

QUIST BOARD SURVEY ACADEMISCHE EN TOPKLINISCHE ZIEKENHUIZEN

DE STAAT VAN ZELFEVALUATIE
ONDER TOEZICHTHOUDERS:

TOPKLINISCHE ZORG VERDIENT BETER

INLEIDING

Voor u ligt de eerste Board Survey over Raden van Toezicht (RvT) in het topsegment van de cure-branche van de zorg in Nederland. Het is een poging inzicht te krijgen hoe deze Raden van Toezicht omgaan in hun jaarlijkse verslaglegging met het begrip zelfevaluatie in de periode 2011-2015. Niet meer en niet minder. In deze periode was de Zorgbrede Governancecode 2010 van kracht waarin het voorschrift voor een jaarlijkse zelfevaluatie is opgenomen ¹, evenals de plicht helder inzicht te verschaffen over door de RvT verrichte werkzaamheden².

Onze verwachting bij aanvang van dit onderzoek was dat deze beide voorschriften zich zouden reflecteren in de jaarverslagen. Met een goede toelichting over hoe de evaluatie tot stand is gekomen, welke onderwerpen aan bod zijn gekomen en wat de conclusies waren dan wel de gevolgen van de evaluatie.

Bescheiden, derhalve maar niet van belang ontbloot nu met ingang van dit jaar de Governancecode Zorg 2017 van kracht is geworden. Deze nieuwe code vraagt niet alleen om een jaarlijkse zelfevaluatie maar stelt bovendien de verplichting om minstens eenmaal in de drie jaren een zelfevaluatie te doen die door een onafhankelijk externe wordt begeleid. Raden van Toezicht die bij de NVTZ (Ned. Ver. van Toezichthouders in de Zorg) zijn aangesloten krijgen bovendien met ingang van 2017 te maken met het accreditatie-programma Goed Toezicht.

Ook nieuw is onze eigen inspanning om verslaglegging over de zelfevaluatie (zoals die blijkt uit de op het internet gepubliceerde jaarverslagen) te voorzien van een norm. Deze normering maakt onderlinge vergelijkingen mogelijk en geeft inzicht welke instellingen er in slagen de norm te halen, welke daarbij achterblijven en welke nog een lange weg hebben te gaan. Het meest geruststellende is wel dat de gestelde norm herhaaldelijk wordt gehaald. Door een van de instellingen zelfs ieder jaar. Gezamenlijk valt er ons inziens echter nog veel van elkaar te leren en daarmee voor de (verslaglegging over) zelfevaluatie ook veel te winnen.

Door ons te concentreren op de kwaliteit van de verslaglegging (open bron) zeggen we niets over de kwaliteit van de zelfevaluatie zelf. We waren er niet bij en in theorie kan men een perfecte zelfevaluatie hebben gehad maar er niet of alleen summier over hebben gepubliceerd. In dat laatste geval scoort een dergelijke zelfevaluatie in onze Board Survey niet goed. Wel levert het hopelijk een leerpunt op voor de betreffende Raad van Toezicht om in de toekomst meer aandacht te geven aan zijn publieke verantwoording, ook als het gaat om het belangrijke thema van zijn zelfevaluatie.

¹ ZGC 2010 artikel 4.1 lid 6: De Raad van Toezicht evalueert zijn functioneren tenminste jaarlijks buiten de aanwezigheid van de Raad van Bestuur en informeert de Raad van Bestuur over de uitkomsten daarvan.

² Art. 2.3.5. [...] de RvT helder inzicht geeft in de door hem in het verslagjaar verrichte werkzaamheden.

De aandacht voor de functie en rol van toezicht is sterk toegenomen. Ook voor het werk van de (individuele) toezichthouder. Van de politiek, het publiek, de media en stakeholders met in hun kielzog advocaten en verzekeraars. Vaak als resultaat van onjuist beleid en tekortschietend toezicht daarop. Vaak ook met grote gevolgen. Maatschappelijk maar ook voor de betreffende toezichthouders zelf, in privé.

Helaas doen deze incidenten en beeldvorming tekort aan de zeer vele, goed functionerende toezichthouders. De vraag is echter of toezichthouders zich zelf ook niet tekort doen.

Toezichthouders verdienen beter en academische en topklinische ziekenhuizen verdienen ons inziens top toezicht als men ook op dit punt tot de echte top wil behoren.

