

Toezicht speerpunt van bel

De aandacht voor kwaliteit en veiligheid van de Nederlandse ziekenhuizen is de afgelopen tien jaar enorm toegenomen. In het algemeen kan gesteld worden dat de tolerantie voor onveilige en minder goede zorg sterk is afgenomen. Dat past in een algemene maatschappelijke trend waarin risico's nadrukkelijker in beeld worden gebracht en daarna ook nadrukkelijk verminderd moeten worden.

Voorbeelden te over: de Bijlmerramp, de legionella-uitbraak, de vuurwerkcramp, de oudejaarsramp en de Schipholbrand. Maar ook de zorgsector heeft zijn eigen ikonen van onveiligheid, zoals de Twenteborgbrand, de Radboudaffaire, het IJsselmeerziekenhuizendrama, en de onbekwame neuroloog in het MST.

Externe spanningsbronnen

Veiligheidsproblemen worden in toenemende mate zichtbaar en dus tot een moreel en juridisch vraagstuk, waarvoor bestuurlijke en toezichthoudende aandacht moet bestaan. Kwaliteit en veiligheid van zorg hoort een centraal onderdeel te zijn van het functioneren van de organisatie. Indien veiligheidsproblemen zich voordoen, kunnen ze tot een grote reputatieschade leiden, waarmee het voortbestaan van de organisatie in het geding kan komen. Ook ziekenhuizen die zelf naar buiten kwamen met veiligheidsproblemen bleken niet immuun voor imagoschade.

Deze twee externe spanningsbronnen moeten we plaatsen in een evenmin stabiel krachtenveld binnen de ziekenhuizen. Dit getuigt het advies van de RvZ en de recente Governancebrief van de minister van VWS (Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning, 9 juli 2009). Met het toenemen van de bedrijfsrisico's doet zich in de ziekenhuizen een geleidelijke verandering in het interne toezicht voor. Die verandering is door Meurs en Schraven omschreven als de overgang van ontluikend, via gereguleerd, naar inhoudelijk resultaatgericht toezicht. De eerste twee fasen zijn inmiddels in de ziekenhuizen wel doorlopen, de derde fase is volop in ontwikkeling (Meurs en Schraven, 2002).

► Het toezicht op kwaliteit en veiligheid in een Nederlands ziekenhuis heeft dus te maken met twee spanningsbronnen (veiligheid is een bron van een positieve reputatie, maar tevens een groot risico wanneer zich problemen blijken voor te doen) en met twee interne vraagstukken (de ontwikkeling van de interne besturing van zorginhoudelijke resultaten en de relatie tussen bestuur en toezichthouder). Binnen die context moet een Raad van Toezicht

zich afvragen of, en zo ja, hoe kwaliteit en veiligheid van zorg binnen de organisatie worden bestuurd. Die vraag is momenteel buitengewoon pregnant aangezien er sprake is van een explosief mengsel: het snel toenemende inzicht in de kwaliteit van zorg, in combinatie met een zero tolerance normstelling, terwijl de snelheid om binnen zorginstellingen daarin verbetering aan te brengen begrensd is. Dat impliceert dat de komende jaren zorginstellingen - en hun toezichthouders - kwetsbaar zijn. Dat dit leidt tot aanzienlijke risico's ten aanzien van reputatie- en bedrijfseconomische schade is inmiddels genoegzaam duidelijk.

Wet- en regelgeving

Uiteraard kan een schets van het toezichtssysteem waarbij een koppeling tussen het interne en het externe toezicht doelstelling is, niet zonder de ophangpunten in de wet- en regelgeving. De volgende punten zijn de belangrijkste:

1. Wet Toelating Zorginstellingen

Binnen de WTZI en het uitvoeringsbesluit WTZI (artikel 6.1.) worden de voorwaarden geformuleerd waaraan een instelling dient te voldoen alvorens een vergunning te krijgen. Binnen dat kader is de governancestructuur van de instelling vastgelegd. Daarbij speelt in ieder geval een belangrijke rol hoe er toezicht wordt uitgeoefend op het functioneren van de Raad van Bestuur van de instelling. Over het toezicht op kwaliteit en veiligheid in de instelling worden geen specifieke eisen gesteld in het kader van de WTZI.

