



Foka Eekhof

Zicht op kwaliteit

Intern toezicht op kwaliteit van zorg binnen ggz-instellingen

2 mei 2023
Amsterdam



Thesis Master of Health Business Administration (MHBA-19)

Erasmus Centrum voor Zorgbestuur
Erasmus University Rotterdam

Student: Drs. Foka Eekhof

Thesisbegeleider Dr. M. van Ooijen
Tweede beordelaar Dr. J. Bierbooms

Illustratie voorzijde: gegenereerd met OpenAI Dale-E:
an expressive painting of a magnifying glass and opera glasses with bright colors

Voorwoord

Met deze thesis sluit ik een buitengewoon leerzame en vooral ook leuke periode af. Een periode die zich kenmerkte door jongleren, het in de lucht houden van vele ballen. Volgens Google vergroot jongleren de hersenscapaciteit en vermindert het stress. Het laatste valt nog te bezien, doch het eerste is zonder meer waar. Ik heb ongelooflijk veel geleerd in de afgelopen twee jaar.

Deze thesis gaat over intern toezicht op kwaliteit van zorg. Een onderwerp waarin mijn persoonlijke drive als psychiater samenkomt met mijn functie als directeur behandelzaken. Het onderwerp gaat over de kern van mijn werk: het leveren van goede zorg. Maar wat is goede zorg? Wat is kwaliteit? En wie bepaalt dat? Hoe verantwoorden we ons dagelijks werk en aan wie? Wat is de rol van de raad van toezicht hierin? Na een inspirerend college over governance was dan ook het zaadje geplant voor deze thesis.

Een woord van dank is op zijn plaats. Deze thesis was er niet geweest zonder de toezichthouders die ik heb mogen interviewen. Dank voor het rijke gesprek dat ik met jullie mocht voeren. Marc van Ooijen voor de fijne en leerzame begeleiding vanuit de MHBA.

De Raad van Bestuur van Arkin, Dick en Floor, bedankt voor de ruimte die jullie mij hebben gegeven in de afgelopen twee jaar. En natuurlijk mijn collega-directeur Edo bij Mentrum, die de vele ballen moest opvangen op de dagen dat ik op cursus was. Het managementteam van Mentrum, dank voor jullie begrip en het helpen vangen van de ballen. En alle andere betrokken collega's van Arkin en Mentrum.

Tot slot, mijn gezin, jullie zijn (noodgedwongen) behendig geworden in het jongleren en het opvangen van jullie eigen ballen. Dank voor de vele studietips die jullie mij hebben gegeven. Cato voor het wijzen op het belang van ijver en noeste arbeid. Josefien voor de relativering en je strategische studietips. Leonore voor je vertrouwde nabijheid. Vanuit de luie grijze stoel in mijn werkkamer hield je toezicht op mij. Sophie en Luca, voor het verdragen van alle gesprekken over de MHBA die ik met Meindert heb gevoerd, van de camping tot de keukentafel. Meindert voor je commitment en steun tijdens dit hele proces en het opvangen van ALLE ballen die ik liet vallen de afgelopen twee jaar!

Foka Eekhof

2 mei 2023, Amsterdam

Samenvatting

In deze thesis is onderzocht hoe raden van toezicht van ggz-instellingen toezicht houden op kwaliteit van zorg. Dit is een relatief nieuwe rol voor raden van toezicht. De overheid heeft goede zorg en kwaliteit verankerd in wet- en regelgeving, waartoe ggz-instellingen zich hebben te verhouden. Kwaliteit van zorg is een pluriform en complex begrip. Uit onderzoek blijkt dat raden van toezicht zoekende zijn naar de wijze waarop zij invulling geven aan deze rol. Er is nog weinig onderzoek beschikbaar over de wijze waarop zij dit doen. Het doel van dit onderzoek was het leveren van een bijdrage aan de ontwikkeling van intern toezicht op kwaliteit van zorg binnen ggz-instellingen.

In dit kwalitatieve exploratieve onderzoek zijn interviews verricht met elf toezichthouders van diverse ggz-instellingen om in kaart te brengen op welke wijze zij invulling geven aan hun toezichthoudende rol op kwaliteit van zorg.

Literatuuronderzoek laat zien dat de wijze van toezichthouden verschuift van resultaatgericht naar waardengericht toezicht. Bij waardengericht toezicht sluit het toezicht meer aan bij kernwaarden en maatschappelijke doelstellingen van de organisatie. Tevens is de wijze waarop kwaliteit wordt gezien en beoordeeld aan verandering onderhevig. Lange tijd lag de focus bij het verantwoorden van kwaliteit op meetbare en objectiveerbare kwaliteit door middel van kritische prestatie indicatoren. De laatste jaren is het perspectief van de cliënt toenemend centraal komen te staan en kwam er meer aandacht voor merkbare kwaliteit.

Uit dit onderzoek blijkt ook dat raden van toezicht toenemend waardengericht toezicht houden. Het toezicht is echter langs formele lijnen georganiseerd. In kwaliteitscommissies wordt kwaliteit aan de hand van kwaliteitsindicatoren en incidenten besproken en gemonitord. Deze wijze van verantwoorden sluit niet goed aan bij waardengericht toezicht houden, waarbij vertrouwen centraal staat en verantwoorden op kwaliteit bijdraagt aan kwaliteitsverbetering. Het cliëntenperspectief is sterk verankerd en locatiebezoek is een belangrijk instrument voor het beoordelen van merkbare kwaliteit. Het professionele en maatschappelijke perspectief worden hierin beperkt meegenomen. Tegelijk blijkt dat het breed aanwezige adagium niet op de stoel van de bestuurder te willen zitten schuurt met het grip krijgen op merkbare kwaliteit door middel van contact met professionals in de organisatie. Voor het monitoren hiervan is contact dieper in de organisatie noodzakelijk, waar toezichthouders wat huiverig voor zijn.

De belangrijkste aanbevelingen uit dit onderzoek richten zich dan ook op het op een andere wijze verantwoorden. Er is nieuw instrumentarium nodig om toezicht op kwaliteit vorm te geven. Hierbij dient ook het professionele en maatschappelijke perspectief naast het cliëntenperspectief meegenomen te worden. Om dit goed te kunnen borgen dient de cultuur van het toezicht houden te veranderen. Verantwoorden kan zo bijdragen aan het verbeteren van kwaliteit van zorg.

Summary

This thesis investigates how supervisory boards of mental health institutions oversee the quality of care. This is a relatively new role for supervisory boards. The government has anchored good care and quality in legislation, to which mental health institutions must comply. Quality of care is a multifaceted and complex concept. Research shows that supervisory boards are searching for ways to fulfill this role. There is little research available on how they do this. The aim of this research was to contribute to the development of internal supervision on the quality of care in mental health institutions.

In this qualitative exploratory research, interviews were conducted with eleven supervisors from various mental health institutions to determine how they fulfill their supervisory role on the quality of care.

Literature research shows that the way of supervising is shifting from rule-based to principle-based. With principle-based supervision, the supervision is more in line with the core values and societal objectives of the organization. In addition, the way in which quality is viewed and assessed is subject to change. For a long time, the focus was on measurable and objective quality through critical performance indicators. In recent years, the client's perspective has increasingly become central, and more attention has been paid to noticeable quality.

This research also shows that supervisory boards are increasingly conducting principle-based supervision. Supervision is organized along formal lines through quality committees, where quality indicators and incidents are discussed and monitored. This way of accountability does not align well with principle-based supervision, where trust is central, and accountability for quality contributes to quality improvement. The client perspective is strongly embedded, and site visits are an important tool for assessing noticeable quality. The professional and societal perspectives are limited in this approach. At the same time, the widely present adage of not wanting to sit in the chair of the executive clashes with gaining control over noticeable quality through contact with professionals in the organization. For monitoring this, deeper contact within the organization is necessary, which supervisors are somewhat hesitant about.

The main recommendations from this research therefore focus on accountability in a different way. New instruments are needed to shape supervision of quality. In doing so, the professional and societal perspective should also be taken into account alongside the client's perspective. To ensure this is well-established, the culture of supervision needs to change.

Inhoudsopgave

VOORWOORD	3
SAMENVATTING	4
SUMMARY	5
INHOUDSOPGAVE	6
1 INLEIDING	9
1.1 AANLEIDING EN ACHTERGROND VAN HET ONDERZOEK	9
1.2 PROBLEEMSTELLING.....	10
1.2.1 Intern toezicht	10
1.2.2 Extern toezicht.....	11
1.2.3 Kwaliteitsontwikkelingen	12
1.3 DOELSTELLING.....	13
1.4 VRAAGSTELLING.....	13
1.5 RELEVANTIE	14
1.5.1 Wetenschappelijke relevantie	14
1.5.2 Maatschappelijke relevantie	14
1.5.3 Praktische relevantie	14
1.6 AFBAKENING	15
1.7 LEESWIJZER THESIS	15
2 THEORETISCH KADER	16
2.1 KWALITEIT VAN ZORG.....	16
2.1.1 Historische context	16
2.1.2 Verschillende perspectieven op kwaliteit	19
2.1.3 Regelgeving en kaders vanuit de overheid gericht op kwaliteit	19
2.1.3.1 Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg	20
2.1.3.2 Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg, Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst en Wet verplichte zorg ggz	20
2.1.3.3 Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.....	20
2.1.3.4 Toetsingskader ggz	20
2.1.4 Samenvatting kwaliteit	21
2.2 GOVERNANCE	21
2.2.1 Fasen van toezicht.....	22
2.2.2 Rule based versus principle based governance	23
2.2.3 Waardengericht toezicht: verschillende perspectieven.....	23
2.2.4 Gedragstypologieën intern toezicht	24
2.2.5 Verantwoorden: van controleren richting vertrouwen.....	25
2.2.6 Samenvatting governance.....	27
2.3 INTERN TOEZICHT GERICHT OP KWALITEIT VAN ZORG	27
2.3.1 Focus op kwaliteitssystemen en KPI's.....	27
2.3.2 Van meetbaar naar merkbaar.....	28
2.3.3 Handvatten voor operationalisatie	28
2.3.4 Samenvatting intern toezicht op kwaliteit	29
2.4 CONCEPTUEEL MODEL.....	30
3 METHODEN	31
3.1 ONDERZOEKSOPZET	31

3.2	HET ONDERZOEKSMODEL.....	31
3.3	DATAVERZAMELING.....	32
3.3.1	<i>Literatuurstudie</i>	32
3.3.2	<i>Interviews</i>	32
3.3.3	<i>Selectie van respondenten</i>	32
3.4	DATA-ANALYSE.....	33
3.5	BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT.....	34
4	RESULTATEN	35
4.1	WERKWIJZE INTERVIEWS.....	35
4.2	EXPLORATIEFASE.....	35
4.3	SPECIFICATIEFASE.....	35
4.4	REDUCTIEFASE.....	36
4.5	RESULTATEN.....	36
4.5.1	<i>Kwaliteit en perspectieven op kwaliteit</i>	36
4.5.1.1	Kwaliteit.....	36
4.5.1.2	Perspectieven op kwaliteit.....	37
4.5.2	<i>Werkwijze</i>	37
4.5.2.1	Visie.....	37
4.5.2.2	Complexiteit.....	38
4.5.2.3	Organisatie van het toezicht op kwaliteit.....	38
4.5.3	<i>Reikwijdte</i>	39
4.5.4	<i>Ontwikkelingen</i>	39
5	DISCUSSIE, CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN	41
5.1	INLEIDING.....	41
5.2	DISCUSSIE.....	41
5.2.1	<i>Kwaliteit en perspectieven op kwaliteit</i>	41
5.2.1.1	Focus cliënten perspectieven.....	42
5.2.1.2	Maatschappelijk perspectief.....	43
5.2.2	<i>Wijze van toezicht houden</i>	43
5.2.2.1	Vertrouwen en distantie.....	43
5.2.3	<i>Toezicht houden op kwaliteit van zorg</i>	44
5.2.4	<i>Ambities en ontwikkeling</i>	45
5.3	BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT VAN HET ONDERZOEK.....	45
5.3.1	<i>Respondenten</i>	45
5.3.2	<i>Betrouwbaarheid en validiteit</i>	46
5.3.2.1	Betrouwbaarheid.....	46
5.3.2.2	Validiteit.....	46
5.4	CONCLUSIE.....	46
5.4.1	<i>Beantwoording deelvragen</i>	47
5.4.2	<i>Conceptueel model</i>	48
5.4.3	<i>Beantwoording centrale vraag</i>	49
5.5	AANBEVELINGEN.....	50
5.5.1	<i>Aanbevelingen voor toezichhouders</i>	50
5.5.2	<i>Aanbeveling voor vervolgonderzoek</i>	51
	LITERATUUR	52
	OVERZICHT WETGEVING	57
	BIJLAGE A	58

BIJLAGE B 59
BIJLAGE C 61

1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het centrale onderwerp van de thesis toegelicht. In paragraaf 1.1 wordt de aanleiding en achtergrond van het onderzoek beschreven. In paragraaf 1.2 wordt de probleemstelling ingeleid en verder uitgediept door middel van een beschrijving van de context en de relevante aspecten rondom governance en kwaliteit. De doelstelling komt aan de orde in paragraaf 1.3 gevolgd door de vraagstelling in paragraaf 1.4. De relevantie komt in paragraaf 1.5 aan bod met een afbakening van de thesis in paragraaf 1.6. Tot slot wordt dit hoofdstuk in paragraaf 1.7 afgesloten met een leeswijzer.

1.1 Aanleiding en achtergrond van het onderzoek

De laatste jaren is er een toenemende aandacht voor de rol van raden van toezicht (RvT) op de kwaliteit van zorg. Bij incidenten wordt er ook gekeken naar de rol van de RvT. Media en politiek spelen hierin een aanjagende rol. Bij incidenten wordt al snel om extra regelgeving gevraagd en wordt falend toezicht genoemd als een van de oorzaken. Deze toenemende aandacht voor de rol van de RvT's is een gevolg van veranderingen en ontwikkelingen in de zorg in de afgelopen decennia.

In 1988 formuleerde de commissie Dekker een aantal aanbevelingen om de zorg toekomstbestendig te maken (Roscam Abbing, 1987). Dit leidde er onder andere toe dat per 1 januari 2006 een nieuw zorgstelsel werd ingevoerd met gereguleerde marktwerking, waarbij zorginstellingen zwaardere verantwoordelijkheden dragen voor het uitvoeren van publieke doelstellingen (RVS, 2009).

RvT's hebben zich in de afgelopen decennia langzaam steeds verder geprofessionaliseerd. Zo is er onder andere meer aandacht gekomen voor toezicht op kwaliteit van zorg. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) schrijft in haar rapport *Governance en kwaliteit van zorg*:

Zorginstellingen moeten meer verantwoordelijkheid nemen voor kwaliteit van zorg (en dat ook laten zien). Zij moeten governance nadrukkelijker dan nu het geval is met kwaliteit verbinden. Daar is reden te meer voor, nu zorginstellingen steeds autonomer worden en een steeds zwaardere verantwoordelijkheid dragen voor het uitvoeren van publieke doelstellingen. Dat schept niet alleen hoge verwachtingen van het bestuur, maar ook van Raden van Toezicht. Een Raad van Toezicht is immers bij uitstek het bevoegde orgaan om te controleren of het bestuur zijn verantwoordelijkheid voor de (statutaire) doelstellingen waarmaakt en in te grijpen wanneer het bestuur dit nalaat (RVS, 2009).

Het citaat van de RVS illustreert het belang van governance en de rol van RvT's binnen een context waar zorginstellingen meer verantwoordelijkheid dragen voor het maatschappelijke belang. Dit belang is gericht op de drie kernwaarden van ons zorgstelsel, te weten: de toegankelijkheid, de betaalbaarheid en de kwaliteit van zorg. Het geeft ook aan dat de verwachtingen van de maatschappij ten aanzien van RvT's zijn veranderd. Anders gezegd: impliceert deze veranderde rol en de veranderde verwachting van de maatschappij een andere wijze van toezicht houden. Uit onderzoek is gebleken dat de aandacht van toezichthouders zich vooral richtte op de financiën en het strategisch beleid. De aandacht was niet of minder op de kwaliteit van het (primaire) zorgproces gericht (Goodijk, 2015).

Deze thesis richt zich op de wijze waarop RvT's invulling geven aan toezicht houden op kwaliteit van zorg binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz).

1.2 Probleemstelling

De context waarbinnen RvT's toezicht houden op kwaliteit van zorg is complex. Uit onderzoek blijkt dat RvT's nog zoekende zijn naar de wijze waarop zij hun rol vervullen (Klaasen, 2013). Uit de literatuur blijkt dat er weinig onderzoek beschikbaar is naar de wijze waarop toezicht wordt gehouden op kwaliteit van zorg. Deze thesis beoogt daar een antwoord op te geven, onder andere door inzichtelijk te maken hoe toezichthouders invulling geven aan hun toezichthoudende rol op de kwaliteit van zorg binnen de ggz.

Een RvT heeft niet alleen te maken met interne actoren maar dient zich ook te verhouden tot externe actoren, zoals bijvoorbeeld de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), ketenpartners en brancheorganisaties. Om grip te krijgen op dit onderwerp worden een aantal relevante aspecten toegelicht om de probleemstelling verder uit te diepen. Hierbij komen aan bod intern toezicht, extern toezicht en kwaliteitsontwikkelingen.

1.2.1 Intern toezicht

Het interne toezichtmodel dat gehanteerd wordt in het Nederlandse zorgstelsel is ontwikkeld eind twintigste eeuw. De kern van het model is een principiële en functionele scheiding van bestuur en toezicht, waarbij de RvT een belangrijke rol speelt in de checks and balances (RVS, 2009). Dit is gebaseerd op de trias politica van Montesquieu, die ervan uitgaat dat voorkomen moet worden dat alle macht in een orgaan wordt verenigd. Het interne toezichthoudende orgaan moet het beleid en de besluiten van de raad van bestuur (RvB) toetsen.

De Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza), die sinds 1 januari 2022 in werking is getreden, heeft als hoofddoel verbetering van de zorgkwaliteit. De Wtza bepaalt dat zorgaanbieders met meer dan tien zorgverleners een intern toezichthoudend orgaan moeten hebben dat toezicht houdt op het beleid van het bestuur. In de regel is dat een RvT. Krachtens deze wet moet een RvT bestaan uit ten minste drie leden. Valt de zorginstelling onder de Wet medezeggenschap cliënten zorginstelling (Wmcz) uit 2018, dan heeft de cliëntenraad het recht op een bindende voordracht voor een van de leden.

In het *Kader Goed Bestuur* wordt toegelicht wat de overheid, als toezichthouder verstaat onder goed bestuur, wat de taken van de overheid zijn als externe toezichthouder en wat er van het bestuur en interne toezichthouders van de zorgaanbieder wordt verwacht. Gezamenlijk hebben de IGJ en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zes thema's geformuleerd voor RvT's (IGJ & NZA, 2020).

1. De raad van toezicht investeert in een eigen toezichtvisie en formuleert doelstellingen en acties;
2. De raad van toezicht ziet toe op beheersing van risico's met aandacht voor gedrag en cultuur;
3. De raad van toezicht dient ook het maatschappelijk belang over de grenzen van de eigen organisatie;
4. De raad van toezicht zorgt voor zijn eigen diversiteit en vakmanschap;
5. De raad van toezicht borgt onafhankelijkheid en voorkomt vermenging van belangen;

6. De raad van toezicht ziet toe op transparante en afgewogen besluitvorming en zorgt voor openbare verantwoording.

Strating et al. (2020) constateren in een onderzoek dat 72 procent van de RvT's een eigen toezichtvisie heeft geformuleerd en ten tijde van het onderzoek werkte nog eens 18 procent daaraan.

In samenhang met de ontwikkelingen rondom het *Kader Goed Bestuur* heeft de vereniging Brancheorganisaties Zorg (BoZ) een vernieuwde *Governancecode Zorg* opgesteld (BoZ, 2022). Waarbij zeven principes zijn benoemd van waaruit een RvT toezicht houdt.

1. Goede zorg;
2. Waarden en normen;
3. Invloed belanghebbenden;
4. Inrichting governance;
5. Goed bestuur;
6. Verantwoord toezicht;
7. Continue ontwikkeling.

Opvallend is dat in de genoemde principes het begrip kwaliteit niet expliciet wordt genoemd, maar geschaard wordt onder goede zorg. Het begrip goede zorg wordt in de *Governancecode Zorg* toegelicht. De BoZ (2022) zegt hierover: "De zorgorganisatie biedt zorg van goede kwaliteit, die voldoet aan professionele standaarden en eigentijdse kwaliteits- en veiligheidseisen. De behoeftes, wensen, ervaringen en belangen van de cliënt staan centraal en zijn richtinggevend voor de te bieden zorg".

Bestuurders en toezichthouders hebben ook te maken met een cliëntenraad, ondernemingsraad en professionele staf, die vanuit de interne organisatie reageren op strategie, beleidskeuze en organisatie van werk.