Met deze eerste Board Survey voor de top van de Nederlandse ziekenhuizen (NFU, STZ en Santeon) willen wij bijdragen aan de discussie over verbetering van het toezicht in het algemeen en over verbetering van de verslaglegging over zelfevaluaties in het bijzonder. Niet terugkijken om het terugkijken maar als nuttige spiegel naar de toekomst. Hoe kan het beter?

Goed toezicht is echter niet een automatisch gegeven. Daar moet blijvend aan gewerkt en kritisch naar gekeken worden. Dat is geen navelstaren of enge pottenkijkerij maar een wijze van in de spiegel kijken en daar transparant verantwoording over afleggen.

De nadruk bij zelfevaluatie ligt veelal op verantwoording en transparantie, vaak afgedwongen door de buitenwereld. Te weinig wordt belicht dat toezichthouders zichzelf en de kwaliteit van hun toezicht een dienst bewijzen met een goede en regelmatige zelfevaluatie. Het ruimt ergernissen uit de weg, voorkomt irritaties, geeft meer plezier en bevrediging. Olifanten worden benoemd, er komt lucht in de vergadering en impliciete verwachtingen kunnen worden verhelderd. Dat geldt ook voor de relatie met de bestuurder.

Een eerlijke en kritische zelfevaluatie kan veel ellende voorkomen. De kwaliteit van toezicht op de besturing hangt in onze ervaring nauw samen met het functioneren van de toezichthouders zelf. Recent onderzoek³ heeft aangetoond dat een slechte samenwerking binnen een RvT de belangrijkste negatieve factor is wanneer het gaat om de beheersing van crisissituaties. Andersom is ook waar. Niet alleen nadat zich een crisis heeft voorgedaan is evaluatie van belang, maar juist voordat dit gebeurt. Met andere woorden, zijn de toezichthouders klaar voor een crisis, mocht die zich voordoen. Goed en effectief toezicht begint daar.

Evaluatie na een crisis is interessant. Evaluatie voor een crisis is relevant.

³ Prof. dr. Jaap van Manen en dr. Dennis Veltrop "Een slimme Raad is op haar toekomst voorbereid"

AANLEIDING EN PERSPECTIEF

Twintig jaar geleden (juni 1997) verscheen het rapport van de Commissie Peters waarin de 40 aanbevelingen stonden rond het evenwicht tussen toezicht, bestuur en aandeelhouders in het (beursgenoteerde) bedrijfsleven. Daarin werd voor het eerst melding gemaakt van de zelfevaluatie van Raden van Commissarissen. De zorgsector was vervolgens een van de eerste sectoren waarvoor (eind 1999) door de Commissie Health Care Governance aanbevelingen voor 'good governance' werden uitgebracht, in navolging van de Commissie Peters. De eerste zogenaamde Zorgbrede Governancecode werd ingevoerd op 1 januari 2006. Een nieuwe versie volgde in 2010 en per 1 januari 2017 is de geheel vernieuwde Governancecode Zorg 2017 van kracht.

UIT DE INLEIDING VAN DE ZORGBREDE GOVERNANCECODE VAN 2010:

"De zorgbranche was een van de eerste branches waarvoor eind 1999 door de Commissie Health Care Governance aanbevelingen voor good governance werden uitgebracht. De richtlijnen waren niet bindend, maar gaven wel een impuls aan de discussie over goed bestuur en goed toezicht bij zorgorganisaties. Vervolgens ontwikkelden enkele zorgbranches een eigen Governancecode. In 2005 stelden Arcares en Z-org (inmiddels samengegaan in ActiZ), GGZ Nederland, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), verenigd in de Brancheorganisaties Zorg (BoZ), een gezamenlijke code op, de zogenaamde Zorgbrede Governancecode. De Zorgbrede Governancecode werd met ingang van 1 januari 2006 van kracht. Dat wil zeggen dat voor alle leden van de deelnemende brancheorganisaties de naleving van de code geldt als een verplichting, voortvloeiend uit het lidmaatschap van hun respectieve koepelorganisatie. Naleven betekent toepassen van de codebepalingen, en zo niet, aangeven waarom niet en op welke punten de betreffende zorgorganisatie met welke vervangende regels daarvan afwijkt ('pas toe of leg uit'). Met ingang van 2008 heeft de NFU voor zijn leden een eigen Governancecode ingevoerd, met de Zorgbrede Governancecode als uitgangspunt."

