevreden is met cijfers lager dan een 8. Hij gaat voor de best mogelijke kwaliteit. De respondent die eerder aangaf meer voor doelmatigheid te gaan dan voor patiëntgerichtheid, is van mening dat als je aan de normen voldoet en een 7 haalt, dat het dan ook prima is.

'En dan heb je het fenomeen dat als het om patiëntenzorg gaat, de zorgaanbieder altijd zegt dat we zo hoog mogelijk moeten gaan om onze patiënt te helpen. Nee, zeg ik, we hebben afgesproken dat een 7 voldoende is, en een 7,5 vind ik ook nog prima. Maar kom bij mij niet zeuren voor geld voor een 8 of een 9, dat is niet te betalen. Om van onvoldoende naar voldoende te komen kost minder moeite, tijd en geld dan van een ruim voldoende naar uitstekend gaan. Waarom zou je dat doen? Dat is een beetje ijdeluiterij of egotripperij. Voor mij is die 7 genoeg.'

Ook andere respondenten nemen de gestelde normen als richtlijn voor het bepalen of er sprake is van kwaliteit van zorg.

'Wat je vooral moet weten is wat de normen op dit moment zijn. Je moet een toetsingskader hebben, dat moet je kennen. Maar er zijn er verschillende: het NIAZ, de IGZ, wet en regelgeving etc. Die toetsen en kijken of je aan de kaders en normen voldoet. En er zijn ook professionele normen, die door beroepsverenigingen worden opgesteld. Die zijn over het algemeen ook inzichtelijk. Kwaliteit is voor mij in ieder geval: de zorg moet voldoen aan wat professioneel op dit moment in Nederland de norm is. Medisch proportioneel. En die daarnaast cliëntgericht is, waarbij de cliënt centraal staat.'

Maar de toezichthouders geven daarnaast ook aan dat er zoveel verschillende normen zijn, dat het lastig is voor hen als toezichthouders om nu te beoordelen wanneer er echt sprake is van kwaliteit van zorg.

'Hoe oordeelt de patiënt over ons ziekenhuis? Eten? Parkeren? Lieve verpleging? Ligduur? Ontzettend lastig. We hebben honderden enquêtes en manieren om dat te meten. Nu is het meest populairste de netpromotor score. Dat is de vraag: 'zou u dit ziekenhuis aanraden aan uw familie?' Als de helft ja zegt, dan is het niet goed. Dus onze huidige norm is, dat als je 80% haalt, is dat redelijk. Moeten we 25 indicatoren gebruiken voor de beoordeling van de kwaliteit of zeggen we die netpromotor score is het allerbeste? Eén is voldoende volgens mij.'

Een andere toezichthouder geeft aan dat hij het juist als een probleem ervaart dat er volgens hem geen vastgestelde normen zijn waaraan kwaliteit van zorg zou moeten voldoen.

'Wij moeten voor de IGZ veel metingen doen, waarbij ik me altijd afvraag wat daarvan de norm is. Want normen vaststellen doen we niet. We kijken wel of iets beter of slechter wordt, maar we hebben nooit een vaste norm. We hebben niet iets van 'dit moet op dit niveau zijn dan is het goed.' Dus normen stellen als het gaat om kwaliteit is heel moeizaam, is er ook niet in Nederland.'

6.1.3 Analyse

De zoektocht voor raden van toezicht naar kwaliteit van zorg is in volle gang. Toezichthouders zien het belang van aandacht voor kwaliteit van zorg in, maar hebben nog geen grip op het concept. Ook de definitie van wat kwaliteit van zorg nu is, is niet eenduidig. Belangrijk is dat toezichthouders zich bewust zijn of worden van bepaalde aspecten van kwaliteit die minimaal aanwezig moeten zijn in een definitie. Het gaat hierbij om zorg van goed niveau, doelmatigheid en patiëntgerichtheid. Uit de interviews blijkt dat niet alle toezichthouders evenveel waarde hechten aan al deze verschillende concepten. Sommige gaan meer voor doelmatigheid of juist voor patiëntgerichtheid. Wanneer een combinatie van beide concepten centraal staat, is uiteindelijk doelmatigheid leidend, daar er gesteld wordt dat het voortbestaan van de organisatie het belangrijkste is voor de patiënt. Ook zijn er uiteenlopende meningen over wanneer er in hun organisatie sprake is van kwaliteit van zorg. Sommigen vinden dat je moet blijven verbeteren en dat de beoordeling minimaal een 8 moet zijn.

Anderen vinden het prima wanneer ze aan de normen voldoen en een 7 scoren. En dan is er ook nog een selecte groep die van mening is dat het in Nederland nog aan normen ontbreekt om te kunnen duiden wanneer er sprake is van kwaliteit. Momenteel worden er volgens een respondent enkel vergelijkingen tussen ziekenhuizen onderling en met voorgaande jaren gemaakt.

6.2 Organiseren van kwaliteitstoezicht in de zorg

In de vorige paragraaf is beschreven hoe de raden van toezicht naar kwaliteit van zorg kijken. Deze visie is cruciaal voor de wijze waarop ze het toezicht hieromtrent organiseren, zoals in hoofdstuk 3 bleek. Hier wordt beschreven hoe raden van toezicht momenteel vorm geven aan het kwaliteitstoezicht en welke dilemma's ze daarbij tegenkomen.

6.2.1 Invulling kwaliteitscommissie

Allereerst is belangrijk *hoe* raden van toezicht structureel vorm geven aan aandacht voor kwaliteit en veiligheid binnen de raad van toezicht. Uit de interviews blijkt dat alle raden van toezicht, slechts één uitgezonderd, ervoor hebben gekozen om dit te doen door het instellen van kwaliteitscommissies. Voor velen is het wel nog een probleem hoe dan precies vorm te geven aan die commissie. Zoals in hoofdstuk 5 al is beschreven zijn de toezichthouders het er wel over eens dat de raad van toezicht in het geheel uit mensen met diverse achtergronden moet bestaan. Maar welke mensen dan zitting moeten nemen in die commissie is nog een vraag apart. Van de respondenten heeft het merendeel dat zitting heeft in de kwaliteitscommissie een medische achtergrond. Voor een geheel overzicht van de achtergronden van de respondenten zie tabel 4.1 (hoofdstuk 4). Of medische kennis nodig is in de kwaliteitscommissie wordt niet letterlijk uitgesproken. Wel is (algemene) kennis van de zorg erg handig.

'Je hoeft voor de kwaliteitscommissie geen specifiek zorginhoudelijke kennis te hebben. Je hebt natuurlijk veel specialismen in een ziekenhuis, je hoeft niet specifiek op neurologie te letten bijvoorbeeld. Maar ik denk dat het wel helpt als je iets van het primaire proces weet. Dat geeft een voorsprong. Dat je bepaalde medische terminologie kent en er een gevoel bij hebt. Echt zorginhoudelijk beoordelen, dus beoordelen of de juiste zorg is geleverd, is niet iets wat de raad van toezicht moet doen. Het is veel meer van hoe wordt er naar gekeken? Welk systeem zit eronder?'

Enkele respondenten zijn voorgedragen door de cliëntenraad als lid van de raad van toezicht. Dat betekent niet standaard dat deze persoon ook zitting heeft in de kwaliteitscommissie. Hoewel het voor de commissie kwaliteit ook belangrijk is dat er meerdere perspectieven behartigd worden en dus ook het cliëntenperspectief.

'Je moet degene die het cliëntenperspectief heeft ook heel goed betrekken bij kwaliteit, die heeft een eigen visie daarop. En bij veiligheid moet je soms heel iemand anders betrekken, bijvoorbeeld de techniek. Dus in een kwaliteitscommissie moeten meerdere mensen uit de raad van toezicht zitten, met verschillende perspectieven.'

Verder gelden voor de toezichthouders die zitting hebben in de kwaliteitscommissie dezelfde kenmerken als voor andere toezichthouders (zie hoofdstuk 5).

6.2.2 Dilemma's

Relatie raad van toezicht en organisatie

Behalve een criterium is het niet op de stoel gaan zitten van de bestuurder ook een veel gehoord dilemma voor toezichthouders. Aan de andere kant wordt er echter ook een steeds actievere houding van toezichthouders verwacht. Veel respondenten zijn huiverig om zelf de organisatie in te gaan en te praten met medewerkers of patiënten.

'Ik ben het in het algemeen van mening dat toezicht inhoudt dat je vertrouwen geeft, af en toe een steekproef doet. Maar dus niet alles over gaan doen wat al gebeurt. Dat mensen zich niet drie keer in de ronde moeten werken om ook nog eens verantwoording te moeten afleggen aan de raad van toezicht. Als je de indruk hebt dat het goed gaat, laat het dan vooral zo. En om zelf naar een operatiekamer te gaan om daar te kijken hoe en wat, dat moet je niet willen. Hoewel dat misschien best veel informatie boven tafel haalt, maar nogmaals daar zijn anderen voor.'

De toezichthouders die wel open staan voor andere bronnen van informatie dan de raad van bestuur en de verschillende gremia, zijn er vaak nog niet over uit hoe ze daar praktisch gezien uitvoering aan willen geven.

'Dus daar heb je wat bronnen en je zou misschien nog wat meer moeten organiseren, maar je moet dan nadenken hoe. Hoe je misschien direct van de werkvloer wat te horen krijgt. Maar je moet ook rekening houden met de beperkte tijd, je bent toezichthouder, geen beleidsuitvoerder. Je hebt een rol op afstand. De bestuurder bestuurt en wij houden toezicht, dat is een duidelijke scheiding. Neemt niet weg dat je wel probeert via verschillende manieren informatie te verkrijgen.'

Slechts enkele respondenten zijn daar wat duidelijker over. De volgende respondent geeft aan dat het de *soft signals* zijn die je opvangt wanneer je de organisatie ingaat en juist die zijn voor het kwaliteitsgebied belangrijk. Eigenlijk belangrijker dan de *hard facts* zoals de kwaliteitsindicatoren, de ranglijsten, de overleving of de bedbezetting. Hierbij lijkt medische kennis echter onontbeerlijk.

'Als ik een half uur met de staf of de chirurgen en internisten praat, dan voel ik precies hoe het met die twee gaat. Dan voel ik of dat 'huwelijk' goed is, hoe die relatie is. En waar kun je dat voelen: daarvoor ga je de organisatie in. Er zijn allerlei bijeenkomsten in een organisatie waar je dat kunt merken. Dan hoef je alleen maar te luisteren. Ik ga bijvoorbeeld naar een complicatiebespreking. Daar zitten vertegenwoordigers van alle specialismen. Dan hoef je niet anders te doen dan te luisteren.'

Maar desondanks geeft ook deze respondent, net zoals de meeste anderen, aan dat het nog een dilemma is hoe hier op de juiste manier vorm aan te geven.

'Maar zulk soort dingen, het de organisatie in gaan, moet je wel doen. En er zijn volksstammen toezichthouders en bestuurder en oud-bestuurders / -toezichthouders, die hier niet van houden.'

Gewoon omdat het niet bij hun idee van toezicht houden hoort. Die vinden dat je je moet beperken tot de raad van bestuur, informatie loopt via daar, je moet niet op hun stoel gaan zitten door te gaan praten in de organisatie. Dus dat dilemma, hoe zorg ik dat ik toch de organisatie in ga en niet op hun stoel zit, dat is moeilijk. En daar zijn we gewoon nog niet uit. Het is een nieuw iets.'

Een respondent is het hier niet mee eens en vindt het gezegde 'op de stoel van de bestuurder zitten' onzin.

'Ik vind dat zo'n onzin discussie. Ik zit altijd op de stoel van de bestuurder, totdat hij me er vanaf gooit. En dan weet ik dat het goed is. Dat de bestuurder actief wordt, dat hij weet dat is mijn verantwoordelijkheid. En dat is prima, want dat klopt, ik ben toezichthouder. We blijven wel steeds prikkelen tot het moment dat die verantwoordelijkheid ook echt genomen wordt. En ik ga niet op afstand wachten totdat hij eens bedenkt wat zijn taken en rollen zijn. Maar ik vind ook dat geen enkele toezichthouder dat zou moeten doen. Ik zeg het nu een beetje overdreven; op de stoel zitten van de bestuurder. Je moet gewoon actief betrokken zijn bij wat er speelt.'

Naast actief betrokken zijn is ook de relatie met de raad van bestuur op zichzelf een dilemma. De respondenten zijn het er over eens dat een goede relatie met de raad van bestuur en onderling vertrouwen cruciaal zijn voor het goed kunnen functioneren van de raad van toezicht. Dit omdat ze volgens eigen zeggen afhankelijk zijn van de raad van bestuur wat betreft informatie. En die informatie hebben ze nodig om een oordeel te kunnen vellen over het handelen van datzelfde bestuur. In de theorie wordt dit omschreven als de onafhankelijkheidsparadox.

Uiteindelijk draait alles om de relatie tussen de raad van bestuur en de raad van toezicht. Want heel belangrijk daarin is dat er vertrouwen is over en weer. Want als raad van toezicht kun je alles opvragen, maar je weet natuurlijk niet wat je moet opvragen. Dus je moet er vanuit kunnen gaan dat als er iets speelt dat relevant is voor het functioneren van of de toekomst van de organisatie, dat je daarover geïnformeerd wordt.

Relatie raad van toezicht en buitenwereld

Veel (maatschappelijke) ontwikkelingen in de gezondheidszorg worden door de raden van toezicht gevolgd, maar niet door iedereen ervaren als ontwikkelingen waar zij als toezichthouders invloed op kunnen uitoefenen. Een voorbeeld dat regelmatig ter sprake wordt gebracht tijdens de interviews is de marktwerking in de zorg. Volgens toezichthouders een maatschappelijke ontwikkeling die veel invloed heeft op de ziekenhuiswereld *an sich*. Over het algemeen zijn ze niet positief over die invloed. Sommige respondenten zijn van mening dat ze daar als raad van toezicht weinig invloed op hebben.

Dat geldt denk ik voor hoe wij als maatschappij ons gezondheidszorgstelsel hebben ingericht. In toenemende mate zijn organisaties in competitie binnen de marktwerking, gedeeltelijk dan, want er is geen vrije marktwerking. Dat betekent dat je een begroting moet hebben die je moet halen. En de financieringsstromen en -systemen zijn niet zo dat het goede werk beloond wordt met dat het geld bij

jou terugkomt. Maar dat heeft niet zozeer met de raad van toezicht te maken, dat is de organisatie zelf. Dat is al heel lang zo.

Anderen zijn echter van mening dat ook toezichthouders moeten meedenken over maatschappelijke ontwikkelingen en actualiteiten. Dit is in lijn met het proactief toezicht houden dat in hoofdstuk 5 als een belangrijke eigenschap voor toezichthouders wordt genoemd.