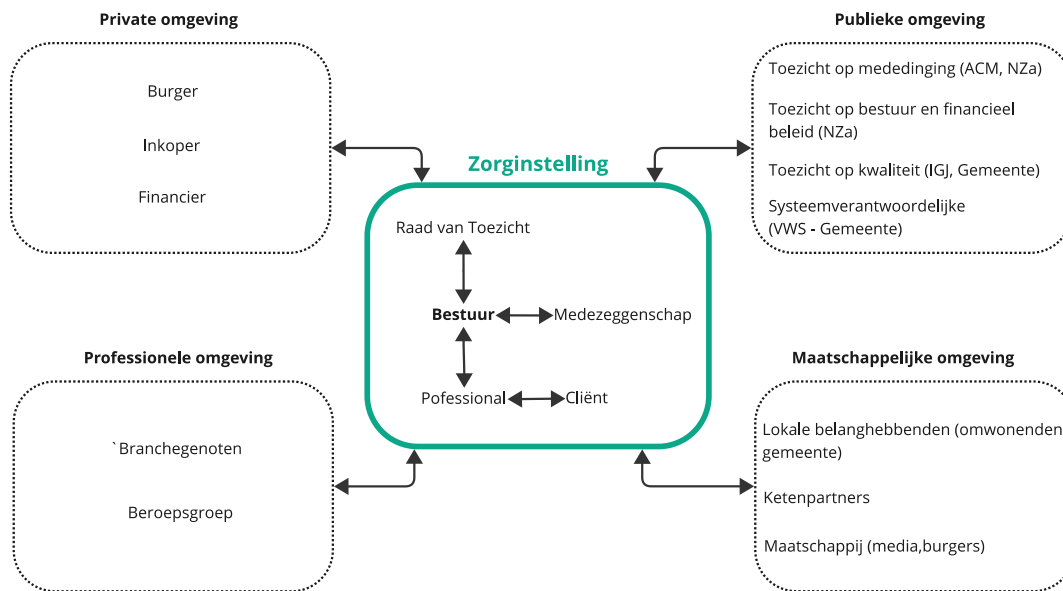
De Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) uit 2018 volgde de oude gelijknamige wet uit 1996 op en is sinds 1 juli 2020 van kracht. Ten aanzien van het interne toezicht is het relevant dat een cliëntenraad adviesrecht heeft ten aanzien van de profielschets voor leden van het toezichthoudend orgaan (LOC, 2020). De positie van de professionele staf is binnen de cao ggz (GGZ Nederland, 2019) verstevigd doordat is afgesproken dat alle ggz-instellingen beschikken over een medische staf, die door de RvB periodiek wordt geïnformeerd over de kwantiteit en de kwaliteit van geleverde zorg.

1.2.2 Extern toezicht

Naast intern toezicht is er ook sprake van extern toezicht, waarbij de overheid een leidende rol heeft. Enerzijds door het vaststellen van kaders in de vorm van wet- en regelgeving en anderzijds door een uitvoerende rol als externe toezichthouder. In *Een lastig gesprek* van de Advies Commissie Behoorlijk Bestuur (2013) kwam onder andere aan bod welke rol voor de overheid was weggelegd, als wetgever, beleidsmaker, opdrachtgever en eindverantwoordelijke voor het borgen van de publieke belangen. In 2015 presenteerde het Ministerie van VWS (VWS) haar *Agenda voor goed bestuur* in de

zorg (Kamerstuk 32012, nr. 35, 2016) waarmee zij de kwaliteit van het interne toezicht verder wilde verbeteren, met name via zelfregulerende maatregelen.

Naast de overheid als externe toezichthouder zijn er nog andere relevante actoren aan te wijzen, die betrokken zijn en bijdragen aan toezicht op kwaliteit bij de zorginstelling.



Figuur 1: Overzicht van de verschillende stakeholders en actoren die invloed uit oefenen op de zorginstelling (RVS, 2019)

Zo zien we dat naast de overheid, die betrokken is vanuit haar rol in de publieke omgeving, de professionele omgeving, zoals beroepsverenigingen en branchegenoten een rol hebben bij het vaststellen van veldnormen. Dat zijn normen waaraan de zorg volgens het veld dient te voldoen. Daarnaast zijn de cliëntenorganisaties en zorgverzekeraars, als bekostiger van zorg, relevante partijen. En tot slot speelt ook de maatschappelijke omgeving, zoals gemeenten en andere netwerkpartners een rol.

1.2.3 Kwaliteitsontwikkelingen

In 2009 schrijft de RVS reeds:

Kwaliteit van zorg is een veelomvattend begrip. De wettelijke norm voor kwaliteit is “verantwoorde zorg” dat wil zeggen zorg van goed niveau, die in elk geval doeltreffend is, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt (RVS, 2009).

RVS refereert hiermee aan de Kwaliteitswet zorginstellingen, die stamde uit 1996. Deze wet is vervangen door de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz), die op 1 januari 2016 in werking is getreden. Deze wet beschrijft een aantal kwaliteitseisen waaraan zorgaanbieders moeten voldoen. Hiertoe horen het hebben van een klachtenfunctionaris, een geschillencommissie en het controleren van medewerkers op een verklaring omtrent goed gedrag bij indiensttreding.

De Wkkgz besteedt ook aandacht aan het systematisch melden van incidenten in de zorg. Binnen het kwaliteitsdenken is het leren van incidenten een belangrijk instrument. Dit zien we terug doordat bij de IGJ veel nadruk ligt op het voorkomen en omgaan met incidenten in de zorg in relatie tot kwaliteit (IGJ, 2020). Er wordt gebruik gemaakt van kwaliteitsindicatoren voor het beoordelen van de zorgprocessen en deze worden gebruikt om verantwoording af te leggen over de kwaliteit van de zorg (Weggelaar-Jansen et al., 2016). Het kwaliteitsdenken in de ggz staat niet stil, maar ontwikkelt voortdurend. Van richtlijnen, standaarden, inspecteren en certificeren, tot het door ontwikkelen van kwaliteitsprocessen, door middel van PDCA-cycli en prestatiemetingen, tot systemen van waarde creatie, service gerichtheid en het meer centraal stellen van de patiënt en diens naasten (Vanhaecht et al., 2021).

Het Zorginstituut Nederland speelt een belangrijke rol in het Nederlandse zorgstelsel rondom kwaliteitsontwikkelingen. Het Zorginstituut Nederland ontstond in 2014 en is de rechtsopvolger van het College voor Zorgverzekeringen en de Ziekenfondsraad. Het adviseert de minister over de inhoud van zorg en heeft onder andere als taak het bevorderen van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Bijvoorbeeld door het signaleren van kansen voor vernieuwingen en verbeteringen in de zorg. Voor de ggz heeft het zorginstituut een landelijk kwaliteitsstatuut ontwikkeld, dat kwaliteitsnormen beschrijft waaraan een zorgaanbieder moet voldoen. Op basis van dit landelijk kwaliteitsstatuut maakt iedere zorgaanbieder zijn eigen kwaliteitsstatuut (Zorginstituut Nederland, 2020).

Daarnaast komen er voortdurend nieuwe behandelrichtlijnen en zorgstandaarden vanuit professionals bij. Tevens zijn er binnen de ggz diverse keurmerken voorhanden, waarop ge-audit wordt. Binnen de ggz is de Harmonisatie, Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) certificering hier een voorbeeld van, waarbij de kwaliteit van het zorgproces wordt getoetst (NEN, Stichting Koninklijk Nederlands Normalisatie Instituut., z.d.). Een dergelijke audit is geen wettelijke verplichting.

1.3 Doelstelling

Dit onderzoek levert een bijdrage aan de ontwikkeling en operationalisatie van interne toezicht op kwaliteit van zorg binnen de ggz. Op basis van literatuuronderzoek en beschikbare informatie uit beleidsstukken, wordt een conceptueel model geformuleerd, voor het toezicht houden op kwaliteit van zorg. Door middel van empirisch, kwalitatief exploratief onderzoek wordt het model getoetst aan de praktijk. Zodoende wordt onderzoek gedaan naar de relatie tussen de theorie en de praktijk.

Resumerend is de doelstelling: Het leveren van een bijdrage aan de ontwikkeling van intern toezicht op kwaliteit van zorg bij ggz-instellingen, door een overzicht te geven van de verschillen en overeenkomsten in organisatie en uitvoering van toezicht op kwaliteit en aanbevelingen te doen voor intern toezicht op kwaliteit binnen de ggz.

1.4 Vraagstelling

De vraagstelling van dit onderzoek sluit aan bij de kennis die nodig is om de doelstelling te kunnen realiseren (Verschuren & Doorewaard, 2021). De vraagstelling is dan ook:

- Op welke wijze houdt een RvT toezicht op de kwaliteit van zorg binnen de ggz?

Om de centrale vraag te beantwoorden zijn er deelvragen geformuleerd. De deelvragen richten zich op hoe een RvT kwaliteit beziet en vanuit welke perspectief zij naar kwaliteit kijkt. Ook is het nodig te doorgronden hoe toezicht wordt gehouden. De wijze waarop dat gebeurt vormt de context waarbinnen toezicht op kwaliteit tot stand komt. In het theoretisch hoofdstuk worden de deelvragen inhoudelijk geladen en toegelicht als opmaat tot het conceptueel model. De deelvragen dragen bij aan de structurering van dit onderzoek (Verschuren & Doorewaard, 2021).

De deelvragen luiden:

- Wat is de visie van een RvT op de kwaliteit van zorg?
- Vanuit welke perspectieven houden zij toezicht op de kwaliteit van zorg?
- Op welke wijze wordt invulling gegeven aan het toezicht?
- Wat zijn de overeenkomsten en verschillen in interpretatie/visie van goede zorg/kwaliteit van zorg tussen verschillende RvT's in de ggz?

1.5 Relevantie

1.5.1 Wetenschappelijke relevantie

Dit onderzoek levert een bijdrage aan de wijze waarop RvT's toezicht houden op de kwaliteit van zorg binnen ggz-instellingen. Uit de literatuur blijkt dat er veel bekend is over governance en de rol van toezichthouders hierin. Tevens is er veel geschreven over de kwaliteit van zorg en komt naar voren dat hoe kwaliteit van zorg wordt gezien verandert.

Over de wijze waarop er toezicht gehouden wordt op de kwaliteit van zorg vanuit intern toezicht is minder bekend. In hoeverre hebben toezichthouders kennis over en van de veranderingen rondom het begrip kwaliteit. Zeker als deze wordt afgezet tegenover hoe professionals (na)denken over kwaliteit en dit in de praktijk van de zorgverlening brengen.

Dit onderzoek beoogt hier een bijdrage aan te leveren. De resultaten van dit onderzoek zijn een aanvulling op wat reeds bekend is over het toezicht houden op de kwaliteit van zorg. Het draagt bij aan het ontwikkelen van kennis over dit onderwerp.

1.5.2 Maatschappelijke relevantie

RVS (2019) schrijft in haar rapport *Blijk van vertrouwen: Anders verantwoord voor goede zorg* dat het aan de interne toezichthouders is om naast het organisatiebelang ook het maatschappelijk belang van de zorginstelling voor ogen te houden. De toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit zijn de kernwaarden waarop het Nederlandse gezondheidsstelsel is gebaseerd en vormen de kern van het maatschappelijk belang. Door kennis te vergroten ten aanzien van het toezicht houden op de kwaliteit van zorg wordt ook het maatschappelijke belang gediend.

1.5.3 Praktische relevantie

Van oudsher richten toezichthouders zich vooral op het financiële en strategische beleid van de organisatie en minder op kwaliteit. Door de veranderde maatschappelijke verwachtingen dienen toezichthouders zich toenemend met kwaliteit bezig te houden. Dit impliceert dat het toezicht houden op kwaliteit relatief nieuw is en dat RvT's hier nog relatief weinig ervaring mee hebben

opgedaan. De inzichten die uit dit onderzoek naar voren komen, kunnen benut worden om het toezicht op kwaliteit in de praktijk vorm te geven.

1.6 Afbakening

De belangrijkste begrippen worden in dit onderzoek onderzocht en nader toegelicht. Het betreft kwaliteit van zorg, de invulling van de toezichthoudende functie door RvT's en de wijze waarop zij hun rol invullen ten aanzien van toezicht op kwaliteit. Er is gebruik gemaakt van domein overstijgende literatuur. Daar waar mogelijk is de literatuur toegespitst op de specifieke context van de ggz. Binnen de ggz wordt geen specifiek onderscheid gemaakt tussen de cure en care.

1.7 Leeswijzer thesis

In hoofdstuk 1 is de thesis ingeleid. De aanleiding van dit onderzoek is toegelicht en de probleemstelling is benoemd. Tevens is de doelstelling van dit onderzoek beschreven en is de vraagstelling geformuleerd. Het hoofdstuk is afgesloten met een toelichting op de relevantie en een afbakening. In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader uitgediept en wordt ingezoomd op het begrip kwaliteit van zorg, onder andere door het schetsen van de historische ontwikkelingen van kwaliteit. Voorts worden de belangrijkste governance ontwikkelingen besproken. Er wordt ingezoomd op toezicht houden op kwaliteit van zorg door interne toezichthouders. Het hoofdstuk sluit af met het conceptueel model. In hoofdstuk 3 komt de methodische onderbouwing van dit onderzoek aan bod door de onderzoeksopzet te bespreken en het onderzoeksmodel te presenteren. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de dataverzameling en de wijze waarop deze data zijn geanalyseerd. Het hoofdstuk sluit af met een toelichting op de betrouwbaarheid en validiteit. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd. In hoofdstuk 5 wordt de thesis afgesloten met een uitgebreide discussie en conclusie. In de conclusie wordt een antwoord geformuleerd op de deelvragen als opmaat tot de beantwoording van de centrale vraag. Ook wordt teruggekomen op het conceptuele model. Het hoofdstuk sluit af met enkele aanbevelingen.

2 Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt het theoretisch kader uitgewerkt. Allereerst wordt het begrip kwaliteit in paragraaf 2.1 uitgewerkt. In paragraaf 2.2 komen governance en ontwikkelingen daarin aan bod, gevolgd door toezicht op kwaliteit in paragraaf 2.3. Elke paragraaf wordt afgesloten met een samenvatting. Tot slot wordt het conceptueel model beschreven in paragraaf 2.4.

2.1 Kwaliteit van zorg

Er is in de literatuur geen eenduidige definitie van het begrip kwaliteit te vinden, het is een containerbegrip. De commissie Dekker (1987) omschrijft kwaliteit als “Kwaliteit is het door de aanbieders op zinvolle, doelmatige en inhoudelijk verantwoorde wijze omgaan met de ter beschikking gestelde middelen”. In 2009 schrijft RVS dat kwaliteit van zorg een veelomvattend begrip is, zie paragraaf ook 1.2.3.

Om te onderzoeken hoe toezichthouders toezicht houden op de kwaliteit van zorg is het van belang om te weten hoe kwaliteit van zorg wordt gezien. Om deze vraag te kunnen beantwoorden wordt allereerst een overzicht gegeven van de rijping van het begrip kwaliteit in de zorg aan de hand van een historisch overzicht. Dit illustreert hoe kwaliteit door de jaren heen is gedefinieerd. Daarna komen de verschillende perspectieven op kwaliteit aan bod. Ten slotte wordt toegelicht wat wordt verwacht op basis van wet- en regelgeving van zorginstellingen ten aanzien van kwaliteit van zorg. Deze paragraaf sluit af met een samenvatting.

2.1.1 Historische context

Berwick (2016), een van de grondleggers van het huidige kwaliteitsdenken, onderscheidt een aantal tijdperken van kwaliteit van zorg. Deze indeling is gebaseerd op ontwikkelingen in het kwaliteitsdenken en de dominante wijze van verantwoorden per tijdperk. De indeling is niet scherp afgebakend in tijdsvakken. De tijdperken vervloeien in transitiefasen en ontwikkelen zich door.

- ✓ Tijdperk van professionele autonomie van de oudheid tot na WO II

Dit tijdperk valt samen met de oorsprong van de geneeskunde. Rond 400 voor Christus laat Hippocrates zijn leerlingen een eed afleggen. In deze eed beloven zijn leerlingen dat zij bekwaam zijn en in het belang van hun patiënten handelen. Deze eed kan gezien worden als een van de eerste richtlijnen in de gezondheidszorg (Lindeboom & van Lieburg, 1993). Met deze klassieke eed, die nog steeds wordt afgelegd door artsen, werd het beroepsgeheim geïntroduceerd en werd door dit beroepsgeheim de spreekkamer afgeschermd van de buitenwereld.

In de 19de eeuw, op het moment dat geneeskunde een academische professie werd en artsen zich gingen verenigen in een landelijk collectief, werd kwaliteit van zorg een thema. In het kwaliteitsbegrip staat de individuele patiënt centraal. Het standaardiseren en formuleren van opleidingseisen, zoals een staatsexamen in 1921 en het instellen van een tuchtcollege is te beschouwen als een vorm van kwaliteitsverbetering vanuit de beroepsgroep. Het illustreert ook dat de autoriteit van de arts werd bekrachtigd door het privilege om zelf te oordelen over de kwaliteit van zijn werk in de geslotenheid van het systeem (De Vos, 2014). Anders gezegd: de regulering en beoordeling van kwaliteit vond plaats voor en door de beroepsgroep en er was geen sprake van externe controle.

In de Verenigde Staten werd begin 20ste eeuw door Codman een belangrijke stap gezet om tot een systematische benadering van kwaliteit te komen door op aggregatieniveau naar kwaliteit te kijken. Zo keek Codman naar ziekenhuissterfte als maat voor kwaliteit van geleverde zorg (Rubrech & de Lange, 2022).

Geleidelijk aan, vooral door de medische voortuitgang en de daarmee gepaard gaande stijgende zorgkosten, werd meer vanuit maatschappelijk perspectief naar zorg gekeken. In de Verenigde Staten werd begin jaren 80 van de vorige eeuw het begrip evidence based medicine (EBM) gemunt. Hierbij wordt op basis van wetenschappelijke onderzoeken de effectiviteit en doelmatigheid van behandelingen beschreven. De onderliggende assumptie was dat indien een behandeling bewezen effectief was deze de kwaliteit zou verhogen.

Burgers (2015) benadrukt dat bij EBM naast het wetenschappelijk bewijs de praktijkervaring van de arts ook mee dient te spelen, het zogenaamde practice based. Voorts spelen voorkeuren van de patiënt, preference based, een rol in de besluitvorming. Bij toepassing van richtlijnen en standaarden wordt niet gestreefd naar standaardzorg maar naar gedeelde besluitvorming, het zogenaamde shared decision making.

Kwaliteit was niet langer het exclusieve domein van de professional maar zorginstellingen en haar management gingen toenemend een rol spelen. Dit leidde tot een nieuw tijdperk eind jaren 80 van de 20ste eeuw, waarbij doelmatigheid en veiligheid een rol speelden en kwaliteit mede werd gezien vanuit maatschappelijk perspectief.

✓ Tijdperk van externe verantwoording

Dit tijdperk wordt volgens Berwick (2016) gekenmerkt door verantwoording afleggen. Door meer focus op doelmatigheid kwam er grote behoefte aan het ontwikkelen van indicatoren ten behoeve van het meten van kwaliteit. Kwaliteit werd vooral vertaald naar kwantitatief meetbare indicatoren. Deze manier om kwaliteit gelijkvormig te maken en te kunnen meten en vergelijken werd dominant en voor de gehele zorgsector nageleefd (Stoopendaal & van der Scheer, 2021). De ontwikkeling van indicatoren leidde ertoe dat er meer transparantie kwam. Dit veroorzaakte een toenemende druk op professionals om informatie over behandelingen te delen. Het veroorzaakte regeldruk en leidde tot onvrede bij de beroepsgroep (Van de Bovenkamp et al., 2018).

Donabedian (1988) is te beschouwen als een van de pioniers in het kwaliteitsdenken. Voor het meten van kwaliteit onderscheidt hij drie elementen: structuur, proces en uitkomst. Onder structuur verstaat hij de voorwaardenscheppende factoren, bijvoorbeeld met behulp van een dossier, het personeel en het gebouw. Het proces gaat over de toegepaste interventies die de aard van de behandeling bepalen, bijvoorbeeld een operatie, farmacotherapie of psychotherapie. De uitkomst gaat over wat het oplevert in gezondheidswinst. Bij gezondheidswinst kan het daarbij gaan over bio/fysiologische parameters, zoals bloedwaarden en minder lichamelijke beperkingen, kwaliteit van leven, maar ook over cliënttevredenheid.

In het kwaliteitsdenken komt er toenemend nadruk te liggen op het systematisch borgen en verbeteren van kwaliteit. Binnen de zorgsector zijn een aantal kwaliteitsmethodieken ontwikkeld, die

dienen als hulpmiddel voor de organisatie om naar kwaliteit te kijken en deze te verbeteren (Rubrech & de Lange, 2022). Er is sprake van een veelheid van modellen. In deze thesis worden de belangrijkste drie kort aangestipt.

- PDCA-cyclus van Deming (1982): de Plan- Do-Check-Act (PDCA) cyclus van Deming benadrukt dat kwaliteitsverbetering een continu en iteratief proces is.
- De International Organisation for Standardization (ISO) is een samenwerkingsverband van nationale standaardisatie organisaties. ISO heeft duizenden normen ontwikkeld. De ISO 9000 gaat over kwaliteit. Dit is een procesmodel waaraan normen worden opgehangen. Voor alle delen van het primaire proces worden normen geformuleerd. Deze normen geven aan wat de organisatie geregeld moet hebben, bijvoorbeeld management van middelen. Door vervolgens de beschikbare middelen op een goede manier in te zetten kan het product worden gerealiseerd. Of bijvoorbeeld een norm voor het percentage verrichtte metingen ten aanzien van de klanttevredenheid. De ISO 9000 is vooral kwantitatief (Rubrech & de Lange, 2022).
- Bij HKZ voor het primaire proces wordt gekeken naar het bewaken van het professioneel handelen, de communicatie over het zorgproces en de registratie van activiteiten voor het zorgproces. Binnen HKZ is er een veelheid aan normen geformuleerd (Rubrech & de Lange, 2022).