2. Kwaliteitswet

De kwaliteitswet legt de eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg van de instelling neer bij het bestuur van die instelling. Dat geldt ook voor de zorg verleend door individuele beroepsbeoefenaren, aangezien de instelling aangesproken kan worden indien die zorg niet aan de daaraan te stellen eisen voldoet. De instelling moet voorzieningen treffen voor het verstrekken van verantwoorde zorg. Systematische bewaking en verbetering van de kwaliteit dient plaats te vinden, onder andere door het registreren,



Rob Dillmann

toetsen en evalueren van de geleverde zorg. De cliëntenraad dient bij het kwaliteits- en veiligheidsbeleid betrokken te worden, en er dient minimaal jaarlijks verslag gelegd te worden van de geleverde prestaties. Tevens dient de instelling calamiteiten, suïcides en gevallen van kindermishandeling en seksueel misbruik te melden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

3. Wet BIG

De Wet BIG formuleert de eisen waaraan individuele zorgverleners dienen te voldoen, onder meer ten aanzien van de opleiding, de registratie en de herregistratie. Tevens regelt de Wet BIG het tuchtrecht, waar als toetsingskader de voor de beroepsgroep geldende normen gelden. Bij de formulering daarvan hebben de professionele beroepsorganisaties (wetenschappelijke verenigingen, KNMG) een belangrijke rol. Afgezien van de eigen verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de individuele beroepsbeoefenaar, geldt dat de instelling verantwoordelijk is voor de naleving van hetgeen in de Wet BIG is geformuleerd ten aanzien van de individuele professional. Binnen de context van het ziekenhuis is er een belangrijke rol weggelegd voor de vereniging medische staf, die veelal een kwaliteitsreglement heeft opgesteld. In dit verband zijn ook specifieke regelingen meer in zwang geraakt, zoals regelingen omtrent calamiteiten, omtrent disfunctioneren, en omtrent de feedback op het individuele functioneren middels systemen die door de beroepsverenigingen mede zijn ontwikkeld, zoals het IFMS (Individueel Functioneren Medisch Specialisten).

4. IGZ

Op basis van artikel 36 van de gezondheidswet heeft de IGZ de taak om onderzoek te verrichten naar de staat van de volksgezondheid, maar in deze context relevanter ook om toezicht te houden op de naleving van de wetgeving en de opsporing van overtredingen daarvan. Deze taak is beperkt tot die wettelijke voorschriften waarin deze taak ook aan de IGZ is opgedragen. Daarbij dient uiteraard de Algemene Wet Bestuursrecht door de IGZ in acht genomen te worden. Bij haar taak kan de IGZ inzage vorderen in zakelijke gegevens, alsmede in patiëntendossiers.

De feitelijke uitvoering van het beleid van de IGZ heeft in ieder geval als componenten: verschaffen van informatie middels het kwaliteitsjaarverslag, middels de IGZ, VMS en ZZ indicatoren, middels thematisch toezicht (bijvoorbeeld ten aanzien van het operatief proces en de intensive care), het melden van calamiteiten en het jaargesprek met de inspecteur die het ziekenhuis is toegewezen. Uit de fact

sheet ziekenhuizen blijkt dat de ziekenhuizen jaarlijks met 38 (!) inspectiebezoeken te maken hebben, waarvan er 26 voor rekening komen van de rijksinspecties. Het gaat hierbij om inspecties door de IGZ zoals boven omschreven, maar ook inspecties in het kader van de brandveiligheid en het naleven van de bouwvergunning. Maar ook de voedsel- en warenautoriteit, of het toezicht in het kader van de kernenergiewet zijn actief in de ziekenhuizen.