'Ik vind het wel verfrissend als we bijvoorbeeld kwesties uit de krant of actualiteit bespreken en de vraag stellen zou dat hier ook kunnen gebeuren? Of hoe is dat hier geregeld? Dat vind ik wel goed. Dus de maatschappij in de vergadering inbrengen.'

'En dan kom ik met de link naar kwaliteit, want dat is een van de grootste zorgen die je dan als raad van toezicht hebt. Hoe kun je onder die constante druk van kosten en ombuigingen en besparingen enzovoorts ervoor zorgen dat de kwaliteit in het ziekenhuis op peil blijft. Die relatie en die link is een van de belangrijkste zorgen die we als raad van toezicht hebben.'

Uit de gesprekken en observaties komen weinig signalen naar voren dat er sprake is van strategievorming door de raden van toezicht. Het merendeel van de geïnterviewde raden van toezicht geeft de voorkeur aan het monitoren en controleren van de raad van bestuur.

'Je moet er wel voor waken dat je niet zegt dat iets zus of zo uitgevoerd moet worden, want dat is je taak niet. Ik ben zelf wat meer van het adviserende, wat ik belangrijk vind. Als een soort klankbord of sparringpartner.'

Uit een document, namelijk het Maatschappelijk Jaarverslag (2011: 26) van het Flevoziekenhuis Almere, blijkt dat deze raad van toezicht dat in ieder geval op één punt wel heeft gedaan. Naar aanleiding van het besluit van de organisatie om met Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE's) te gaan werken, heeft de raad van toezicht namelijk besloten om de topstructuur van haar organisatie te wijzigen. De vraag die hierbij centraal stond was of een eenhoofdig bestuur wel paste bij dit nieuwe organisatiemodel. Na advisering door een externe deskundige heeft de raad toen besloten om een driehoofdig bestuur aan te stellen.

De meeste respondenten geven aan druk vanuit de maatschappij te voelen als het om het toezicht houden zelf gaat. Vooral wanneer er weer wat mis gaat in een ziekenhuis en het functioneren van de raad van bestuur en raad van toezicht besproken wordt. Een veel genoemd voorbeeld hierbij is het Maasstad ziekenhuis met de uitbraak en bestrijding van de klebsiella-bacterie. Maar ook omdat er gewoon steeds meer verwacht wordt van het interne toezicht en ze voor het functioneren van de organisatie verantwoordelijk worden gehouden.

'De zaak verandert maatschappelijk natuurlijk behoorlijk. De druk, niet alleen op raad van bestuur maar ook op raad van toezicht, neemt toe. Het staat steeds vaker in de krant: de raad van toezicht heeft liggen slapen. En de raad van toezicht is aansprakelijk. En dat voelt iedereen die in een raad van toezicht zit, dus wij ook.'

In hoofdstuk 2 zijn de diverse *stakeholders* die voor een ziekenhuis van belang kunnen zijn genoemd. In de interviews valt op dat de raden van toezicht niet of nauwelijks contact hebben met deze groepen. Contact met medewerkers gaat via de OR en de medische staf en contact met cliënten via de cliëntenraad. Wanneer toezichthouders rechtstreeks door cliënten of medewerkers benaderd worden, verwijzen ze deze terug naar de raad van bestuur. Uitzondering hierop is in sommige gevallen het contact met de medische staf. Sommige respondenten geven aan dat hun voorzitter dit contact ook op informele wijze onderhoudt, naast de gebruikelijke gesprekken. Het contact met samenwerkingspartners gaat allemaal via de raad van bestuur. In hoofdstuk 5 heb ik van een lokaal netwerk genoemd als een belangrijke eigenschap die aanwezig moet zijn in de raad van toezicht, maar uit de gesprekken en observaties blijkt niet dat deze contacten bewust worden ingezet ten dienste van het toezichthoudende werk. Wel wordt er door enkele respondenten opgemerkt dat ze via hun werk regelmatig met de sector in contact komen en dit (informele) contact soms gebruiken.

'Maar je bent natuurlijk ook via verschillende kanalen verbonden met het ziekenhuis. Ik doe natuurlijk onderzoeken in diverse ziekenhuizen, en het Kennemer Gasthuis is er daar een van. Niet dat ik gericht naar dat ene ziekenhuis kijk, maar je hoort al snel hoe gemakkelijk iets wel of niet gaat. En zo heeft elk lid zijn of haar eigen netwerk, met contacten waar je dingen over en weer hoort. Maar dat is natuurlijk toeval.'

Relatie met mogelijke issues

Zoals hiervoor al werd aangegeven, neemt de kritiek op raden van toezicht toe wanneer er een incident plaatsvindt en dit uitgebreid in de media komt. Raden van toezicht moeten zich steeds meer verantwoorden over hun toezichthoudende werk. Toezicht houden is niet meer hetzelfde als tien jaar geleden. Dat is ook wat de meeste geïnterviewde respondenten ervaren.

'We vinden dat het aantal werkzaamheden van raad van toezicht toeneemt. Het is niet meer zo als vroeger dat je het in vijf of zes vergaderingen doet. Je bent overal verantwoordelijk voor, je moet alles weten. We willen onze raad van toezicht uitbreiden omdat we denken dat de complexiteit groter is, van de gehele gezondheidszorg en daardoor ook van ziekenhuizen en besturen in het algemeen. Risico's worden groter.'

De respondenten zijn zich ook bewust van deze toegenomen verantwoordelijkheid en zijn ook bereid om hier meer tijd voor vrij te maken. Eén respondent vraagt zich daarbij ook af wat een nu een reële tijdsinvestering is voor een toezichthouder in deze tijd, maar de overige respondenten betrekken het dilemma rondom tijd voornamelijk op hun eigen besteedbare tijd. Een aantal van hen is van mening dat de vergoeding niet meer in verhouding staat met de zwaarte van de taak die ze vervullen. Enkel vinden dat toezichthouders überhaupt niet meer hoofdelijk aansprakelijk gesteld zouden moeten kunnen worden, maar enkel als collectief.

'Nee, we maken tijd. Maar ik vind dat het vergoedingssysteem niet in de pas loopt met de complexiteit en de tijd die je ervoor nodig hebt. Dat is geen verhouding. Het is natuurlijk een bijbaan. Maar wel een serieuze bezigheid. Het is maatschappelijke betrokkenheid in mijn geval. Je moet iets goed doen of het niet doen.'

Over het hebben van meerdere toezichtfuncties zijn de respondenten uitgesproken. Als men teveel functies heeft kan men die niet naar behoren vervullen en heeft dat een slechte invloed op het toezicht in die organisaties.

'Je kunt niet op 10 plekken voorzitter zijn als je ook inhoudelijk mee wilt denken en wilt sturen. Dat kan niet. Dan haal je alles door elkaar. Daarom is die regel ook goed dat je niet meer dan 5 toezichthoudende functies mag hebben.'

Verscheidende respondenten kaarten de complexiteit van het toezien op kwaliteit van zorg aan. Een belangrijk aspect waarom het als lastig ervaren wordt, is de veelheid aan informatie die er beschikbaar is over de kwaliteit. Toezichthouders vinden het lastig welke informatie over kwaliteit ze nu moeten gebruiken bij hun toezichthoudende taak.

'Wat je hebt is het wat makkelijke benaderbare, uit de prestatie-indicatoren, incidentmeldingen, patiënt tevredenheidonderzoeken. De standaardstroom die vaak ook wel ergens in het NIAZ verplicht is en zich door de jaren heen heeft ontwikkeld. Maar de vraag is in welke mate die informatie je het gevoel of het inzicht geeft hoe het echt gaat, en je er dus met deze informatie op tijd zou zijn indien er wat mis zou gaan.'

Bovenstaand citaat kaart ook meteen het tweede probleem aan. Raden van toezicht beseffen dat ze niet alleen aan de hand van prestatie-indicatoren en patiënt tevredenheidonderzoeken kunnen toezien op die kwaliteit. Ze hebben daar ook *soft signals* voor nodig. Alleen is voor velen nog de grote vraag hoe ze aan die signalen moeten komen. Want zoals al eerder genoemd staan de meeste toezichthouders er niet voor open om zelf de organisatie in te gaan, op zoek naar *soft signals*.

Een andere manier om beter grip te krijgen op te materie, zonder zelf per se de organisatie in te hoeven gaan, is het gebruiken van casuïstiek tijdens vergaderen. Enkele raden van toezicht geven aan hiermee te werken.

'We werken regelmatig met casuïstiek, om de diepte in te gaan. Je gaat bijvoorbeeld gedetailleerd naar 1 klacht kijken. Maar ook naar de routing van die klacht. Daar kan ook een incidenteel werkbezoek bij zitten. Dat laatste doen we niet standaard.'

6.2.3 Analyse

Het is voor de raden van toezicht nog een vraagstuk hoe ze het beste invulling kunnen geven aan hun kwaliteitscommissie. Ze zijn er nog niet over uit of het noodzakelijk is om mensen met enkele specifieke achtergronden in de commissie te hebben. De dilemma's die onder het type relatie 'raad van toezicht en organisatie' vallen, worden door de toezichthouders herkend en / of benoemd,

zowel het punt van afstand en betrokkenheid als informatievergaring. Degenen die zelf geen dilemma ervaren wat betreft de afstand tot het bestuur, weten vaak dat dit bij andere raden van toezicht wel speelt. Wat betreft de 'relatie raad van toezicht en buitenwereld' zijn de raden van toezicht wat minder uitgesproken. Ze geven wel aan druk te voelen vanuit de maatschappij en het contact met externe *stakeholders* verloopt meestal via het bestuur. Deze zaken worden echter niet als een dilemma ervaren, of in ieder geval niet zo benoemd. De 'relatie met mogelijke issues' wordt ook niet door iedereen als een dilemma gezien. Respondenten geven aan dat de verantwoordelijkheid en daarmee de tijdsbesteding wel is toegenomen, maar vinden het geen probleem om zich daaraan aan te passen. Ze weten wel 'van horen zeggen' dat er andere toezichthouders zijn die hier problemen mee hebben. Sommige respondenten overigens wel moeite met de vergoeding, die volgens eigen zeggen niet meer in verhouding staat met de zwaarte van hun taak. Wat wel een dilemma is, is de complexiteit van het toezien op kwaliteit van zorg. Raden van toezicht worstelen met de vraag welke informatie nu relevant is en welke niet. Degene die ook graag *soft signals* meenemen in hun toezien houdende taak, weten niet goed hoe ze die moeten vergaren.

Dus niet alle dilemma's worden door de geïnterviewde toezichthouders ervaren. Vaak wel erkent, omdat ze 'weten' dat die dilemma's wel bij andere raden van toezicht spelen. Een voorbeeld:

'Maar je moet bereid zijn om er meer tijd in te steken dan alleen de vergaderingen en de stukken lezen. En ik zie in de meeste clubs dat er behoorlijk geïnvesteerd wordt in het lezen van de stukken.'

Dit maakt het lastig om de dilemma's te hanteren. Want juist het open communiceren over dilemma's is een eerste stap hierin, zoals beschreven in hoofdstuk 3.

6.3 Toezichtprofielen

Zoals in hoofdstuk 3 is beschreven, monden de verschillende perspectieven op de dilemma's uit in een drietal toezichtprofielen. In deze paragraaf zal beschreven worden welke toezichtprofielen de onderzoeker in het empirische onderzoek is tegengekomen en hoe de raden van toezicht dus feitelijk hebben gehandeld. Ook komt aan bod welke effecten dit heeft op het kwaliteitstoezicht van die organisaties.

6.3.1 Drie toezichtprofielen

De drie toezichtprofielen onderscheiden zich, naast de wijze waarop de dilemma's gehanteerd worden, ook op basis van de kwaliteitsdefinitie. In paragraaf 6.1 werd al duidelijk dat in de empirische resultaten drie verschillende manieren om naar kwaliteit van zorg te kijken zijn teruggevonden. Het gaat hierbij om een kwaliteitsdefinitie waarbij doelmatigheid centraal staat, een waarbij patiëntgerichtheid centraal staat en een definitie waarin evenveel waarde gehecht

wordt aan beide begrippen. Door deze driedeling zijn de verschillende toezichthouders nader in te delen in de verschillende toezichtprofielen.

Conserverend toezichtprofiel

Toezichthouders die doelmatigheid centraal stellen vallen onder het conserverende toezichtprofiel. Dit betekent niet dat het zo zwart wit is dat ze alle eigenschappen vertonen zoals die beschreven staan in tabel 3.2 (zie hoofdstuk 3). Hoewel ze in de omgang met de raad van bestuur vrij passief overkomen, hebben ze bijvoorbeeld wel weer een duidelijke visie over de toekomst van de organisatie.

'In de statuten staat gevraagd en ongevraagd advies. En we zien elkaar bijna elke maand. In samenspraak met de raad van bestuur stellen wij de agenda op en kunnen we vragen wat we willen. Bij het vorige bestuur heb ik samen met een collega toezichthouder duidelijk proberen te maken dat het niet goed ging toen. Je hebt teveel ziekenhuizen in de omgeving, we moeten nadenken over de toekomst in de regio, organiseer daar iets voor. Vervolgens hebben ze een tweedaags seminar geregeld.

Ook spreken deze toezichthouders enkele malen per jaar, net zoals degene uit de andere profielen, met de OR, cliëntenraad en medische staf. Dus ze hebben meer informatiebronnen dan enkel het bestuur. Een raad van toezicht heeft echter (nog) geen kwaliteitscommissie, waardoor er geen contact is met mensen op de werkvloer die zich intensief bezig houden met kwaliteit. Bovendien is er daardoor minder gelegenheid om verdiepend over dit onderwerp door te praten. Kwaliteit van zorg blijft daardoor op een 'simpel niveau' hangen.

Tijdens een van de observatiemomenten viel het op dat de desbetreffende raad van toezicht zeer collegiaal omging met de raad van bestuur en dat er nauwelijks kritische vragen gesteld werden. Kanttekening die hierbij gemaakt moet worden is dat het voor de onderzoeker lastig inschatten is of dit iets structureels is of dat er op dat moment ook geen redenen tot vragen waren.

Over het algemeen kan gesteld worden dat deze toezichthouders meer naar het conserverende profiel neigen dan naar het balancerende of het integrerende toezichtprofiel.

Balancerend toezichtprofiel

Ook voor dit profiel geldt dat de gevonden resultaten niet honderd procent overeen komen met de eigenschappen die het balancerende toezichtprofiel omschrijven. Toch kan het merendeel van de geïnterviewde respondenten onder dit profiel geschaard worden. Wat betreft kwaliteit van zorg vinden ze zowel de doelmatigheid als de patiëntgerichtheid belangrijk.