EN UIT DIE VAN DE GOVERNANCECODE ZORG 2017:

“De brancheorganisaties in de zorg zijn verenigd in hun streven naar kwalitatief goede zorg, die voldoet aan eigentijdse eisen. Voor goede zorg zijn goed bestuur en toezicht een belangrijke voorwaarde. Sinds de laatste versie van de Zorgbrede Governancecode uit 2010 is er veel veranderd binnen de gezondheidszorg en ontwikkelden zich kennis, opvattingen en verwachtingen rond goed bestuur en toezicht, professioneel handelen en governance. ActiZ, GGZ Nederland, NFU, NVZ en VGN verenigd in de Brancheorganisaties Zorg (BoZ), hebben daarom besloten tot een geheel herziene code. Per 1 januari 2017 is deze nieuwe Governancecode Zorg van kracht.”

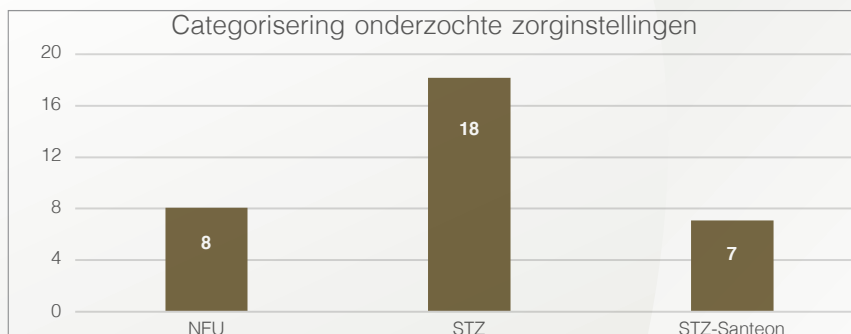
In deze survey is de referentieperiode van 2011-2015. Dat houdt in dat de Zorgbrede Governancecode van 2010 leidraad is voor onze observaties.

⁴ Aanbeveling 18: De Raad van Commissarissen bespreekt tenminste éénmaal per jaar buiten de aanwezigheid van de Raad van Bestuur zijn eigen functioneren,[...]. Van het houden van de bespreking wordt mededeling gemaakt in het verslag van de Raad van Commissarissen (3,5).

OPZET VAN DE BOARD SURVEY

Deze board survey in de zorgsector richt zich op alle academische ziekenhuizen (leden NFU) en alle ziekenhuizen die aangesloten zijn bij de Stichting Topklinische Ziekenhuizen (STZ) waar onder de leden van Santeon, een open samenwerkingsverband met als doel de medische zorg te verbeteren door continue vernieuwing en onderlinge uitwisseling.

De situatie van ultimo 2015 is het ijkpunt voor de selectie van deelnemers. Alles bij elkaar levert dat 33 instellingen verdeeld over 8 academische en 25 topklinische instellingen (STZ) op. Hoewel de 7 Santeon instellingen deel uitmaken van de STZ verzameling zullen wij hen hier meestal apart behandelen.⁵



Grafiek 1: onderzochte zorginstellingen

De Zorgbrede Governancecode 2010 die in de referentieperiode van kracht is, heeft als adagium: pas toe of leg uit. Wij hebben derhalve alle jaarverslagen over de verslagperiode er op nagekeken, ook met Artikel 2.3.5. van de code in het achterhoofd:

“Art. 2.3.5. De door de Raad van Toezicht verrichte werkzaamheden Kenmerkend voor goede governance is dat de Raad van Toezicht helder inzicht geeft in de door hem in het verslagjaar verrichte werkzaamheden.”

⁵ Hierbij wordt het fusieziekenhuis Zuyderland meegenomen als een voortzetting van Atrium Medisch Centrum. Atrium was aangesloten bij STZ, Orbis, de andere partij bij de fusie was dat niet. HagaZiekenhuis en Reinier de Graaf uit Delft, sinds medio 2013 allebei deel uitmakend van de ReinierHagaGroep (RHG), worden vanaf 2013 als één STZ instelling meegenomen gegeven de bestuurlijke fusie die leidde tot één RvB en één RvT. In jaren 2011 en 2012 nemen we de beste score van een van beide instellingen mee als ware het een score voor de RHG (beide waren daarvoor separaat aangesloten bij STZ).

