



10 Governance: werken met de gelaagdheid van toezicht op kwaliteit van zorg

Annemiek Stoopendaal en Hester van de Bovenkamp

Inleiding

De Tweede Kamer sprak deze week over falende bestuurders. De Kamerleden kwamen al snel tot de conclusie dat zorgbestuurders aan hun verantwoordelijkheid ontsnappen wanneer het misgaat, zoals bij het Ruwaard van Putten ziekenhuis. Lea Bouwmeester van de PvdA zegt dat toezichthouders, zoals de IGZ, zien dat het misgaat, maar niets kunnen doen.

Bron: Zorgvisie 3, november 2014

Patiëntveiligheid en het bewaken van de kwaliteit van zorg vormen een belangrijke maatschappelijke opgave in de gezondheidszorg. Deze publieke taak is in Nederland vormgegeven in een ‘gelaagd stelsel van governance’ (Van de Bovenkamp e.a., 2014). In dit stelsel is getracht de gezamenlijke verantwoordelijkheid van overheid, management, professionals en burgers vorm te geven. Het verhaal van het Ruwaard van Putten ziekenhuis is een verhaal waarin dit stelsel van governance faalt. Volgens de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OvV 2013) was er in dit ziekenhuis een eilandencultuur waar de bestuurders weinig macht hadden en waar vooral veel over productie en inkomsten gesproken werd. De Raad van Bestuur (RvB) en de Raad van Toezicht (RvT) stonden op te grote afstand en waren met andere onderwerpen dan de kwaliteit en veiligheid van zorg bezig. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft waar mogelijk onderzoek gedaan en ingegrepen, maar dit onderzoek was te weinig op de besturing en het systeem van kwaliteitsbewaking gericht. In deze casus lijken de verschillende lagen in het stelsel van governance los van elkaar te werken. Gelaagdheid heeft hier niet geleid tot een samenhangende en geïntegreerde besturing en toezicht. In dit hoofdstuk gaan we nader in op dit gelaagde governancestelsel.

Wij baseren ons in dit hoofdstuk op verschillende documenten over het toezicht op de kwaliteit van zorg en op (achttien) interviews met ziekenhuisbestuurders, kwaliteitsmanagers, IGZ-inspecteurs, organisatieadviseurs, de

bestuurders van de brancheverenigingen voor zorgbestuurders en voor toezichthouders in de zorg en ambtenaren van VWS. Allereerst exploreren wij de ontwikkeling van de betekenis van governance in beleid en onderzoeken we welke betekenis aan het begrip wordt gegeven door de respondenten. Vervolgens beschrijven we hoe het gelaagde stelsel geconstrueerd is en welke rol incidenten daarbij speelden. Daarna laten we zien hoe met de consequenties van gelaagdheid wordt omgegaan ten aanzien van de veelheid aan indicatoren en actoren, incidenten en risico's en door de interne en externe toezichthouders. Tot slot constateren we dat een nieuwe trend waarin gelaagdheid slimmer gebruikt wordt en gedeelde verantwoordelijkheid de kwaliteit van zorg juist kan versterken.

Betekenis van governance

Governance wordt vaak beschouwd als een soort afgebakend geheel waarvan de betekenis bekend is. Het vraagstuk van governance is weliswaar eeuwen oud, het denken over governance in de Nederlandse zorg is begonnen rond 1990, toen het bestuurlijk model voor zorgorganisaties omgevormd werd naar een Raad van Toezicht-model.