Zoals uit de vorige paragraaf bleek, ervaren de meeste toezichthouders het dilemma van aan de ene kant afstand houden en aan de andere kant betrokken zijn bij de organisatie. Ze willen niet op de stoel van de bestuurder gaan zitten en zijn daardoor vrij afstandelijk in hun handelen. Ook de wijze van informatieverzameling blijft een heikel punt, zeker op het gebied van kwaliteit, waar zoveel informatie van beschikbaar is dat toezichthouders soms door de bomen het bos niet meer zien. Het actief de organisatie ingaan doen deze toezichthouders niet, behalve misschien eenmaal per jaar

een werkbezoek met de gehele raad van toezicht. Ze zijn bang de raad van bestuur te passeren hiermee. Dit wijst op een meer loyale dan onafhankelijke instelling.

Raden van toezicht geven aan dat ze als sparringpartner voor de raad van bestuur dienen. Ze willen het bestuur prikkelen door het stellen van kritische vragen en door voorbeelden uit de praktijk in de vergadering in te brengen. Met dit laatste willen ze dieper op de materie ingaan en dus meer dan alleen simpele informatie over kwaliteit van zorg ontvangen.

'Ik kan natuurlijk altijd vragen hoe het precies geregeld is. Doorvragen. Ik geef ook les aan arts-assistenten in verschillende ziekenhuizen. En die geven ook verschillende voorbeelden en casuïstiek, want het vak gaat om risicobewustzijn en om veiligheid onder de aandacht te brengen. Dan hoor je ook dingen terug, bijvoorbeeld hoe en of het EPD werkt. Of dat er niet voldoende piepers zijn en er daardoor mensen niet met spoed gebeld kunnen worden. Heel basale dingen, maar hierdoor heb ik wel de neiging om de volgende keer bij ons ziekenhuis te vragen van hoe dat hier zit.'

Het richting geven aan beleid en strategie door middel van een duidelijke, eigen visie op de strategie van de organisatie, is voor de meeste van deze toezichthouders een stap te ver. Wel denken ze steeds actiever mee over belangrijke strategische onderwerpen en geven daar soms adviezen over.

'Dus toezicht houden doe je door (strategische) items bij de kop pakken (bijvoorbeeld organisatie, reorganisatie, vastgoed, samenwerking) en adviezen te geven.'

In de meeste gevallen loopt het contact met externe *stakeholders* via de raad van bestuur. Raden van toezicht hebben wel een mening over maatschappelijke ontwikkelingen zoals de marktwerking in de zorg, maar zijn veelal van mening dat ze daar als toezichthouders geen invloed op hebben.

De hiervoor genoemde kenmerken plaatsen de betreffend toezichthouders in een soort middenpositie, waardoor ze te scharen zijn onder het balancerend toezichtprofiel.

Integrerend toezichtprofiel

Slechts enkele toezichthouders komen in de buurt van het integrerende toezichtprofiel. Dit zijn degenen die cliëntgerichtheid boven doelmatigheid stellen, als het gaat om kwaliteit van zorg. Ze zijn ook wel voor het beter inrichten van zorgprocessen, maar denken daarbij eerst aan de patiënt en in de tweede plaats aan de kosten.

Het grootste verschil tussen dit profiel en de anderen is dat deze toezichthouders niet bang zijn om op de stoel van de bestuurder te gaan zitten. Ze zijn van mening dat de bestuurder zelf ook een verantwoordelijkheid in heeft om het niet zover te laten komen. Bovendien zijn ze ervan overtuigd dat betrokkenheid bij de organisatie noodzakelijk is om goed toezicht te kunnen houden. Voor een respondent betekent dat het actief de organisatie ingaan en het bijwonen van besprekingen van medisch specialisten. Hierdoor krijgt hij een goed beeld van de betreffende casus en weet hij in het geval van een calamiteit wat er speelt. Een andere raad van toezicht doet dit niet, maar krijgt meer

informatie uit de organisatie tot zich doordat het medisch stafbestuur vertegenwoordigd is in het zogenaamde bestuurscollege. Door een op een met een lid van het bestuurscollege te sparren krijgt de toezichthouder meer informatie over het desbetreffende onderwerp en kan hij gericht vragen stellen of advies geven. Hierdoor is het gemakkelijker om op strategisch niveau mee te denken en op die manier richting te geven aan het beleid. Hieronder een voorbeeld van een respondent die kritisch is over de plannen van de nieuwbouw van zijn organisatie. Uit zijn vragen is op te merken dat hij een lange termijnvisie heeft wat betreft de organisatie van de zorg in zijn ziekenhuis.

'Het zal wel goed zijn, € 450 miljoen voor die nieuwbouw! Die plannen zijn vorige week goedgekeurd. Met onderbouwde argumenten erbij. Ze waren niet blij met me. Want ik heb een halfjaar geleden gezegd, ik geloof niets van die cijfers, want die komen uit 2008 terwijl het ziekenhuis in 2016 opengaat. Hoeveel rekening heb je gehouden met telemedicine, met e-health enzovoorts? En dat is moeilijk en voorspellen kun je het ook niet precies. Maar ik kan wel zeggen dat er rekening mee gehouden is. En naar aanleiding daarvan zijn de cijfers ook aangepast.'

Bovendien geven deze respondenten door alle extra bijeenkomsten die ze hebben (impliciet) aan dat toezicht in deze tijd gewoon meer vraagt dan alleen vergaderen met de raad van bestuur. Wat contacten met de buitenwereld betreft is er weinig verschil met de andere profielen op te merken. Ook hier lijken de meeste contacten via de raad van bestuur te lopen.

Het hierboven geschetste beeld van deze raden van toezicht laat zien dat ze zeer dicht in de buurt komen van het integrerende toezichtprofiel. Daar ook bij de andere profielen niet alle resultaten geheel overeen kwamen met de theoretische beschrijving van het profiel, kan hier gesteld worden dat deze raden van toezicht een integrerend toezichtprofiel hanteren.

6.3.2 Analyse: Effecten van toezichtprofielen

Uit de verschillende profielen is op te merken dat hoe meer 'eigen' informatie een raad van toezicht van de organisatie heeft, hoe beter men proactief toezicht kan uitoefenen.

De mogelijkheid om eigen informatie te vergaren, ontstaat als toezichthouders zich betrokken maar onafhankelijk opstellen. Ook bereidheid om meer tijd te investeren en soms dieper op casussen in te gaan, speelt hierbij een belangrijke rol. Proactief toezicht zorgt er vervolgens weer voor dat raden van toezicht een eigen visie kunnen ontwikkelen op het beleid en de strategie van de organisatie. Dit maakt het mogelijk om situaties in (organisatie) en om (buitenwereld) de organisatie beter te overzien en indien nodig tijdig in te grijpen (zoals het voorbeeld van de nieuwbouw). Dit is het effect dat het integrerende toezichtprofiel heeft op de organisatie van kwaliteitstoezicht. Het laat zien dat alle dilemma's nauw met elkaar samenhangen en eigenlijk niet los van elkaar gezien kunnen worden.

Uit de resultaten blijkt verder dat de toezichthouders die het conserverende of het balancerende toezichtprofiel hanteren, vaak niet bewust kiezen om meer reactief toezicht te houden. De keuzes liggen meestal op een meer praktisch niveau. Ook hier speelt informatievoorziening een leidende rol. Doordat deze toezichthouders er bewust voor kiezen om niet actief op zoek te gaan naar eigen informatie, heeft dit een directe werking op de positie die ze innemen als raad van toezicht zijnde.

6.4 Toekomst van het toezicht

Uit de voorgaande resultaten kan geconcludeerd worden dat raden van toezicht momenteel in een overgangsfase zitten. Het besef dat er meer aandacht voor kwaliteit en veiligheid moet komen, is bij de meeste toezichthouders aanwezig. Enkele pioniers hebben al bedacht hoe ze hieraan vorm willen geven, maar voor de meesten is die zoektocht nog in volle gang. Tijdens de interviews is er ook aan de respondenten gevraagd wat er volgens hen in de (nabije) toekomst nog moet veranderen om het toezicht op kwaliteit van zorg te verbeteren. De resultaten die hieruit voort zijn gekomen, zijn hieronder verwerkt.

6.4.1 Professionalisering

Het toezicht moet zich in de toekomst verbeteren en meer professionaliseren, daar zijn de meeste respondenten het over eens. Maar of ze ook aan de verwachtingen van de maatschappij kunnen voldoen, daar zijn de raden van toezicht over verdeeld. Terwijl sommige nog zoekende zijn naar wat ze nu een juiste manier vinden om toezicht vorm te geven, zijn anderen er van overtuigd dat de maatschappij te hoge verwachtingen stelt en dat het niet mogelijk is om het toezicht hieraan aan te passen.

'De verwachtingen van de maatschappij moeten niet zo hoog gespannen moeten zijn. Er wordt nu vaak gedacht dat de raad van toezicht het maar moet oplossen. Als iets niet goed gaat, ligt dat daar. Dat is een illusie. Uiteindelijk ben je met zijn allen, iedereen op zijn eigen niveau, verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg.'

Een manier om te professionaliseren is leren van elkaar en vooral van de *best practices*. De ervaring van de respondenten is echter dat een afspraak of bijeenkomst met andere raden van toezicht er vaak niet van komt, als ze dit zelf proberen te initiëren. Hier zou de NVTZ een rol in kunnen spelen.

'Ik denk wel eens dat de NVTZ dat een keer zou moeten doen. In plaats van die introductie bijeenkomsten, dat ze eens een werkgroep opstellen van alle actieve mensen op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Deze mensen moet je gericht samenbrengen. Als je mensen tegenkomt, komen daar altijd zo'n halve afspraken uit voort. Dit zou veel effectiever zijn, wat selectiever mensen uitnodigen en ook niet teveel. En dan dus op de praktijk gericht.'

6.4.2 Nieuw dilemma?

Veel respondenten spreken tijdens het interview over de samenwerking tussen ziekenhuizen. In sommige gevallen is er sprake van een fusie, andere keren van een coöperatie. Maar alle toezichthouders geven aan dat ze die beweging richting samenwerking en concentratie onvermijdelijk is. Organisaties worden hierdoor groter en nog lastiger te overzien. Een toezichthouder verwacht hierdoor een nieuw dilemma in de toekomst als het om toezicht houden op kwaliteit gaat.

'Tot nu toe zoeken we nog altijd voor een raad van toezicht iemand die enig statuur heeft in die stad. Die contacten heeft met de burgemeester of met de universiteit enzovoorts. Maar dan moet je iemand

hebben voor de hele regio. Dat wordt lastiger. Daar is ook weinig over nagedacht denk ik. Dit dilemma is binnen een paar jaar al actueel. Overal zijn deze samenwerkingsprojecten bezig. Op het gebied van fusies of coöperaties. Maar het moet dan toch ergens één raad van toezicht worden. Daar heb je echte bestuursdeskundigen voor nodig, hoe je dat gaat doen. Ik heb daar zelf ook geen oplossing voor.'

De vraag is of de wijze van toezicht houden die volgens de theoretische studie uit dit onderzoek het beste in deze huidige tijd past, namelijk het integrerende toezichtprofiel, dan nog wel geschikt is. Is het dan bijvoorbeeld nog mogelijk om betrokken te zijn bij de organisatie en dieper op de complexe materie in te gaan?

6.4.3 Analyse

In hoofdstuk 5 werd al geconcludeerd dat, hoewel de wil om te professionaliseren al aanwezig is bij de raden van toezicht, er nog van alles moet gebeuren. Dat wordt hier ook door de respondenten zelf onderstreept. Voor de raden van toezicht is het leren van *best practices* een belangrijke methode om te professionaliseren. Bij de uitvoering daarvan kunnen ze echter nog wel wat hulp gebruiken, bijvoorbeeld van de NVTZ, zoals in het citaat wordt voorgesteld. Een ander belangrijk punt voor de toekomst is de samenwerking tussen ziekenhuizen. Dit gaat een grote rol spelen voor raden van toezicht, maar ze weten (nog) niet hoe ze hierop moeten gaan reageren.

6.5 Kortom

Hoewel toezichthouders het belang van aandacht voor kwaliteit van zorg inzien, hebben ze nog moeite met het vormgeven daarvan. Het definiëren van kwaliteit van zorg gebeurt niet eenduidig en vaak zijn niet alle aspecten van kwaliteit van zorg zoals die in hoofdstuk 3 is beschreven in de definitie opgenomen. Dit heeft invloed op de beoordeling van kwaliteit van zorg in de eigen organisaties van de toezichthouders. De dilemma's worden niet allemaal even bewust ervaren door de toezichthouders. Met name de dilemma's die onder de relatie 'raad van toezicht en de buitenwereld' vallen, worden nauwelijks ervaren. Doordat dit bewustzijn er niet is, is het ook lastig om de dilemma's te hanteren. Uit de keuzes die toezichthouders maken binnen de herkende dilemma's blijkt dat ze vooral het conserverende of het balancerende toezichtprofiel hanteren. Dit heeft meteen haar uitwerking op hun positie binnen de andere dilemma's. Wat de toekomst van het toezicht vinden raden van toezicht het vooral belangrijk dat ze blijven professionaliseren. Leren van *best practices* is een veel genoemde methode hiervoor. De veranderingen die te hen te wachten staan binnen de gezondheidszorg zorgen wellicht voor nieuwe dilemma's voor raden van toezicht.

7. Conclusie

In hoofdstuk 7 wordt er aan de hand van de voorgaande resultaten antwoord gegeven op de deelvragen en de hoofdvraag. Eerst komen de theoretische deelvragen aan bod, vervolgens de empirische deelvragen en uiteindelijk de hoofdvraag. Het antwoord op deze laatste vraag is tevens de conclusie van dit onderzoek.

7.1 Theoretische deelvragen

1. Wat is kwaliteit?

Kwaliteit is een *contested concept*. De inhoud ervan is afhankelijk van de context. Daarnaast is het ook een subjectief begrip: iedereen heeft een eigen mening over wat nu kwaliteit is. Om toch te kunnen toetsen wanneer er sprake is van kwaliteit moet er een norm gesteld worden. Daarom is kwaliteit een normatief begrip. En omdat kwaliteit aan een bepaald onderwerp gekoppeld wordt, in dit geval zorg, is het ook een onderwerpgebonden begrip.

Poiesz, die in dit onderzoek leidend is voor het beschrijven van kwaliteit, is van mening dat er pas over kwaliteit gesproken kan worden als een dienst of product meerwaarde voor de cliënt oplevert. Die meerwaarde bereikt je op basis van de subjectieve kwaliteit. Subjectieve kwaliteit omvat de waarnemingen of de ervaringen van iemand gezien vanuit het eigen perspectief. Er zijn onderdelen van een dienst of een product waar een cliënt tevreden over kan zijn, maar nooit erg enthousiast omdat hij er gewoon vanuit gaat dat deze aanwezig zijn (*dissatisfiers*). Daarnaast zijn er onderdelen die de cliënt niet had verwacht en waardoor hij alleen maar enthousiast kan zijn als ze wel aanwezig zijn (*satisfiers*). En met die *satisfiers*, daar creëer je meerwaarde mee.