Vervolgens zijn de verslagen onderzocht op de volgende vragen:

- Is er in de verslagen terug te vinden of er in het verslagjaar sprake is geweest van een zelfevaluatie? Als dit het geval is, levert dit over dat jaar 1 punt op.
- Zo ja, heeft deze evaluatie intern of extern plaatsgevonden en/of is er iets terug te vinden over het proces (of procedure) dat plaats vond? Externe begeleiding of opmerkingen over het interne proces is goed voor 1 punt.
- Op welke wijze is er in het verslag over 1) de onderwerpen, 2) de uitkomsten en/of aanbevelingen van de evaluatie gerapporteerd en 3) hun eventuele gevolgen? Al deze drie categorieën leveren ieder 1 punt op mits terug te vinden in de externe verslaglegging.
- Gezamenlijk kan een instelling per verslagjaar derhalve maximaal 5 punten verdienen en over een periode van 5 jaar is dat maximaal 25 punten.
- Uiteindelijk leidt alles bij elkaar tot een overall score over de hele periode, uitgedrukt in een rapportcijfer door het totaal aantal behaalde punten over die periode te delen door het maximaal haalbare aantal punten (25). Daarbij onderscheiden we drie hoofdcategorieën: Voldoende en hoger (> 6), Zwak (4,5-5,9 punt) en Onvoldoende (< 4.4 punt).

Allereerst is onderzocht of, en zo ja, hoe vaak en op welke manier er is geëvalueerd door de RvT's van de betreffende ziekenhuizen. Daarvoor is uitsluitend gebruik gemaakt, het zij herhaald, van openbare jaarverslagen die te vinden zijn op het internet. Evaluatie kan zowel intern plaatsvinden als ook onder begeleiding van een onafhankelijk externe. Ook komt het voor dat RvT's überhaupt niet hebben geëvalueerd, althans dat dit niet blijkt uit het jaarverslag. Waar ziekenhuizen dan ook niet expliciet een evaluatie vermeld hebben, zijn wij er ten behoeve van deze survey vanuit gegaan dat het dan ook niet heeft plaats gevonden.

Belangrijk is ook de kwaliteit van verslaglegging op dit punt. Ziekenhuizen hebben per jaar een rating gekregen voor de kwaliteit van hun verslaglegging over de zelfevaluatie (maximaal 5 punten per jaar, zie hierboven). Twee jaar achter elkaar dezelfde tekst gebruiken scoort 0 punten in het tweede jaar. Een aankondiging in enig jaar dat de bespreking in het volgende jaar zal plaatsvinden scoort maar in een van de twee jaren. Een verklaring waarom er geen evaluatie heeft plaats gevonden scoort daarentegen wel (principe van pas toe of leg uit).

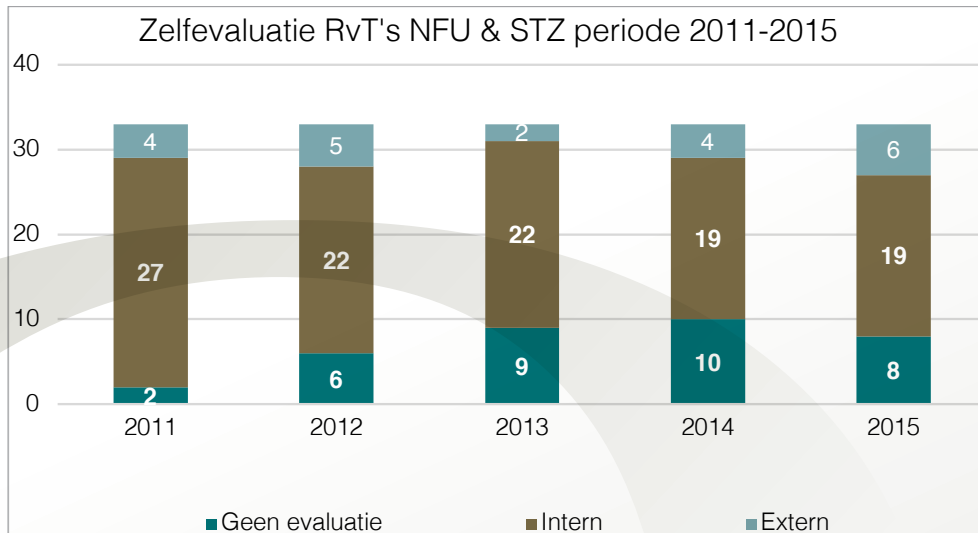
SAMENVATTING

Hoe staat het nu met de zelfevaluatie van de Raden van Toezicht in de zorg?