Governance betekent 'sturing', maar is in de loop van de tijd veranderd in een meer dimensioneel begrip: het heeft zowel de betekenis van sturen, controleren en beïnvloeden als van verantwoordelijkheid dragen en daarover verantwoording afleggen. In de zorg vragen publieke, private en professionele belangen allen hun eigen verantwoordelijkheid en deze zouden door middel van governance in balans gehouden worden. De meeste respondenten verstaan onder het begrip governance de interne sturing: het samenspel tussen professionals, RvB, RvT en cliëntenraad. Ook wordt er een ruimere betekenis toegekend aan governance waarin het externe toezicht, met actoren als brancheverenigingen, IGZ, zorgverzekeraars en ministerie, een plaats krijgt. Misschien is governance het best te vertalen als volgt: de bestuurlijke verantwoording van een gedeelde verantwoordelijkheid.

Gelaagde sturing van kwaliteit van zorg

Als we kijken naar de sturing van kwaliteit in de Nederlandse zorg, dan zien we een gelaagd stelsel. Gelaagde stelsels ontstaan door een opeenvolging van staps- en schoksgewijze institutionele veranderingen (Mahoney & Thelen, 2010). Oorspronkelijk was de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de

zorg gebaseerd op zelfregulering door de professionele gemeenschap met instrumenten als medisch onderwijs, *peer review*, klinische richtlijnen, visitatie et cetera. (Klazinga, 1996). Staatsregulering was wel aanwezig maar gelimiteerd. In de loop der tijd zijn er echter andere sturingsmechanismen van de kwaliteit van zorg toegevoegd, waardoor een breed scala aan actoren werd betrokken bij de kwaliteit van zorg. Zo werd er in de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw tijdens de Leidschendam-conferenties gezocht naar consensus tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en overheid om de kosten van de zorg in de hand te houden en de kwaliteit van zorg te verbeteren. Deze conferenties leverden input voor verschillende wetten op het gebied van zorg, waaronder de Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996) waarin zorgbestuurders verantwoordelijk werden voor de kwaliteit van zorg. Aan het begin van deze eeuw werd echter duidelijk dat de implementatie van deze wet te wensen overliet. De onduidelijke invulling van verantwoordelijkheden was voor enkelen reden initiatief te nemen voor de Commissie Health Care Governance, die aanbevelingen voor goed bestuur, toezicht en verantwoording opstelde (1999). Met de introductie van een systeem van gereguleerde marktwerking in 2006 werd het mechanisme van concurrentie aan het zorgstelsel toegevoegd en kregen aanbieders, verzekeraars en patiënten een belangrijke rol om de kwaliteit van zorg te borgen. De introductie van marktwerking ging gepaard met een toegenomen focus op het meten van prestaties: transparantie (Jerak-Zuiderent & Bal, 2011).

Rol van incidenten

De introductie van marktwerking ging mede gepaard met verschillende kwaliteitsincidenten die breed uitgemeten werden in de landelijke media. De cardiologen in het Radboud ziekenhuis, baby Jelmer, neuroloog Jansen-Steur, de brand op de OK van het ziekenhuis in Almelo, de chirurg in Emmen, de microbiologen in het Maasstad ziekenhuis, de problemen tussen IC en longafdeling in de VU. De OvV heeft een aantal van deze incidenten onderzocht en daarbij het falen van de governance blootgelegd.

Alle respondenten refereren minstens eenmaal in het gesprek aan een van deze casussen. Deze incidenten worden door een voormalig inspecteur gezien als achter elkaar geschakelde *wake-up calls* om op een meer systematische manier over governance te gaan nadenken. Het gevolg van de incidenten is volgens de respondenten geweest dat Raden van Bestuur (RvB's) en Raden van Toezicht (RvT's) zich meer bewust werden van hun verantwoordelijk-

heid, en pogingen ondernamen om meer grip te krijgen op de kwaliteit van zorg en daarmee op de zorgprofessionals in hun zorginstelling. De gelaagde context waarin ze opereren geeft hen aan de ene kant instrumenten om deze taak op te pakken, aan de andere kant stelt het hen ook voor nieuwe uitdagingen. We gaan hier nog nader op in.