Het tegenovergestelde van subjectieve kwaliteit is objectieve kwaliteit. Hiermee wordt alle kwaliteit die aantoonbaar en meetbaar is bedoeld. Als we naar de drie dimensies van kwaliteit kijken, namelijk de organisatorische, de professionele en de relationele kwaliteit, dan vallen de eerste twee dimensies onder objectieve kwaliteit. De relationele kwaliteit is subjectief.

Zoals aangegeven is kwaliteit een onderwerpgebonden begrip. Omdat in dit onderzoek de zorg centraal staat wordt er voor de uiteindelijke definitie niet naar 'kwaliteit' gekeken, maar naar 'kwaliteit van zorg'. Er zijn diverse definities van kwaliteit van zorg bekend, maar degene die de meerwaarde voor de cliënt het beste weergeeft, is de definitie zoals die in de Kwaliteitswet Zorginstellingen is opgenomen. Kwaliteit van zorg is dus: 'Zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de behoeften van de individuele patiënt.'

2. Wat is toezicht?

'Toezicht is het verzamelen van de informatie over de vraag of een behandeling of zaak voldoet aan de daaraan gestelde eisen, het zich daarna vormen van een oordeel daarover en het eventueel naar aanleiding daarvan interveniëren.' Dat is de definitie die in dit onderzoek centraal staat. Daaruit

volgen drie functies voor raden van toezicht: informatievergaring, oordeelsvorming en interveniëren.

3. Welke dilemma's spelen er voor raden van toezicht bij het toezien op kwaliteit van zorg?

Er spelen verschillende dilemma's voor raden van toezicht bij het toezien op kwaliteit van zorg. Die zijn onder te brengen bij drie verschillende relaties, namelijk 'relatie raad van toezicht en organisatie', 'relatie raad van toezicht en buitenwereld' en 'relatie met mogelijke issues'. Onder het eerste type relatie vallen 'afstandelijkheid versus betrokkenheid' en 'onafhankelijkheid versus loyaliteit'. Hierbij staat de (gewenste) afstand tussen de raad van toezicht en de rest van de organisatie en de wijze van informatievergaring centraal. Het tweede type relatie omvat het 'organisatiebelang versus het maatschappelijk belang' en het 'reactief versus proactief' handelen. Het gaat om de wijze waarop raden van toezicht zich opstellen in een steeds veranderende omgeving met toenemende verwachtingen rondom het interne toezicht. Binnen het laatste type relatie vallen 'complexiteit versus simpelheid' en 'diepte versus oppervlakkigheid'. Zoals de typering al zegt gaat het hier om issues of calamiteiten en de manier waarop de raad van toezicht daarmee omgaat.

Type relatie	Type dilemma
Relatie raad van toezicht en organisatie	Afstandelijkheid versus betrokkenheid
	Onafhankelijkheid versus loyaliteit
Relatie raad van toezicht en buitenwereld	Organisatiebelang versus maatschappelijk belang
	Reactief versus proactief
Relatie met mogelijke issues	Complexiteit versus simpelheid
	Diepte versus oppervlakkigheid

Tabel 7.1 Relaties en dilemma's in kaart gebracht

De verschillende keuzes die raden van toezicht kunnen nemen binnen deze dilemma's zijn vastgelegd in een typologie van toezichtprofielen. Die typologie bestaat uit het conserverende, het balancerende toezichtprofiel en het integrerende toezichtprofiel. De kenmerken hiervan zijn terug te vinden in tabel 7.2.

Dilemma's	Conserverend toezichtprofiel	Balancerend toezichtprofiel	Integrerend toezichtprofiel
Afstandelijkheid versus betrokkenheid	Afstandelijk	Meer afstandelijk dan betrokken: bang om op de stoel van de bestuurder te zitten	Betrokken
Onafhankelijkheid versus loyaliteit	Loyaal	Loyaal maar kritisch indien nodig	Onafhankelijk
Organisatiebelang versus maatschappelijk belang	Organisatiebelang centraal stellen	Organisatiebelang centraal maar houdt ook zoveel mogelijk rekening met het maatschappelijk belang	Maatschappelijk belang centraal stellen
Reactief versus proactief	Reactief	Meer reactief dan proactief	Proactief
Complexiteit versus simpelheid	Simpel	Er wordt op een simpele manier naar kwaliteit gekeken, alleen bij calamiteiten gaan ze terug naar de casus	Complex
Diepte versus oppervlakkigheid	Oppervlakkig, maar bewust van toenemende verantwoordelijkheid	Bereid om meer de diepte in te gaan	Gaat de diepte in

Tabel 7.2 Typologie van toezichtprofielen

4. Welke mechanismen zijn er om met deze dilemma's om te gaan?

In dit onderzoek zijn de mechanismen uitgewerkt die helpen bij het toepassen van het integrerende toezichtprofiel. Het belangrijkste is ervoor zorgen dat er structureel aandacht is voor kwaliteit van zorg en dat het beleid hieromtrent regelmatig besproken en geëvalueerd wordt. Het opstellen van een toetsingskader (ook wel kwaliteitsdashboard genoemd) helpt hierbij. Raden van toezicht moeten bij de raad van bestuur niet alleen om *hard facts* maar ook om *storytelling* vragen. Daarnaast zijn er diverse manieren voor de raad van toezicht om zelf informatie te vergaren. Het instellen van een kwaliteitscommissie zorgt dat er dieper op het onderwerp kwaliteit van zorg ingegaan kan worden en dat de desbetreffende toezichthouders directe informatie uit de organisatie krijgen. Ook het contact met de verschillende gremia en het (af en toe) meelopen in de organisatie zorgen ervoor dat de informatie niet te eenzijdig is en dat toezichthouders *soft signals* kunnen oppikken. Een andere belangrijke taak is dat de raad van toezicht erop toeziet dat de raad van bestuur rekening houdt met de verschillende belangen. Door het uitoefenen van druk op de raad van bestuur en het bewaken van de dialoog tussen bestuur en *stakeholders* kunnen

toezichthouders dit beïnvloeden. Ook kunnen ze aanschuiven bij oriënterende gesprekken met *stakeholders*. Dit helpt tevens bij het ontwikkelen van een eigen visie op de toekomst van de organisatie en de gezondheidszorg. Die visie is noodzakelijk om strategisch mee te kunnen denken over het (kwaliteits)beleid van de organisatie. Het is belangrijk dat toezichthouders hier, onafhankelijk van de raad van bestuur, over praten en discussiëren. Indien nodig kunnen raden van toezicht ingrijpen en sanctioneren. Dit kan inhouden dat een genomen besluit door de raad van bestuur wordt afgekeurd en in het uiterste geval dat de raad van bestuur of een deel ervan naar huis gestuurd wordt. Dit alles zal meer tijd vergen dan de oude manier van toezicht houden die nu veelal toegepast wordt. Daarom is het ook belangrijk dat toezichthouders bereid zijn om meer tijd en aandacht aan hun taken te besteden en de verantwoordelijkheid hiervoor durven te nemen.

7.2 Empirische deelvragen

In de resultaten en de analyse zijn enkele patronen zichtbaar geworden. In deze paragraaf zullen die systematisch beschreven worden door het beantwoorden van de empirische deelvragen. De laatste empirische deelvraag, *welke lessen kunnen hieruit getrokken worden voor de wetenschap en de praktijk?*, zal in het volgende hoofdstuk beantwoord worden onder de aanbevelingen.

5. Wat zien raden van toezicht als kwaliteit van zorg?

In dit onderzoek is er gevraagd naar de opinie van de toezichthouders over het begrip kwaliteit van zorg. De letterlijke definities die genoemd worden, zijn zeer divers. Dit kan opzicht al als een dilemma gezien worden, daar raden van toezicht die vraag lijken te omzeilen. Geen enkele raad van toezicht die heeft meegewerkt aan dit onderzoek heeft helder voor ogen wat voor haar kwaliteit van zorg is. De antwoorden berusten allemaal op de persoonlijke opinie van de respondenten. Daar enkele jaren geleden kwaliteit van zorg nog totaal onderbelicht was bij raden van toezicht, kan het wel al als een positieve ontwikkeling beschouwd worden dat alle raden van toezicht het belang van aandacht voor dit onderwerp inzien.

Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat de meeste toezichthouders (onbewust) doelmatigheid centraal stellen in hun kwaliteitsdefinitie, ook wanneer ze cliëntgerichtheid als een belangrijk of even belangrijk aandachtspunt noemen. Want uiteindelijk staat het belang van het voortbestaan als zorgorganisatie voor de raden van toezicht boven het belang van patiëntgericht werken. Hierdoor sturen raden van toezicht meer op het concurreren op kosten, in plaats van op waarden. Raden van toezicht en hun organisaties zitten daardoor vooral in een negatieve competitie. Dat dit zijn invloed heeft op de organisatie van het toezicht van kwaliteit van zorg, zal uit het antwoord op de zevende deelvraag blijken.

Die onduidelijkheid van *wat* nu kwaliteit van zorg is, speelt ook door in de vraag *wanneer* er nu sprake is van kwaliteit van zorg. Hierin is een tweedeling te zien binnen de raden van toezicht. Er zijn toezichthouders voor wie er sprake is van kwaliteit van zorg als er voldaan wordt aan alle gestelde normen op het gebied van kwaliteit van zorg. En er zijn toezichthouders die kwaliteit van

zorg als een continu proces zien en daarom hun organisatie stimuleren om zich te blijven verbeteren.

6. Welke dilemma's ervaren raden van toezicht bij het toezien op kwaliteit van zorg?

Bij het organiseren van het toezicht op kwaliteit, ondervinden de raden van toezicht diverse problemen, dat is zowel uit de theorie als uit de praktijk gebleken gedurende dit onderzoek. Het organiseren van kwaliteitstoezicht *an sich* is het overkoepelende vraagstuk dat centraal staat in dit onderzoek. Binnen dit vraagstuk is een zestal dilemma's gesignaleerd, die weer onder te verdelen zijn onder drie verschillende relaties die een raad van toezicht heeft (zie ook paragraaf 7.1).

Het eerste type relatie, 'raad van toezicht en organisatie', wordt *overall* gezien herkend en ervaren door de toezichthouders. Het dilemma onafhankelijkheid versus loyaliteit wordt veelal gekoppeld aan de wijze waarop de raad haar informatie verzameld en de (vertrouwens)relatie tussen raad van toezicht en raad van bestuur. Veel toezichthouders vrezen dat het actief de organisatie ingaan om eigen informatie te verwerven (en zo onafhankelijk van het bestuur te kunnen handelen), opgevat kan worden als wantrouwen jegens het bestuur. Het dilemma afstandelijkheid versus betrokkenheid is volgens een selecte groep toezichthouders onzin en wordt door hen dan ook niet ervaren. Reden hiervoor is dat de raad van toezicht en de raad van bestuur zelf verantwoordelijk zijn voor het bewaken van hun eigen en elkaars professionele grenzen. De toezichthouders die dit dilemma wel ervaren, zijn vooral bang om op de stoel van de bestuurder te gaan zitten en nemen daarom afstand.

Het tweede type relatie, 'relatie raad van toezicht en buitenwereld', wordt in veel mindere mate ervaren. Hoewel proactief toezicht houden als eigenschap van de ideale toezichthouder vaak wordt genoemd, blijken raden van toezicht hier niet naar te handelen. Er zijn weinig tot geen signalen waaruit naar voren komt dat raden van toezicht een 'eigen' visie op de strategie en het beleid van de organisatie hebben. Ze zien dit ook niet als hun taak, wat verklaart waarom dit dilemma niet ervaren wordt. Wat hun taak wel is, is het monitoren en controleren van het bestuur. Dit doen ze door te luisteren en kritische vragen te stellen. Wat betreft het dilemma organisatiebelang versus maatschappelijk belang zijn de toezichthouders in twee groepen te verdelen. Aan de ene kant zijn er de toezichthouders die evenveel waarden hechten aan beide belangen en regelmatig een maatschappelijke discussie inbrengen gedurende een vergadering. Deze groep is zich ook bewust van het dilemma. Aan de andere kant de groep die de maatschappelijke ontwikkelingen en belangen wel herkent, maar als een soort 'ver van mijn bed show' ziet, waar de raad van toezicht geen invloed op heeft. Ze zien dit dan ook niet als een specifiek dilemma voor de raad van toezicht, maar meer voor de organisatie in haar geheel.

Het laatste type relatie, 'omgaan met issues', wordt gedeeltelijk ervaren. De toenemende maatschappelijke druk op raden van toezicht is iets wat alle toezichthouders herkennen. Omdat ze begrip hebben voor die toenemende druk (veroorzaakt door het toenemend aantal incidenten dat in de media zichtbaar is), is het niet voor alle toezichthouders een dilemma, hoewel ze het dilemma wel herkennen van bij andere raden van toezicht. Ze zijn bereid om meer tijd en energie in hun taak als toezichthouder te steken. Hoe meer toezichthouders dit doen, des te sneller zal de tijd die in

haar algemeenheid als gangbaar wordt ervaren voor het toezicht houden aangepast worden. De toezichthouders die wel moeite hebben met het dilemma diepte versus oppervlakkigheid, doelen vooral op de vergoeding die niet meer in verhouding staat met de tijd en de verantwoordelijkheid die er komt kijken bij het toezicht houden. Wat complexiteit versus simpelheid betreft, is het vooral de hoeveelheid informatie die ervoor zorgt dat het toezien op kwaliteit van zorg als een dilemma wordt ervaren. En daarnaast speelt ook hier de wijze waarop de informatie verzameld wordt een rol. Alleen *hard facts* zijn niet voldoende om toezicht te houden op het complexe begrip kwaliteit van zorg. Hiervoor zijn ook *soft signals* nodig.

7. Hoe organiseren raden van toezicht het toezicht op kwaliteit van zorg?

Uit de conclusie van de eerste deelvraag bleek al dat de aandacht voor kwaliteit van zorg in raden van toezicht is toegenomen. In de resultaten is naar voren gekomen dat raden van toezicht wel nog erg worstelen met het vormgeven van toezicht op kwaliteit. Ze zitten wat dat betreft in een overgangsfase.

Gezien vanuit de typologie van toezichtprofielen, zitten de meeste raden van toezicht momenteel in het conserverende of balancerende profiel. Slechts enkele neigen naar het integrerende toezichtprofiel. Vanwege de angst om op de stoel van de bestuurder te gaan zitten, houden veel raden van toezicht afstand van het primaire proces en zijn wel zeer loyaal naar de raad van bestuur toe. Het vergaren van eigen informatie gebeurt mondjesmaat. Voor de meeste toezichthouders dienen de gesprekken met de OR, cliëntenraad en medische staf hiertoe. Zelf de organisatie ingaan op zoek naar *soft skills* is een gevoelige kwestie. Toezichthouders kijken dan ook vooral naar de cijfers die beschikbaar zijn over kwaliteit van zorg. De relatie met de buitenwereld is iets dat weinig aandacht krijgt binnen de raden van toezicht. Een eigen visie op beleid en strategie (voor de toekomst) ontbreekt dan ook, ondanks dat de toezichthouders zich bewust zijn van het gegeven dat hun verantwoordelijkheid steeds meer toeneemt.