In dit tijdperk heeft het Amerikaanse Institute of Medicine (IOM 2001) een rapport gepubliceerd waarin zes dimensies van kwaliteit van zorg worden beschreven, te weten: veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, efficiëntie en gelijkheid van behandeling.

1. **Veiligheid:** de ondergrens van kwaliteit, minimumvereiste
2. **Effectiviteit:** juiste zorg op juiste plek
3. **Patiëntgerichtheid:** aandacht voor het individu binnen sociale, emotionele en cognitieve context, wensen, behoeften en behandeldoelen
4. **Tijdigheid:** juiste moment van zorg
5. **Doelmatigheid:** met beschikbare mensen en middelen maximale hoeveelheid zorg
6. **Gelijkheid:** goede zorg voor iedereen in gelijke mate toegankelijk

Kader 1: dimensies van kwaliteit van zorg (IOM 2001)

- ✓ Het morele tijdperk: cliëntenperspectief vanaf 2010

Het morele tijdperk kenmerkt zich volgens Berwick (2016) door de cliëntwaarde toenemend centraal te stellen.

In 2006 introduceren Porter en Teisberg (2007) een nieuw concept in de zorg het zogenaamde Value Based Health Care (VBHC). In het Nederlands staat dit bekend onder de noemer waardegedreven zorg, waarbij de toegevoegde waarde voor de patiënt centraal staat. Deze wordt uitgedrukt als

gezondheidsuitkomst gedeeld door kosten. Binnen VBHC staat de patiënt centraal en dient de zorg rond de patiënt te worden georganiseerd. Hierbij wordt gekeken naar de toegevoegde waarde van alle betrokken ketenpartners, waarbij begrippen als gezamenlijk beslissen ook terugkomen.

Kwaliteit van zorg is volgens Porter en Teisberg (2007) een verwarrend concept geworden, waarbij het in de praktijk vooral gaat om het naleven van richtlijnen en het meten van proceskenmerken. Wat volgens hen nodig is, is concurrentie op basis van resultaten. Dit zien zij als de enige remedie tegen stijgende kosten van zorg en achterblijvende kwaliteitsverbetering.

Ook komt er meer aandacht komt voor de relationele aspecten van kwaliteit. Bij Bal en van Tongeren (1999) gaat het bij het bepalen van de kwaliteit van zorg, over de verwachtingen die men vooraf heeft. Dit maakt kwaliteit van zorg een subjectief gegeven. Reinders (2019) onderscheidt nog een intersubjectieve dimensie, waarin de zorgrelatie tussen professional en cliënt centraal staat. Deze intersubjectieve dimensie veronderstelt wederkerigheid. Dit kan worden vorm gegeven door feedback bij cliënten op te halen ten aanzien van de relatie met de professional (Stoopendaal & van der Scheer, 2021).

Daarnaast komt er toenemend aandacht voor het begrip kwaliteit van leven. Van Agthoven et al. (2015) beschrijven het belang van het aantonen van de kwaliteit van leven van patiënten en veranderingen daarin ten gevolge van behandeling. Het beschrijven van de kwaliteit van leven kan gebeuren met generieke (op meerdere ziektes toepasbare) meetinstrumenten of door ziekte specifieke meetinstrumenten.

Meester et al. (2017) onderschrijven het belang van stuurinformatie op basis van meetinstrumenten gericht op de kwaliteit van leven. De beoordeling op basis van meetinstrumenten gaat niet alleen over de uitkomst van de behandeling op de kwaliteit van leven, maar moet zich tevens richten op het hele proces dat leidt tot een behandeling. De bejegening, keuzemogelijkheden, de manier waarop zorg en behandeling wordt aangeboden zijn mogelijke factoren die van invloed zijn op de wijze waarop de cliënt de zorg waardeert. En bepalen dus mede de kwaliteit van de behandeling vanuit het cliëntenperspectief.

2.1.2 Verschillende perspectieven op kwaliteit

Zoals beschreven bij de historische ontwikkelingen en de rijping van het begrip kwaliteit zijn er verschillende perspectieven van waaruit naar kwaliteit kan worden gekeken. De belangrijkste zijn het perspectief van cliënten, professionals en maatschappij. Bij het perspectief van de cliënt gaat het meestal over het genezen of verlichten van klachten en lijdensdruk. Vanuit het professionele perspectief gaat het over de uitvoering van de behandeling. Bij het maatschappelijk perspectief speelt de toegankelijkheid en doelmatigheid een belangrijke rol. Binnen de ggz valt op te merken dat het maatschappelijke perspectief ook betrekking heeft op het beschermen van de maatschappij bij gevaarlijk gedrag voortkomend uit een stoornis.

2.1.3 Regelgeving en kaders vanuit de overheid gericht op kwaliteit

In de paragraaf 2.1.1 bespraken we het begrip kwaliteit en de ontwikkelingen daarin. Deze ontwikkelingen hebben ook hun weerslag gehad op hoe door de overheid naar kwaliteit wordt

gekeken. In deze paragraaf komen de (relevante) wet- en regelgeving ten aanzien van kwaliteit aan bod en de wijze waarop zorgaanbieders zich daartoe dienen te verhouden.

2.1.3.1 Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz) is in 2016 in werking getreden. Hierin is vastgelegd wat onder verantwoorde zorg wordt verstaan, namelijk zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de cliënt. Verder is opgenomen in deze wet dat zorginstellingen de kwaliteit van de door hen geleverde zorg moeten bewaken en jaarlijks een kwaliteitsjaarverslag moeten maken.

De wet richt zich op de organisatie van zorg en de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg. Hiervoor is het verzamelen van gegevens gericht op de kwaliteit van de zorg van belang. In deze wet is ook vastgelegd dat een instelling het klachtrecht van cliënten goed moet regelen door middel van een geschillencommissie.

2.1.3.2 Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg, Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst en Wet verplichte zorg ggz

Een andere belangrijke wet stelt juist eisen aan de individuele zorgverlener: de Wet op de beroepen in de individuele Gezondheidszorg (wet BIG). Volgens deze wet moeten zorgverleners zich inschrijven in het BIG-register als ze hun titel willen gebruiken. Een van de voorwaarden is het voldoen aan de opleidingseisen die gelden voor het betreffende beroep. De wet BIG stelt de individuele zorgverlener aansprakelijk voor ondeskundig of onzorgvuldig handelen.

Daarnaast is er de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO). Aan deze wet zijn een aantal rechten en plichten verbonden, zoals het opstellen van een behandelovereenkomst en bijvoorbeeld het bijhouden van een medisch dossier.

Binnen de psychiatrie is de Wet verplichte zorg van kracht, waarin de rechten van patiënten bij onvrijwillige zorg worden geregeld (Wvvggz).

2.1.3.3 Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ

Zorginstituut Nederland (2020) heeft voor de ggz een *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* opgesteld, waarin staat wat zorgaanbieders moeten organiseren op het gebied van kwaliteit om (curatieve) ggz te kunnen verlenen. Dit landelijk kwaliteitsstatuut beschrijft onder andere de taken, verantwoordelijkheden en benodigde competenties. Zorginstituut Nederland (2020) vindt dat samen leren en verbeteren noodzakelijk is voor het leveren van goede zorg. Het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* bevat dan ook een aantal kwaliteitseisen die stimuleren dat zorgverleners samen reflecteren op de verleende zorg en kennis en ervaringen uitwisselen. Het opstellen van een eigen kwaliteitsstatuut op basis van dit *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* is voor een zorgaanbieder verplicht.

2.1.3.4 Toetsingskader ggz

Vanuit haar rol als externe toezichthouder heeft de IGJ een *Toetsingskader geestelijke gezondheidszorg* ontwikkeld (IGJ, 2022), waar de RvB verantwoordelijk voor is. Dit is gebaseerd op wet- en regelgeving en veldnormen, die beroepsorganisaties en brancheorganisaties hebben opgesteld. Dit toetsingskader richt zich op drie pijlers: persoonsgerichte zorg, deskundigheid van zorgverleners en het sturen op kwaliteit en veiligheid.

- Persoonsgerichte zorg
De inspectie vindt het van belang dat de zorgaanbieder een visie heeft op herstel ondersteunende zorg en de zorg zodanig inricht dat de cliënt in staat wordt gesteld zelf optimaal regie te voeren over de behandeling, ook binnen de kaders van verplichte zorg. De inspectie toetst of de zorgaanbieder medezeggenschap organiseert. De inspectie toetst of de zorgaanbieder de belangrijkste risico's in beeld heeft en daarop beleid uitvoert ten behoeve van cliëntveiligheid (IGJ, 2022).
- Deskundigheid zorgverlener
De inspectie vindt het van belang dat de zorgaanbieder een open en veilige cultuur van leren stimuleert, waarin zorgverleners communiceren over dilemma's, risico's, calamiteiten en successen. De inspectie toetst of de zorgaanbieder zich vergewist van het functioneren van zorgverleners in het verleden (IGJ, 2022).
- Sturen op kwaliteit en veiligheid
De inspectie toetst of de zorgaanbieder werkt met een terugkerend patroon van planning, uitvoering, controle en bijstelling (PDCA-cyclus) om de kwaliteit van de zorg te vergroten. De inspectie toetst hoe de zorgaanbieder omgaat met (bijna)incidenten en calamiteiten. De zorgaanbieder analyseert de (bijna)incidenten en calamiteiten gericht op verbeteringen op cliënt-, team- en/of instellingsniveau (IGJ, 2022).

2.1.4 Samenvatting kwaliteit

Het denken over kwaliteit van zorg is door de eeuwen heen veranderd. Waar het aanvankelijk behoorde tot het domein van de professional ontstond er door de toegenomen mogelijkheden binnen de gezondheidszorg een maatschappelijke behoefte om meer zicht te krijgen op hoe behandelingen werden vormgegeven. Er kwam meer focus te liggen op effectiviteit en doelmatigheid van zorg. Dit leidde tot het ontwikkelen van indicatoren om kwaliteit te meten en het inrichten van kwaliteitssystemen en verbeterprocessen. Het adagium meten is weten kwam op. Het begrip kwaliteit kan worden onderverdeeld in drie elementen: structuur, proces en uitkomst. Vervolgens kwam het besef dat voor het meten van kwaliteit van zorg ook het perspectief van de cliënten cruciaal was. Het begrip kwaliteit van leven deed zijn intrede. Het werd duidelijk dat er meerdere perspectieven zijn van waaruit kwaliteit kan worden gezien, waarbij het cliëntenperspectief, het professionele perspectief en het maatschappelijk perspectief de belangrijkste zijn.

2.2 Governance

Governance heeft volgens Hoek (2007) betrekking op bestuur, toezicht op dat bestuur en verantwoording over bestuur en toezicht.

Het huidige toezichtmodel dat gehanteerd wordt in het Nederlandse zorgstelsel is ontwikkeld eind twintigste eeuw. De kern van het RvT-model is een principiële en functionele scheiding van bestuur en toezicht, waarbij de RvT een belangrijke rol speelt in de checks and balances (RVS, 2009). De RvB en RvT zijn losse organen met hun eigen verantwoordelijkheden. De RvB is eindverantwoordelijk voor de organisatie en de kwaliteit van zorg. De RvT heeft drie rollen, zij houdt toezicht op het bestuur van de organisatie, zij is werkgever van de RvB en is adviseur van de RvB.

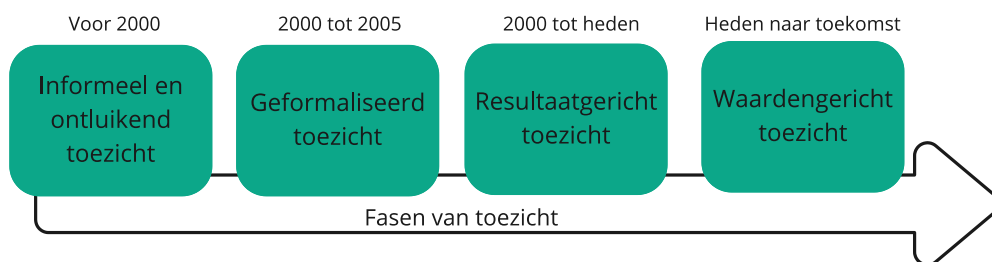
De RvB voorziet de toezichthouder met noodzakelijke gegevens en stelt haar minimaal een keer per jaar schriftelijk op de hoogte van de hoofdlijnen van het strategisch beleid, van de algemene en financiële risico's en van de gebruikte beheerssystemen. De toezichthouder stelt zich hierbij positief kritisch op en houdt rekening met het publieke belang van de instelling. De perspectieven van direct betrokkenen (zoals cliënten en medewerkers) zijn belangrijk bij de toetsing. Een RvT kan een bestuurder, waarvan zij oordeelt dat deze niet goed functioneert, ontslaan. Goede controle door de RvT verkleint of voorkomt het risico op incidenten binnen de instelling (Ministerie van Algemene Zaken, 2022).

In deze paragraaf wordt een verdieping gemaakt door de relevante ontwikkelingen binnen RvT's te bespreken. Er wordt onderscheid gemaakt in verschillende fasen van toezicht. Vervolgens komen een aantal onderliggende thema's aan bod, zoals het perspectief en gedragstypologie van de toezichthouder. Er wordt ingegaan op de wijze van verantwoorden en afgesloten met een korte samenvatting.

In deze paragrafen wordt, afhankelijk van de bron, gesproken over resultaatgericht of rule based toezicht dan wel over waardengericht of principle based toezicht.

2.2.1 Fasen van toezicht

Uit onderzoek van Schraven (2014) blijkt dat RvT's zich door ontwikkelen. Schraven maakt onderscheid in meerdere fasen, zie figuur 2.



Figuur 2: fasen van toezicht (Schraven 2014)

- In de eerste fase van informeel en ontluikend toezicht ligt volgens Schraven de oriëntatie op “wat mogen we zijn” en “waar zijn we toe bevoegd”. De RvT richt zich vooral op financiën en bouw. Het toezicht is sterk intern gericht, waarbij de RvT op afstand blijft. De RvT stelt zich reactief op en laat zich primair van informatie voorzien door de RvB.
- In de tweede fase van het geformaliseerde toezicht wordt er toenemend gewerkt met een voorloper van de huidige governancecode. Dit leidt tot een toegenomen professionalisering. De oriëntatie ligt op waar een RvT verantwoordelijk voor is. De RvT's blijven zich echter richten op met name financiën. Er wordt nadrukkelijker gezocht naar interne en externe afstemming.
- In de derde fase van resultaatgericht toezicht komt er meer aandacht voor de inhoud en de maatschappelijke doelstellingen van de organisatie. De focus verschuift meer richting kwaliteit van zorg. De focus ligt nog sterk op de hard controls, zoals het inrichten van harde kritische prestatie indicatoren (KPI's) en een kwaliteitscyclus.
- Inmiddels bevinden we ons in de vierde fase van waardengericht toezicht en ligt de oriëntatie op de vraag waar staan wij voor. RvT's zijn zich bewust van het bestaansrecht van de organisatie. De focus komt meer op de cliëntwaarde te liggen.

2.2.2 Rule based versus principle based governance

De afgelopen decennia was de governance structuur overwegend rule based georiënteerd. Regels zijn leidend. Het is heel duidelijk wat wel en niet toegestaan is. Bij de rule based benadering worden regels gehanteerd om bepaald gedrag af te dwingen door middel van externe disciplineren (Brouwer, 2016).

De rule based benadering zien we terug in het Angelsaksische model dat dominant is in Noord-Amerika. De focus is marktgericht. Er wordt gewerkt met prestatiecontracten, prestatiemetingen en accreditatie. In de gezondheidszorg wordt dit vertaald in indicatoren en kengetallen. Belangrijke kritiek op accreditatie en prestatiemetingen is dat deze leiden tot een veelheid aan handboeken, kwaliteitssystemen en stafpersoneel. Dit kost veel geld, terwijl de vraag is of deze aanpak de kwaliteit van de zorg verhoogt (Bakker et al., 2005).

Bij een principle based benadering hoeft men weinig regels te hanteren omdat de principes bij betrokkenen herkend, erkend en geïnternaliseerd zijn. Principle based zien we meer terug in de Europese cultuur en in het Rijnlands model (Brouwer, 2016). In dit model gaat het de onderneming primair om een goed product of dienst te leveren, dat voldoet aan de wensen van klanten. Medewerkers worden gezien als vakmensen die kwaliteit leveren en waarbij vakmanschap centraal staat. Maximaal inspelen op wensen van klanten moet ervoor zorgen dat klanten trouw blijven waardoor productiviteit en rendement stijgen. Het leveren van een bijdrage aan maatschappelijke belangen is van groot belang (Bakker et al., 2005). De manier van zaken doen is gericht op continuïteit, vertrouwen en win-win (shared values): tevreden klanten, tevreden medewerkers en tevreden aandeelhouders.

In Nederland en ook in de zorg was het Rijnlands model van oudsher dominant. Door de toegenomen privatisering in de zorg ontstond een verschuiving in de richting van het Angelsaksische model. Hierdoor verminderde de bijdrage van het Rijnlands model. Deze bijdrage ligt vooral op het maatschappelijk vlak, het investeren in sociale innovatie en het veiligstellen van de publieke belangen zoals het borgen van de toegankelijkheid en solidariteit in de gezondheidszorg (Van der Heijden & Mulder, 2008).

2.2.3 Waardengericht toezicht: verschillende perspectieven

Volgens Schraven (2014) percipiëren de diverse interne en externe toezichthouders verschillende waarden. Minkman (2017) omschrijft waarden als opvattingen, idealen en motieven die zijn gericht op 'het goede' en die nastrevenswaardig zijn. Voorbeelden van waarden zijn: integriteit, betrouwbaarheid, zorgvuldigheid, transparantie en professionaliteit.

Goodijk (2022) concludeert hierbij dat er meer behoefte is aan het inhoudelijke debat en betrokkenheid van stakeholders, gericht op de onderlinge verschillen en de dilemma's, die kunnen ontstaan bij de operationalisatie van verschillende waarden. Goodijk wijst er ook op dat de dilemma's, die RvB en RvT tegenkomen, zoals mede verwoord in *Voorbij het toezien* (2014) nog onvoldoende met elkaar besproken en gedeeld worden.

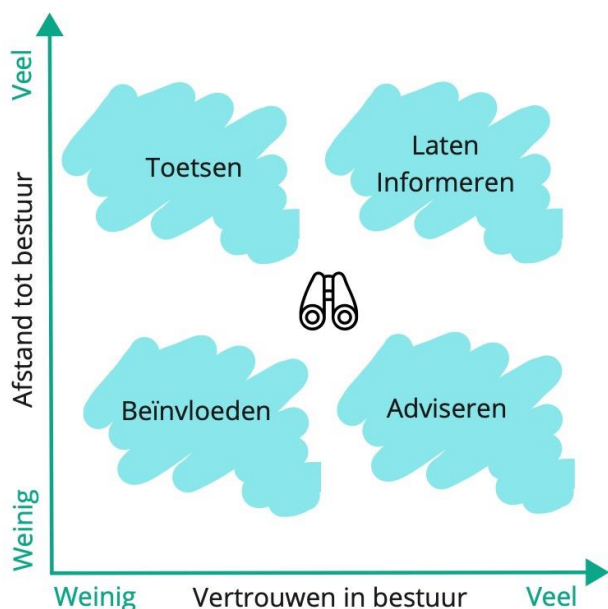
In het rapport *Een lastig gesprek* van de Advies Commissie Behoorlijk Bestuur (2013) komt het belang van het meewegen van de verschillende perspectieven aan bod. De commissie riep bestuurders en

interne toezichthouders op tegenkracht te organiseren voor zichzelf, door diversiteit aan te brengen en te zorgen voor representatie in alle opzichten. Denk hierbij aan leden uit verschillende disciplines met complementaire inhoudelijke expertise en culturele bagage. Het is volgens Goodijk (2022) belangrijk om in het debat de rollen niet te veel af te bakenen. Hij pleit voor een vervanging van het starre rolvast in een meer fluïde rol bewustzijn. Daarnaast maakt Goodijk (2022) nog een verdieping door het belang te benoemen van aanvullende informatie vanuit verschillende perspectieven. Hij spreekt van het organiseren van tegenmacht, waarbij RvT's kennis naar binnen halen om de kennis asymmetrie tussen RvB en RvT te overbruggen.

Dit thema kwam in het rapport van *tweeluik naar drieluik* (2014) van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid ook aan de orde. Tegenmacht zou in het huidige bestuursmodel vooral van de RvT moeten komen. Interne toezichthouders zijn niet altijd geïnformeerd, deskundig en daadkrachtig genoeg om voldoende tegenmacht te kunnen bieden. Als oplossingsrichting komt naar voren het organiseren van een derde macht. *“Derde partijen kunnen helpen om zowel de bestuurders als de leden van de raad van toezicht scherp te houden. Ook kunnen die partijen aanvullende informatie inbrengen als de ‘voelsprietten’ van de raad van toezicht onvoldoende sensitief zijn”* (WRR, 2014).