In navolging van de incidenten zoekt ook de IGZ, als externe toezichthouder, naar mogelijkheden om de rol en verantwoordelijkheid van de interne governance op te nemen in het toezichtkader en wordt daar vanuit verschillende hoeken ook toe aangespoord. In de Staat van de Gezondheidszorg (IGZ 2009) richt de IGZ zich uitdrukkelijk op het minder vrijblijvend sturen en toezicht houden op kwaliteit en veiligheid in de zorg. Daarop is vervolgens het toezichtkader bestuurlijke verantwoordelijkheid (IGZ, 2011) ontwikkeld dat de IGZ handvatten geeft om ook de RvB en de RvT, de interne toezichthouders, te betrekken in hun toezicht.

Omgaan met vele actoren en kwaliteitsinstrumenten

De geschetste ontwikkelingen vormen bronnen van verandering. Bij deze veranderingen worden voorgaande regelingen en de bijbehorende instituties en actoren niet vervangen, zodat 'stapeling' van verschillende sturingsregimes optreedt. Zo ging de invoering van gereguleerde marktwerking in de zorg niet vergezeld van afschaffing van professionele zelfregulering. De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg is daardoor verdeeld over steeds meer actoren die met behulp van verschillende instrumenten trachten grip te krijgen op kwaliteit. Kenmerk van een gelaagd stelsel is dat verschillende actoren en regimes op hetzelfde moment actief zijn. Dit kan problemen opleveren voor actoren, we hebben echter ook gezien dat de gelaagde context mogelijkheden biedt voor RvB's en RvT's om grip te krijgen op de kwaliteit van zorg. Aangezien actoren niet in staat zijn deze gelaagdheid te verminderen, leren zij soms, in meer of mindere mate, strategisch met 'veelheid' om te gaan. Dit betekent dat zij zoeken naar een duidelijke toedeling van de verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg. Wat betreft deze toedeling vertalen de respondenten de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid binnen het ziekenhuis direct door naar de vraag of de RvB *in control* is. De RvT dient vervolgens te controleren of dit inderdaad het geval is. De IGZ op haar beurt checkt of dit interne governancesysteem werkt.

Het transparant maken van de uitkomsten van primaire processen door middel van indicatoren heeft aan de invulling van governance bijgedragen. Het

geeft een eerste inzicht in de kwaliteit van zorg en kan aangrijpingspunten bieden voor bestuurders om controle te krijgen over de kwaliteit van zorg.

Je grijpt door de loop der jaren wel wat eerder in, je kunt het wat eerder in de kiem smoren, dat helpt wel, omdat er meer informatie is. (Bestuurder 5)

Indicatoren en meetsystemen vormen samen een systeem waarmee een abstract beeld van de kwaliteit en veiligheid van zorg wordt verkregen. Dit abstracte beeld wordt vaak het dashboard genoemd. Maar een dashboard vormt niet de gehele werkelijkheid, en kan ook in zichzelf weer voor risico's zorgen.

Een van de respondenten verwoordt dat als volgt:

Ik dacht: als ik zo'n dashboard in mijn auto zou hebben, zou ik niet eens meer kunnen rijden. (Adviseur 3)

Door de gelaagdheid is er een veelheid aan instrumenten in omloop; verzekeraars hebben indicatoren, professionele organisaties visitaties, accreditatie organisaties audits, patiëntenorganisaties indicatoren en *rankings* en ziekenhuizen zelf hebben hun eigen audits, veiligheidssystemen en tevredenheidsonderzoeken.