8. Welke mechanismen gebruiken raden van toezicht om deze dilemma's te hanteren?

Bij de zesde deelvraag bleek al dat raden van toezicht tegen verscheidende dilemma's aanlopen als het om toezicht op kwaliteit van zorg gaat. Omdat de meeste raden van toezicht nog flink aan het worstelen zijn met die dilemma's, hebben de meesten ook nog geen mechanismen uitgevonden of bedacht hoe ze hiermee om zouden kunnen gaan. Maar ook de toezichthouders die bepaalde dilemma's niet ervaren, hebben niet zomaar een oplossing. Dat komt juist omdat ze het probleem niet zien. Toch zijn er enkele mechanismen te noemen die verscheidende raden van toezicht momenteel gebruiken om een aantal dilemma's zo goed mogelijk te hanteren.

Allereerst is er het instellen van de kwaliteitscommissie, wat door bijna alle raden van toezicht inmiddels is gebeurd. Zo een commissie maakt het mogelijk om dieper op kwaliteit van zorg in te gaan, bijvoorbeeld aan de hand van casuïstiek. Tevens zorgt een kwaliteitscommissie ervoor (wel afhankelijk van de invulling en werkwijze van zo een commissie) dat er meer informatie rechtstreeks uit de organisatie bij de toezichthouders terecht komt, doordat bij hun overleggen kwaliteitsfunctionarissen aanwezig zijn. Dit zorgt meteen ook voor meer betrokkenheid bij de

organisatie. Het aanstellen van een kwaliteitscommissie helpt dus bij het omgaan met het dilemma complexiteit versus simpelheid, maar ook bij dat van onafhankelijkheid versus loyaliteit en afstandelijkheid versus betrokkenheid.

Een ander mechanisme dat kan helpen bij het dilemma complexiteit versus simpelheid is het kwaliteitsdashboard. Door de hoeveelheid informatie die er beschikbaar is over kwaliteit van zorg systematisch te ordenen, wordt het voor de raad van toezicht makkelijker om deze te beoordelen. Momenteel worstelen de meeste raden van toezicht nog met de vraag welke informatie er in het kwaliteitsdashboard opgenomen moet worden. Dit heeft weer te maken met het gegeven dat ze geen standaard kwaliteitsdefinitie hanteren. Want wanneer die duidelijk is, is het ook gemakkelijker om te bepalen waar een raad van toezicht nu precies toezicht op moet houden.

Het bijwonen van vergaderingen van medisch specialisten is een handeling die ervoor zorgt dat de raad van toezicht minder afhankelijk is van de raad van bestuur en meer betrokken bij de organisatie. Een manier om om te gaan met het dilemma onafhankelijkheid versus loyaliteit en onafhankelijkheid versus betrokkenheid, maar ook met dat van diepte versus oppervlakkigheid. Want de toezichthouders die dit doen, zijn bereid om meer tijd en energie in hun toezichthoudende werk te steken.

Dat er geen mechanismen voor het type dilemma relatie raad van toezicht en buitenwereld zijn genoemd in het empirisch gedeelte, komt waarschijnlijk voort uit het gegeven dat deze dilemma's ook nauwelijks ervaren werden door de toezichthouders.

7.3 Hoofdvraag

Het antwoord op de hoofdvraag is tevens de conclusie van dit onderzoek. De hoofdvraag, zoals die ook in de inleiding is geformuleerd, luidt als volgt:

Op welke wijze kunnen raden van toezicht omgaan met de (ervaren) dilemma's bij het toezicht houden op kwaliteit van zorg?

Raden van toezicht bevinden zich momenteel in een context waarin steeds meer moet, maar waar weinig kan. De gezondheidszorg wordt steeds complexer en de verantwoordelijkheden van het interne toezicht nemen steeds meer toe. Die ontwikkelingen hebben ervoor gezorgd dat raden van toezicht zich ervan bewust zijn dat ook zij meer aandacht aan het onderwerp kwaliteit van zorg moeten besteden. Bewust van de dilemma's die daarbij spelen, zijn de meeste raden van toezicht zich echter nog niet. Ze bevinden zich momenteel in een overgangsfase, waarin die bewustwording tot stand dient te komen.

De dilemma's die spelen binnen de relatie raad van toezicht en de organisatie, namelijk afstandelijkheid versus betrokkenheid en onafhankelijkheid versus loyaliteit, worden wel herkend en in de meeste gevallen ook ervaren. Toch houden veel toezichthouders vast aan het vertrouwde toezicht op afstand door zich afstandelijk maar loyaal richting de raad van bestuur op te stellen. Binnen het type relatie raad van toezicht en de buitenwereld worden nauwelijks dilemma's

herkend of ervaren. Dit komt doordat de toezichthouders van mening zijn dat het hebben van een strategische visie op het beleid van de organisatie niet hun taak is en dat ze geen invloed kunnen uitoefenen op maatschappelijke ontwikkelingen of belangen. Dilemma's die onder de relatie met issues vallen worden gedeeltelijk herkend. Toezichthouders ervaren het toezien op kwaliteit als een complexe taak door de enorme hoeveelheid informatie over dit onderwerp. De meesten zijn wel bereid om hier meer tijd en energie in te steken, zij het tegen een hogere vergoeding.

Doordat alle dilemma's met elkaar in verbinding staan, beïnvloedt de keuze voor één uiterste van een dilemma meteen de positie van de raad van toezicht bij de andere dilemma's. Zelf zijn ze zich hier niet van bewust. Evenals dat ze zich niet bewust zijn van het belang en de invloed van de kwaliteitsdefinitie op hun manier van toezicht houden op kwaliteit. Momenteel hebben de toezichthouders enkel een persoonlijke visie op kwaliteit van zorg waardoor er onduidelijkheid is over waar de raad van toezicht nu precies op toeziet. In de huidige context, waarin patiënten een steeds belangrijkere rol spelen, is het van belang dat er meerwaarde wordt geleverd voor de patiënt. Pas dan is er sprake van kwaliteit van zorg. Hiervoor moeten raden van toezicht hun ziekenhuizen stimuleren om innovatief te handelen en er op toezien dat de organisaties op waarden concurreren in plaats van op kosten. Dit laatste is nu veel meer het geval, waardoor een verbetering van de kwaliteit van zorg in de weg wordt gestaan.

Wanneer raden van toezicht voor zichzelf helder voor ogen hebben welke dilemma's er spelen en welke kwaliteitsdefinitie ze aanhangen, kunnen ze bewust kiezen voor een toezichtprofiel dat ze kunnen hanteren bij het toezien op kwaliteit van zorg. Nu hanteren veel raden van toezicht (onbewust) het conserverende of balancerende profiel. Dat zorgt ervoor dat er nog veel ruimte is voor verbetering van het toezicht op kwaliteit van zorg.

Gezien de huidige context kunnen raden van toezicht het beste het integrerende toezichtprofiel toepassen. Een raad van toezicht die dit toezichtprofiel hanteert, benut die ruimte voor verandering door zowel betrokken als onafhankelijk te zijn, door proactief te reageren op de ontwikkelingen om zich heen en alle verschillende belangen zoveel mogelijk af te wegen. Bovendien zijn de toezichthouders bereid om meer tijd en energie te investeren om zo dieper op de complexe materie in te kunnen gaan. Met behulp van mechanismen als bijvoorbeeld het instellen van een kwaliteitscommissie, het gebruiken van een kwaliteitsradar, *soft signals* en *storytelling*, zorgt het gebruik van het integrerende profiel ervoor dat er een juiste balans gevonden wordt tussen de twee uitersten die alle dilemma's hebben. Want uiteindelijk is het vinden van die juiste balans dé manier om om te gaan met de dilemma's bij het toezien op kwaliteit van zorg.

Naar aanleiding van deze conclusie kunnen een aantal aanbevelingen gedaan worden die raden van toezicht van ziekenhuizen kunnen helpen bij het vinden van de juiste balans als het gaat om de dilemma's bij het toezien op kwaliteit van zorg. Wellicht kunnen raden van toezicht van andere soorten zorginstellingen of publieke instellingen deze aanbevelingen ook gebruiken om hun toezicht te verbeteren.

8. Aanbevelingen, discussie en reflectie

Aan de hand van de resultaten en de conclusie zullen in dit hoofdstuk enkele praktische en wetenschappelijke aanbevelingen voor verder onderzoek gedaan worden. De praktische aanbevelingen zijn gericht op raden van toezicht van ziekenhuizen, op de NVTZ als overkoepelende vakvereniging en op het CBO als kennispartner van de NVTZ. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een discussie en reflectie op dit onderzoek.

8.1 Praktische aanbevelingen

8.1.1 Raden van toezicht in ziekenhuizen

De conclusie van dit onderzoek is te vertalen naar een concreet stappenplan voor raden van toezicht. Het kan ze een houvast geven nu ze zich in die overgangsfase naar meer en beter toezicht op kwaliteit van zorg bevinden. Dit stappenplan (zie tabel 8.1) zal algemeen geformuleerd worden, zodat het ook eventueel te gebruiken is voor andere (zorg)organisaties uit de publieke sector.

Stap 1

Er moet bewustwording ontstaan rondom het bestaan van *alle* dilemma's bij het toezien op kwaliteit van zorg, indien dit nog niet aanwezig is. Doordat alle dilemma's met elkaar samen hangen, kunnen ze eigenlijk niet los van elkaar gezien worden. Het bestaan van de dilemma's zorgt ervoor dat raden van toezicht scherp blijven en nadenken over hun manier van toezicht houden op kwaliteit van zorg.

Stap 2

De tweede stap is het definiëren van het begrip kwaliteit van zorg. Nu hanteren toezichthouders persoonlijke definities van dit begrip en is er geen eenduidigheid in de raad van toezicht over wat kwaliteit van zorg inhoudt. Dit maakt het toezien hierop extra lastig.

Stap 3

Stap drie is het maken van een bewuste keuze hoe om te gaan met de dilemma's. Dit kan door als raad van toezicht te kiezen tussen de drie beschreven toezichtprofielen: het conserverende, het balancerende of het integrerende toezichtprofiel. De keuze hangt nauw samen met de gekozen kwaliteitsdefinitie. Uit dit onderzoek is gebleken dat een integrerend toezichtprofiel het beste past bij de huidige omstandigheden waarin raden van toezicht zich bevinden.

Stap 4

Er zijn diverse mechanismen die kunnen helpen bij het organiseren van kwaliteitstoezicht rondom het gekozen toezichtprofiel. Het kwaliteitstoezicht ziet er anders uit wanneer er gewerkt wordt met een conserverend toezichtprofiel in plaats van met een balancerend of integrerend profiel. In dit onderzoek zijn alleen de mechanismen voor het integrerende toezichtprofiel uitgewerkt.

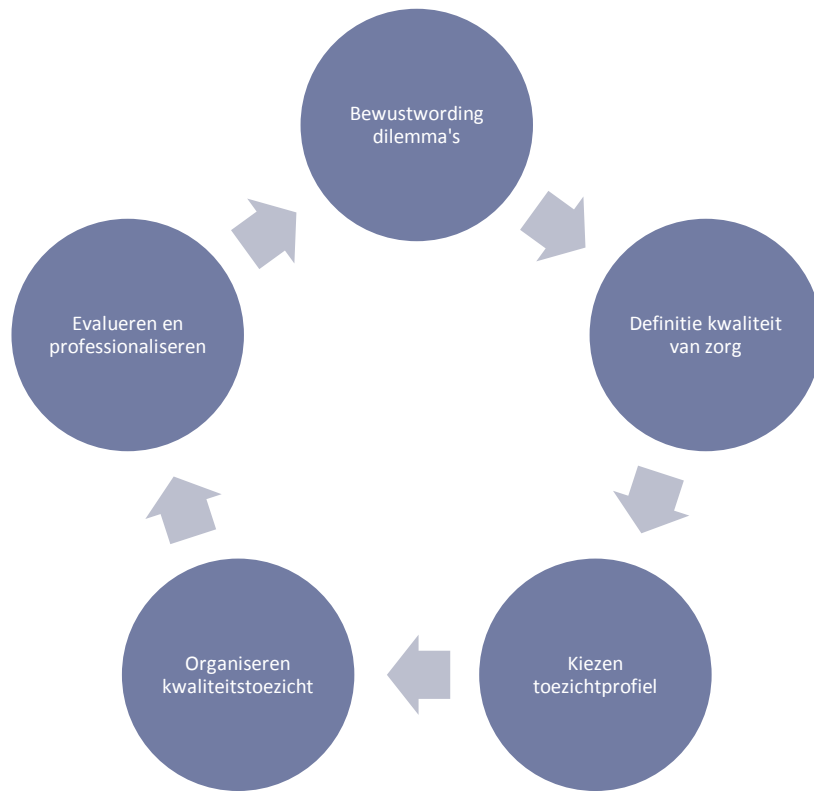
Stap 5

De raad van toezicht moet niet alleen kritisch zijn naar haar raad van bestuur, maar ook naar zichzelf. Raden van toezicht moeten hun eigen handelen vanuit het gekozen toezichtprofiel regelmatig evalueren. Hierbij moet telkens de vraag gesteld worden of het toezichtprofiel dat op dat moment gehanteerd wordt, nog steeds past bij de context waarin de raad van toezicht en haar organisatie zich bevindt. Maar ook de definitie van kwaliteit van zorg zal regelmatig ter discussie gesteld moeten worden. Kwaliteit is geen statisch begrip en doordat er in de gezondheidszorg constant ontwikkelingen plaatsvinden, is het raadzaam om steeds weer terug te kijken naar wanneer er nu sprake is van kwaliteit van zorg. En als laatste zijn er de mechanismen die de raad van toezicht gebruikt bij het organiseren van kwaliteitstoezicht. Als er bijvoorbeeld een kwaliteitscommissie is ingesteld, is het raadzaam om geregeld te evalueren of de samenstelling hiervan nog steeds voldoet aan het vooraf gestelde profiel is. Dit continue proces van verbeteren zorgt ervoor dat de raad van toezicht steeds meer professionaliseert.