2.2.4 Gedragstypologieën intern toezicht

Van Ooijen (2013) heeft een model gedragstypologieën voor intern toezicht ontwikkeld op basis van de variabelen vertrouwen en afstand. Vertrouwen beschrijft de mate waarin de RvT vertrouwen heeft in de RvB. Afstand betreft de nabijheid tot de RvB. Een kleine afstand tot de RvB is dicht bij de bestuurder en diens stoel. Een grotere afstand betekent distantie. In het model van Van Ooijen (2013) worden op basis van deze variabelen vier gedragstypologie beschreven, die zijn weergegeven in figuur 3.



Figuur 3: gedragstypologieën, vrij vertaald naar van Ooijen (2013)

Het meest natuurlijke gedragstype is “laten informeren”. Het gedragstype “adviseren” impliceert een zekere mate van kennis en kundigheid bij de RvT's. Hier kunnen RvB's hun voordeel uit halen door de

RvT's als klankbord te kunnen gebruiken met het oog op reflectie op eigen handelen en het aanscherpen van het inhoudelijke debat.

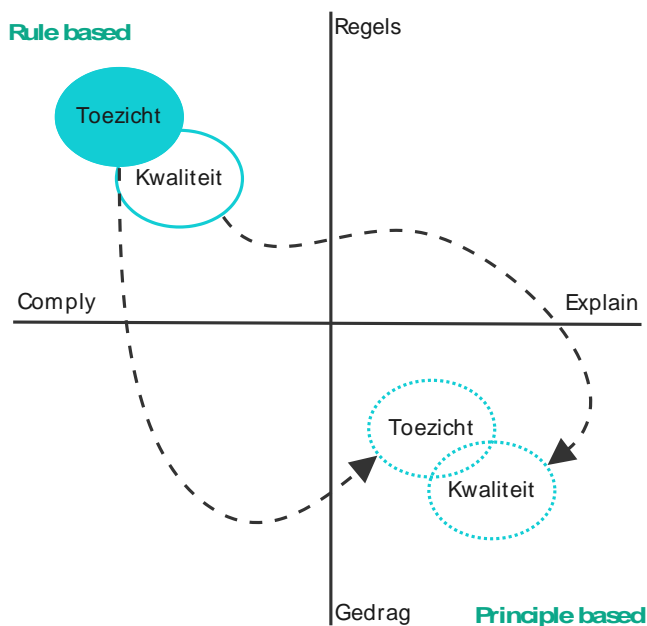
2.2.5 Verantwoorden: van controleren richting vertrouwen.

Toezicht houden en verantwoorden zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Inherent aan de ontwikkeling van governance in de zorg ontstaat de behoefte om anders te gaan verantwoorden, meer vanuit vertrouwen. Waar het bij resultaatgericht vooral gaat om aantonen dat je voldoet aan de regels, gaat het bij waardengericht meer over het uitleggen van het waarom. Hiermee komt er meer focus komt op de zachte kant en komt vertrouwen centraler te staan.

De IGJ heeft in haar *Afwegingskader vertrouwen* (2018) een aantal factoren beschreven, die van invloed zijn op het vertrouwen van inspecteurs van de IGJ in de instelling. De genoemde factoren zijn: het lerend vermogen van de organisatie, het jezelf toetsbaar op stellen, een open en transparante cultuur en het daadwerkelijk afleggen van verantwoording.

Stoopendaal en Bouwman (2018) concluderen dat vertrouwen het gevoel van onzekerheid vermindert. Onzekerheid leidt tot het verzamelen van steeds meer informatie. In zakelijke verhoudingen kan vertrouwen de transactiekosten verlagen omdat tijdrovende en kostbare handelingen om informatie te verzamelen minder een rol spelen. Vertrouwen draagt zo bij een grotere efficiëntie.

Goodijk (2022) heeft de gevolgen voor de veranderde wijze van toezichthouden inzichtelijke gemaakt. Bij rule based toezicht vindt het verantwoorden vooral plaats door middel van het voldoen (comply) aan regels. Bij het principle based toezicht gaat het om het uitleggen (explain) van gedrag, zie figuur 4.

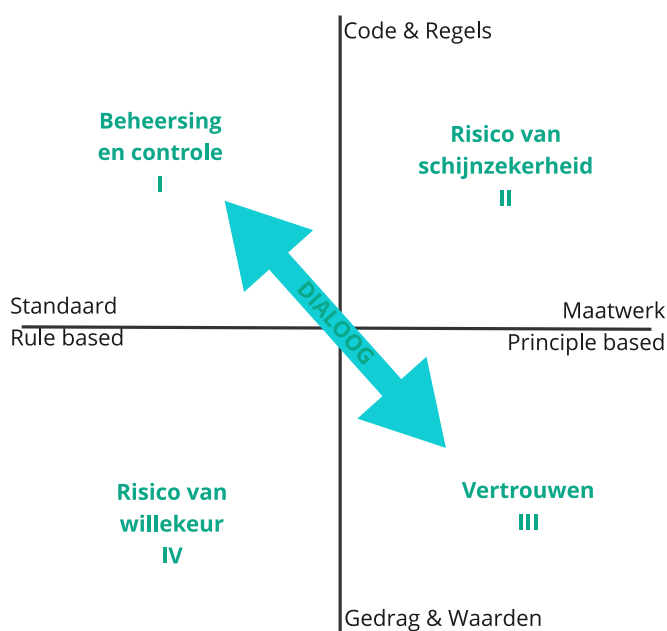


Figuur 4: van rule based naar principle based toezicht op basis van Goodijk (2022)

In *Voorbij het toezien* (NVTZ, 2020) wordt geconcludeerd dat de huidige ontwikkelingen, zoals toenemend maatwerk en complexe vormen van samenwerking, vragen om vertrouwen en

improvisatie. Dit betekent dat RvT's zoekende zijn tussen twee benaderingen, die van controle en beheersing versus vertrouwen en improvisatie.

Van Dijk et al. (2021) expliciteert en integreert deze twee benaderingen door onderliggende processen te benoemen, namelijk standaardprocessen die meer rule based zijn geformuleerd, versus maatwerkprocessen die meer principle based zijn geformuleerd. Zij heeft een model ontwikkeld waarin goede handvatten zijn geformuleerd om vanuit gedrag, waarden en vertrouwen te sturen en wanneer dat te doen vanuit regels en controle. Het gaat er volgens haar niet om dat alles wordt gestuurd op basis van vertrouwen of zo veel mogelijk in regels wordt vastgelegd, maar om het onderscheid wanneer welk type sturing toegepast kan worden. In lijn met het onderscheid tussen standaardprocessen en maatwerkprocessen stelt zij dat de standaardprocessen verantwoord kunnen worden aan de hand van de traditionele KPI's, terwijl maatwerkprocessen anders verantwoord kunnen worden, bijvoorbeeld aan de hand van narratieven.



Figuur 5: onderscheid naar type sturing op basis van van Dijk (2021)

RVS (2019) stelt in haar advies *Blijk van vertrouwen* dat de huidige wijze van verantwoording onvoldoende bijdraagt aan betere zorg. Verantwoording is nu gericht op het nastreven van slechts een beperkt aantal waarden, zoals rechtmatigheid of veiligheid. De betekenis die verantwoordenden voor patiënten, cliënten en zorgprofessionals heeft komt veel minder tot zijn recht. Ook is er weinig ruimte om te leren en te verbeteren. Verantwoording dient meer plaats te vinden vanuit degene die verantwoording aflegt. Verantwoording als kern van het professioneel handelen gericht op het verbeteren van zorg.

Verantwoording gaat over het toelichten van lastige afwegingen die zorgverleners in concrete situaties maken in plaats van het naleven van algemeen geldende normen. Daarbij zijn afwegingen tussen kwaliteit, betaalbaarheid, toegankelijkheid en pluriformiteit van belang, maar ook ruimte om te reflecteren en te leren (RVS, 2019).

2.2.6 Samenvatting governance

Toezicht houden heeft zich de afgelopen decennia via meerdere fases ontwikkeld. Er heeft een verschuiving plaatsgevonden van toezien op financieel beleid en strategieontwikkeling naar maatschappelijke doelstellingen van de zorginstelling en oog voor de kwaliteit van de geleverde zorg. We zien dat de wijze van toezicht houden binnen zorginstellingen verschuift van resultaatgericht naar waardengericht op basis van vertrouwen. RvT's dienen daarbij oog te hebben voor de verschillende perspectieven. Ook is er sprake van een aantal belangrijke ingrediënten of instrumenten waarmee gewerkt kan worden zoals afstand en vertrouwen. De wijze van verantwoorden is in ontwikkeling. Verantwoorden kan plaatsvinden vanuit regels en controle vanuit standaardprocessen of waarden en vertrouwen voor maatwerkprocessen.

2.3 Intern toezicht gericht op kwaliteit van zorg

De RvB is eindverantwoordelijk voor het behalen van de op de missie en visie gebaseerde doelstellingen, het uitwerken van de kernwaarden van de zorginstelling in alle zorgprocessen alsmede alle aspecten van kwaliteit en veiligheid. Het voldoen aan de wet- en regelgeving, breed gedragen veldnormen en zorgdragen voor een lerende organisatie met een aanspreekcultuur hoort hier ook bij. De RvT moet zich ervan vergewissen dat de RvB deze verantwoordelijkheden aantoonbaar waarmaakt. De RvT is hier ook aansprakelijk voor (Dillmann et al., 2016).

Het aantal onderzoeken dat gedaan is naar de praktijk van het interne toezicht op de kwaliteit van zorg is beperkt (Meurs & Schraven, 2006). Schouten et al. (2013) stellen dat dit voor veel RvT's een uitdaging is, onder andere doordat kwaliteit een pluriform begrip is. De wijze waarop het toezicht houden dient te gebeuren is niet eenduidig beschreven. Klaassen (2013) onderzocht de oorzaken en oplossingen voor tekortschietend intern toezicht op de kwaliteit van zorg. Zij concludeerde dat het tekortschieten door de RvT niet te wijten is aan belemmeringen in de wet- en regelgeving en meent dat de oplossing gezocht moet worden in een cultuurverandering bij RvT's.

Uit onderzoek blijkt dat veel RvT's nog zoekende zijn naar het invullen van hun rol. Volgens Schouten et al. (2013) zijn toezichthouders regelmatig handelingsverlegen ten aanzien van toezien op kwaliteit. Kwaliteit en veiligheid komen wel ter sprake en er zijn ook allerlei cijfers en benchmarks beschikbaar, maar men heeft toch het gevoel dat de werkelijke kwaliteit door de vingers glipt. Deze zogenaamde handelingsverlegenheid wordt mede bevestigd door Goodijk (2012).

Oldenhof et al. (2014) stellen dat er meer aandacht nodig is voor de complexiteit van de zorgpraktijk in de beoordeling door de toezichthouder. Een oordeel waarin zorgprofessionals en degenen die de zorg organiseren zich kunnen herkennen en waarin erkend wordt dat zorg bestaat uit het afwegen van verschillende, vaak tegenstrijdige waarden.

In deze paragraaf wordt ingegaan op kwaliteitssystemen en KPI's. Daarna komen meetbare en merkbare kwaliteit aan bod. Vervolgens worden enkele handvatten voor operationalisatie aangereikt. De paragraaf wordt afgesloten met een samenvatting.

2.3.1 Focus op kwaliteitssystemen en KPI's

In de Wkkgz uit 2016 is geregeld dat zorginstellingen zelf de kwaliteit van de zorg systematisch moeten bewaken, beheersen en verbeteren. Deze wet stelt een aantal eisen aan zorginstellingen, onder andere: dat zij verantwoorde zorg leveren, beleid hebben dat gericht is op kwaliteit, een kwaliteitssysteem implementeren en een kwaliteitsjaarverslag op stellen.

Er bestaan verschillende typen kwaliteitssystemen met elk hun eigen invulling. Alle kwaliteitssystemen hebben gemeenschappelijk dat zij vrijwel altijd in een bepaalde vorm de volgende vijf domeinen bevatten: beleid en strategie, medewerkers, protocollen en procedures, cyclische kwaliteitsactiviteiten en cliënten (Rubrech & de Lange, 2022).

RvB en RvT zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg in hun instelling, waarbij zij zorgdragen voor passende procedures en cultuur (Stoopendaal & de Bree 2014). Bovenstaande maakt dat veel RvT's zich richten op het op orde hebben van kwaliteitssystemen en op deze wijze voldoen aan de wet- en regelgeving. Naast de focus op de kwaliteitssystemen wordt gebruik gemaakt van meetbare KPI's.

Van Bovenkamp et al. (2020) concluderen dat de nadruk bij het verantwoorden van kwaliteit ligt op de objectieve dimensie door middel van meetbare indicatoren. Dit zorgt ervoor dat professionals zich minder betrokken voelen bij kwaliteit van zorg en zich daardoor minder lerend opstellen. In veel RvT's is een overschot aan informatie over meetbare elementen van zorg en een tekort aan informatie over zachte aspecten van kwaliteit, zoals omgang met cliënt, sfeer binnen de organisatie en verbetercultuur.

De wijze waarop een RvT naar kwaliteit kijkt is van belang voor de wijze waarop zij hun rol invullen. Kijkt een RvT, naar kwaliteit, als zijnde de aanwezigheid van kwaliteitssystemen en een PDCA-cyclus. En zijn ze zich dan bewust, dat zorgprofessionals betwisten of de indicatoren, vaak uitgedrukt in een getal of in een vinkje, wel representatief zijn voor de complexe werkelijkheid van zorg (Stoopendaal, 2016).

2.3.2 Van meetbaar naar merkbaar

Van der Scheer en Stoopendaal (2020) onderzochten hoe in de gehandicaptenzorg een nieuw kwaliteitskader werd ontwikkeld dat tot een andere manier van verantwoorden heeft geleid. In dit kwaliteitskader wordt meer nadruk gelegd op de pluriformiteit van het begrip kwaliteit. Zij concluderen dat het kwaliteitskader zowel een verbeterinstrument als een verantwoordingsinstrument is. Dit sluit ook aan bij het eerdergenoemde punt van de RVS dat een verantwoordingskader zou moeten bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Een voorbeeld van een zorgorganisatie die stuurt op de publieke waarde is de gehandicaptenzorgorganisatie JP van den Bent-stichting, die al geruime tijd stuurt op hun maatschappelijke waarde, namelijk: bijdragen aan de kwaliteit van leven van de cliënt. Door de kwaliteit van leven van de cliënt centraal te stellen is het aantal processen die deze kwaliteit bepalen en waarop intern gestuurd wordt beperkt tot sturen op tevredenheid en welzijn van cliënt, familie, stakeholders, medewerkers, kwaliteit van zorg en een gezonde financiële basis. De manier van verantwoorden sluit hier direct bij aan. Ze verantwoorden door middel van een beperkt aantal cijfers en meer aan de hand van narratieven (van Dijk et al., 2021).

2.3.3 Handvatten voor operationalisatie

Klaassen (2021) beschrijft dat de wet- en regelgeving veranderd is en meer gericht is op het versterken en professionaliseren van het toezicht. De invulling van deze regels is bepalend voor het toezicht. Onder andere ten aanzien van de samenstelling van RvT's en de kennis van de leden, maar ook over de wijze van informatieverschaffing. Betreft het hier een eendimensionale vorm of gaat de RvT ook in gesprek met andere interne actoren, zoals professionals en cliëntenraden.

De NVTZ (2014) stelt in haar gids *Zienderogen Beter* dat RvT's op twee punten een bijdrage kunnen leveren aan de kwaliteit van zorg door de manier waarop ze toezicht houden. Toezien op kwaliteit van zorg is alleen mogelijk door meerdimensionale informatie te vergaren. En toezien op kwaliteit betekent dat de professional zo veel mogelijk in staat wordt gesteld om te luisteren naar de behoeften en noden van de cliënt.

De RVS (2019) benadrukt tevens het belang van het afleggen van verantwoording op basis van meerdere informatiebronnen en inbreng van meerdere actoren: van zorgverleners zelf, maar ook van patiënten, cliënten en andere betrokkenen en de inbreng van partijen zoals de IGJ, maar ook verzekeraars en collega-instellingen. Het is effectiever om op basis van onvolledige informatie in gesprek te gaan, dan te blijven zoeken naar de ideale dataset. Ook is het van belang dat er een open gesprek plaatsvindt.

In haar gids *Zienderogen Beter* (NVTZ, 2014) worden enkele aanbevelingen gedaan om tot een reflectief evenwicht te komen voor RvT's en zo tot een goede beoordeling van de situatie te komen. Het is belangrijk dat men verschillende soorten informatie raadpleegt en kijkt hoe deze zich tot elkaar verhouden.

Voor de toezichthouder is het van belang om dit reflectief evenwicht steeds voor de geest te houden om een gerechtvaardigd vertrouwen te krijgen in de kwaliteit van zorg, het lerend vermogen en de besturing daarvan. Wordt aan alle drie de aspecten van kwaliteit genoeg aandacht besteed? Zijn de verschillende vormen van informatie consistent, coherent en congruent? Wordt er zowel aandacht besteed aan statische als dynamische kwaliteit? Is er kwaliteit merkbaar die zich niet goed laat meten? Door dit te combineren kan een Raad van Toezicht meer grip krijgen op het thema van toezicht op kwaliteit (NVTZ, 2014)

2.3.4 Samenvatting intern toezicht op kwaliteit

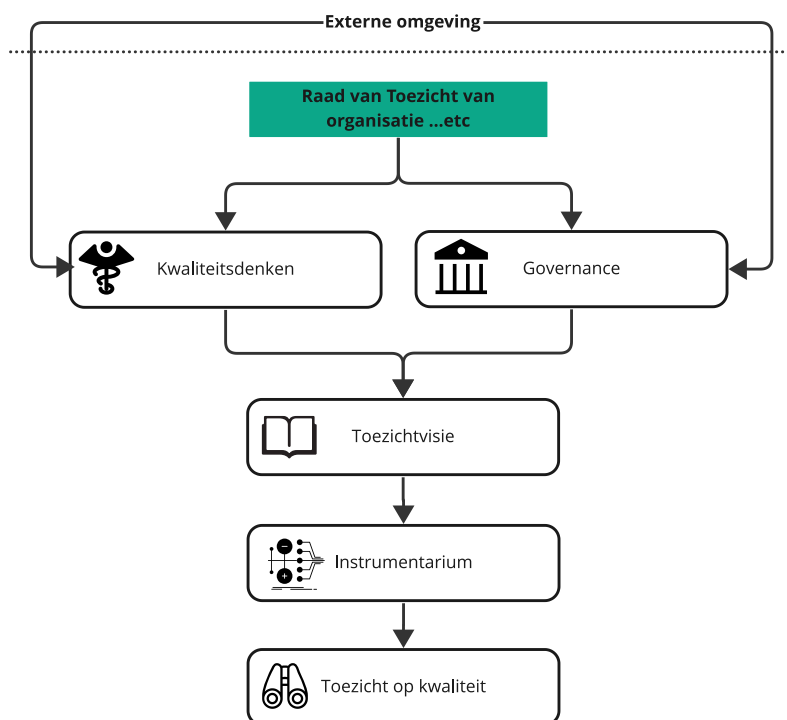
Uit de literatuur blijkt dat het begrip kwaliteit net als het toezicht houden zich heeft ontwikkeld. Bij kwaliteit heeft er een verschuiving plaatsgevonden in het denken over het beoordelen van kwaliteit. Eeuwenlang bepaalde de professional wat kwaliteit was. Er kwam toenemend een focus op meetbare en objectiveerbare kwaliteit te liggen en werd kwaliteit mede gezien vanuit het maatschappelijk perspectief. De laatste decennia is het cliëntenperspectief hieraan toegevoegd. Waardoor er vanuit meerdere perspectieven naar kwaliteit gekeken wordt. De objectieve KPI's zijn niet meer toereikend voor het beoordelen van kwaliteit. Er wordt nadrukkelijker gezocht naar een wijze om kwaliteit te beoordelen. Onder andere door te kijken naar meerdere dimensies van kwaliteit, met in achtneming van de verschillende perspectieven en het besef van het subjectieve element van kwaliteit.

Het toezicht heeft zich ontwikkeld en is verder geprofessionaliseerd en heeft een transitie doorgemaakt van resultaatgericht toezicht naar meer waardengericht toezicht. Vertrouwen speelt hierbij een belangrijke rol. Uit de gevonden literatuur blijkt dat het instrumentarium, anders gezegd de methode waarop men uitvoering aan het toezicht geeft, in minder mate is doorontwikkeld en nog niet passend is bij het waardengericht toezicht.

De ontwikkelingen in het kwaliteitsdenken zien we beperkt terug in het toezichthouden op kwaliteit. Het gebruikte instrumentarium voor verantwoording richt zich vooral op de meetbare kwaliteit door middel van KPI's. De RvT's zijn nog zoekende naar de wijze waarop zij toezicht houden op merkbare kwaliteit. Het cliëntenperspectief is het dominante perspectief. Uit de literatuur blijkt dat rolvast zijn en het op afstand vergaren van informatie belangrijke onderdelen zijn voor de vormgeving van toezicht op kwaliteit.

2.4 Conceptueel model

Mede op basis van de beschikbare en beschreven literatuur in dit hoofdstuk is een conceptueel model ontwikkeld. Aan de hand van dit conceptueel model wordt onderzocht hoe een RvT toezicht houdt op kwaliteit van zorg binnen een ggz-instelling. Het conceptueel model wordt gebruikt om de deelvragen en daarmee de centrale vraag te beantwoorden. Aan de hand van dit model worden overeenkomsten en verschillen in kaart gebracht om te komen tot aanbevelingen voor toezicht op kwaliteit. Op deze wijze sluit het conceptueel model aan bij de doelstelling van het onderzoek.