Er wordt dan ook veel geklaagd door de instellingen over toezichtlast en over de verschillende partijen waartoe zij zich moeten verhouden. Soms zijn die partijen machtig en veeleisend, zelfs kosten opdrijvend:

Toen kregen we in april of mei van Zorgverzekeraars Nederland zo'n pakket extra dingen, en een week daarna van individuele zorgverzekeraars. Dan moest je dus met terugwerkende kracht over het hele voorgaande kalenderjaar gegevens gaan aanleveren die net een andere definitie hadden dan wat we aan de inspectie aanleverden. Toen heb ik laten uitzoeken hoeveel energie dit kostte, en dan had ik één keer voor een aparte zorgverzekeraar twee mensen zes weken moeten vrij roosteren. (Bestuurder 3)

Deze versnippering van initiatieven veroorzaakt aan de ene kant een bureaucratische overbelasting. Aan de andere kant worden de instrumenten en de druk vanuit andere actoren door zorgbestuurders ook strategisch ingezet om hun rol te spelen. De informatie uit de kwaliteit instrumenten geeft bestuurders middelen om greep te krijgen op beroepsbeoefenaren en om te gaan met mogelijke kwaliteitsproblemen. Zo zien we dat bijvoorbeeld ranglijstjes uit de pers intern kunnen worden gebruikt om de professionals aan te sturen (Quartz e.a., 2013). Als strategie om met deze veelheid om te gaan leggen bestuurders soms een aantal van de gevraagde indicatoren naast zich neer en

kiezen, vaak in overleg met de IGZ, specifieke indicatoren om aan te werken. Blume e.a. (2013) gebruiken de term ‘beredeneerd gedogen’ om deze strategie te beschrijven. Dat betekent dat het ziekenhuisbestuur tien thema’s uitkiest en een systematische prioritering maakt in onderwerpen. Op die manier kan het ziekenhuisbestuur sturen op de hoogste en belangrijkste risico’s.

Omgaan met incidenten

De incidenten in de zorg die de landelijke pers halen alsmede de maatschappelijke ‘onthutsing’ lijken te zijn toegenomen. Dat maakt dat de incidenten worden gepolitiseerd.

De minister wordt bij elk probleem in de patiëntenzorg naar de kamer geroepen. (Bestuurder 1)

Politisering geeft vaak een regelreflex waarbij weer nieuwe regels worden ingevoerd, gestapeld, om toekomstige incidenten te voorkomen. Echter, incidenten bieden ook inzicht, andere zorginstellingen kunnen leren van de openbaar gemaakte incidenten en ze gebruiken om hun eigen interne toezicht anders en beter in te richten. Het incident wordt dan omgezet in een mogelijk risico en vervolgens wordt een risicoinschatting voor de eigen zorginstelling gedaan. Te veel focus op incidenten kan een gesloten sfeer creëren waardoor er meer verborgen gehouden wordt en minder gemeld wordt. Bewezen is dat een gesloten cultuur de veiligheid verslechtert. Deze kennis wordt echter niet naar macroniveau geaggregeerd. Op landelijk niveau wordt door het politiseren vaak gezocht naar schuldigen, iets dat de algehele veiligheidscultuur niet ten goede komt.

Opeenvolgende incidenten geven aanleiding een meer proactieve richting in te slaan waarbij vooral risicoreductie centraal komt te staan. Proactief risicomanagement is iets waar een toenemend aantal zorgorganisaties mee bezig is. Een bestuurder uit zo’n organisatie geeft aan dat het melden van incidenten en *near incidents* de eerste stap is geweest. Inzicht in meldingen geeft het management meer mogelijkheden met zorgprofessionals over kwaliteit van zorg te kunnen spreken en problemen ‘in de kiem te kunnen smoren’. Zorgbestuurders zoeken naar mogelijkheden alle informatie in een systeem te integreren:

We zouden toch iets moeten doen aan het integreren. Veel meer dan risk management er in verwerken, zodat je ook in staat bent om niet alleen terug te kijken, maar ook vooruit te kijken. (Bestuurder 2)

Een geïntegreerd risicomanagementsysteem is eigenlijk de kern van het besturen van een zorgorganisatie en vormt daarmee volgens de respondenten ook de kern van governance:

Zo zie je dus dat we niet alleen de VIM-melding gebruiken, want dat is ook achteraf vaststellen wat er niet goed gegaan is. Zo gebruiken we klachten om een beeld te krijgen. We gebruiken bevindingen uit dossieronderzoek, van overleden patiënten, daar kun je soms ook uit leren. Wat anders had gekund of had moeten. Dus die verzamelen we ook. We kijken ook naar de best practice, op een aantal VMS-thema's, want als je ver bent in de doorvoering van je best practice, dan loop je minder risico op schade. En dat totaal bepaalt uiteindelijk de kans die je inschat dat een incident zich zal voordoen, of een risico zich zal voordoen, en de impact die het heeft. Dan heb je in feite de kern van ons risicomanagementsysteem. (Bestuurder 2)

Naast het onderkennen en verkleinen van risico's is het voor hoog risicovolle bedrijven als zorginstellingen belangrijk risico's systematisch te prioriteren. De meeste respondenten geven echter aan dat verwachtingen getemperd moeten worden, omdat zorg verlenen zonder risico's te nemen onmogelijk is.

Omgaan met de 'lagen' intern en extern toezicht

Extern en intern toezicht vullen elkaar aan, zo is de verwachting: als het interne toezicht faalt komt het externe toezicht in beeld, als communicerende vaten. De respondenten zijn echter niet van mening dat dit ook werkelijk zo werkt. RvT's hebben steeds meer oog voor de kwaliteit van zorg, maar volgens de respondenten is het nog wel een zoektocht deze rol op een goede manier in te vullen.

Ze willen dat er een vast agendapunt van gemaakt wordt, ja daar gaan ze meer op letten. Soms is er een kwaliteitscommissie. (Bestuurder 1)

Nu de RvB's en de RvT's meer invulling geven aan het sturen op kwaliteit en veiligheid, zal de IGZ zich daartoe moeten verhouden. Een van de respondenten geeft aan dat de IGZ nooit de verantwoordelijkheid van het veld mag overnemen. Sommige zorgorganisaties hebben de samenhang tussen intern en extern toezicht concreet in een ontmoeting geregeld:

We hebben overigens wel een paar jaar geleden ingevoerd, dat als de inspecteur langskomt in het jaargesprek, we de kwaliteit en veiligheid bespreken, maar dan zit er altijd een lid van de Raad van Toezicht bij. We waren het eerste ziekenhuis in Nederland dat dit deed. (Bestuurder 3)

Anderen bespreken alle contacten die er met de IGZ zijn in de eigen kwaliteitscommissie. In sommige zorgorganisaties loopt de RvT mee in de interne audits of is de RvT zelf ook onderwerp van een audit. Zorgorganisaties die hun kwaliteitssystemen en risicomanagement goed op orde hebben, hebben dit meestal in directe samenwerking met hun interne toezichthouders gedaan. Van de kant van de IGZ echter wordt er met het aanspreken van de RvT prudent omgegaan. RvB's en RvT's zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg in hun instelling, waarbij zij zorgdragen voor passende procedures en cultuur. De veronderstelling is dat als zorginstellingen deze verantwoordelijkheid op zich nemen en daadwerkelijk waarmaken, het externe toezicht beperkt zou kunnen worden tot toezicht op het door de zorgorganisatie zelf opgezette 'systeem' om kwaliteit en veiligheid te borgen en risico's te beheersen. Deze manier van inspecteren wordt Systeem Toezicht (ST) genoemd. De IGZ heeft recentelijk geëxperimenteerd met deze nieuwe vorm van inspectie (Stoopendaal e.a., 2014). ST maakt 'inspectiemaatwerk' mogelijk en toevoeging aan de toezichtmethoden van de IGZ is gezien de doorontwikkeling van de kwaliteitssystemen in zorgorganisaties een logische stap. Het past in de huidige beleidscultuur om de verantwoordelijkheid voor verantwoorde zorg bij de sector zelf te leggen en het sluit juridisch aan bij de Kwaliteitswet.