5. NIAZ, SHKZ, GMP, Medirisk, CCKL

Sinds midden jaren negentig wordt er op heel veel vlakken gewerkt aan kwaliteitssystemen in de Nederlandse ziekenhuizen. NIAZ, SHKZ, GMP, CCKL zijn daarbij enkele van de belangrijkste certificeringssystemen die in gebruik zijn. Aanvankelijk zijn zij sterk procesmatig en procedureel gericht geweest, ook bij ontstentenis van informatie over de uitkomsten van zorg.

Uit de fact sheet ziekenhuizen blijkt dat de ziekenhuizen jaarlijks met 38 inspectiebezoeken te maken hebben

Desalniettemin geven de betreffende certificatie-trajecten bijzonder veel inzicht in het functioneren van de organisatie. Van verzekeraar Medirisk – een onderlinge aansprakelijkheidsverzekeraar met een sterk ontwikkeld schadepreventiebeleid – kan zeker ook gezegd worden dat de risicoanalyses een belangrijke positieve bijdrage leveren aan de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Het VeiligheidsManagementSysteem (VMS), dat alle ziekenhuizen in 2012 geïmplementeerd moeten hebben, maakt inmiddels ook deel uit van het certificeringsbeleid van het NIAZ.

6. VMS (NEN NTA 8009:2007)

In 2007 is door het NNI de norm inzake het veiligheidsmanagementsysteem van ziekenhuizen vastgesteld, gekoppeld aan de verplichting om vanaf 1 januari 2008 een VMS in te voeren. Op 1 januari 2012 zou het VMS dan integraal gereed moeten zijn. De invoering is verder gekoppeld aan het landelijke programma 'Voorkom schade, werk veilig'. Dat programma behelst naast het VMS ook het realiseren van

Rolvervaging en rolverwarring voor Raad van Bestuur en Raad van Toezicht dient te worden voorkomen

een tiental best practices op het gebied van patiëntveiligheid en het verminderen van vermijdbare ziekenhuismortaliteit met 50 procent in vijf jaar (de schattingen zijn dat ongeveer 2,3 procent van de opnames en 1735 van de sterfgevallen in 2004 potentieel vermijdbaar waren; Nivel/Emgo, 2007).

Toeziht en bestuur

Is de Raad van Bestuur eindverantwoordelijk voor het functioneren van de organisatie? De Raad van Toezicht houdt toezicht op het vormgeven daarvan, dient belangrijke besluiten van de Raad van Bestuur goed te keuren en fungeert als adviseur en als werkgever van de Raad van Bestuur. De relatie tussen Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur is niet alleen bijzonder, ze is ook aan verandering onderhevig. De gezondheidszorg is momenteel verwickeld in een ingrijpend veranderingsproces, zodat het ingewikkelder is geworden om een zorgorganisatie te besturen. Belangrijke veranderingen treden op onder andere op het gebied van de financiering, de marktpositie, de juridische structuren en de zorgprocessen.

Belangrijke vragen zijn:

- ▶ Is de informatievoorziening door de RvB goed geregeld?
- ▶ Wordt de RvT door de RvB tijdig geïnformeerd over voorgenomen beleid?
- ▶ Legt de RvB besluiten die goedkeuring behoeven tijdig en inhoudelijk voldoende gemotiveerd voor?
- ▶ Heeft de RvT een duidelijke visie op de wijze waarop hij toezicht wil houden?
- ▶ Heeft de RvB een duidelijke visie over de waarde en betekenis van de RvT voor de organisatie?
- ▶ Stelt de RvT de goede vragen en geeft hij goede adviezen, en omgekeerd geeft de RvB de goede antwoorden en vraagt hij advies?