Stap	Handeling voor raad van toezicht
1	Bewustwording van de dilemma's
2	Definiëren van het begrip kwaliteit van zorg
3	Het kiezen van een toezichtprofiel
4	Het organiseren van kwaliteitstoezicht rondom het gekozen toezichtprofiel
5	Evalueren en professionaliseren

Tabel 8.1 Stappenplan voor raden van toezicht bij het toezien op kwaliteit van zorg

De laatste stap maakt duidelijk dat het toezien op kwaliteit van zorg een proces is dat voortdurend aan verandering onderhevig is. De context waarin de raad van toezicht en haar organisatie zich bevinden, is hierbij cruciaal. Doordat de omgeving voortdurend aan veranderingen onderhevig is, moet er altijd weer teruggekeerd worden naar de eerste stappen. Welke dilemma's spelen er, wat is voor ons kwaliteit van zorg en op welke manier willen we met de dilemma's die we tegenkomen bij het toezien op kwaliteit van zorg omgaan? Dit zorgt ervoor dat het stappenplan gezien kan worden als een continue verbeteringscyclus (zie figuur 7.1).



Figuur 8.1 Verbetercyclus toezicht op kwaliteit van zorg

8.1.2 Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in de Zorg en CBO

Uit de resultaten is gebleken dat raden van toezicht er behoefte aan hebben om in contact te komen met de *best practices* op het gebied van toezicht op kwaliteit van zorg. Hierbij vinden ze het belangrijk dat de bijeenkomst kleinschalig is, om zo gemakkelijker met elkaar in contact te komen. De NVTZ en het CBO kunnen hier beide een rol spelen. Allereerst kan de NVTZ de verschillende toezichthouders van de zorginstellingen met elkaar in contact brengen. Dit kan door, net zoals nu, het organiseren van trainingen en themabijeenkomsten, waaraan het CBO haar bijdrage levert in de vorm van workshops en presentaties. In de toekomst moeten die trainingen of bijeenkomsten een kleiner aantal deelnemers hebben en moeten de *best practices* bewust uitnodigt worden. Er moet voldoende gelegenheid zijn om van elkaar te leren. Het CBO kan voorbeelden van die *best practices* verzamelen en deze bundelen, om zo wellicht tot tools en instrumenten te komen die toezichthouders kunnen ondersteunen bij hun toezichthoudende taak.

8.2 Aanbevelingen voor verder onderzoek

8.2.1 Governancestructuur

In de resultaten komt naar voren dat één ziekenhuis met een andere interne governancestructuur werkt dan de andere ziekenhuizen. De raad van toezicht houdt daar namelijk niet toezicht op een raad van bestuur, maar op een bestuurscollege. Hierin is de raad van bestuur, de directeuren en een afvaardiging van de medische staf vertegenwoordigt. Naar buiten toe hanteert deze organisatie wel het traditionele raad-van-toezicht-model, met een aparte raad van bestuur en raad van toezicht. De medische staf en de directeuren vallen bij dat model onder de raad van bestuur. In de constructie van het bestuurscollege hebben alle leden evenveel inspraak. Voordeel van dit model is volgens de desbetreffende respondent dat de besluiten die in het bestuurscollege genomen worden meer gedragen worden in de organisatie, doordat ook medisch specialisten hierin een stem hebben gehad. Daar waar de implementatie van besluiten vaak stuk liep op eigenwijze medisch specialisten, moet nu de afvaardiging van de medische staf ervoor zorgen dat besluiten geaccepteerd worden door de medisch specialisten. Dit geeft de raad van toezicht meer vertrouwen dat het beleid gedragen wordt door de gehele organisatie en bovendien hebben ze hierdoor veel direct contact met verschillende partijen uit de organisatie en niet alleen de raad van bestuur.

Ook andere toezichthouders geven aan dat de rol van medisch specialisten steeds belangrijker wordt bij het besturen van de organisatie, als een van de belangrijkste interne *stakeholders*. Zij zien echter ook nadelen aan het betrekken van de medische staf bij het beleid. Zo zouden daardoor geluiden vanaf de werkvloer niet meer doordringen in de bestuurskamer, omdat de medische specialist die ook zitting heeft in het bestuurscollege, deze kan tegenhouden als hij wil.

De toezichthouder in wiens ziekenhuis gewerkt wordt met een bestuurscollege, geeft zelf aan dat hij niet kan duiden of dit systeem bij hun werkt door de constructie zelf of door de (capaciteiten van de) mensen die op de functies zitten. Door te onderzoeken welke verschillende manieren van aansturen van de organisatie de raad van toezicht meer houvast geeft om goed toe te zien op (onder andere) kwaliteit van zorg, kan de raad van toezicht besluiten welke governancestructuur ze graag in haar organisatie zou zien. Hiermee kan dan uiteindelijk het toezicht op kwaliteit verbeterd worden.

8.2.2 Het zoeken van de *best practices*

In dit onderzoek is beschreven welke stappen raden van toezicht moeten nemen om uit de overgangsfase te komen, zodat ze uiteindelijk goed toezicht kunnen houden op kwaliteit van zorg. In een later stadium is het interessant om te onderzoeken hoe raden van toezicht het kwaliteitstoezicht nu vormgeven en of ze daarvoor inderdaad de hier beschreven stappen hebben gevolgd. En zo niet, wat ze dan hebben gedaan om het toezicht op kwaliteit te verbeteren en met de dilemma's om te gaan. Op die manier kan er meteen gezocht worden naar de *best practices*. Raden van toezicht die nog niet zover zijn, kunnen dan van de voorlopers leren. Uit de resultaten is gebleken dat raden van toezicht behoefte hebben aan (contact met) die *best practices*.

8.3 Discussie en reflectie

In deze paragraaf wordt er teruggeblikt op de bevindingen in relatie tot de aanleiding van dit onderzoek. Daarnaast wordt er gereflecteerd op het onderzoeksproces zelf.

8.3.1 Discussie

De aanleiding voor dit onderzoek was de toenemende aandacht voor kwaliteit van zorg en de steeds belangrijker wordende rol voor interne toezichthouders bij dit onderwerp. Door die toenemende aandacht is duidelijk geworden dat raden van toezicht met diverse dilemma's kampen als het gaat om toezien op kwaliteit van zorg. Het doel van dit onderzoek was het inzichtelijk maken van welke dilemma's er dan zijn, welke dilemma's door raden van toezicht ervaren worden en op welke wijze ze met die dilemma's om zouden kunnen gaan.

Uit de resultaten en de conclusie is gebleken dat raden van toezicht niet allemaal even sterk (alle) dilemma's ervaren. Onbewust hebben raden van toezicht vaak al een standpunt ingenomen over een bepaald vraagstuk en doordat ze overtuigd zijn van hun eigen opinie, zien ze dit ook niet meer als een dilemma. De vraag is of deze raden van toezicht dan als *best practices* kunnen dienen, daar ze hun beleid niet zorgvuldig overwogen hebben. Het zou raadzaam zijn als alle raden van toezicht de verbetercyclus voor toezicht op kwaliteit van zorg (zie figuur 8.1) doorlopen. Dat zorgt voor bewustwording van de dilemma's en daardoor voor een weloverwogen keuze van de manier waarop ze hun kwaliteitstoezicht in de toekomst gaan organiseren.

In dit onderzoek wordt er gesproken over toezichthouders en raden van toezicht in het algemeen. De respondenten waar mee gesproken is, zijn echter overwegend lid van de kwaliteitscommissies. In het onderzoek zelf is er weinig aandacht besteed aan dit gegeven, vandaar dat er hier wel kort op ingegaan zal worden. Het zou te verwachten zijn dat, door de toenemende aandacht voor kwaliteit van zorg en door de steeds groter wordende verantwoordelijkheid van raden van toezicht voor dit onderwerp, raden van toezicht mensen in hun raad opnemen die gespecialiseerd zijn op het gebied van kwaliteit van zorg. En hoewel dit bij de meeste raden van toezicht ook het geval is, zijn er toch veel onduidelijkheden op dit gebied. Meningingen over wat nu kwaliteit van zorg is verschillen per persoon en hoe ze hier nu toezicht op moeten houden is helemaal nog een vraagstuk voor de betreffende toezichthouders. Dit onderstreept alleen maar de conclusie dat raden van toezicht zich momenteel in een overgangsfase bevinden wat kwaliteit van zorg betreft en dat ze nog heel erg zoekende zijn hoe ze hieraan vorm kunnen geven.

Een aandachtspunt dat uit de resultaten naar voren is gekomen, is de toenemende samenwerking tussen verschillende ziekenhuizen die vaak resulteren in een fusie of coöperatie. Dit zorgt ervoor dat organisaties steeds groter worden wat het toezicht houden erop alleen maar gecompliceerder maakt. De vraag die hierbij oprijst, is of er geen grens zit aan de grootte van de organisatie voor het toezichthoudende vermogen? Zeker bezien vanuit het toezichtprofiel dat in dit onderzoek aangeraden wordt, het integrerende toezichtprofiel. Dit stuurt op meer betrokkenheid en het

verdiepen in complexe materie, iets dat steeds lastiger wordt naarmate je met een grotere organisatie van doen hebt. Ook hier kan de verbetercyclus een belangrijke rol spelen (zie figuur 8.1). Want zoals aangegeven is de context waarin een organisatie zich bevindt van groot belang voor de keuze van het toezichtprofiel en de mechanismen om het toezichtprofiel in de praktijk te brengen. Doordat de context aan verandering onderhevig is (vanwege die toenemende samenwerking) is het goed denkbaar dat over enkele jaren een ander toezichtprofiel aan te raden is. Daarom moeten raden van toezicht hun beleid en keuzes blijven evalueren: stap 5 van de verbetercyclus.

8.3.2 Reflectie

Voor de validiteit en de betrouwbaarheid van dit onderzoek is het belangrijk om terug te kijken op het onderzoeksproces. Er kunnen enkele kanttekeningen geplaatst worden bij de methoden van onderzoek. Door daar hier op te reflecteren, laat de onderzoeker zien zich hiervan bewust te zijn.

De respondenten die meegewerkt hebben aan dit onderzoek zijn veelal actieve NVTZ leden, daar zij bekend zijn bij de directeur of zelf bijeenkomsten (georganiseerd door de NVTZ) hebben bijgewoond. Dit kan onbewust invloed hebben gehad op het onderzoek, aangezien de NVTZ als organisatie actief bezig is met het vraagstuk rondom toezicht op kwaliteit van zorg. Om hier toch enige nuance in aan te brengen heeft de onderzoeker gebruik gemaakt van *snowball sample* en gesproken met toezichthouders van twee organisaties die werden aangeraden door een andere toezichthouder. Gedurende de interviews bleek echter dat een van deze respondenten ook aanwezig is geweest op een bijeenkomst van de NVTZ.

Daarnaast kunnen de respondenten (onbewust) beïnvloed zijn door de achtergronden, de uiterlijke verschijning en de (voor)oordelen van de onderzoeker (Boeije, 2005). De onderzoeker heeft getracht dit zoveel mogelijk te voorkomen door zichzelf zo neutraal mogelijk op te stellen en te werken met een topiclijst.

Gedurende de interviews en het analyseproces heeft de onderzoeker geprobeerd geen waardeoordeel te geven aan de gevonden resultaten. Door het uitwerken van de interviews en het vastleggen van de codes die zijn gehanteerd (zie bijlage 2), is geprobeerd zo transparant mogelijk te zijn om zo het analyseproces inzichtelijk te maken voor buitenstaanders. Het blijft echter lastig te achterhalen en te bewijzen of de onderzoeker daadwerkelijk geen waardeoordeel aan bepaalde resultaten heeft gegeven.

De onderzoeker heeft het stappenplan zoals dat in de aanbevelingen is uitgewerkt zoveel mogelijk gegeneraliseerd. De vraag is echter of in andere zorginstellingen en publieke organisaties ook bijvoorbeeld de kwaliteitsdefinitie zo een prangende rol speelt. Het stappenplan en de verbetercyclus zijn dan ook alleen maar in andere sectoren toepasbaar indien daar dezelfde vraagstukken spelen.

8.4 Ter afsluiting

Dit onderzoek laat zien dat er nog een flinke weg te gaan is voor het toezicht op kwaliteit van zorg. Raden van toezicht zitten midden in een overgangsfase. Wanneer ze zich hiervan bewust zijn, is de eerste stap in de goede richting gezet. De onderzoeker hoopt met dit onderzoek raden van toezicht een eerste zet in die goede richting te geven, opdat de kwaliteit van zorg uiteindelijk zal verbeteren. De opdracht aan raden van toezicht is in ieder geval duidelijk: 'Zorg voor kwaliteit!'

9. Literatuurlijst

Aanen, D., K. (2006) De Zorgbrede Governancecode. In Zorg & Financiering, nr. 3. 2006

Abeln, H., Grinwis, K., Horst, A. ter, Moor, M., Opheij, W. (2009, augustus) Kwaliteit & veiligheid op de agenda van professionals, bestuurders en toezichthouders. Achtergrondstudie bij de Staat van de Gezondheidszorg 2009. Amersfoort, Twynstra Gudde

Ambtelijke Commissie Toezicht (2000) Vertrouwen in onafhankelijkheid. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties

Ambtelijke Commissie Toezicht - II (2005) Toezicht: naar naleving voor de samenleving. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties

Batenburg, P.L. (2012, 31 mei) Presentatie 'De rollen omgedraaid'. Utrecht, ALV NVTZ

Bering, R. (1997) Van beroep: kwaliteitsfunctionaris. Praktische handleiding voor kwaliteitsfunctionarissen in de zorgsector. Utrecht: Uitgeverij SWP

Bier, B. (2011, december) Nieuwe streefdatum inwerkingtreding Wet bestuur en toezicht: 1 juli 2012. Nieuwsbrief Nyenrode Corporate Governance Instituut (NCGI).

Blokdijk, T., M., M., Goodijk, R. (2011) Op weg naar beter intern toezicht. Technisch in orde, kwaliteit kan beter. Zorgmarkt nr. 7/8 juli – augustus 2011. Geraadpleegd op 4 juli 2012 via www.zorgmarkt.net

Brancheorganisatie Zorg (Boz) (2010, januari) Zorgbrede Governancecode 2010. Bunnik: Drukkerij Libertas BV.

Buiting, M. (2012, 13 juli) Bespreking en ontwikkeling model toezicht op kwaliteit. Utrecht

Casparie, T., Veenendaal, H. van (2009) Kwaliteitszorg: Qua Vadis? Naast structuur ook cultuur. Kwaliteit in zorg 2009 nr. 5

Commissie Health Care Governance (1999) Health Care Governance. Aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording in de Nederlandse gezondheidszorg.

Consumentenbond (2012, 28 maart) Zorg kiezen kan alleen bij totale transparantie. Geraadpleegd op 1 mei 2012 via:
<http://www.consumentenbond.nl/actueel/nieuws/nieuwsoverzicht-2012/Zorg-kiezen-kan-alleen-bij-totale-transparantie/>

Dessing, B. F. (onder redactie van) (2011) Toolkit Toezicht Zorg. Den Haag, Nationaal Register – search en selectie voor stimulerend toezicht.