Conclusie

De gelaagdheid van toezicht op de kwaliteit van zorg heeft niet, zoals vaak gesteld wordt, alleen maar nadelen. Het is niet alleen duidelijker geworden wat governance is: een gedeelde verantwoordelijkheid en verantwoording. Ook hoe governance tot stand komt heeft zich op grond van de gelaagdheid voor betrokken actoren uitgekristalliseerd. Het gelaagde toezicht heeft geleid tot een 'instrumentalisering van governance'. Na de totstandkoming van dit uitgebreide instrumentarium wordt nu, mede op grond van de analyse van meerdere incidenten, een volgende stap in de ontwikkeling van governance zichtbaar: het beredeneerd keuzes maken om te komen tot een eigen geïntegreerd en prospectief kwaliteitsmanagement. Wanneer zorgorganisaties expliciet aantonen dat zijzelf, door middel van intern toezicht, de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van de zorg dragen op een manier die recht doet aan de complexiteit van zorg en die de diepgaande praktijkkennis van professionals tot zijn recht laat komen, kunnen externe toezichthouders hun inspectiemethoden aanpassen. Deze nieuwe stap in de ontwikkeling van governance leidt mogelijk tot een situatie waarin gelaagdheid niet alleen

wordt begrepen, maar ook slim wordt gebruikt door alle betrokken actoren. Zorgbestuurders kunnen dan niet aan hun verantwoordelijkheid voorbijgaan en interne en externe toezichthouders ook niet. Op deze manier vormt het gelaagde systeem juist een kans en kan het leiden tot een passende, samenhangende en geïntegreerde besturing en toezicht en daarmee is het publieke belang beter geborgd.

Literatuur

- Bal, R. & Zuiderent-Jerak, T. (2011). The practice of markets. Are we drinking from the same glass? In: *Health Economics, Policy and Law*, 6, pp. 139-145.
- Blume, L., Weert, N. van & Kerkkamp, H. (2013). *Ruim twaalfhonderd richtlijnen is te veel*. In: *Medisch Contact*, 10 – 06: pp. 546-547
- Bovenkamp, H.M. van de, Mul, M. de, Quartz, J., Weggelaar-Jansen, A.M. & Bal, R. (2014). Institutional Layering in Governing Healthcare Quality. In: *Public Administration*, 92, pp. 208-233.
- Commissie Health Care Governance (1999). *Aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording in de Nederlandse Gezondheidszorg*. Soesterberg.
- IGZ (2009). De vrijblijvendheid voorbij. Sturen en toezichthouden op kwaliteit. In: *Staat van de Gezondheidszorg (SGZ)*, 2009. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- IGZ (2011). *Toetsingskader Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Jerak-Zuiderent, S. & Bal, R. (2011). Locating the worths of performance indicators. Performing transparencies and accountabilities. In: *Health Care in The Mutual Construction of Statistics and Society*, edited by Rudinow Sætnan, A., Mork Lomell, H., & Hammer, S. London: Routledge.
- Klazinga, N.S. (1996). *Quality Management of Medical Specialist Care in the Netherlands: an explorative study of its nature and development*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Mahoney, J. & Thelen, K. (2010). A Theory of Gradual Institutional Change. In: *Explaining Institutional Change*, Mahoney, J. & Thelen, K. (eds). Cambridge: Cambridge University Press.
- Onderzoeksraad voor Veiligheid (OvV) (2013). *Rapport Kwetsbare zorg: patstelling in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis*.
- Quartz, J., Wallenburg, I. & Bal, R. (2013). *The performativity of rankings. On the organizational effects of hospital league tables*. Rotterdam: iBMG.
- Stoopendaal, A., Bree, M. de, Keuter, F. & Robben, P. (2014). Systeem Toezicht in de Nederlandse gezondheidszorg. Een experimentele innovatie van toezicht. In: *Tijdschrift voor Toezicht*, 2.