Figuur 6: conceptueel model

Het model laat zien dat raden van toezicht zich dienen te verhouden tot de externe omgeving. Met externe omgeving wordt de omgeving buiten de organisatie bedoeld, zoals bijvoorbeeld overheid, brancheorganisaties en stakeholders. De externe omgeving beïnvloedt het denken over kwaliteit en de governance. Op basis van deze twee variabelen komt een toezichtvisie tot stand gericht op het toezicht houden op kwaliteit van zorg. De toezichtvisie bepaalt de keuze voor het instrumentarium dat wordt gebruikt voor het houden van toezicht op kwaliteit.

Dit model wordt in de discussie in hoofdstuk 5 geconfronteerd met de gevonden empirische data.

3 Methoden

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksopzet in paragraaf 3.1 uiteengezet. Gevolgd door het onderzoeksmodel in paragraaf 3.2. Vervolgens wordt beschreven in paragraaf 3.3 hoe de dataverzameling tot stand is gekomen, waarna in paragraaf 3.4 de data-analyse wordt beschreven ter verantwoording van de methodologische keuze. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een toelichting op de betrouwbaarheid en validiteit in paragraaf 3.5.

3.1 Onderzoeksopzet

Met dit onderzoek is beoogd een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van intern toezicht op kwaliteit van zorg binnen ggz-instellingen. Uit de literatuur blijkt dat RvT's zoekende zijn naar de wijze waarop zij toezicht houden op kwaliteit (Klaassen, 2013) en tevens blijkt dat er weinig onderzoek beschikbaar is over de wijze waarop RvT's in de praktijk toezicht houden. In dit onderzoek wordt onderzocht hoe toezichthouders in de praktijk invulling geven aan het toezichthouden op de kwaliteit van zorg.

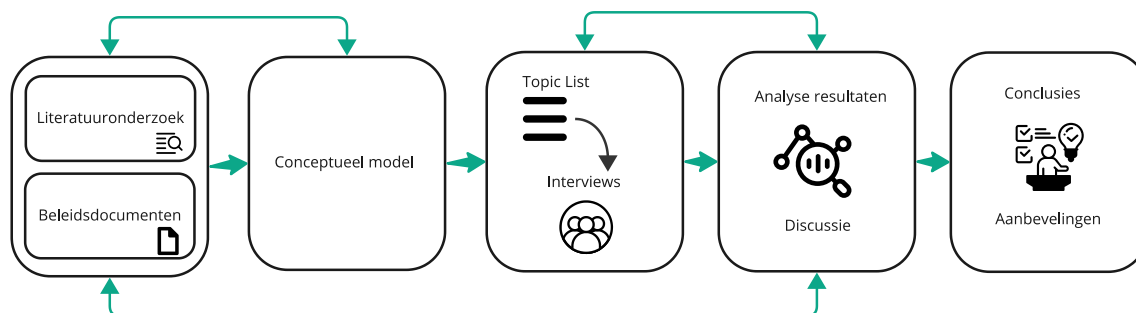
Voor de uitvoering is gekozen voor een kwalitatief exploratief onderzoek, waarbij gebruik gemaakt is van interviews. Bij kwalitatief onderzoek staat de onderzoeker, die op interpretatieve wijze naar het onderzoek kijkt, centraal en gaat de onderzoeker op zoek naar patronen en processen die bijdragen aan betekenisgeving (Mortelmans, 2020). Het gaat hierbij om het begrijpen van situaties in de alledaagse en situationele context. Volgens Plochg en van Zwieten (2007) is kwalitatief onderzoek aangewezen indien het onderzoeksdoel is het beschrijven en of exploreren van gedrag en de interactie tussen mensen. Een voorbeeld hierbij is de uitvoering van zakelijk beleid in organisaties. In dit onderzoek wordt het toezichthouden onderzocht in de situationele context van de diverse ggz-instellingen. Dit maakt een kwalitatief onderzoek geschikt voor de doelstelling van het onderzoek. Interviews zijn hierbij een geschikt instrument, omdat met behulp van interviews de onderzoeker aansluiting zoekt bij de beleving van de respondenten (Plochg & van Zwieten, 2007). Om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de respondenten is gekozen voor semigestructureerde interviews aan de hand van een topiclijst (zie bijlage A).

3.2 Het onderzoeksmodel

Voor het voorbereidende onderzoek, ten behoeve van het ontwikkelen van het conceptueel model, is literatuuronderzoek verricht naar het functioneren van RvT's in de zorg en in de ggz in het bijzonder. Naast wetenschappelijke literatuur is ook de grijze literatuur geraadpleegd, zoals beleidsdocumenten van de overheid en brancheorganisaties. Op basis van de gevonden literatuur is vanuit een theoretisch kader een conceptueel model ontwikkeld over hoe RvT's toezicht kunnen houden op de kwaliteit van zorg binnen de ggz. Met behulp van dit conceptuele model is een topiclijst voor de interviews samengesteld. Het afnemen en analyseren van de interviews wisselden elkaar af. Bij de analyse van de resultaten en discussie werd een iteratief proces gevolgd, onder andere door de resultaten met de bestaande literatuur te confronteren.

Op basis van de analyse van de resultaten en de daarop volgende discussie worden in de conclusie de gestelde deelvragen en centrale vraagstelling beantwoord, het conceptueel model gevalideerd en aanbevelingen gedaan.

In onderstaand figuur 7 zijn de diverse stappen schematisch samengevat.



Figuur 7: onderzoeksmodel thesis

3.3 Dataverzameling

Onderstaand wordt ingegaan op de literatuurstudie, interviews en selectie van respondenten.

3.3.1 Literatuurstudie

Voor het voorbereidende onderzoek, ten behoeve van het ontwikkelen van het conceptueel model is literatuuronderzoek verricht naar het functioneren van RvT's in de zorg en in de ggz.

Wetenschappelijke artikelen werden gezocht via de Erasmus Universiteitsbibliotheek en Google Scholar. Er werd gebruik gemaakt van zoektermen zoals "RvT", "kwaliteit van zorg", "governance", et cetera. Er is geen limiet gesteld aan de onderzochte periode. Er werd gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode (Verschuren & Doorewaard, 2020). Daarnaast werden beleidsdocumenten van de overheid en brancheorganisaties gebruikt, die werden gevonden via websites van brancheorganisaties en de Nederlandse overheid.

3.3.2 Interviews

De empirische data zijn verzameld door middel van het houden van open interviews aan de hand van een topiclijst (zie bijlage A) met leden van RvT's bij verschillende ggz-instellingen met de portefeuille kwaliteit. Op deze wijze wordt het conceptueel model onderzocht in de praktijk en wordt de toepasbaarheid beoordeeld. Dit is relevant voor het doen van concrete aanbevelingen.

Er is in eerste instantie gekozen voor 10 interviews, omdat over het algemeen datasaturatie optreedt na dit aantal (Hennink & Kaiser, 2022). Er is naar gestreefd om enige diversiteit aan te brengen, gericht op de regionale verschillen, zoals grootstedelijk versus landelijk. Alle ggz-instellingen hadden gemeen dat zij zowel ambulante als klinische zorg aanboden om voldoende breedte in het toezicht houden te kunnen borgen. Voorafgaand aan de interviews werd er een proefinterview gehouden, met een afgezwaid lid van een RvT om een gedachtenvormend gesprek te houden en de topiclijst verder te verfijnen. De interviews zijn gehouden via MS-Teams en waren allen informed consent. Deze is telkens mondeling verkregen. Voorafgaande aan het interview werd de website van de betreffende instelling bestudeerd en waar openbaar toegankelijk de toezichtvisie. Op deze manier kon meer diepgang worden verkregen.

3.3.3 Selectie van respondenten

Voor het includeren van toezichthouders werd een breed palet van ggz-instellingen benaderd, waarbij rekening werd gehouden met een geografische spreiding. Er werd gestreefd naar een representatieve afspiegeling van instellingen in grootstedelijke en landelijke regio's. De toezichthouders bleken moeilijk benaderbaar. De e-mailadressen van de toezichthouders waren

afgeschermd en werden niet telefonisch verstrekt aan de onderzoeker. Er is daarop door de onderzoeker een e-mail gestuurd naar de diverse bestuurssecretariaten met de context en een beschrijving van de vraagstelling van het onderzoek. Uiteindelijk zijn 18 ggz-instellingen benaderd en zijn 11 toezichthouders bereid gevonden mee te werken. Zij kregen voorafgaand aan het interview aanvullende informatie toegestuurd (zie bijlage B), waarin de werkwijze van het onderzoek werd toegelicht. Volledige anonimiteit is nadrukkelijk gegarandeerd, mede omdat bleek dat dit expliciet werd benoemd als voorwaarde om mee te werken aan het onderzoek.

Twee ggz-instellingen lieten bij monde van het bestuurssecretariaat weten dat hun toezichthouder niet wilde meewerken. Bij een ggz-instelling werd als reden tijdgebrek van de toezichthouder opgegeven en bij een andere ggz-instelling werd de toezichthouder ingewerkt en achtte deze zich daarom onvoldoende bekwaam om mee te werken aan het onderzoek.

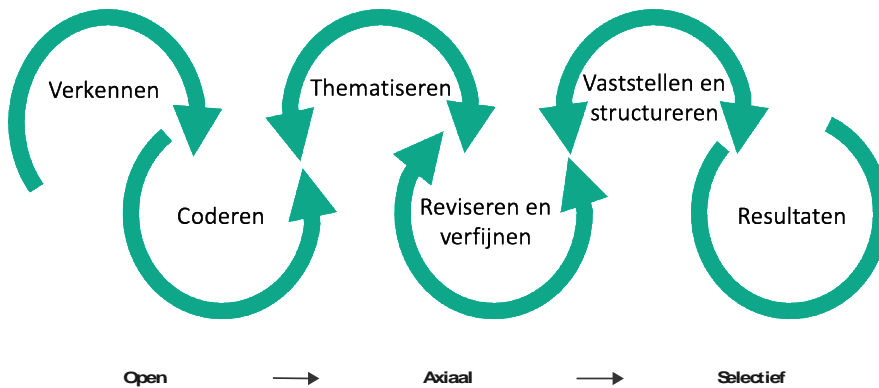
De overige vijf ggz-instellingen kregen na het uitblijven van een reactie een herinnering per e-mail. Dit leidde niet tot participatie. Hieruit is geconcludeerd dat geen van deze vijf toezichthouders bereid was mee te werken.

3.4 Data-analyse

De interviews zijn audiovisueel vastgelegd via MS-Teams, ten behoeve van transcriptie. De interviews zijn volledig tekstueel uitgewerkt. Dataverzameling en -analyse wisselden elkaar af. Een respondent gaf bij aanvang van het gesprek geen toestemming om het gesprek met audiovisuele hulpmiddelen op te nemen. Van dit gesprek werd op basis van gemaakte aantekeningen een verslag door de onderzoeker gemaakt. Dit verslag werd gecorrigeerd en aangevuld door de respondent en is meegenomen in de analyse. Een interview werd gehouden met meerdere leden van de commissie kwaliteit in het bijzijn van de bestuurssecretaris. Geen van de respondenten maakte gebruik van het aanbod om de getranscribeerde versie na te lezen.

Het coderingsproces was iteratief. Er werd gekozen voor een abductieve benadering (Ahaus, 2023), waarbij de onderzoeker heen en weer pendelde tussen een meer inductieve werkwijze en een meer deductieve werkwijze. Bij de inductieve benadering zijn de waarnemingen het uitgangspunt en bij de meer deductieve werkwijze de bestaande concepten. Er is voor een gecombineerde aanpak gekozen omdat er deels theorievormende elementen in het onderzoek zaten, waarbij de inductieve werkwijze werd gebruikt. Het deductieve element sloot aan bij het onderzoeken van het conceptueel model in de praktijk.

Bij het coderen werd gebruik gemaakt van drie fasen zoals beschreven door Mortelmans (2020). In Fase I werd open gecodeerd, waarbij relevante tekstfragmenten werden voorzien van een code. In Fase II, het axiaal coderen, werden de overkoepelde labels gestructureerd en gethematiseerd. In Fase III, genaamd selectief coderen, werden de overkoepelende labels samen gebracht.



Figuur 8: thematische analyse (Braun & Clarke, 2006) en Gefundeerde theorie (Glaser & Strauss, 1967)

3.5 Betrouwbaarheid en validiteit

Bij kwalitatief onderzoek doet de onderzoeker zelf de waarnemingen en interpreteert wat deze waarnemingen betekenen. Dit maakt dat het borgen van betrouwbaarheid en validiteit in kwalitatief onderzoek een belangrijke plaats in neemt.

Betrouwbaarheid is de afwezigheid van toevallige vertekeningen en is gericht op de herhaalbaarheid van het onderzoek. Betrouwbaarheid richt zich op de uitvoering van het onderzoek (Mortelmans, 2020). Met de beschrijving van de methode en de bijgevoegde topiclijst is inzichtelijk gemaakt hoe het onderzoek is vormgegeven. Daarnaast zijn de getranscribeerde resultaten geanonimiseerd toegankelijk en wordt de codeboom toegelicht in het resultaten hoofdstuk.

Validiteit is gedefinieerd als de afwezigheid van systematische vertekening en is gerelateerd aan de opzet van het onderzoek. Er wordt onderscheid gemaakt tussen twee vormen van validiteit, interne validiteit en externe validiteit. Interne validiteit wordt ook wel opgevat als de mate waarin de methoden en technieken van het onderzoek ervoor zorgen dat de resultaten en conclusies ook werkelijk het beoogde verschijnsel onderzoeken. Met externe validiteit wordt bedoeld op de mate van generaliseerbaarheid of verplaatsbaarheid van onderzoek en conclusies (van Zwieten & Willems, 2004).

De interne validiteit is geborgd, door de interviews volledig te transcriberen, waardoor vertekening door de onderzoeker wordt geminimaliseerd. Daarnaast is op basis van literatuuronderzoek een topiclijst samengesteld om zo de relevante kernbegrippen te destilleren. De externe validiteit is geborgd door de keuze voor een landelijke spreiding van ggz-instellingen en zo tot een dwarsdoorsnede te komen van ggz-instellingen.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten verwerkt en beschreven. Het hoofdstuk begint met een beschrijving van de werkwijze rondom de interviews in paragraaf 4.1. Vervolgens komt aan bod hoe de resultaten tot stand zijn gekomen en hoe het coderingsproces is vormgegeven. De exploratiefase komt aan bod in paragraaf 4.2, de specificatiefase in paragraaf 4.3 en de reductiefase in 4.4. Tot slot zijn de resultaten opgenomen in paragraaf 4.5.

4.1 Werkwijze interviews

Ter voorbereiding van de interviews is een proefinterview gehouden. In totaal werden 11 interviews (exclusief het proefinterview) verricht in de periode eind februari tot begin april 2023. Alle interviews vonden plaats via MS-Teams. De interviews duurden tussen de 45 à 60 minuten. De interviews werden gehouden als gedachtenuitwisselingen. De topiclijst (zie bijlage A) is gebruikt om alle onderwerpen aan te stippen. De interviews werden volledig getranscribeerd en geanalyseerd met behulp van Atlas.ti.

4.2 Exploratiefase

In dit onderdeel werden de interviews bestudeerd en werden bepaalde relevant geachte tekstfragmenten voorzien van een open code. Een deel van de gebruikte codes werd vooraf geïdentificeerd en een deel van de codes werd tijdens het analyseren van de interviews ontwikkeld. In totaal werd gebruikt gemaakt van 27 codes.



Figuur 9: gebruikte open codes

4.3 Specificatiefase

In deze fase werd met toepassing van axiaal coderen (Mortelmans, 2020) gezocht naar een onderliggende structuur en werd door het gebruik van codegroepen meer samenhang aangebracht in de tekstfragmenten. De codegroepen waren gericht op de deelvragen van het onderzoek. Uiteindelijk werden de volgende acht codegroepen gekozen. Codes konden in deze fase deel uit maken van meerdere codegroepen.



Figuur 10: codegroepen

4.4 Reductiefase

In de reductiefase zijn een aantal codegroepen samengevoegd door middel van selectieve codering (Mortelmans 2020) en werden alle relevante thema's onder een kernbegrip samengebracht. Dit resulteert in een viertal kernbegrippen die relevant zijn voor de onderzoeksvragen, zie bijlage C. Deze kernbegrippen zijn: 1. kwaliteit en perspectieven, 2. werkwijze, 3. reikwijdte en 4. ontwikkelingen.

4.5 Resultaten

De vastgestelde kernbegrippen worden in de komende paragrafen achtereenvolgens uitgewerkt, geanalyseerd, beschreven en verrijkt met geanonimiseerde citaten van toezichthouders.

4.5.1 Kwaliteit en perspectieven op kwaliteit

4.5.1.1 Kwaliteit

De gemene deler bij alle respondenten is dat kwaliteit van zorg beschreven wordt als een containerbegrip. Er is geen eenduidige definitie.

“Het is een beetje een containerbegrip. Het primaire doel is dat je zorgt dat de zorg voor cliënten goed voor elkaar is”

Een deel van de respondenten verbindt veiligheid, cliëntgerichtheid en zorg op het juiste moment met elkaar. Veiligheid, zoals het voorkomen van incidenten en suïcides is een belangrijk onderdeel van de monitoring van kwaliteit. Een respondent maakt heel expliciet onderscheid tussen de verschillende aspecten van kwaliteit van zorg, in relationele, professionele en organisatorische aspecten.

Het belang van een kwaliteitscyclus, certificering en audits wordt door iedereen onderkend en gemonitord in vergaderingen. Bij alle respondenten wordt periodiek gemonitord op kwaliteit door middel van KPI's. Voorbeelden die genoemd worden zijn de aanwezigheid van behandelplannen, afgenomen somatische screenings en cliënttevredenheidsmetingen. Het aantal KPI's dat wordt besproken wisselt per organisatie en de mate waarin de RvT betrokken is bij de samenstelling van de KPI's varieert. Een aantal respondenten benadrukt dat ze vooral geïnteresseerd zijn in de context waarin de KPI's tot stand zijn gekomen en de wijze waar op de organisatie hiermee omgaat.

“Bij een KPI, interesseert het absolute cijfer mij niet, want dat zegt mij niet zoveel zonder context. Maar ik wil weten: wat doen jullie daarmee?”

Naast de meetbare KPI's wordt door alle respondenten het belang van merkbare kwaliteit benoemd. Het belang van meetbare en merkbare kwaliteit tezamen wordt door de respondenten onderkend.

Het zicht op regelgeving, kennis van kwaliteitsstatuut en aanpalend professioneel statuut is bij een ruime meerderheid van de respondenten een thema dat expliciet wordt besproken. De overige

relevante wet- en regelgeving, rondom individuele hulpverleners en de Wkkgz wordt niet expliciet benoemd.

4.5.1.2 *Perspectieven op kwaliteit*

De perspectieven op kwaliteit komen niet heel sterk naar voren in de interviews. De respondenten onderkennen dat er meerdere perspectieven op kwaliteit zijn. Doch deze worden vooral reactief in dialoog met de onderzoeker onderkend.

De wijze waarop zij de verschillende perspectieven, zoals het professionele en maatschappelijk perspectief meenemen kenmerkt zich door een impliciete benadering door de achtergrond van de RvT-leden. Daarnaast nemen geneesheer-directeuren over het algemeen deel aan vergaderingen over kwaliteit.

“Door de diversiteit in de samenstelling van de raad van toezicht komen die verschillende perspectieven heel erg naar voren”

Er worden gasten uitgenodigd tijdens vergaderingen om vanuit een breder perspectief kwaliteit binnen de organisatie belicht te krijgen.

Het perspectief van de cliënten is verankerd in de overleggen die met de cliëntenraden worden gevoerd. Het professionele perspectief wordt door de meerderheid van de respondenten niet expliciet benoemd. Desgevraagd geven de meeste respondenten aan dat het professionele perspectief terugkomt in de wijze waarop de organisatie wordt aangestuurd, door middel van duaal management en de samenstelling van de raad van bestuur met een psychiater-lid en tijdens de werkbezoeken.

4.5.2 *Werkwijze*

4.5.2.1 *Visie*

Nagenoeg alle respondenten geven aan dat hun RvT een toezichtvisie heeft vastgesteld. Bij een aantal organisaties is die afgelopen jaar vastgesteld. De visie is breed geformuleerd en richt zich op de diverse rollen: de werkgeversrol, klankbordrol en toezichthoudende rol. Een aantal respondenten geeft aan dat zij deze visie hebben geschreven in het kader van de *Governancecode Zorg*.

“Ik heb de toezichtvisie ook nog een even nagekeken. Die is heel algemeen en dat is ook wat de governancecode tot gevolg heeft. De code is een keurslijf geworden”

De meerderheid van de toezichthouders benoemt het belang van het zijn van een sparringpartner voor de RvB. In dit verband wordt door de meerderheid ook het belang genoemd van het delen van dilemma's door de RvB.