Uiteraard zijn deze vragen vooral ook ingebed in de relatie tussen Raad van Bestuur en Raad van Toezicht. Daarin zit natuurlijk een gezonde spanning. Immers een Raad van Bestuur is aangesteld om de klus te klaren, is geselecteerd op kennis en ervaring en heeft dientengevolge veelal een behoorlijk netwerk dat kan worden aangeboord bij ingewikkelde kwesties. De Raad van Toezicht zal – zeker nu de context van zorgorganisaties snel verandert – een goed beeld willen hebben van het beleid en de uitvoering ervan door de Raad van Bestuur, zonder de verantwoordelijkheid van die raad over te willen nemen. In die context kan het vragen van advies door de Raad van Bestuur aan de Raad van Toezicht,

die niet alleen adviseur maar ook werkgever is, ook al of niet vermeende problemen met zich meebrengen. Dat kan het geval zijn wanneer de Raad van Toezicht aanleiding zou zien om niet alleen te adviseren, maar ook de verantwoordelijkheid over te nemen en de bestuurlijke ruimte te beperken. Daarmee zou de Raad van Toezicht immers direct verantwoordelijk en aansprakelijk worden voor het uiteindelijk gevoerde beleid. Dit pleit natuurlijk niet tegen de adviesrol van de Raad van Toezicht, die juist kan opbloeien wanneer deze spanning wordt geëxpliciteerd.

Dat bestuurders en toezichthouders in toenemende mate aansprakelijk kunnen worden gesteld voor de gevolgen van het gevoerde beleid, verscherpt de bovengenoemde vraagstellingen uiteraard.

De gezondheidszorg is momenteel verwickeld in een ingrijpend veranderingsproces

Dat is in het algemeen vooral een reden om zowel de rol van de Raad van Bestuur als die van de Raad van Toezicht kwalitatief goed te vervullen. Rolvervaging of rolverwarring dient juist dan voorkomen te worden.

Van belang voor het interne toezicht, zoals uitgeoefend door de Raad van Toezicht, is de relatie met het externe toezicht zoals hierboven geschetst. Enerzijds omdat het externe toezicht (en de IGZ als belangrijkste exponent ervan in het kader van dit artikel) informatie verzamelt die ook voor de taak van de Raad van Toezicht relevant is, anderzijds vanwege de risico's die verbonden zijn met de veranderende taakvervulling door de IGZ. De Raad van Toezicht dient zich dus ervan te vergewissen wat de externe toezichthouder ergens van vindt, maar dient er tevens op te letten dat de besturing van de organisatie zodanig is dat eventuele problemen kunnen worden voorkomen.

Organisatie toezicht op kwaliteit en veiligheid

Eigenlijk is dit vraagstuk niet nieuw, het is echter tot nog toe slechts uitgewerkt op het gebied van het financieel functioneren van de zorgorganisatie. Voor de zorgprestaties is dat in veel mindere mate het geval, en is er veel in ontwikkeling, maar nog weinig helemaal uitgekristalliseerd. Want in de kern van de zaak is het natuurlijk zo dat waarover

geen informatie verzameld wordt, en wat niet op basis van die informatie bestuurd wordt, daarop kan geen toezicht gehouden worden. Dat betekent dat de toezichtsvraag zich toespitst op twee aspecten: welk besturingssysteem is er voorhanden voor kwaliteit en veiligheid, en welke resultaten worden daarmee geboekt? Door de vraag op deze manier te formuleren, wordt in eerste instantie al een toespitsing gehanteerd van de rol van de Raad van Toezicht. Voor deze raad zijn deze twee vragen essentieel:

1. (hoe) wordt dit wezenlijke onderdeel van de zorgorganisatie bestuurd;
2. (hoe) wordt er gerapporteerd over de resultaten, en hoe wordt daarop bijgestuurd.