De onderzochte jaarverslagen leiden ons, aan de hand van de onderzoeksvragen, tot de navolgende conclusies.

- De resultaten van het onderzoek tonen aan dat nog een weg te gaan is om in alle opzichten te kunnen voldoen aan de eisen die in het zorgveld onderling zijn afgesproken. Maar, óók dat het goed mogelijk is om te voldoen aan deze eisen. Eén instelling scoort ieder jaar het maximaal aantal van 5 te vergeven punten. Ook bij andere instellingen zijn er soms 5 punten toegekend voor een bepaald jaar. In deze gevallen treft men een goede verslaglegging aan van een zorgvuldig proces van zelfevaluatie met resultaten en mogelijk zelfs gevolgen.
- Het aantal instellingen dat géén zelfevaluatie uitvoert, stijgt in de referentieperiode van 6% naar 30% om over 2015 te eindigen op 24%, bijna een kwart.
- Het leeuwendeel van de zelfevaluaties is intern gedaan. Overigens daalt over de gehele periode dit aantal in percentages van 82% naar 58% van de instellingen. Reden hiervoor is de hierboven vermelde afname van het absolute aantal evaluaties.
- Extern begeleide zelfevaluatie is in de Zorgbrede Governancecode 2010 nog geen verplichting: In de praktijk gebeurt het niet of onregelmatig. Het gemiddelde ligt op 4 per jaar (12%). Iets minder dan de helft van de instellingen evalueert nooit extern.
- Er is veel te verbeteren rond de verslaglegging van zelfevaluaties van toezichthouders in de zorg.
 - De academische en topklinische elite van ziekenhuizen scoort over de gehele referentieperiode gemiddeld een 5-min (op een schaal van 10) als het gaat om die verslaglegging.
 - De inhoudelijke verslaglegging is non-existent of (zeer) beperkt. In een aantal gevallen wordt dezelfde tekst in het jaarverslag opgenomen als het jaar daarvoor. Uitleg over hoe de evaluatie heeft plaatsgevonden ontbreekt of is summier. Er is een grote terughoudendheid op dit punt te bespeuren.
 - De op het medische vlak geuite topambitie (academisch en topklinisch) lijkt zich nog niet te vertalen naar eenzelfde ambitieniveau rond die verslaglegging.

RESULTATEN



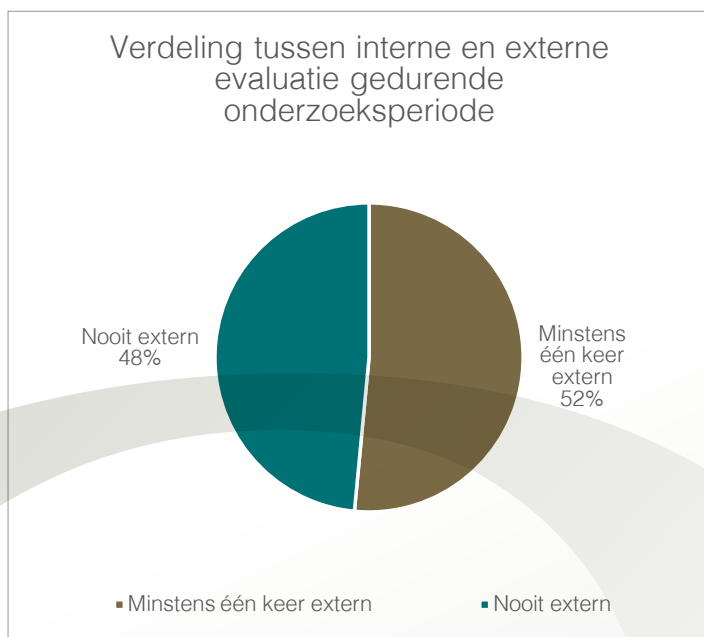
Grafiek 2: onderzochte evaluaties van de ziekenhuizen