Die, de (2005) Toezicht op toezicht. Feit of fictie? Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, afl. 4 - 2005

Dijen, M. van (2012) Workshop Toezicht op Kwaliteit: verwerven van inzicht in kwaliteit en veiligheid. Utrecht, Thematische sessie Kwaliteit en Veiligheid NVTZ

Dillman, R. (2009) Toezicht speerpunt van beleid. In ZM magazine 11, november 2009.

Eijlander, P., Gestel, R. van, Ligthart, W., Waslander, S. (2002) Dilemma's rond toezicht. Opstellen over de werking van toezichtsarrangementen. Den Haag, Sdu Uitgevers BV

Everdingen, J. J. E. van, Dreesens, D. H. H. (2011) Glossarium kwaliteit van zorg. Houten, Bohn Stafleu van Loghum

Field, P.A., Morse, J.M. (1996) Chapter 6: Principles of data analysis, in: The application of qualitative approaches, Cheltenham: Stanley Thorens Ltd.

Haime, M. (2012, 11 april) Oriënterend gesprek over toezichthouden op kwaliteit van zorg. Utrecht

Hardjono, T. (2010) Van Teun aan Huub. Synaps nr. 31, NNK

Hardjono, T. (2011) Kwaliteitsmanagement. In Noordegraaf, M., Geuijen, K., Meijer, A. Handboek publiek management. Den Haag: Boom Lemma uitgevers

Hardjono, T. (2012, 17 april) Oriënterend gesprek over kwaliteit van zorg en het toezicht daarop. Gouda

Harteloh, P.P.M., Casparie, A.F. (1998) Kwaliteit van zorg. Van een zorginhoudelijke naar een bedrijfskundige aanpak. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg

Hendriks, M., Delnoij, D., Van der Meulen-Arts, S., Brouwer, W., Spreeuwenberg, P., (2005) Ervaringen van verzekerden met de zorg en zorgverzekeraars. Consumenteninformatie voor www.KiesBeter.nl. Utrecht, Nivel. Geraadpleegd op 23 augustus 2012 via: http://www.centrumklantervaringzorg.nl/fileadmin/site/ckz/publicaties/Zorg_en_Zorgverzekeraar_2005.pdf

Hermans, H.F.G.M., Scholten, G.R.M. (2008) Raden van toezicht bij zorginstellingen: een doorgeschoten fenomeen. In Zorg&Financiering nr. 6.

Hollands, L., Hendriks, L., Ariëns, H., Verheggen, F. (2003) Elementen van kwaliteitszorg. Begrippen en opvattingen over kwaliteitszorg. Utrecht: Lemma

Houwen, L. (2005) Toezicht op zorgondernemingen. Nederlandse Juristenblad 1288-1233.

Instituut Nederlandse Kwaliteit (2012) INK filosofie en managementmodel. Geraadpleegd op 11 augustus 2012 via: www.ink.nl

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2009, november) Staat van de gezondheidszorg 2009. De vrijblijvendheid voorbij. Den Haag: IGZ

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2011, april) Toezichtkader Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid. Den Haag: VWS

Jukito (2012, 10 april) Gezondheidszorg in Nederland, cure versus care. Mens en Gezondheid. Geraadpleegd op 7 mei 2012 via: <http://mens-en-gezondheid.infonu.nl/diversen/95713-gezondheidszorg-in-nederland-cure-vs-care.html>

Knottnerus, A. (2007, 25 april) Voordracht over prestatie-indicatoren in de zorg. Tilburg: Gezondheidsraad. Geraadpleegd op 13 april 2012 via: <http://www.gezondheidsraad.nl/nl/nieuws/voordracht-over-prestatie-indicatoren-de-zorg>

Kuenen, J.W., Mohr, R., Larsson, S., van Leeuwen, T. (2011) Zorg voor waarde. Meer kwaliteit voor minder geld: wat de Nederlandse gezondheidszorg kan leren van Zweden. Amsterdam: The Boston Consulting Group

Kwaliteitswet zorginstellingen (1996, 18 januari) Geraadpleegd op 1 mei 2012 via: http://wetten.overheid.nl/BWBR0007850/geldigheidsdatum_01-05-2012

Lange, De, B., Jong, de, W. (2012, 7 juni) Workshop Interactieve reflectie op eigen soft skills binnen raad van toezicht en raad van bestuur. Utrecht

Lee, F. (2009) Als Disney de baas was in uw ziekenhuis. 91/2 dingen die u anders zou doen. Maarssen, Elsevier Gezondheidszorg

Luursema, M., Twist, M. van, Beemer, F., Timmerman, R., Grondheid, F. (2003) Toekomst voor raden van toezicht? Corporate governance in de publieke sector in vergelijkend perspectief. Assen: Berenschot Fundatie

Maljers, J., Wansink, W. (2009) Alles is anders in de zorg. Over bizarre budgetten, perverse regels en prima donna's. Amsterdam, Uitgeverij Bert Bakker

Minderman, K. (2012, 26 april) Raden van toezicht in zorg moeten professionaliseren. In ZM magazine nr. 3. Geraadpleegd op 15 mei 2012 via:
<http://www.zmmagazine.nl/Nieuws/raden-van-toezicht-in-zorg-moeten-professionaliseren.html>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008) Regeling verslaglegging WTZi. Den Haag: VWS

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2012, 12 april) Voortgangsrapportage Kwaliteitsinstituut. Den Haag: VWS

Montfort, C.J. van, & Boers, I. (2009). Raden van Toezicht. In T. Schillemans & M. Bovens, Handboek publieke verantwoording (p. 143-160). Den Haag: Lemma

Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) (2012) Over NIAZ. Geraadpleegd op 27 juni 2012 via: <http://www.niaz.nl/over-niaz>

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) (2008) Ons ziekenhuis? Patiëntgericht! Informatie voor iedereen die zich bezig houdt met de kwaliteit van ziekenhuiszorg. Utrecht, NPCF. Geraadpleegd op 5 juli 2012 via:
<http://zoeken.npcf.nl/ci/fattach/get/76/1274197804/redirect/1/session/L2F2LzEvdGltZS8xMzQxNDczMDU4L3NpZC8zREQ5Mm0qaw==/filename/Kwaliteit%20ziekenhuiszorg%20%27Ons%20ziekenhuis%20patientgericht%27%202008.pdf>

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) (2009) De patiënt aan zet! Utrecht, NPCF

Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorginstellingen (2012) Jaarverslag 2011. NVTZ

Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorginstellingen (2012) Overzicht relaties (academische) ziekenhuizen. NVTZ

Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorginstellingen (2011) Profiel toezichthouder zorg 2.0.2.0. NVTZ

Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (2012) Over NIAZ. Geraadpleegd op 11 augustus 2012 via: www.niaz.nl

Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (2011, 28 december) Kwaliteitsnorm Zorginstelling 2.3. Utrecht, NIAZ. Via www.niaz.nl

Noordegraaf, M. (2008) Management in het publieke domein. Issues, instituties en instrumenten. Bussum: Coutinho

Noordegraaf, M., Geuijen, K., Meijer, A. (2011) Handboek publiek management. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers

Onderzoeksraad voor Veiligheid (2008) Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie in UMC St Radboud. Onderzoek naar aanleiding van berichtgeving op 28 september 2005 over te hoge mortaliteit. Den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid

Peij, S. (2010, augustus) Waarom wel en waarom niet? De 'one-tier board'. Finance&Controle, jaargang augustus 2010, p. 38 t/m 41

Poiesz, T. (2012, 22 mei) De waarde van het kwaliteitsbegrip in de zorg. Thematische sessie Kwaliteit en Veiligheid. Utrecht, NVTZ

Poiesz, T., Caris, J. (2010) Ontwikkelingen in de zorgmarkt. Een strategische analyse. Deventer, Kluwer

Putters, K., Veerdonk, S. van der (2012) Interne toezichthouder moet proactiever worden.

Geraadpleegd op 10 maart 2012 via:

<http://www.zorgvisie.nl/Ondernemen/13393/Interne-toezichthouder-moet-proactiever-worden.htm>

Redactie ZorgVisie (2009, 1 maart) Toezicht houden – nog een slag te maken. ZorgVisie jaargang 39, nr.3. Geraadpleegd op 9 april 2012 via:

<http://archief.zorgvisie.nl/zorgvisie/2009/03/01/nummer-3/Toezicht-houden---Nog-een-slag-te-maken.htm>

Ridder, de J. (2004, 27 april) Een goede raad voor toezicht. Rede bij aanvaarding ambt bijzonder hoogleraar bestuurlijk inzicht, Juridische Faculteit Rijksuniversiteit Groningen. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.

Rijksoverheid (2012) Goed bestuur voor goede zorg. Geraadpleegd op 1 mei 2012 via:

<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/goed-bestuur-in-de-zorg/goed-bestuur-voor-goede-zorg>

Rijksoverheid (2012) Kwaliteitseisen zorginstelling. Geraadpleegd op 1 mei 2012 via:

<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/kwaliteitseisen-zorginstellingen>

Rijksoverheid (2012) Registratie medische beroepen (Wet BIG). Geraadpleegd op 1 mei 2012 via:

<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/registratie-medische-beroepen>

Rijksoverheid (2010) Wet Cliëntenrechten zorg. Geraadpleegd op o.a. 24 februari 2012 via:
<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/wetsvoorstellen/2010/03/31/wet-clientenrechten-zorg>

RVZ (2009) Governance en kwaliteit van zorg. Den Haag: RVZ

RVZ (2009, 10 maart) Goed bestuur voorwaarde voor betere kwaliteit van zorg. Persbericht bij het advies Governance en kwaliteit van zorg. Geraadpleegd op 9 april 2012 via:
<http://rvz.net/pers/bericht/Goed-bestuur-voorwaarde-voor-betere-kwaliteit-van-zorg>

Schijndel, B. van (2007, juli) Kwaliteit is mensenwerk. Relationele kwaliteit als kwaliteitsfactor. Synaps 5^e jaargang, nr 23. Pagina 7 t/m 11. Geraadpleegd op 5 juli 2012 via:
http://www.han.nl/onderzoek/kennismaken/ontwikkelen-van-excellente-organisaties/lectoraat/tqm-in-organisatienetwerken/publicaties/attachments/Kwaliteitsmanagement_is_mensenwerk.pdf

Schijndel, B. Van (2010, oktober) Kwaliteit is mensenwerk.. .. het vervolg, of het begin? Synaps nr. 31, NNK

Schraven, T.P.M. (2010) Over governance in de zorg en de medisch specialist als eigenaar van het ziekenhuis. Uit: Medisch Specialistische Zorg 2010, hoofdstuk 12. Geraadpleegd op 13 februari 2012 via:
<http://www.governanceuniversity.nl/downloads/MedischSpecialistischeZorg2010Hoofdstuk12.pdf>

Schraven, T.P.M. (2010, februari) Van inrichting naar inspiratie. ZM Magazine nr. 2, jaargang 2010

Six Sigma (2012) Wat is Lean Six Sigma? Geraadpleegd op 25 augustus 2012 via:
<http://www.sixsigma.nl/wat-is-lean-six-sigma>

Standaart, C.A. (2010, Resultaatverantwoordelijke eenheden: de oplossing? Zorg&Financiering, jaargang 2010, nr. 7. p. 11-19

Thiel, S. Van (2010) Bestuurskundig onderzoek. Een methodologische inleiding. Bussum: Uitgeverij Coutinho

Tsoukas, H., Knudsen, C. (2003) The Oxford Handbook of Organization Theory. Meta-theoretical perspectives. New York, Oxford University Press

Uijl, den H., Buiting, M. (2012) Doel en functionele componenten profiel NVTZ. Utrecht, NVTZ

Van Veenendaal, H. (2012, 4 april) Toezien op kwaliteit: wie stopt met beter worden.. Training voor beginnende toezichthouders in de zorg. Utrecht: CBO

Vinkenburg, H. (1995) Kwaliteitskundig kader. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen

Vinkenburg, H. (2004, oktober) Kwaliteit van zorg. Een goed gesprek doet wonderen. Kwaliteit in Praktijk. Kluwer

Vinkenburg, H. (2006, februari) Dienstverlening: paradigma's, deugden en dilemma's. Kwaliteit in Praktijk. Kluwer

Vinkenburg, H. (2010, februari) Naar een derde school in de kwaliteitskunde? Synaps nr. 31, NNK

Vroonhof, K., Stadlander, M. (2010, maart) Schaalgrootte van ziekenhuizen en kwaliteit van zorg. Programmeringsstudie naar kennis over factoren die betrekking hebben op kwaliteit van zorg in relatie tot schaalgrootte van ziekenhuizen. BMC Advies & Management

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) (2004) Bewijzen van goede dienstverlening. Amsterdam: Amsterdam University Press

Willemse, H., Van den Klinkenberg, T. (2011) De toezichthouder en het publieke belang. In ZM Magazine 2, Februari 2011

Willemse, H. (2011) Het hart van goed toezicht en bestuur. Geraadpleegd op 11 maart 2012 via: <http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/12561/Het-hart-van-goed-toezicht-en-bestuur.htm>

Xcellent Quality Management Programma (2012) XQ Quality, INK-managementmodel. Geraadpleegd op 25 juni 2012 via: <http://www.xqmp.nl/nl/quality/ink.html>

Yanow, D. (1996) How does a policy mean? Interpreting policy and organizational actions. Washington D.C., Georgetown University Press

Zichtbare Zorg (2012) Programma Zichtbare Zorg. Geraadpleegd op 13 april 2012 via: <http://www.zichtbarezorg.nl/page/Programma-Zichtbare-Zorg>

Zorgvisie (2006, 2 juni) Verantwoordelijkheid raden van toezicht neemt toe. In nieuwsbrief nr. 23. Geraadpleegd op 13 februari 2012 via: <http://archieff.zorgvisie.nl/zorgvisienieuwsbrief/2006/06/02/nummer-23/Verantwoordelijkheid-raden-van-toezicht-neemt-toe.htm>

Zorgvisie (2012, 12 april) Delnoij: 'Doorzettingsmacht is een ongelukkige term' Geraadpleegd op 13 februari 2012 via: <http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/13720/Delnoij-Doorzettingsmacht-is-een-ongelukkige-term.htm>

10. Bijlagen

Bijlage 1 Operationalisatie

Concepten	Variabelen 1	Variabelen 2	Indicator
Kwaliteit van zorg	Professionele kwaliteit	Goed niveau en doeltreffend	Deskundigheid zorgprofessionals
			Veilig
			Risico's zoveel mogelijk ingeperkt
	Organisatorische kwaliteit	Doelmatig	Minimale wachtlijsten
			Duidelijke voorlichting
			Planmatige zorg
	Relationele kwaliteit	Cliëntgerichtheid	Persoonlijke benadering
			Voldoende aandacht
			Goede begeleiding
			Voldoen aan eisen en wensen van de patiënt