De interne organisatie van kwaliteit en veiligheid is dus allesbehalve een vrijblijvende aangelegenheid. In het algemeen zijn daarvan de volgende elementen belangrijk:

- ▶ Is er een expliciet organisatiebreed kwaliteit en veiligheidsbeleid?
- ▶ Hoe staat het met certificeringstrajecten in de organisatie (NIAZ, SHKZ, GMP, CCKL)?
- ▶ Wat is de inhoud van de riskmanagement-audits door de aanspreekelijkheidsverzekeraar, zoals Medirisk en Centramed?
- ▶ Welke elementen van het VMS functioneren reeds en wat zijn de mijlpalen bij de verdere ontwikkeling ervan?
- ▶ Wordt dat beleid door centrale stafafdelingen adequaat ondersteund?
- ▶ Is de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid op het niveau van de relevante organisatorische eenheden geëxpliciteerd?
- ▶ Zijn stafbestuur en medisch specialisten daarbij expliciet betrokken?
- ▶ Wordt in de besturingssystemen van de organisatie stilgestaan bij de zorgprestaties, bijvoorbeeld binnen ondernemingsplannen, balanced score card, managementinformatie, systemen van prestatiebeloning (groepsgewijs en individueel)?
- ▶ Is de zorgorganisatie ingericht op het voorkomen van problemen – liever gezegd: op het realiseren van een adequaat kwaliteitsniveau
- ▶ Is er in de werkorganisatie inzicht in het werkprogramma van de IGZ, in de resultaten van de IGZ-inspecties voor het ziekenhuis en op de activiteiten ter verbetering van de performance zoals door de IGZ gedefinieerd?

In het algemeen kan worden gesteld dat in het besturingssysteem een afweging tussen de verschillende organisatie-

doelen van belang is. Dat betekent dat een model waarbij resultaatverantwoordelijke eenheden als units en divisies worden gedefinieerd de meeste kans biedt. En aangezien de zorginhoudelijke prestaties steeds meer centraal komen te staan, betekent dit dat de professionals die dat aspect van de organisatie kunnen overzien en kunnen beïnvloeden steeds meer in het centrum van de besturing komen te staan (clinical line management) (Bury et al, 2008).

Welk besturingssysteem is er voorhanden voor kwaliteit en veiligheid, en welke resultaten worden daarmee geboekt?

Nu we meer en meer de doelen van een zorgorganisatie definiëren in termen van de toegevoegde waarde van zorg per uitgegeven euro (zie Porter en Olmsted Teisberg, 2006) is het onontkoombaar dat we die samenhang ook aanbrengen op het wezenlijke besturingsniveau van de organisatie. Allerwegen leidt dat tot een besturing op het niveau van zorginhoudelijk herkenbare eenheden: de vakgroep of de discipline verbonden in een maatschap. Voor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden zal dit model ook in toenemende mate relevantie gaan krijgen. Binnen die organisatorische eenheden heeft de medisch specialist de doorslaggevende rol. Naast de meer systemische vragen dient er ook aandacht te zijn voor de concrete resultaten. Daarvoor lenen zich verschillende elementen, waarbij vooral de resultaten op de verschillende zorginhoudelijke prestatieindicatoren van de IGZ (straks zich uitstrekkend tot tachtig ziektebeelden van het project Zichtbare Zorg) een rol spelen. Meer in het bijzonder gaat het dan om generieke aspecten, zoals de decubitusprevalentie en de acute pijnscores, en de specialisme specifieke resultaten, zoals de sterfte na het myocardinfarct. Daarbij dienen we ons wel te realiseren dat het verzamelen, analyseren en interpreteren van deze gegevens nog in de kinderschoenen staat.