- De grafiek laat zien dat in 2011 (het jaar na de vernieuwing van de Zorgbrede Governancecode) nagenoeg alle instellingen melding maken van een evaluatie.
- Slechts twee instellingen evalueren helemaal niet in 2011 (6%). Dat aantal loopt daarna snel op tot 10 instellingen in 2014 (30% van de populatie).
- De grote meerderheid van de RvT's evalueert zichzelf intern. In absolute aantallen daalt het aantal interne zelfevaluaties van 27 (82%) naar 19 (58%). Deze daling is met name te verklaren aan de stijging van het aantal instellingen waar helemaal niet geëvalueerd is in het laatste jaar en een bescheiden opleving van extern begeleide zelfevaluaties.
- De extern begeleide zelfevaluaties zijn bescheiden qua absoluut aantal en met een gemiddelde van vier per jaar. De onderliggende data (zie bijlage) leert dat vier van de 33 instellingen de referentieperiode tweemaal een extern begeleide zelfevaluatie heeft gedaan. De overige 13 externe evaluaties zijn telkens van een andere instelling.

WAT IS HET BEELD?

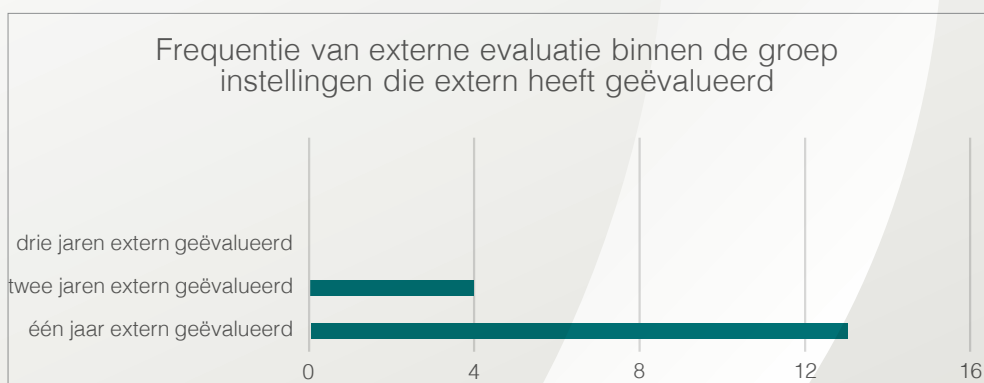
Wellicht dat de publiciteit waar de vernieuwde code in 2010 mee omgeven was, in 2011 een rol gespeeld heeft. De toename van het aantal instellingen zonder zelfevaluatie baart zorgen. De vraag rijst of men het instrument van zelfevaluatie wel serieus neemt. In de Zorgbrede Governancecode 2010 is strikt genomen ook geen oproep te vinden om een zelfevaluatie extern te laten begeleiden. Het maatschappelijk debat hierover speelt wel al langer en heeft o.a. zijn beslag gekregen in de bepaling van de Governancecode Zorg 2017 waar de verplichting is opgenomen. Het gemiddelde van vier extern begeleide zelfevaluaties per jaar steekt schril af tegen het thans te verwachten gemiddelde onder deze populatie van 10 per jaar onder de nieuwe code 2017. Op dit punt zal de sector nog een slag moeten maken.

⁶ De overall inventarisatie van ons onderzoek is opgenomen in de bijlage bij deze survey.



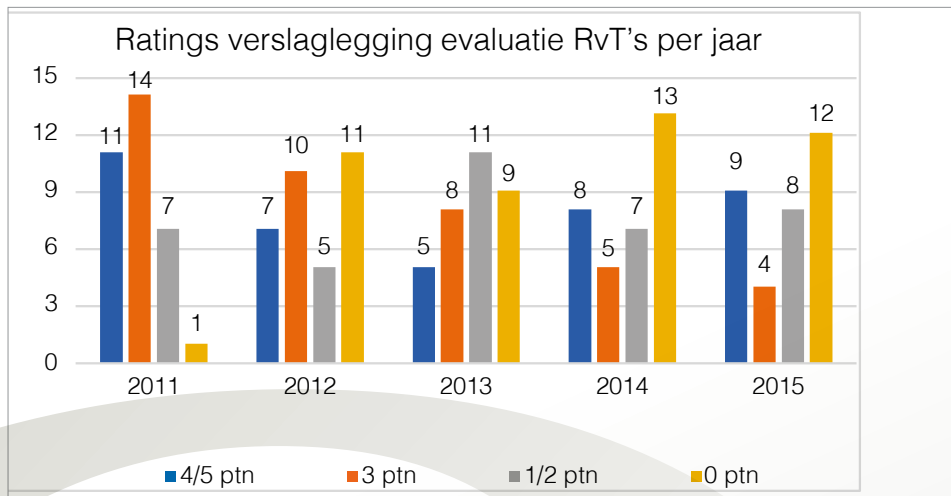
Grafiek 3: verdeling van ziekenhuizen die wel extern hebben geëvalueerd en zij die alleen intern hebben geëvalueerd.