“Hebben jullie daar gevoel bij? Zijn jullie in controle? Waar lig je wakker van? Zorg je ervoor dat je voldoende voelhoorns hebt in de afdelingen”

Bij alle respondenten kwam naar voren dat vertrouwen in de RvB een cruciale factor is. Tevens wordt benoemd dat het belangrijk is om in de organisatie vertrouwen in de RvB uit te stralen. Het merendeel van de respondenten benoemt expliciet vooral niet op de stoel van de bestuurder te willen gaan zitten. Enkele respondenten benoemen dat het toezicht zich richt op processen in de organisatie en dat zij vooral willen weten hoe kwaliteit tot stand komt. En de wijze waarop de RvB omgaat met de stuurinformatie rondom kwaliteit.

4.5.2.2 *Complexiteit*

Nagenoeg alle respondenten geven aan dat het toezicht houden op kwaliteit van zorg ingewikkeld is en dat ze zoekende zijn naar hoe ze dit nu moeten doen. Dit komt volgens de respondenten vooral omdat het begrip kwaliteit niet eenduidig geladen en beschreven is.

4.5.2.3 *Organisatie van het toezicht op kwaliteit*

De meeste RvT's bestaan uit leden met een verschillende achtergrond. Dit is een bewuste keuze. Nagenoeg alle RvT's hebben een lid op voordracht van de cliëntenraad, met meestal een zorginhoudelijk profiel. Een aantal RvT's heeft nadrukkelijk gekozen voor een psychiater in de RvT. De vergaderfrequentie is gemiddeld zes keer per jaar inclusief bestuurders. Het is gebruikelijk dat voorafgaand aan de vergadering zonder de bestuurders wordt overlegd. De agenda wordt in samenspraak met de bestuurders gemaakt. De meeste respondenten benoemen, dat afhankelijk van de thema's die spelen er gasten worden uitgenodigd. Meestal worden deze vergaderingen gecombineerd met werkbezoeken. Op deze algemene vergaderingen staat het onderwerp kwaliteit periodiek op de agenda.

Nagenoeg alle RvT's hebben een commissie kwaliteit en veiligheid, die bestaat uit twee à drie leden, die gemiddeld vier keer per jaar bijeenkomt. De geneesheer-directeur is bij nagenoeg alle respondenten altijd aanwezig bij de vergadering, net als een bestuurder. Een respondent geeft aan geen kwaliteitscommissie te hebben, doch het lid van de RvT schuift aan bij de kwaliteitscommissie van de instelling als toehoorder. Een bescheiden aantal respondenten geeft aan incidenteel aan te schuiven bij de kwaliteitscommissie van de organisatie. De koppeling tussen kwaliteit van zorg en personele uitdagingen in de organisaties wordt bij iedereen gemaakt.

Alle RvT's krijgen informatie van de RvB. Bij deze informatie zitten tevens stukken van de inspectie aan de organisatie. Daarnaast halen de RvT's zelf informatie op in de organisatie door middel van geformaliseerde overleggen met cliëntenraden en ondernemingsraden. Kwaliteit van zorg is meer een onderwerp van gesprek met de cliëntenraad dan met de ondernemingsraad. Meerdere respondenten benoemen dat tijdens deze overleggen het belang van rolvastheid ontstaat.

Bij alle respondenten vinden locatiebezoeken plaats, meestal voorafgaand aan formele vergaderingen. De gemene deler van deze locatiebezoeken is het zicht krijgen op de organisatie en wat daar gebeurt. Unaniem wordt dit als waardevol ervaren. Tijdens deze locatiebezoeken worden meestal medewerkers en soms ook cliënten gesproken. Op deze manier proeft men wat er leeft en wordt ook informatie opgehaald en wordt impliciet getoetst of de informatie die versterkt is coherent en consistent is.

De wijze waarop het informele toezicht houden is geïnstitutionaliseerd verschilt. Voor een aantal respondenten is het voelen en voeren van gesprekken diep in de organisatie een anker en wordt er een zekere mate van vrijheid gevoeld. Hierbij is men zich heel bewust van de eigen rol en het risico dat zij lopen om wensenlijstjes te horen of in operationele thema's gezogen te worden. Het dieper de organisatie in gaan kan op gespannen voet komen te staan met de gepaste distantie, die zij als passend bij hun rol ervaren.

De tijd die de RvT's aan kwaliteit van zorg besteden varieert. Een aantal respondenten geven aan dat ongeveer 25 à 30 procent wordt besteed aan kwaliteit. Een even groot deel schat dat het gelijk verdeeld is en een klein deelt denkt dat het meer dan 50 procent van de tijd over kwaliteit gaat.

Voorts wordt opgemerkt door meerdere respondenten dat de beschikbare tijd, die zij hebben voor toezichthoudende taken beperkt is waardoor zij niet altijd verder de diepte in kunnen gaan. Dit wordt dan als een gegeven beschouwd.

4.5.3 Reikwijdte

Uit de interviews komt naar voren dat de RvT's aan de voorkant betrokken zijn bij beleids- en strategieontwikkelingen in de organisatie, bijvoorbeeld via heisessies. Het merendeel van de RvT's neemt deel, als toehoorder, aan organisatiebrede themadagen. Hierbij zijn diverse managementlagen en andere relevante sleutelfiguren uit de organisatie aanwezig. Dit wordt zonder meer als waardevol ervaren.

Verskil van opvattingen lijken in dit onderzoek vooral te ontstaan bij de vraag of RvT's formeel in gesprek moeten gaan met vakinhoudelijke staven, zoals een medische specialisten overleg in de organisatie. Een deel van de respondenten ziet dit als waardevol, een ander deel vraagt zich af in hoeverre ze hiermee niet te veel op de stoel van de bestuurder gaan zitten. Een toezichthouder geeft aan dat dergelijk contact niet voorzien is in de bestaande richtlijnen en regelingen en daarmee buiten de reikwijdte van de toezichthouder ligt. Tevens vraagt men zich af of de betreffende vakgroepen daadwerkelijk het professionele perspectief verwoorden. Een beperkte groep respondenten geeft aan te denken dat er een meerwaarde is op het moment dat de medische staf duidelijker vorm heeft kregen binnen de organisatie. Bij deze organisaties verkeert de medische staf in een prille fase.

De meeste respondenten geven aan dat zij op de hoogte zijn van belangrijke kwaliteitsontwikkelingen in de instelling. Nagenoeg alle respondenten worden op de hoogte gehouden door presentaties van professionals belast met onderzoek en innovatie. Benoemd wordt door een deel van de respondenten dat medewerkers vanuit trots graag een en ander delen. Ook het belang van een goed opleidingsklimaat wordt in deze expliciet genoemd door meerdere respondenten.

De meeste RvT's hebben behoefte aan meer contact met externe stakeholders. De toegenomen ontwikkelingen in netwerken worden in dit licht benoemd. De wijze waarop dit dient te gebeuren is nog niet uitgekristalliseerd, bijvoorbeeld stakeholdersdagen of periodiek overleg. De meningen zijn hierover verdeeld.

“Wij proberen natuurlijke momenten te zoeken waarop wij aansluiten. Zo proberen we verbinding te leggen tussen de binnenwereld van de organisatie en de buitenwereld.”

Er is geen contact met de IGJ of direct zicht op contacten met de IGJ. De verslagen over en weer zijn wel onderdeel van de informatievoorziening.

4.5.4 Ontwikkelingen

Alle respondenten geven aan dat er aandacht is voor scholing van de individuele leden en van de raad als geheel. Meerdere respondenten geven expliciet aan dat ze een leergang toezichthouden op kwaliteit van zorg hebben gevolgd of willen volgen. De respondenten geven aan dat er jaarlijks een evaluatie plaatsvindt van het functioneren van de RvT. Een toezichthouder benoemt dat zij in de RvT een trainee hebben opgenomen, die ook deelneemt aan de commissie kwaliteit. Een respondent benoemde dat het zinvol zou zijn als in de hele raad van toezicht complexe casuïstiek besproken zou worden, zodat ook de leden die geen lid zijn van de commissie kwaliteit meer feeling met de dilemma's in de organisatie kunnen krijgen.

Een aantal respondenten geeft aan dat zij meer aandacht willen hebben voor digitalisering en een lid in hun geledingen wensen op te nemen met ervaring op dit gebied. Meerdere respondenten benoemen het belang van datagedreven toezicht en het toepassen van kunstmatige intelligentie. En het meer zicht hebben op innovaties in de zorg.

Een respondent benoemt het belang van diversiteit en inclusiviteit. Daarnaast benoemt de meerderheid van de respondenten dat zij nog actief opzoek zijn naar de borging van het maatschappelijk perspectief. Meer locatiebezoeken en het gesprek met cliënten worden ook genoemd.

Het bijwonen van de commissie kwaliteit en veiligheid van de organisatie wordt door een aantal respondenten genoemd als optie om meer zicht te krijgen op hoe de organisatie omgaat met kwaliteit. Een respondent benoemt dat kwaliteitsontwikkelingen in de richting van Quality 2.0 als een interessante oplossingsrichting voor de organisatie om meer grip te krijgen op kwaliteit.

Overall geven alle respondenten aan dat zij weliswaar (deels) zoekende zijn naar operationalisatie van het begrip kwaliteit, maar dat zij tegelijkertijd wel tevreden zijn met de wijze waarop zij aan het toezichthouden op kwaliteit vormgeven.

5 Discussie, conclusie en aanbevelingen

Dit hoofdstuk wordt ingeleid in paragraaf 5.1. In paragraaf 5.2 komt de discussie aan bod gericht op de gevonden resultaten. Vervolgens worden de beperkingen van het onderzoek in paragraaf 5.3 beschreven. In paragraaf 5.4 komt de conclusie van het onderzoek aan bod middels het beantwoorden van de deelvragen en de centrale vraag. Ook wordt de validiteit van het conceptueel model besproken. Tot slot worden in paragraaf 5.5 enkele aanbevelingen gedaan.

5.1 Inleiding

Uit de resultaten van het onderzoek komt naar voren dat het toezicht houden op de kwaliteit van zorg voor de RvT's een uitdaging is en dat veel respondenten zoekende zijn naar de wijze waarop zij deze invulling kunnen operationaliseren.

De RvT's zijn duidelijk bezig met het verder vorm geven en expliciteren van hun rol in relatie tot kwaliteit. Het begrip kwaliteit kent geen eenduidige definitie, waarmee een ruime uitleg mogelijk is over datgene waarop in de praktijk toezicht wordt gehouden. In 2013 stelde Schouten et al. dat deze uitdaging wordt veroorzaakt doordat het begrip kwaliteit een pluriform begrip is en dat de wijze waarop het toezicht houden dient te gebeuren niet eenduidig beschreven is. De basis ligt in de informatie verstrekt vanuit de RvB, waaronder het monitoren van KPI's, bezoeken van locaties met daar bijbehorend contact met medewerkers en de coherentie tussen deze bronnen.

Zoals eerder beschreven in de inleiding en in de probleemstelling hebben de RvT's het afgelopen decennium een professionaliseringslag doorgemaakt, waarbij het accent verschoof van een meer controlerende naar een lerende vorm (RVS, 2019). De RvT's zijn zich meer gaan richten op toezicht houden op kwaliteit van zorg. Dit kwam ook naar voren in de interviews.

Toezicht houden heeft belangrijke veranderingen doorgemaakt. Er is een vernieuwde governancecode gebaseerd op principes. Ook is de context onder invloed van veranderde wet- en regelgeving gewijzigd. Het begrip kwaliteit is doorontwikkeld, zoals beschreven in het theoretisch kader. Uit dit onderzoek blijkt, 10 jaar na de constatering van Klaassen (2013), dat RvT's nog steeds zoekende zijn naar het toezicht houden op kwaliteit van zorg.

5.2 Discussie

In de discussie wordt eerst het begrip kwaliteit en de diverse perspectieven op kwaliteit nader belicht. Daarna richt de discussie zich op de bestaande governance structuur en de wijze van toezicht houden in het algemeen. Vervolgens wordt ingegaan op kwaliteit van zorg. Relevante maatschappelijke ontwikkelingen komen hierbij ook aan bod.

De resultaten uit paragraaf 4.5 worden geconfronteerd met relevante literatuur. Hierbij wordt een gap beschreven tussen de beschikbare literatuur en de operationalisatie van het toezichthouden in de praktijk

5.2.1 Kwaliteit en perspectieven op kwaliteit

Uit de interviews komt naar voren dat alle organisaties periodiek rapporteren op KPI's en incidenten. Kwaliteit van zorg, komt tot uitdrukking in het voorkomen van incidenten. Dit impliceert dat zorg waarbij veel incidenten plaatsvinden geen goede kwaliteit heeft. Daarentegen is het de vraag of zorg zonder incidenten kwalitatief goede zorg is. Het achterwege blijven van incidenten is daarmee meer

een voorwaardenscheppende factor van goede zorg, dan een daadwerkelijke uitkomstmaat van de kwaliteit van zorg.

Deze rapportages worden beschouwd als een basis die op orde moet zijn. Tegelijk geven de respondenten aan dat de KPI's niet altijd wat zeggen over de kwaliteit van zorg en dat men daarom op zoek is naar andere vormen van de beoordeling van kwaliteit. Opvallend is dat er in beperkte mate expliciete kennis is over diverse vormen van kwaliteit zoals geformuleerd door Donabedian (1988), een van de grondleggers van het kwaliteitsdenken. Het gedachtengoed van Donabedian is verder uitgewerkt en geoperationaliseerd door onder andere de NVZT. Zij heeft in haar gids *Zienderogen Beter* (2014) een handreiking gemaakt voor intern toezicht op de kwaliteit van zorg. Hierin komen aan bod organisatorische, professionele en relationele kwaliteit, zoals beschreven in het theoretisch kader. Gezien de praktische handreiking die in *Zienderogen Beter* gedaan wordt, is het opvallend dat hierover beperkte kennis beschikbaar is. Temeer daar uit de interviews blijkt dat de meeste respondenten wel nascholing en bijscholing volgen op dit onderwerp, via de NVTZ.

5.2.1.1 Focus cliënten perspectieven

Kwaliteit van zorg wordt door de meerderheid van de respondenten gezien en vooral ook benoemd, vanuit de cliëntwaarde. Dit is in het licht van de historische ontwikkelingen van kwaliteit een positieve ontwikkeling. Tot eind vorige eeuw werd het kwaliteitsdenken gedomineerd door professionals. Momenteel zien we dat het cliëntenperspectief geformaliseerd is in de governance. De meeste RvT's hebben een lid op voordracht van de cliëntenraad en alle RvT's spreken periodiek met de cliëntenraden.

Door in het toezicht houden de nadruk te leggen op het cliëntenperspectief, ontstaat het risico dat dit perspectief het dominante perspectief is. Terwijl het juist voor de toezichthoudende rol van belang is om naar meerdere perspectieven te kijken en te erkennen dat deze perspectieven naast elkaar kunnen bestaan. Om zo tot een verdere integratie van het professionele en maatschappelijke perspectief te komen.

In de interviews komt naar voren dat het toetsen of reflecteren op KPI's niet expliciet gebeurt met de behandelstaven, zoals vakgroepen. Onder andere omdat deze KPI's volgens de respondenten goed zijn geladen in de organisatie en samengesteld door de RvB en de RvT's daar goed op vertrouwen. Uit bovenstaande kan worden geconcludeerd dat de RvT's niet goed weten hoe de gewone professionals denken over deze KPI's. Bovenstaande is in lijn met een constatering van Stoopendaal (2016) die er op wees dat RvT's zich vaak niet bewust zijn van het feit dat zorgprofessionals betwisten of deze indicatoren wel representatief zijn voor de complexe werkelijkheid van zorg.

Tegelijkertijd komt uit dit onderzoek naar voren dat RvT's de huidige KPI's niet als zaligmakend beschouwen en op zoek zijn naar een operationalisatie van het toezicht houden op kwaliteit en zich afvragen of de huidige KPI's de juiste zijn. Een oplossingsrichting hiervoor zou juist kunnen zijn om breder te kijken naar kwaliteit, bijvoorbeeld door gebruik te maken van een kwaliteitsstatuut en meer oog te hebben voor de input van de professionals.

Van der Scheer en Stoopendaal (2020) stelden dat een kwaliteitskader idealiter zowel een verbeterinstrument als een verantwoordingsinstrument zou moeten zijn. Deze opvatting lijkt beperkt te leven bij de respondenten. De betrokkenheid van de RvT's bij het kwaliteitskader en professioneel statuut richt zich op formele vinkjes, in plaats van het inhoudelijke debat dat ook gevoerd kan worden. Men lijkt niet actief op zoek te gaan naar een kwaliteitskader dat aansluit bij de

belevingswereld van de professional. Een van de respondenten gaf aan na te denken over kwaliteit in een andere vorm, namelijk Quality 2.0.

5.2.1.2 *Maatschappelijk perspectief*

Geheel in lijn met de tegenwoordig brede maatschappelijke discussie gericht op het betaalbaar en toegankelijk houden van zorg, wordt gezien dat de RvT's zich toenemend bewust zijn van de maatschappelijke opdracht die zorginstellingen hebben. Dit zien we terug in de resultaten door toegenomen nadruk op netwerkzorg en digitalisering, zoals verwoord in het Integraal Zorg Akkoord (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022). Opvallend is dat de meeste RvT's zich hier niet zozeer proactief mee bezig houden, maar meer reactief.

5.2.2 *Wijze van toezicht houden*

De meeste respondenten beschikken over een toezichtvisie of hebben de afgelopen jaren een toezichtvisie samengesteld. Strating et al. (2020) concludeerde nog dat 72 procent van de RvT's een toezichtvisie had geformuleerd. Uit dit onderzoek blijkt dat anno 2023 nagenoeg alle respondenten een toezichtvisie hebben.

De toezichtvisie wordt een enkele keer expliciet als een papieren tijger ervaren. De toezichtvisie wordt niet gebruikt als levend document.

De eerder beschreven fasen van toezicht door Schraven (2014), waarbij wordt aangegeven dat er bij de doorontwikkeling van het interne toezicht een verschuiving heeft plaatsgevonden van focus op financiën naar het meer richten op kwaliteit, komt terug in de resultaten van het onderzoek. De verschuiving van werkzaamheden wordt onderkend en men geeft aan dat min of meer de helft van de tijd aan kwaliteit wordt besteed. Een kanttekening die hierbij geplaatst kan worden is de bevinding van Van Ooijen (2013) dat toezichthouders bij zelfrapportage de tijd die zij daadwerkelijk aan een taak besteden overschatten ten opzichte van observaties verricht door een onafhankelijke onderzoeker.

Ook komt in lijn met Schraven (2014) uit dit onderzoek naar voren dat er een verschuiving van de harde KPI's ten aanzien van kwaliteit naar meer merkbare kwaliteit plaatsvindt. De respondenten beschrijven nadrukkelijk dat zij naast de (meetbare) KPI's ook op zoek gaan naar meer merkbare kwaliteit, onder andere door locatiebezoeken en door het nadrukkelijk meewegen van het cliëntenperspectief.

Enkele toezichthouders benoemen, in meer of mindere mate expliciet, dat zij vooral toezien op het proces waar het bestuur van de organisatie kwaliteit mee tot stand brengt en of dit proces voldoende gedragen is in de organisatie. Dit hangt sterk samen met de visie die zij hebben op de toezichthoudende rol, die terugkomt in de werkwijze.

5.2.2.1 *Vertrouwen en distantie*

Een terugkerend thema is dat de RvT's het van belang vinden om voldoende afstand te bewaren. Zij vinden dat zij in gesprekken met medewerkers het risico lopen om wensenlijstjes te horen of in operationele thema's gezogen te worden. Waardoor het dieper de organisatie in gaan op gespannen voet kan komen met de gepaste distantie die zij als passend bij hun rol ervaren. Nagenoeg in alle interviews komt expliciet naar voren dat RvT's vooral niet op de stoel van de bestuurder willen gaan zitten.

Goodijk (2022) zegt hierover: *“interne toezichthouders die te snel zeggen dat ze niet op de stoel van, moeten/willen gaan zitten, en daarom vooral afstand houden en zich afwachtend opstellen”*

Tevens benoemen nagenoeg alle respondenten dat zij voldoende vertrouwen hebben in de RvB. Dit impliceert dat zij vertrouwen hebben in de wijze waarop de RvB toeziet op de kwaliteit van zorg in de organisatie. Dit roept de vraag op of het vertrouwen dat de RvT's hebben in hun bestuur de reden is dat zij op afstand blijven. In het *Afwegingskader vertrouwen* benoemt de IGJ (2019) het belang van openheid en transparantie in relatie tot vertrouwen. Dit impliceert dat het dieper de organisatie ingaan het vertrouwen in de RvB niet ondermijnt, maar juist versterkt door de dialoog te zoeken met de professionals in de organisatie over de wijze waarop zij de kwaliteit van zorg verantwoorden.

Door een enkeling wordt het risico benoemd dat het diep de organisatie in gaan, zou kunnen worden opgevat als een gebrek aan vertrouwen in de organisatie en derhalve als onwenselijk wordt gezien. Bovenstaande opvattingen worden teruggezien in de wijze waarop het informele toezicht houden is geïnstitutionaliseerd. Dit is relevant omdat het raakt aan de rol die de RvT's pakken, waarbij de meerderheid van de respondenten zich vooral passief opstellen door zich vooral te laten informeren door de RvB in plaats van actief op zoek te gaan naar informatie.