Concepten	Variabelen	Indicator
Toezicht	Informatievergaring	Interne informatie
		Externe informatie
		Predatie-indicatoren
		Soft signals
		Toetsen van normen

	Interventiefunctie	Adviseren
		Countervailing power
		Besluiten goed- of afkeuren
		Ontslaan raad van bestuur
		Benoemen raad van bestuur

Concepten	Variabelen 1	Variabelen 2	Indicator	
Dilemma's bij toezicht op kwaliteit	Relatie raad van toezicht met organisatie	Afstandelijkheid versus betrokkenheid	Geplande vergaderingen	
			Buiten formele vergaderingen om	
			Informatie niet alleen via stukken	
			Informatie via stukken	
		Onafhankelijkheid versus loyaliteit	Samenwerken met raad van bestuur	
			Kritische vragen stellen	
			Samenwerken met stakeholders	
			Objectief handelen	
		Relatie raad van toezicht met buitenwereld	Organisatiebelang versus maatschappelijk belang	Focus op interne organisatie
				Focus op externe ontwikkelingen

		Beoordelen beleid raad van bestuur
		Eigen lange termijn visie hebben
	Reactief versus proactief	Monitoring
		Richting geven aan beleid en strategie
		Vergaderen met raad van bestuur
		De organisatie ingaan
Omgaan met issues	Complexiteit versus simpelheid	Integraal toezicht
		Specialisatie
		Rapporten en cijfers
		Casuïstiek
	Diepte versus oppervlakkigheid	Aanwezig bij afspraken volgens jaarkalender
		Aanwezig bij informele bijeenkomsten
		Lezen van stukken
		Opgevangen signalen inbrengen tijdens vergadering

Bijlage 2 Codeboom

1. Werkwijze raad van toezicht
 - a. Algemeen
 - i. Vergaderingen / bijeenkomsten
 - ii. Relatie raad van toezicht – raad van bestuur
 - iii. Informatieprotocol
 - b. Selectie toezichthouders
 - c. Diversiteit
 - d. Functioneren als team
 - e. Kwaliteitscommissie
 - i. Werkwijze
 - ii. Kwaliteitsrapportage
2. Kwaliteit
 - a. Aandacht voor kwaliteit
 - b. Kwaliteit van zorg
 - c. Definitie kwaliteit van zorg
 - i. Cliëntgericht
 - ii. Doelmatig
 - iii. Goed niveau van zorg
3. Toezicht
 - a. Informatievergaring
 - i. Goede informatie
 - ii. Contact buitenwereld
 - iii. Informele informatie
 - b. Oordeelvorming
 - i. Toetsen van normen
 - c. Intervenieren
 - i. Rol toezichthouder
 - ii. Benoemen raad van bestuur
 - d. Kenmerken goede toezichthouder
4. Dilemma's
 - a. Afstandelijkheid versus betrokkenheid
 - i. Informele informatie
 - ii. Vergaderingen
 - iii. Werkwijze raad van toezicht
 - b. Onafhankelijkheid versus loyaliteit
 - i. Relatie raad van toezicht – raad van bestuur
 - c. Organisatiebelang versus maatschappelijk belang
 - i. Contact buitenwereld
 - ii. Marktwerking in de zorg
 - d. Reactief versus proactief

- i. Proactief toezicht
 - ii. Informele informatie
 - e. Complexiteit versus simpelheid
 - i. Kwaliteitsrapportage
 - ii. Werkwijze kwaliteitscommissie
 - f. Diepte versus oppervlakkigheid
 - i. Vergaderingen / bijeenkomsten
 - g. Ervaren van dilemma's
- 5. Toekomst
 - a. Professionalisering
 - b. Nieuw model
 - c. Samenwerking raden van toezicht

Bijlage 3 Topiclijst

Interviewtopics

- (Biografisch)
- Toezicht
- Kwaliteit
- Dilemma's binnen het toezicht op kwaliteit
- Toekomst

Interviewvragen

- Toezicht
 - o Wie is volgens u een goede toezichthouder en waarom?
 - o Wat vindt u van het huidige toezicht in uw organisatie?
- Kwaliteit
 - o Wat is voor uw kwaliteit?
 - o Wordt er binnen uw organisatie kwalitatief goede zorg geleverd?
- Dilemma's binnen het toezicht op kwaliteit
 - o Ervaart u dilemma's bij het toezien op kwaliteit en zo ja welke?
 - o Hoe gaat u met de ervaren dilemma's om?
- Toekomst
 - o Toezicht in de zorg nu en in de toekomst: wat moet er anders?

Bijlage 4: Overzicht oriënterende gesprekken

Wie	Functie	Wanneer	Waar
Anja van Heuvelen	Lid Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen (CRAZ), aandachtspersoon AZM en lid kwaliteitscommissie	11 april 10.00uur	Ede
Monica Haime	Lid raad van toezicht Kennemer Gasthuis Haarlem	11 april 12.00 uur	CBO, Utrecht
Eliane Thewessen	Lid raad van toezicht Jeroen Bosch ziekenhuis en lid Raad van Bestuur Riethorst Stromenland	12 april, 9.30 uur	De Riethorst Stromenland, Raamsdonkveer
Huib Vinkenburg	Kwaliteitsdeskundige	17 april, 16.00 uur	Velp
Teun Hardjono	Kwaliteitsdeskundige	19 april, 10.00 uur	Gouda
Anita Klompers	Kwaliteitsfunctionaris	4 mei, 15.00 uur	Eindhoven, Catharina ziekenhuis

Bijlage 5: Aanbevelingen commissie Health Governance

AANBEVELINGEN OVER BESTUUR EN INTERN TOEZICHT

1. De raad van bestuur bestuurt en de raad van toezicht houdt integraal toezicht op het beleid van het bestuur en op de algemene gang van zaken binnen de zorgorganisatie. De raad van toezicht staat de raad van bestuur met advies terzijde.
2. De raad van bestuur houdt bij zijn beleidsvorming oog op het organisatiebelang in relatie tot de maatschappelijke functie van de zorgorganisatie en maakt een evenwichtige afweging van de belangen van allen die bij de zorgorganisatie betrokken zijn.
3. Binnen de huidige wetgeving moet het raad-van-toezicht-model zo geïnterpreteerd worden, dat de raad van bestuur de stichting bestuurt. De uitoefening van de bestuurstaak wordt ingeperkt door bevoegdheden van de raad van toezicht, genoemd in de statuten. De bevoegdheden van de raad van toezicht moeten daartoe limitatief in de statuten opgenomen worden. Deze bevoegdheden zijn:

- het zorg dragen voor een goed functionerend bestuur (door benoeming, beoordeling en ontslag van de leden van de raad van bestuur);
- het zorg dragen voor een goed functionerend intern toezicht (door benoeming, beoordeling en ontslag van (leden van) de raad van toezicht);
- het functioneren als adviseur en klankbord voor de raad van bestuur;
- het houden van integraal toezicht op het beleid van het bestuur en de algemene gang van zaken in de instelling;
- het goedkeuren van strategische beslissingen van de raad van bestuur.

4. Als de raad van bestuur uit meerdere personen bestaat, wordt de verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden vastgelegd in een bestuursreglement. Een van de leden wordt benoemd als voorzitter. De voorzitter is intern en extern aanspreekbaar op het totale beleid van de organisatie.

5. Bestuurders betrachten openheid over hun verschillende functies in relatie tot de verschillende activiteiten van de zorgorganisatie. Elke schijn van belangenverstremming tussen de zorginstelling en de bestuurders dient te worden vermeden. Bestuurders vermelden hun functies binnen de zorgorganisatie en, voor zover van belang, hun eventuele nevenfuncties in het jaarverslag. De totaalsom van de bezoldiging van de bestuurders wordt vermeld in de jaarrekening, tenzij er slechts één bestuurder is. Dan is een dergelijke vermelding vanuit overwegingen van privacy niet voorgeschreven.

6. De raad van bestuur staat regelmatig stil bij zijn eigen functioneren en bij de onderlinge verhoudingen, en stelt zijn werkwijze op grond daarvan zo nodig bij. De raad van bestuur informeert de raad van toezicht op hoofdlijnen over dit proces. De raad van toezicht bespreekt ten minste eenmaal per jaar het functioneren van de raad van bestuur buiten diens aanwezigheid. Hij vormt zich een oordeel over het functioneren en bespreekt dit met de raad van bestuur.

7. De raad van toezicht maakt een profielschets van de raad, gaat periodiek na of deze nog voldoet en stelt deze zo nodig bij. De profielschets is openbaar. Ook de samenstelling van de raad van toezicht op enig moment is openbaar. Van de zittende leden is bekend: leeftijd, beroep, nevenfuncties die relevant zijn voor de vervulling van de taak als toezichthouder, eerste benoeming en de lopende termijn waarvoor benoemd is.

8. Afspraken over de werkverdeling en werkwijze van de raad van toezicht, in het bijzonder over de functie en positie van de voorzitter, de omgang met de raad van bestuur en de informatievoorziening worden vastgelegd in een reglement. Dit reglement is openbaar.

9. Toezichthouders worden voor bepaalde tijd benoemd. De raad van toezicht stelt een rooster van aftreden vast om te voorkomen dat veel herbenoemingen in één keer aan de orde komen en de continuïteit geschaad wordt.

10. Herbenoeming van toezichthouders dient geen automatisme te zijn. Het functioneren van de toezichthouder in de afgelopen periode en de profielschets van de raad worden betrokken bij de overwegingen of herbenoeming gewenst is.
11. De raad van toezicht bespreekt ten minste een keer per jaar buiten aanwezigheid van de raad van bestuur zijn eigen functioneren en zijn relatie met de raad van bestuur.
12. Een toezichthouder moet tussentijds aftreden wanneer dit naar de mening van de raad van toezicht geboden is vanwege onvoldoende functioneren, structurele onenigheid van inzichten, onverenigbaarheid van belangen of andere objectiveerbare redenen.
13. Een lid van de raad van toezicht dient niet belemmerd te worden in de onafhankelijke uitoefening van zijn toezichthoudende taak. Hij dient dus op geen enkele wijze belangen te hebben bij de zorgorganisatie waarop hij toezicht houdt.
14. De raad van toezicht dient zodanig te zijn samengesteld dat de leden ten opzichte van elkaar en van de raad van bestuur onafhankelijk en kritisch opereren.
15. Als een toezichthouder voorziet dat (de schijn van) een tegenstrijdig belang voor zichzelf of een ander lid van de raad zou kunnen optreden, dan meldt hij dit aan de voorzitter. Deze bepaalt wat er verder te doen staat en informeert de raad van toezicht daarover. Als er inderdaad sprake is van een tegenstrijdig belang dient het desbetreffende lid van de raad van toezicht het andere belang direct op te geven of direct af te treden.
16. Het is niet gewenst dat leden van de raad van toezicht op voordracht worden benoemd. Waar dat wettelijk vereist is of in de statuten is opgenomen, geldt in ieder geval dat een lid van de raad van toezicht die op voordracht is benoemd, zijn functie vervult zonder last en ruggespraak van degene door wie hij is voorgedragen en zonder diens deelbelang te laten prevaleren.
17. In de raad van toezicht dient in de regel geen voormalig bestuurder van de eigen zorgorganisatie of van aan haar verbonden organisaties zitting te hebben.
18. Het vervullen van bestuurstaken door een gedelegeerd toezichthouder is in de regel ongewenst. Bij ontstentenis van de raad van bestuur moet bij voorkeur op andere wijzen in het bestuur worden voorzien.
19. Toezichthouders moeten in staat zijn om het beleid van de zorgorganisatie en het functioneren van de raad van bestuur te toetsen, alsmede de raad adequaat te adviseren. Van toezichthouders mag verwacht worden dat zij zich blijven verdiepen in de ontwikkelingen die aan de zorgorganisatie zijn gerelateerd, en dat zij zelf maatschappelijk actief zijn.
20. De honorering van de toezichthouders wordt vermeld in de jaarrekening.
21. De commissie beveelt de regering aan om een zodanige regeling te treffen dat de positie van de raad van toezicht bij stichtingen een wettelijke verankering krijgt.

22. De commissie beveelt de regering aan om een regeling te treffen voor het geval de raad van toezicht zodanig tekortschiet, dat de organisatie daardoor haar maatschappelijke functie niet naar behoren vervult. Die regeling kan inhouden dat op verzoek van belanghebbenden een voorlopige voorziening wordt getroffen om het vervullen van de maatschappelijke functie van de zorgorganisatie te waarborgen.
23. Bij het externe toezicht staan voorop de vervulling van de maatschappelijke functie en de kwaliteit van de zorg in relatie tot de daaraan bestede middelen. Het externe toezicht op zorginstellingen moet geïntegreerd en in onderlinge samenhang plaatsvinden. De regelgeving met betrekking tot toezicht en controle moet worden vereenvoudigd. De commissie beveelt de regering aan het toezicht op zorgorganisaties zodanig te vereenvoudigen, dat het huidige aantal instanties dat specifiek toezicht houdt op de gezondheidszorg wordt gereduceerd.
24. Het externe toezicht en het interne toezicht dienen complementair te zijn.
25. De raad van bestuur draagt er zorg voor dat de activiteiten van de zorgorganisatie met verschillende doelen en verschillende financiering, bestuurlijk, juridisch, organisatorisch en financieel goed geregeld zijn, inzichtelijk zijn en verantwoord kunnen worden. De raad van bestuur legt hierover verantwoording af aan de raad van toezicht.
26. De raad van bestuur rapporteert regelmatig aan de raad van toezicht over:
- de realisering van de maatschappelijke functie, de strategie inclusief de daaraan verbonden risico's en de mechanismen tot beheersing ervan, de kwaliteit van de zorg en de omgang met ethische vraagstukken;
 - zijn beoordeling van de interne beheersystemen, waaronder de bestuurlijke informatievoorziening, in relatie tot de doelstellingen van de zorgorganisatie.
27. De raad van toezicht bespreekt de jaarstukken, het accountantsverslag en de 'management letter' met de raad van bestuur in aanwezigheid van de accountant.
28. De raad van bestuur biedt openheid over het beleid, de zorgverlening en de prestaties van de zorgorganisatie. De raad van bestuur legt ten aanzien van diegenen die het aangaat verantwoording af, stelt zijn handelen ter discussie en staat open voor de opvattingen van verschillende betrokken belanghebbenden. Informatieverstrekking, verantwoording en beleidsbeïnvloeding worden door de raad van bestuur actief bevorderd.
29. De raad van bestuur bevordert dat hulpverleners niet alleen intern maar ook extern verantwoording (aan cliënten en beroepsgenoten) afleggen over hun handelen.
30. De raad van toezicht legt extern verantwoording af over zijn handelen door verslag te doen van zijn werkzaamheden in het jaarverslag. Hij verschaft daarbij inzicht op welke wijze de zorgorganisatie *health care governance* vormt geeft.