Grafiek 3 laat zien dat iets meer dan de helft (52%) van de onderzochte instellingen in de referentieperiode minstens één keer met behulp van een externe een zelfevaluatie heeft laten plaatsvinden. De overige ziekenhuizen hebben dit gedurende de onderzoeksperiode geen enkele keer gedaan. Dit beeld is geheel in lijn met de vorige grafiek en het gemiddelde van vier instellingen per jaar dat zich extern laten begeleiden.



Grafiek 4 frequentie van extern begeleide evaluaties binnen de referentieperiode

Grafiek 4 laat zien dat er binnen de groep ziekenhuizen wier RvT wel eens extern een evaluatie heeft laten begeleiden, onderscheid is te maken tussen 13 ziekenhuizen die slechts één keer met hulp van externe deskundigheid hebben geëvalueerd en vier ziekenhuizen die in die referentieperiode tweemaal extern gefaciliteerd hebben geëvalueerd.



Grafiek 5: overzicht ratings

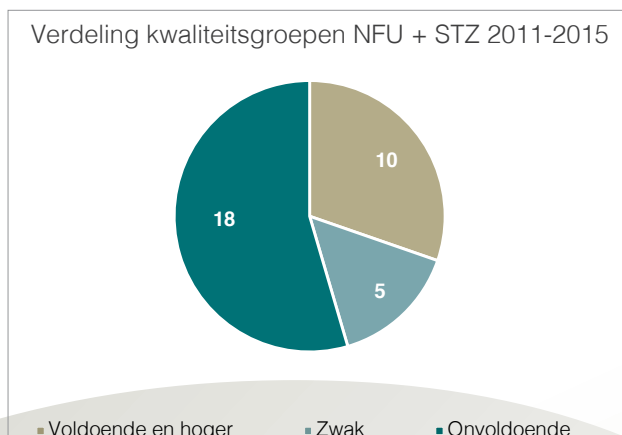
Grafiek 5 behoeft enige toelichting. Horizontaal zijn de onderscheiden jaren van de onderzochte periode weergegeven. Per jaar is aangegeven welke scores (van maximaal 5 punten) zijn uitgedeeld en aan hoeveel van de 33 instellingen. De gekleurde staafjes representeren dat.

- De hoogste categorie (blauwe staafje) neemt af van 11 (33%) in 2011 via 7 naar 5 en klimt dan weer uit het dal op naar 9 (27%)
- De goede middenmoot categorie (oranje staafje) daalt van 14 (42%) naar 4 (12%) aan het einde van de periode. Deze twee categorieën samen nemen af van 25 (76%) naar 13 (39%) instellingen.
- Het aantal instellingen met 0 punt (gele staafje) stijgt van 1 instellingen naar 12 op het einde van de referentieperiode. Dit is mede te wijten aan het afnemen van het absolute aantal evaluaties in die periode (zie grafiek 2).
- Tezamen met de laagste rating-categorie (grijze staafje) vormen zij qua kwaliteit de onderkant. Die combinatie gaat van 8 (24%) naar 20 (61%) instellingen.

WAT IS HET BEELD?

Deze grafiek toont dat het overgrote deel van de ziekenhuizen aan het einde van de referentieperiode tekort schiet als het gaat om een inhoudelijk relevante verslaglegging over de zelfevaluatie, ofwel door een Onvoldoende te scoren dan wel door in het geheel geen zelfevaluatie te hebben gehouden.

Het beeld wisselt soms sterk van jaar op jaar. Zo zijn er voorbeelden in het onderliggende materiaal van instellingen die het ene jaar de maximale 5 punten in de wacht slepen maar andere jaren het er helemaal bij laten zitten (zie de eerder genoemde bijlage bij deze survey).