Van Ooijen (2013) beschrijft in zijn model gedragstypologieën intern toezicht twee determinanten, enerzijds vertrouwen en anderzijds de mate van afstand tot het bestuur. Het gedragstype dat past bij hoog vertrouwen en veel afstand laat zich vooral informeren. Het merendeel van de respondenten in dit onderzoek laat zich volgens dit model vooral informeren. Dit impliceert dat om de rol van adviseur te pakken de RvT actiever op zoek moet gaan naar kennis over kwaliteit en dus dieper de organisatie in moet gaan. Het bevragen en doorvragen hoeft niet te betekenen dat er geen vertrouwen is en kan daar los van staan.

Zolang men zich bewust is van de risico's kan het doorvragen in de organisatie juist ook worden uitgelegd als het verkrijgen van kennis om grip op de weerbarstige materie te krijgen. Zonder daarmee het gestelde vertrouwen in de RvB te ondermijnen. Ook kan het de RvT als rol van sparringpartner en klankbordfunctie en dus adviseur meer inhoud geven door binnenskamers meer scherpte aan te kunnen bieden in dialoog met de bestuurders. Zeker bezien het subjectieve aspect ten aanzien van kwaliteit.

5.2.3 Toezicht houden op kwaliteit van zorg

Uit de interviews komt het beeld naar voren dat RvT's zich ten doel hebben gesteld om meer vanuit vertrouwen en gericht op maatschappelijke en cliëntwaarde toezicht te willen houden. Zoals in het theoretisch kader beschreven is, heeft dit ook implicaties voor de wijze van toezicht houden. Uit dit onderzoek blijkt dat de meerderheid van de respondenten bij het toezicht houden sterk leunt op meetbare KPI's, die meer passend zijn bij het resultaatgericht toezicht houden.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat er gap zit tussen de theorie en praktijk. Goodijk (2022) en van Dijk (2021) constateren dat bij waardengericht (principle based) toezicht de wijze van verantwoorden ook moet aansluiten bij die wijze van toezicht houden. Waardengericht toezicht houden vraagt om verantwoording vanuit vertrouwen met focus op de zachte kant. In de praktijk, zoals naar voren kwam in dit onderzoek, ligt bij het verantwoorden de focus op de harde meetbare KPI's. De wijze van verantwoorden past niet bij waardengericht toezicht.

Een meer waardengerichte wijze van toezichhouden vraagt ook om een andere toezichhoudende cultuur, waarbij het belang van de dialoog centraal staat en het inhoudelijke debat gezocht moet worden. Juist ook om vanuit meerdere perspectieven naar kwaliteit te kunnen kijken en te kunnen integreren. Uit dit onderzoek komt naar voren dat de meerderheid van de respondenten wat huiverig is om het inhoudelijke gesprek met bijvoorbeeld professionals of externe stakeholders op te zoeken, onder andere om niet op de stoel van de bestuurder te willen gaan zitten en om rolvast te blijven. Met andere woorden om op gepaste afstand de bestuurder de organisatie te laten besturen. Dit komt ook terug in de meer reactieve houding van de toezichhouders. Een cultuurverandering, gericht op meer openheid zou hieraan kunnen bijdragen. Waarbij, zoals Goodijk (2022) het noemt, het starre rolvast wordt vervangen door rolbewustzijn of rolbeseft. En de toezichhouders het waardengericht toezicht houden meer in de praktijk brengen.

5.2.4 Ambities en ontwikkeling

De RvT's zijn duidelijk bezig met het vormgeven en expliciteren van hun eigen rol. Dit kwam nadrukkelijk naar voren in de interviews. Zij geven ook blijk van maatschappelijke betrokkenheid rondom actuele thema's zoals het belang van inclusiviteit en diversiteit. Zij halen daarmee de buitenwereld meer naar binnen. Binnen de ggz is er toenemende aandacht voor sociaal economische, etnische en culturele invloeden op de psychische klachten

Vinson (2023) stelt dat diversiteit in een team kan bijdragen tot meer culturele sensitiviteit en tot een betere behandel-effectiviteit. Het belang van inclusiviteit werd onderstreept door in de samenstelling van de RvT ook te kijken naar inclusiviteit en diversiteit.

Vanuit de maatschappelijke betrokkenheid en bestaansrecht wordt het belang van het betrekken van externe stakeholders onderkend. RvT's zijn nog zoekende hoe ze deze stakeholders kunnen betrekken.

De RvT's zijn zich bewust van het belang van innovatie en digitalisering en laten zich hier graag over informeren en tonen hun betrokkenheid. Kwaliteit van zorg wordt nadrukkelijk in verband gebracht met innovatie.

Het belang van scholing, intervisie en reflectie op eigen handelen zijn goed verankerd. Er wordt over het algemeen actief nagedacht over onderwerpen die nader verdieping behoeven. En er wordt geanticipeerd op maatschappelijke ontwikkelingen en thema's. Ook wordt gezocht naar scholing op het onderwerp toezicht houden op kwaliteit.

5.3 Betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek

5.3.1 Respondenten

Bij de onderzoeksopzet is gekozen voor interviews. Van de 18 respondenten die zijn benaderd werkten er daadwerkelijk 11 mee. Anders uitgedrukt bijna 40 procent werkte niet mee. Ondanks dat niet geheel duidelijk is geworden wat de motieven zijn geweest van de toezichhouders om niet mee te werken kan er sprake zijn van selectiebias.

Een propositie kan zijn dat de groep die bereid was mee te werken meer betrokkenheid toonde en meer geneigd was om over het onderwerp in gesprek te gaan en zodoende te reflecteren op zijn of haar handelen. Eigenschappen die deels meer passen bij waardengericht toezicht houden en die blijk geven van een zekere mate van professionalisering. Deze aanname werd bevestigd doordat de ruime meerderheid van de respondenten die wel meewerkten aangaf, dat het interview voor henzelf ook

een toegevoegde waarde had. Zij benoemden ongevraagd dat zij bijvoorbeeld hun toezichtvisie er bij hadden gepakt en vooraf hadden gereflecteerd over hun toezichthoudende rol. Bovenstaande roept dan ook de vraag op in hoeverre dit onderzoek generaliseerbaar is voor de praktijk, die mogelijk minder ver is doorontwikkeld dan dit onderzoek laat zien.

5.3.2 Betrouwbaarheid en validiteit.

Bij kwalitatief onderzoek vervult de onderzoeker een centrale rol. De onderzoeker is zelf een belangrijk instrument in het verkrijgen en interpreteren van de onderzoeksgegevens. Belangrijk is hierbij zoals verwoord door Maso en Smaling (1998) dat de onderzoeker het object van studie laat spreken en het niet te laten vertekenen. In kwalitatief onderzoek wordt dan ook niet getracht de rol van de onderzoeker uit te schakelen, maar wordt vertekening van de onderzoeksresultaten tegengegaan door die rol zo zichtbaar mogelijk te maken om zo de objectiviteit te borgen (van Zwieten & Willems, 2004).

5.3.2.1 *Betrouwbaarheid*

Dit onderzoek is uitgevoerd door een onderzoeker die geen ervaring had in het afnemen van kwalitatieve interviews. Het zou kunnen zijn dat de onderzoeker op bepaalde momenten te sturend optrad door op bepaalde thema's meer door te vragen. In dit onderzoek is gepoogd door het afnemen van het proefinterview dit effect door oefening te minimaliseren. Daarnaast is met de beschrijving van de onderzoeksmethode en de bijgevoegde topiclijst (zie bijlage A) en de codeboom (zie bijlage C) in hoofdstuk 4 inzichtelijk gemaakt hoe het onderzoek is vormgegeven. Ook is weergegeven hoe de data-analyse tot stand is gekomen met als doel de controleerbaarheid te vergroten en zo bij te dragen aan de betrouwbaarheid. De transcripten zijn geanonimiseerd toegankelijk.

5.3.2.2 *Validiteit*

De validiteit is geborgd door een deugdelijke onderzoeksopzet. Door het korte tijdsbestek waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden was het niet haalbaar om een membercheck te doen door de respondenten de resultaten voor te leggen. Een focusgroep had mogelijk de validiteit van het onderzoek kunnen vergroten door triangulatie. Vooraf is echter de inschatting gemaakt dat dit op basis van de beschikbare tijd in combinatie met de drukke agenda's van de toezichthouders niet haalbaar was. De respondenten gaven nagenoeg allemaal aan zeer te hechten aan hun anonimiteit, waardoor het de vraag is of een dergelijk focusgroep tot een verrijking van de resultaten zou leiden, omdat de respondent dan wellicht minder open zouden spreken. Als zij al bereid waren geweest mee te werken.

Ten aanzien van de generaliseerbaarheid van het onderzoek kan opgemerkt worden, dat alle respondenten toezichthouder zijn in de ggz-sector, waardoor het onderzoek representatief is. De eerder beschreven selectie bias heeft mogelijk wel tot een beperkte vertekening van de onderzoeksresultaten geleid.

5.4 Conclusie

In deze paragraaf worden de deelvragen beantwoord als opmaat naar het beantwoorden van de centrale vraag. Na de beantwoording van de deelvragen komt de toepasbaarheid van het conceptueel model aan bod.

5.4.1 Beantwoording deelvragen

De eerste deelvraag luidt:

- Wat is de visie van een RvT op de kwaliteit van zorg?

Kwaliteit is een pluriform begrip. In wet- en regelgeving is de norm voor kwaliteit verantwoorde zorg. De uitwerking van verantwoorde zorg tekent zich door een holistische benadering. Daarmee ontstaat een open norm, die in de kern waarde gedreven is.

De open norm wordt gekaderd door kwantitatief gedreven rapportageverplichtingen met name op incidenten en compliance. Beleidsdocumenten sluiten aan op deze benadering. Kwaliteit is geborgd door het monitoren van meetbare minimumvereisten of absolute eisen.

Kwaliteit van zorg wordt door RvT's in samenhang gezien met het voorkomen van incidenten. Daarnaast worden cliëntgerichtheid, doelmatigheid en toegankelijkheid benoemd als belangrijke onderdelen van kwaliteit en hiermee wordt de koppeling gemaakt met de definitie van het IOM (2001) en met het bestaande *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ van Zorginstituut Nederland (2020)*. Kwaliteit wordt onderverdeeld in meetbaar en merkbare kwaliteit. Alle RvT's zijn zoekende naar een invulling van merkbare kwaliteit, die met name tot stand komt door op gepaste afstand de organisatie in gaan, te observeren, te laten informeren en te bevragen.

- Vanuit welk perspectieven(en) houden zij toezicht op de kwaliteit van zorg?

In de theorie wordt onderscheid gemaakt naar verschillende perspectieven op en ook vormen van kwaliteit. In het toezicht houden komen deze voornamelijk op de achtergrond voor. Het toezicht houden is over het algemeen niet langs de lijn van verschillende perspectieven of vormen naar kwaliteit georganiseerd.

Kwaliteit van zorg wordt voornamelijk gezien vanuit het cliëntenperspectief. Er wordt onderkend dat het maatschappelijke perspectief onderbelicht is. Er is behoefte het maatschappelijke perspectief nadrukkelijker te verbinden met kwaliteit en beter te borgen. Het professionele perspectief komt niet expliciet naar voren, maar wordt beschouwd als een vanzelfsprekendheid door de wijze waarop de organisatie wordt aangestuurd. In de meeste RvB's zitten bestuurders met een zorgachtergrond. Het perspectief van naasten wordt wisselend meegenomen.

- Op welke wijze wordt invulling gegeven aan het toezicht?

Het toezicht houden bevindt zich in een overgangsfase. De ontwikkeling van governance in de zorg leidt ook voor toezichthouders tot een verschuiving van resultaatgericht naar waardengericht toezicht. Er wordt gezocht naar een nieuwe manier van verantwoorden.

Het toezicht richt zich bij alle toezichthouders op de harde meetbare KPI's en de PDCA-cyclus. Naast de meetbare kwaliteit is men zoekende naar merkbare kwaliteit. De merkbare kwaliteit wordt vormgegeven door locatiebezoeken en in dialoog met interne stakeholders. Vanuit de toezichthoudende rol wordt beoordeeld in hoeverre kwaliteitsprocessen in de organisatie worden vormgegeven en organisatiebreed worden gedragen. Bestaande wet- en regelgeving rondom

kwaliteit komt over het algemeen niet expliciet aan de orde, behoudens het kwaliteitsstatuut. Kwaliteitsontwikkelingen en innovaties binnen de instelling worden gedeeld met RvT. Alle respondenten geven aan vanuit vertrouwen te werken en zijn in gesprek met de RvB over dilemma's en vervullen op deze wijze de rol van sparringpartner en vervullen hun adviesfunctie. Het belang van de dialoog wordt door enkele respondenten geëxpliciteerd.

Ook valt op dat gezocht wordt naar hoe men toezicht kan houden op activiteiten van de organisatie in netwerkverband en wie daarbij verantwoordelijk is voor de kwaliteit van zorg.

Een enkeling maakt expliciet onderscheid tussen verschillende vormen van kwaliteit, namelijk organisatorisch, professioneel en relationeel.

Het toezichthouden op kwaliteit is georganiseerd door middel van een duidelijke vergaderstructuur met een commissie kwaliteit en veiligheid, waarbij regelmatig op locatie wordt vergaderd, al dan niet in combinatie met werkbezoeken. De agenda van de commissie wordt gezamenlijk met de RvB bepaald. Inhoudelijke gasten schuiven regelmatig aan bij vergaderingen en men is betrokken bij beleids- en strategie ontwikkelingen. Er vindt periodiek overleg plaats met de cliëntenraden en ondernemingsraden. Het deelnemen aan organisatiebrede bijeenkomsten vindt nagenoeg overal plaats. De informatie voorziening verloopt via de RvB en wordt beoordeeld op consistentie en coherente onder andere in gesprekken met medewerkers en lijnmanagement bij locatiebezoeken

- Wat zijn de overeenkomsten en verschillen in interpretatie/visie van goede zorg/kwaliteit van zorg tussen verschillende RvT's in de ggz?

Overeenkomstig is de wijze waarop naar kwaliteit wordt gekeken. Kwaliteit is pluriform en het zoeken naar het operationaliseren van het begrip kwaliteit is een uitdaging. Waarbij de harde KPI's als niet toereikend worden gezien, doch wel als basis dienen. Het dominante perspectief op kwaliteit is het cliëntenperspectief. Er is geen expliciet zicht op de wijze waarop professionals de KPI's bezien. Allen zoeken naar meer borging van het maatschappelijke perspectief. De wijze waarop men betrokken is bij beleids- en strategie ontwikkelingen en meegenomen wordt in kwaliteitsontwikkelingen vertoont gelijkens. Het belang van opleiden en een lerend klimaat wordt benoemd. Allen benoemen het belang van het voeren van een dialoog tussen RvB en RvT.

Verschillen komen naar voren in de mate waarin men de vrijheid neemt en voelt om de organisatie in te gaan om in dialoog te komen met professionals om te toetsen hoe professionals kwaliteit ervaren en hoe professionals zich verhouden tot de KPI's. Dit komt tot uiting in de reikwijdte van het toezicht houden en komt terug in de wijze waarop er wordt aangesloten bij bijvoorbeeld een instellingsbrede kwaliteitscommissie en contacten met behandelstaven. Onderliggend worden deze verschillen verklaard door de wijze waarop de respondenten omgaan met de rol van de bestuurder, waarbij allen nadrukkelijk aangeven vooral niet op de stoel van de bestuurder te willen gaan zitten, maar daar in de praktijk toch op verschillende wijze invulling aangeven.

5.4.2 Conceptueel model

Het conceptueel model zoals opgenomen in hoofdstuk 2 sloot goed aan bij het beantwoorden van de deelvragen. Het model liet zien dat het kwaliteitsdenken en de governance binnen ggz-instellingen

onder andere wordt beïnvloed door externe actoren. De mate van beïnvloeding varieert per instelling. Beide variabelen zijn bepalend voor de toezichtvisie van waaruit toezicht wordt gehouden. De toezichtvisie is bepalend voor het instrumentarium dat wordt gebruikt. Onder instrumentarium worden niet alleen indicatoren verstaan. Dit heeft ook betrekking op de wijze waarop de RvT zichzelf inzet als instrument tijdens werkbezoeken of in gesprekken met professionals. Dit laatste is van belang voor het beoordelen van bijvoorbeeld merkbare kwaliteit. Met andere woorden: de visie die een RvT heeft op toezicht houden is bepalend voor haar werkwijze en de uiteindelijke beoordeling van de kwaliteit.

5.4.3 Beantwoording centrale vraag

De centrale vraagstelling luidt:

- Op welke wijze houdt een RvT toezicht op de kwaliteit van zorg binnen de ggz.

Voor toezichthouders zijn doelmatigheid en effectiviteit lang dominant geweest binnen toezicht. Kwaliteit is vertaald naar meetbare indicatoren. Met de opkomst van waardegedreven zorg en aandacht voor het cliëntenperspectief is er noodzaak ontstaan het toezicht te verbreden. Dit is onder meer zichtbaar in een toename van de diversiteit van de samenstelling van de RvT.

Het gebruikte instrumentarium van KPI's en PDCA-cyclus vraagt om een verbreding van instrumenten die merkbare kwaliteit monitoren. RvT's zoeken hiertoe de dialoog met de organisatie. Ze laten zich breed informeren en nemen waar. Coherentie en consistentie van informatie en waarneming vormen een belangrijke impliciete maatstaf in toezicht op kwaliteit.

Kwaliteit wordt voornamelijk benaderd vanuit het cliëntenperspectief. Er wordt in het toezicht weinig gebruik gemaakt van ontwikkelde theorieën, die grip op kwaliteit pogen te vergroten. Denk hierbij aan het onderscheid tussen verschillende perspectieven, vormen of elementen van kwaliteit. Met name organisatorische, professionele en relationele vormen van kwaliteit en de elementen structuur, proces en uitkomst van Donabedian (2016) leven zeer beperkt.

Ten aanzien van de procedurele kant kan geconcludeerd worden dat nagenoeg alle RvT's een commissie kwaliteit hebben, die in vaste frequentie bij elkaar komt. De agenda wordt in samenspraak met de RvB gemaakt. Naar gelang het onderwerp worden externe gasten uitgenodigd. KPI's worden besproken en er wordt gerapporteerd op incidenten. Er is zicht op de kwaliteitscyclus binnen de instelling. Verslagen van en naar de inspectie komen aan bod. Er vinden overleggen plaats met cliëntenraden en ondernemingsraden.

Er worden locatiebezoeken verricht waarbij met professionals en/of cliënten wordt gesproken. Hier komt de merkbare kwaliteit aan bod. De RvT's worden aan de voorkant betrokken bij beleidsontwikkelingen en nemen over het algemeen deel aan organisatiebrede bijeenkomsten. Men is op de hoogte van belangrijke kwaliteitsverbeteringen en ziet toe op een goed opleidingsklimaat. Er wordt gewerkt vanuit vertrouwen. De rol van sparringpartner ten aanzien van kwaliteit van zorg wordt ingevuld. Onder andere door aandacht te hebben voor de dilemma's die de bestuurders ervaren.

Het merendeel van de RvT's is zoekende naar de wijze waarop zij invulling geven aan hun taak ten aanzien van toezicht houden op kwaliteit. Zij reflecteren op hun eigen handelen en volgen scholing.

5.5 Aanbevelingen

Op basis van het verrichte onderzoek zijn een aantal aanbevelingen geformuleerd. Deze aanbevelingen komen hieronder aan bod. Er wordt onderscheid gemaakt in aanbevelingen voor toezichthouders en aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

5.5.1 Aanbevelingen voor toezichthouders

- Allereerst komt uit de resultaten naar voren dat de toezichthouders zoekende zijn naar de wijze waarop zij kwaliteit moeten bezien en hoe zij dit begrip moeten operationaliseren. Een belangrijke aanbeveling hierin is het nadrukkelijker onderscheid maken in de verschillende vormen en aspecten van kwaliteit, zoals organisatorische, professionele en relationele kwaliteit om hiermee meer grip op de kwaliteit van zorg in de organisatie te krijgen. Om deze aanbeveling praktisch handen en voeten te geven, is het advies om de gids *Zienderogen Beter* van de NVTZ uit 2014 ter hand te nemen.
- Een andere aanbeveling betreft het meer integreren van de verschillende perspectieven op kwaliteit. Het cliëntenperspectief is het dominante perspectief. Het oog hebben voor het cliëntenperspectief is een goede ontwikkeling geweest. Het risico bestaat echter dat hiermee het professionele en maatschappelijke perspectief wat naar de achtergrond verschuift en de integratie van de verschillende perspectieven uit het oog wordt verloren. Een manier om het professionele perspectief sterker te kunnen verankeren is het nadrukkelijker opzoeken van professionals en met hen de dialoog te voeren over hoe zij kwaliteit bezien. Daarnaast is belangrijk om ook oog te hebben voor de wijze waarop de RvB intern de dialoog voert en daar ook op toe te zien.
- Een andere concrete aanbeveling richt zich op de doorontwikkeling van de behandelinhoudelijk KPI's. Uit dit onderzoek komt naar voren dat het huidige toezicht houden zich in transitie bevindt van resultaatgericht naar waardengericht toezicht houden. Het verantwoordende gebeurt nog steeds voornamelijk op basis van oude KPI's, die passend waren bij de resultaatgericht toezicht houden. Bij waardengericht toezicht staat het verantwoordende vanuit vertrouwen centraal en gaat het toezicht terug naar de kernwaarde van de organisatie, het leveren van goede zorg. De wijze van verantwoordende dient zich daar ook bij aan te sluiten. Hiervoor is het van belang om het verantwoordende meer te verbinden met het handelen van de professional. Waarbij er nadrukkelijk met de professional in de organisatie in dialoog gezocht moet worden naar een passende wijze van verantwoordende. Deze aanbeveling sluit aan bij het advies *Blijk van vertrouwen* van de RVS (2019). Bij deze aanbeveling dient opgemerkt te worden, in lijn met van Dijk et al. (2021) dat er onderscheid gemaakt kan worden in meer standaard processen, waarbij het resultaatgericht verantwoordende wel als passend gezien kan worden.
- Tot slot, vergt waardengericht toezicht houden en verantwoordende een andere cultuur van toezicht houden. Hier zit dan ook een randvoorwaardelijke aanbeveling in. Om de dialoog beter te kunnen voeren is openheid, transparantie en een proactieve houding van de toezichthouders nodig. Waarbij het rolvaste vervangen kan worden door een rolbewuste houding en daar duidelijk over te communiceren richting betrokkenen. De toezichthouders

kunnen de dialoog dieper in de organisatie opzoeken en juist vanuit rolbewustzijn gepaste afstand bewaren en dat ook nadrukkelijker uitstralen.