Informatievoorziening en toezicht

Op basis van het bovenstaande moet uiteraard de informatievoorziening van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht worden toegesneden. Daarbij is naast informatie

5.1. Systeeminformatie Intern

- 5.1.1. Functioneren Veiligheidsmanagementsysteem
 - VIM/MIP/FONA
- 5.1.2. Functioneren P&C cyclus met inbegrip van K&V informatie
- 5.1.3. Besturingsmodel organisatie
- 5.1.4. Managementinformatie

5.2. Patienten/clienten

- 5.2.1. Patienttevredenheid, cq index
- 5.2.2. Klachtafhandeling
- 5.2.3. Clientenraad

5.3. Systeeminformatie extern

- 5.3.1. IGZ
- 5.3.2. Certificeringssystemen
- 5.3.3. Risicoanalyses schadeverzekeraar

5.4. Kwaliteitsbeleid medische staf

- 5.4.1. IFMS
- 5.4.2. Reglementen
- 5.4.3. Complicatieregistratie

5.5. Informatie over zorgprocessen

- 5.5.1. organisatiebreed
 - logistiek
 - medicatieveiligheid
 - infectiepreventiebeleid
 - bloedtransfusiebeleid

5.5.2. aandoeningsspecifiek

- 5.5.3. medische apparatuur
- 5.5.4. managementinformatie

5.6. Informatie over uitkomsten van zorg

- 5.6.1. organisatiebreed (o.a. Standardized Hospital Mortality Rates)
- 5.6.2. aandoeningsspecifiek (o.a. Standardized Mortality Rates)
- 5.6.3. managementinformatie

5.7. Informatie over specifieke problemen

- 5.7.1. calamiteiten
- 5.7.2. tuchtrechtprocedures
- 5.7.3. functioneringsproblemen
 - maatschappen
 - medisch specialisten
 - organisatieonderdelen

5.8. Kwaliteitseisen professionals

- 5.8.1. BIG registratievereisten
- 5.8.2. Erkende opleidingen
- 5.8.3. Voorbehouden handelingen
- 5.8.4. Opleidingsbeleid

over de zorgorganisatie ook benchmark-informatie gewenst om de inhoud van de informatie te kunnen interpreteren. De acht categorieën informatie met betrekking tot kwaliteit en patientveiligheid zijn daarbij te onderscheiden (zie figuur en kader). Deze punten kunnen met een gericht aantal vragen worden geoperationaliseerd (zie tabel). Hier is de checklist kwaliteit van zorg uit de Toolkit van de NVTZ als vertrekpunt gebruikt. Specifiek aandachtspunt is de wijze waarop deze informatie wordt gepresenteerd. Het heeft weinig zin om een Raad van Toezicht ongestructureerd te bedelven onder deze informatie. Dat betekent dat een presentatie in de vorm van een – in dit geval achtassig – diagram goede diensten zou kunnen bewijzen. Als voorbeeld kan hier gelden het Health Control Web van PWC, dat voor de financiële kant van de organisatie gebruikt wordt. Zeker

wanneer de IGZ ertoe bewogen zou kunnen worden om een congruent diagram te gebruiken bij de voorbereiding en het voeren van de jaargesprekken. Daarmee zou de IGZ de taak op zich kunnen nemen om benchmark-informatie te genereren op dit niveau. Het interne toezicht van de Raad van Toezicht kan daarop dan voortreffelijk aansluiten. Aparte aandacht vergen de frequentie van de informatievoorziening en het abstractieniveau. In het ideale geval worden jaarlijks de prestaties besproken van de organisatie zoals weergegeven op de acht assen, gekoppeld aan de benchmark zoals door de IGZ opgesteld. Per aandachtsgebied kan de Raad van Toezicht - of een speciale commissie - specifiekere informatie krijgen en bespreken. Ieder van de acht terreinen wordt dan minstens één maal per jaar specifiek uitgelicht. In de voortgangsrapportage van de Raad van

Bestuur kan dan bij significante veranderingen op ieder van de terreinen worden ingegaan. Of een speciale RVT-commissie, vergelijkbaar met de financial audit-commissie, hierbij zinvolle diensten kan bieden, zal de tijd moeten leren. Gelet op de ontwikkelingsfase van dit type beleid – en de onmogelijkheid om al deze aspecten binnen de gehele Raad van Toezicht aan de orde te stellen – is het vermoedelijk zinvol om een dergelijke commissie in te stellen. Een van de eerste taken van die commissie zou kunnen zijn op welke wijze de gehele Raad van Toezicht bij dit essentiële beleidsonderdeel betrokken zal worden. De integrale verantwoordelijkheid van de Raad van Toezicht blijft immers onverlet, ook wanneer een dergelijke commissie wordt ingesteld.