5.5.2 Aanbeveling voor vervolgonderzoek.

- Zoals eerder opgemerkt in deze thesis is er een beperkte hoeveelheid onderzoeken beschikbaar naar toezicht houden op kwaliteit van zorg. De meeste onderzoeken zijn enigszins gedateerd. Derhalve is het een aanbeveling om hier meer onderzoek naar te verrichten, om de resultaten van dit onderzoek verder te kunnen valideren.

Diversiteit en cultuur

- Dit onderzoek richtte zich niet primair op de samenstelling van de RvT en de mogelijke gevolgen daarvan op het toezichthouden op kwaliteit. Door de interviews werd wel een beeld gevormd van de samenstelling van de RvT's en kwam de inhoudelijke achtergrond van de respondenten aan bod. Ook werd regelmatig door respondenten, daar waar dit relevant was, de wens uitgesproken om een lid met een zorginhoudelijk profiel, bij voorkeur een psychiater toe te laten treden aan de RvT. Een van de resultaten van dit onderzoek heeft laten zien dat het professionele perspectief niet altijd goed verankerd is. Het is interessant om te onderzoeken wat het effect of de veronderstelde meerwaarde zou zijn van een inhoudelijk lid in de RvT. Waarbij het risico bestaat dat de oplossing in de governance structuur wordt gezocht in plaats van de dialoog in de organisatie op te zoeken.
- In het verlengde hiervan kan worden opgemerkt dat er binnen de RvT's weinig sprake van diversiteit was. Aandacht voor diversiteit is een belangrijk thema in de zorg. Dit werd ook door een aantal toezichthouders expliciet onderkend. Diversiteit heeft betrekking op de culturele en vakinhoudelijke achtergrond, maar ook op zaken zoals leeftijdsopbouw van de toezichthouders. Verjonging van toezichthouders leidt dan ook tot een grotere diversiteit. Een onderzoek naar de wijze waarop meer diversiteit kan worden vormgegeven en de effecten daarvan op de toezichtcultuur is dan ook waardevol voor de praktijk van het toezicht houden.

Wijze van toezicht houden, anders verantwoord

- Zoals in de discussie naar voren kwam en werd benoemd in de conclusie vergt waardengericht toezicht houden op kwaliteit een ander wijze van verantwoord. De huidige kwantitatief geladen KPI's schieten hierbij tekort. Uit de literatuur en uit beleidsdocumenten komen weliswaar nieuwe vormen van verantwoord naar boven, zoals verantwoord middels narratieven en worden focusgroepen en cliëntenpanels benoemd als instrumenten ter verantwoording. Er is echter nog weinig onderzoek gedaan naar de toepasbaarheid daarvan in de praktijk en naar de validiteit daarvan. Een vervolgonderzoek gericht op het door ontwikkelen van kwalitatieve verantwoordingsinstrumenten is dan ook een gerichte aanbeveling, waarbij de kwantitatieve KPI's in het licht van het eerder genoemde situationele toezicht houden wel bruikbare instrumenten zijn en blijven.

Literatuur

- Advies Commissie Behoorlijk Bestuur. (2013). Een lastig gesprek. In https://www.raadrvs.nl/binaries/raadrvs/documenten/publicaties/2013/08/01/eindrapport-commissie-behoorlijk-bestuur/Eindrapport_Commissie_Behoorlijk_Bestuur.pdf.
- Ahaus, K. (z.d.). *Organiseren van waardegedreven zorg vanuit patientenperspectief* [Presentatieslides]. College MHBA.
- Bakker, P., Evers, S., Hovens, N., Snelder, H., & Weggeman, M. (2005). Het Rijnlands model als inspiratiebron. *Holland Management Review*, 109, 72–81.
- Bal, C., & van Tongeren, P. (1999). *Wat kwaliteit is moet een open vraag blijven. Filosofische bijdrage aan de kwaliteitszorgdiscussie*. <https://hdl.handle.net/2066/131180>
- Berwick, D. M. (2016). Era 3 for Medicine and Health Care. *JAMA*, 315(13), 1329–1330. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.1509>
- Branche Organisatie Zorg. (2022, 29 september). *Governancecode Zorg 2022*. <https://www.governancecodezorg.nl/>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brouwer, J. (2016). *Nieuwe governancecode is rule based en onevenwichtig - Zorgvisie*. Zorgvisie. Geraadpleegd op 10 april 2023, van <https://www.zorgvisie.nl/blog/nieuwe-governancecode-is-rule-based-en-onevenwichtig/>
- Burgers, J. (2015). Opschudding over evidencebased medicine. *NTvG*, 159:A8376. <https://www.ntvg.nl/artikelen/opshudding-over-evidencebased-medicine>
- De Vos, L. (2014). *Kwaliteit, disciplineren en sturing. Een historisch sociologisch onderzoek naar de vormgeving van kwaliteit van zorg in ziekenhuizen* [PhD dissertation]. Erasmus Universiteit.
- Dekker, C. (1987). *Bereidheid tot verandering* (Door commissie structuur en financiering gezondheidszorg). Distributiecentrum Overheidspublicaties.
- Deming, W. E. (1982). *Out of the Crisis*.
- Dillmann, R., Wagner, C., Schellekens, W., Klein, J., Jager, M., & Grinten, T. (2016). *Patiëntveiligheid: Handboek voor medisch specialistische zorg*. de Tijdstroom.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- GGZ Nederland. (2019). *CAO GGZ: 2019-2021*. <https://ggz.nl/wp-content/uploads/2019/10/Cao-GGZ-2019-2021.pdf>
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Transaction Publishers.

- Goodijk, R. (2012). *Falend toezicht in semipublieke organisaties?: zoeken naar verklaringen*. Koninklijke Van Gorcum.
- Goodijk, R. (2015). *Van afvinken naar aanspreekbaarheid: over deugdelijke governance in de semipublieke sector*. Vrije Universiteit Amsterdam. <https://hdl.handle.net/1871/53637>
- Goodijk, R. (2022). *Inclusief strategisch partnerschap: met wijze toezichthouders : over bestuur en toezicht in het semipublieke domein*. Koninklijke Van Gorcum.
- Hennink, M., & Kaiser, B. (2021). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social Science & Medicine*, 292, 114523. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523>
- Hoek, H. (2007). *Governance & Gezondheidszorg* [Proefschrift]. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- IGJ & NZa. (2020). *Kader Goed Bestuur*. Publicatie | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Geraadpleegd op 26 november 2022, van <https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2020/07/03/kader-goed-bestuur>
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2018). *Afwegingskader vertrouwen*. <https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2018/10/09/afwegingskader-vertrouwen>
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2022). *Toetsingskader geestelijke gezondheidszorg*. Toetsingskader | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. <https://www.igj.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg/publicaties/toetsingskaders/2022/04/14/toetsingskader-geestelijke-gezondheidszorg>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. In *National Academies Press eBooks*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10027>
- Kamerstuk 32012, nr. 35. (2016). *Agenda voor goed bestuur*. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-32012-35.html>
- Klaassen, A. (2013). *Tekortschietend intern toezicht en de kwaliteit van zorg*. <http://hdl.handle.net/1765/39769>
- Klaassen, A. (2021). Vernieuwing van het intern toezicht in de zorgsector? *Tijdschrift voor toezicht*, 12(3), 105–118. <https://doi.org/10.5553/tvt/187987052021012003002>
- Landelijke organisatie cliëntenraden (LOC)*. (z.d.). Geraadpleegd op 21 januari 2023, van <https://www.clientenraden.nl/>
- Lindeboom, G., & van Lieburg, M. (1993). *Inleiding tot de geschiedenis der geneeskunde*.
- Maso, I., & Smalling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Boom.
- Meesters, Y., Staps, M., & Beldman, M. (2017). *Verbeteren van sturingsinformatie voor de Raad van Bestuur over de kwaliteit van zorg in de academische psychiatrie vanuit multi-stakeholder perspectief*. Nederlandse Federatie van UMC's consortium kwaliteit van zorg. https://nfukwaliteit.nl/pdf/SoK_T2_Definitieve_Eindrapportage_Psychiatrie.pdf

- Meurs, P., & Schraven, T. (2006). Raden van toezicht opnieuw langs de meetlat. Naar stimulerend en slim toezicht. *Elsevier*, 11–24.
- Ministerie van Algemene Zaken. (2022). *Goed bestuur in de zorg*. Kwaliteit van de zorg | Rijksoverheid.nl. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/goed-bestuur-in-de-zorg>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022). *Integraal Zorgakkoord: “Samen werken aan gezonde zorg”*. Rapport | Rijksoverheid.nl. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
- Minkman, M. (2017). *Innovatie van organisatie en governance van integrale zorg: “verlangen naar integraliteit”*.
- Mortelmans, D. (2020). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*.
- NEN, Stichting Koninklijk Nederlands Normalisatie Instituut. (Red.). (z.d.). *HKZ*. Geraadpleegd op 26 december 2022, van <https://www.hkz.nl/>
- NVTZ. (2014). *Zienderogen Beter: Gids voor intern toezicht op kwaliteit van zorg*. <https://docplayer.nl/5405875-Zienderogen-beter-gids-voor-intern-toezicht-op-kwaliteit-van-zorg-door.html>
- NVTZ. (2020). *Voorbij het toezien: Over de taak en rolopvatting van de raad van toezicht van zorg- en welzijns organisaties in een veranderende tijd*. Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorg en Welzijn.
- Oldenhof, L., Postma, J., & Putters, K. (2014). On Justification Work: How Compromising Enables Public Managers to Deal with Conflicting Values. *Public Administration Review*, 74(1), 52–63. <https://doi.org/10.1111/puar.12153>
- Plocgh, T., & van Zwieten, M. (2007). Kwalitatief onderzoek. In *Handboek Gezondheidszorgonderzoek* (pp. 77–93). Bohn Stafleu Van Loghem.
- Porter, M., & Teisberg, E. (2007). How Physicians Can Change the Future of Health Care. *JAMA*, 297(10), 1103. <https://doi.org/10.1001/jama.297.10.1103>
- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving. (2009). *Governance en kwaliteit van zorg*. https://www.raadrvs.nl/binaries/raadrvs/documenten/publicaties/2009/03/10/governance-en-kwaliteit-van-zorg/Governance_en_kwaliteit_van_zorg.pdf
- Raad Voor Volksgezondheid en Samenleving. (2019). *Blijk van vertrouwen: Anders verantwoord voor goede zorg*. https://www.raadrvs.nl/binaries/raadrvs/documenten/publicaties/2019/05/14/advies-blijk-van-vertrouwen---anders-verantwoorden-voor-goede-zorg/RVS_advies_Blijk+van+vertrouwen_webversie.pdf
- Reinders, H. (2019). *Kwaliteit als ervaring*. Gompel&Svacina.

- Roscam Abbing, H. (1987). De weg naar een gezond bestel; het advies van de Commissie Dekker. *NTvG*, 131:1136-40. <https://www.ntvg.nl/artikelen/de-weg-naar-een-gezond-bestel-het-advies-van-de-commissie-dekker>
- Rubrech, J., & de Lange, G. (2022). *Kwaliteit verbeteren in de zorg* (3de editie). Pearson Education.
- Schouten, L., den Uil, H., & Buiting, M. (2013). Toezicht houden op kwaliteit. *Kwaliteit in zorg*, 4, 4–7.
- Schraven, T. (2014). *Governance in de zorg / druk 1: van inrichting naar inspiratie van wetten naar waarden*. Pumbo.
- Stoopendaal, A. (2016). *Al doende leren: Een essay over de experimentele zoektocht naar toezicht op zorgbesturing door de Inspectie voor de Gezondheidszorg*. <http://hdl.handle.net/1765/105644>
- Stoopendaal, A., & Bouwman, R. (2018). *Ruimte voor Vertrouwen*. Marketing & Communicatie ESHPM. https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Ruimte_voor_vertrouwen.pdf
- Stoopendaal, A., & de Bree, M. (2014). *Evaluatieonderzoek systeemtoezicht op kwaliteit en veiligheid in de zorg*. <http://hdl.handle.net/1765/51650>
- Stoopendaal, A., & van der Scheer, W. (2021). Rebel-leren: hoe een rebelse sector tot lerend verantwoord komen. *B en M*, 48(2), 196–214. <https://doi.org/10.5553/benm/138900692021048002006>
- Strating, M., van Veenendaal, H., & Ahaus, K. (2020). *Evaluatie van het programma 'Goed Toezicht'*. Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM).
- Van Agthoven, M., van der Kolk, A., Knegtering, H., Delespaul, P., Jeurissen, P., Krabbe, P., Huijsman, L., Lijk, R., de Beurs, E., Hakkaart-Van Roijen, L., & Bruggeman, R. (2015). Doelmatigheid in de ggz: toekomst dankzij ROM?. *www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl*. https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-10660_Doelmatigheid-in-de-ggz-toekomst-dankzij-ROM
- Van de Bovenkamp, H., Stoopendaal, A., Van Bochove, M., Hoogendijk, H., & Bal, R. (2018). *Persoonsgerichte zorg, regeldruk en regelruimte: van regelreflex naar spiegelreflex*. <https://hdl.handle.net/1765/109219>
- Van der Heijden, J., & Mulder, P. (2008). *Schaken op meerdere borden tegelijk*. Erasmus Universiteit MBA-Health.
- Van der Scheer, W., & Stoopendaal, A. (2020). *Spiegelbeeld kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2018*. <http://hdl.handle.net/1765/124008>
- Van Dijk, G., Klarenbeek, S., & Donck, O. (2021). *Publieke Waarde uitgemeten: Interne sturing is externe verantwoording*. Vrije Universiteit Amsterdam. <https://hdl.handle.net/1871.1/291af6ae-14be-4c4c-97c8-5273db09bc61>
- Van Ooijen, M. (2013). *Toezichtdynamica: Een exploratief kwalitatief onderzoek naar het functioneren van raden van toezicht in de gezondheidszorg*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Zwieten, M., & Willems, D. (2004). Waardering van kwalitatief onderzoek. *Huisarts En Wetenschap*, 47(13), 38–43. <https://doi.org/10.1007/bf03083653>

- Vanhaecht, K., De Ridder, D., Seys, D., Brouwers, J., Claessens, F., Van Wilder, A., Panella, M., Batalden, P., & Lachman, P. (2021). The History of Quality: From an Eye for an Eye, Through Love, and Towards a Multidimensional Concept for Patients, Kin, and Professionals. *European urology focus*, 7(5), 937–939. <https://doi.org/10.1016/j.euf.2021.09.001>
- Verschuren, P., & Doorewaard, J. (2021). *Het ontwerpen van een onderzoek*. Boom.
- Vinson, S. (2023). Achterstelling en culturele sensitiviteit. *De Psychiater*, 1, 10–12.
- Weggelaar-Jansen, A., van de Bovenkamp, H., & Bal, R. (2016). *Zand in de kwaliteitsmachinerie*. <http://hdl.handle.net/1765/80054>
- Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid. (2014). *Van tweeluik naar driehoeken. Versterking van interne checks and balances bij semipublieke organisaties*. <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2014/05/27/van-tweeluik-naar-driehoeken>
- Zorginstituut Nederland. (2020). *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ*. <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/ggz-landelijk-kwaliteitsstatuut>

Overzicht wetgeving

Wet BIG	Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg
WGBO	Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg
Wmcz	Wet medezeggenschap cliënten zorginstelling
Wtza	Wet toetreding zorgaanbieders
Wvggz	Wet verplichte zorg ggz

Bijlage A Topiclijst

De centrale vraag luidt:

- Op welke wijze houdt een RvT toezicht op de kwaliteit van zorg binnen de GGZ?

Deelvragen zijn:

- Wat is de visie van een RvT op de kwaliteit van zorg?
- Vanuit welk perspectieven(en) houden zij toezicht op de kwaliteit van zorg?
- Op welke wijze wordt invulling gegeven aan het toezicht?
- Wat zijn de overeenkomsten en verschillen in interpretatie/visie van goede zorg/kwaliteit van zorg tussen verschillende RvT's in de GGZ?

Topiclijst interviews

I Toezicht

- Hoe is jullie raad van toezicht samengesteld?
- Toezichtvisie?
- Wat is de overheersende wijze van toezicht houden?

II Kwaliteit

- *Wat is kwaliteit?*
- *Vanuit welk perspectief wordt er naar kwaliteit gekeken?*
- *Is er een dominant perspectief?*

III Toezicht houden op kwaliteit

- *Hoe komt kwaliteit aan bod in de toezichtrelatie met de RvB?*
- *Welke methoden gebruiken jullie?*
- *Hoe komen jullie aan informatie?*
- *Werkwijze?*
- *Hoe verhoudt zich de tijd die er aan kwaliteit wordt besteed.*

Bijlage B

Informatie verstrekt voorafgaand aan interview

Informatie voor respondenten

Hartelijk dank voor uw bereidheid mee te werken aan mijn thesis in het kader van de opleiding MBA Health Care van het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur. Mijn thesis onderzoekt de wijze waarop Raden van Toezicht (RvT) invulling geven aan hun rol ten aanzien van toezicht houden op de kwaliteit van zorg binnen de GGZ. Hiertoe plan ik graag een interview via MS Teams.

Interview

Het is niet noodzakelijk het interview specifiek voor te bereiden. Aan de basis van het interview ligt een topiclijst, die is afgeleid uit de centrale vraag en deelvragen. Het is de bedoeling hier een open en levendig gesprek over te voeren. De topiclijst is opgenomen aan het eind van dit document. Aan de hand van een semigestructureerd interview komen de onderdelen van de topic lijst aanbod.

Anonimiteit

Het is de bedoeling het interview op te nemen om daarna de tekst volledig uit te schrijven. Na het afronden van de thesis wordt de opname vernietigd. Wel kunnen specifieke fragmenten met een generieke omschrijving geanonimiseerd aangehaald worden in de thesis.

Achtergrond onderzoek

De laatste jaren is er een toenemende aandacht voor de rol van Raden van Toezicht op de kwaliteit van zorg. Bij incidenten wordt er ook steeds vaker gekeken naar de rol van de RvT. De media en politiek spelen hierin een aanjagende rol. Bij incidenten wordt om extra regelgeving gevraagd en wordt falend toezicht genoemd als een van de oorzaken. Deze toenemende aandacht voor de rol van de RvT's is een gevolg van veranderingen en ontwikkelingen in de zorg in de afgelopen decennia.

De aanwezigheid van een veelheid aan kaders en wet- en regelgeving rondom goed bestuur, de aanwezigheid van vele actoren rondom zorginstellingen en de verschillende perspectieven die hieruit voortvloeien, illustreren dat het toezicht houden in een complexe context plaatsvindt. Daarnaast is kwaliteit een complex en pluriform begrip. Wat is kwalitatief goede zorg? Bovenstaande roept de vraag op hoe toezichthouders in de GGZ, invulling geven aan deze complexe taak van toezicht houden op de kwaliteit van zorg. Uit onderzoek is hier (nog) niet veel informatie over bekend.

De centrale vraag luidt:

Op welke wijze houdt een RvT toezicht op de kwaliteit van zorg binnen de GGZ?

Deelvragen zijn:

- Wat is de visie van een RvT op de kwaliteit van zorg?
- Vanuit welk perspectieven(en) houden zij toezicht op de kwaliteit van zorg?
- Op welke wijze wordt invulling gegeven aan het toezicht?
- Wat zijn de overeenkomsten en verschillen in interpretatie/visie van goede zorg/kwaliteit van zorg tussen verschillende RvT's in de GGZ?

Topiclijst interview

I Toezicht

- Hoe is jullie RvT samengesteld?
- Toezichtvisie?
- Wat is de overheersende wijze van toezicht houden?

II Kwaliteit

- Wat is kwaliteit?
- Vanuit welk perspectief wordt er naar kwaliteit gekeken?
- Is er een dominant perspectief?

III Toezicht houden op kwaliteit

- Hoe komt kwaliteit aan bod in de toezichtrelatie met de RvB?
- Welke methoden gebruiken jullie?
- Hoe komen jullie aan informatie?
- Werkwijze?

Tijdens het interview zal ik de deelvragen aanstippen, door allereerst een aantal vragen te stellen over de samenstelling en werkwijze van de RvT in het algemeen, alvorens in te zoomen op kwaliteit. Waarna het gesprek verder zal gaan over de wijze waarop er toezicht wordt gehouden op kwaliteit van zorg.

Foka Eekhof

Bijlage C Codeboom