Interessant punt in dit verband is of de Raad van Toezicht zelf audits in het ziekenhuis zou moeten uitvoeren. Dit kan een voordeel bieden omdat de Raad van Toezicht dan niet uitsluitend via de Raad van Bestuur wordt geïnformeerd. Direct contact met medisch specialisten en andere medewerkers van het ziekenhuis biedt uiteraard meer inzicht in de gang van zaken. Of de Raad van Toezicht echter in staat zal zijn om zinvolle audits uit te voeren is echter de vraag. Het doen van een audit vergt veelal specifieke kennis van het te auditten proces. De audit zal in de praktijk altijd aangekondigd, en dus intern goed voorbereid zijn, zodat een gunstig resultaat wellicht schijnzekerheid oproept. Verder is een dergelijke rol van de Raad van Toezicht minstens verwarrend: welke verantwoordelijkheid neemt de Raad van Toezicht dan eigenlijk op zich?

Conclusies en aanbevelingen

De ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit en veiligheid in de ziekenhuisorganisaties gaan snel. Zo mogelijk sneller nog, nemen de politieke en maatschappelijke verwachtingen over de veiligheid in ziekenhuizen toe. Dat spanningsveld is in zichzelf een risico voor de organisatie en dus een uitdaging voor het interne toezicht.

Belangrijk daarbij is dat het besturen van veiligheid en kwaliteit geen geïsoleerd aspect in de organisatie mag zijn, maar integraal onderdeel moet zijn van het besturingsmodel van de organisatie. Resultaatverantwoordelijkheid en betrokkenheid van medisch specialisten op de relevante besturingsniveaus zijn daarbij doorslaggevend.

Het interne toezicht van de Raad van Toezicht en het externe toezicht door de IGZ en andere inspecties is momenteel slecht op elkaar aangesloten. Dit komt deels door de snelheid van de ontwikkelingen van de laatste jaren, maar ook door het ontbreken van een inhoudelijk model en daarop gebaseerde benchmark-informatie op basis waarvan intern

en extern toezicht elkaar kunnen vinden en hun complementaire rol kunnen uitoefenen.

Voor een dergelijk model zijn wel voorbeelden te vinden in de sfeer van de accountancy. Hiermee zouden zowel IGZ, als de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht zich snel moeten kunnen oriënteren op de stand van zaken binnen de organisatie, waarna ieder zich met respect voor de verschillende rollen van de betrokkenen zijn verantwoordelijkheid kan nemen. ●

Rob Dillmann is voorzitter van de Raad van Bestuur van het Zaans Medisch Centrum

Literatuur

- Bury E, Carter K.S., Feigelman M, Grant J.M. How service-line management can improve hospital performance. McKinsey Health International, (7) 2008: 55-65
- Commissie Meurs, Health Care Governance, aanbevelingen voor goed toezicht, goed bestuur en adequate verantwoording in de Nederlandse gezondheidszorg. Soesterberg, 1999
- Last of Lust. Inpecties langs de meetlat. Den Haag, 2008
- Leenen, Dute & Kastelein. Handboek gezondheidsrecht, deel II. Gezondheidszorg en recht, vijfde druk, Houten, 2008
- Meurs P, Schraven Th, Langs de meetlat. Een onderzoek naar het functioneren van raden van toezicht. Rotterdam, 2002
- NVTZ Toolkit Bijzondere onderwerpen.
- Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004. Wagner et al. EMGO/NIVEL, 2007
- Porter M.E., Olmsted Teisberg E., Redefining Health Care. Creating value based competition on results. Harvard Business School Press, 2006
- To Err is Human. Building a safer health care system. Institute of Medicine, Washington, 2001