Grafiek 6: verdeling van kwaliteitsgroepen gedurende referentieperiode.

Grafiek 6 laat zien hoe de kwaliteitsgroepen zijn ingedeeld over de hele periode van de onderzochte vijf jaar. Daarbij betekent 'Zwak' een score van 4,5 tot 5,9 punt en 'Onvoldoende' een score van 4,4 of lager. Dit geeft het volgende overall beeld.

- 10 ziekenhuizen (30%) rapporteerde op een inhoudelijk relevante wijze en werden in kwaliteitsgroep 'Voldoende en hoger' ingedeeld.
- Daarbij blijkt uit de bijlage dat 4 van deze 10 instellingen een consistent gedrag vertonen over de hele referentieperiode waar het om de verslaglegging van hun zelfevaluatie gaat.
- 5 instellingen (15%) zitten in de kwaliteitsgroep Zwak,
- De overige instellingen, 18 in aantal (55%) scoort Onvoldoende en maakt wel het leeuwendeel van de verzameling uit.
- De bijlage leert dat gemiddelde score van de hele verzameling (NFU + STZ) een 5- scoort als rapportcijfer over de referentieperiode.

Onderverdeeld naar de onderscheiden groeperingen ziet het beeld er als volgt uit.



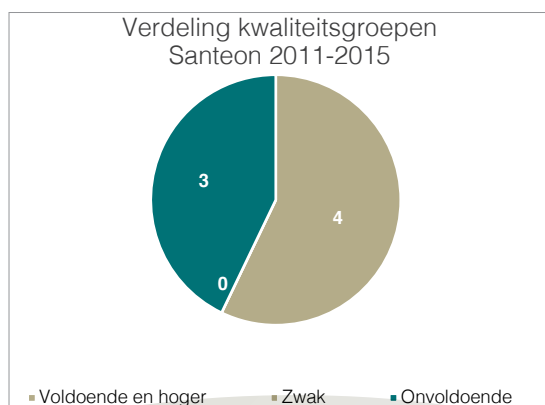
Grafiek 6-NFU

Bij de NFU-leden scoort de helft Onvoldoende, 2 Zwak en 2 Voldoende of hoger. Het gemiddelde komt neer op een 4,4 als rapportcijfer. De instelling met de hoogste score voert de lijst aan met een 7,6, de hekkensluiter scoort een 3,2.



Grafiek 6-STZ

Bij de STZ populatie ligt de score gemiddeld genomen een fractie beter op 4,7. Echter, filteren we de Santeon populatie daar uit dan scoort die groep een 5,7 en STZ exclusief Santeon een bedroevende 4,2



Grafiek 6-Santeon

Santeon kent geen instellingen in de categorie 'Zwak', alleen 'Voldoende of hoger' (de meerderheid) of 'Onvoldoende'.

Over de verdeling van de academische en topklinische ziekenhuizen kunnen wij concluderen dat de Santeon-leden het best scoren met ruim daar achter de leden van de NFU, gevolgd op weer een paar treden lager de STZ-groep exclusief hun Santeon kompanen.

CONCLUSIES

De onderzochte jaarverslagen leiden ons, aan de hand van de onderzoeksvragen, tot de navolgende conclusies:

- De resultaten van het onderzoek tonen aan dat nog een weg te gaan is om in alle opzichten te kunnen voldoen aan de eisen die in het zorgveld onderling zijn afgesproken. Maar, óók dat het goed mogelijk is om te voldoen aan deze eisen. Eén instelling scoort ieder jaar het maximaal aantal van 5 te vergeven punten. Ook bij andere instellingen zijn er soms 5 punten toegekend voor een bepaald jaar. In deze gevallen treft men een goede verslaglegging aan van een zorgvuldig proces van zelfevaluatie met resultaten en mogelijk zelfs gevolgen.
- Het aantal instellingen dat géén zelfevaluatie uitvoert, stijgt in de referentieperiode van 6% naar 30% om over 2015 te eindigen op 24%, bijna een kwart.
- Het leeuwendeel van de zelfevaluaties is intern gedaan. Overigens daalt over de gehele periode dit aantal in percentages van 82% naar 58% van de instellingen. Reden hiervoor is de hierboven vermelde afname van het absolute aantal evaluaties.
- Extern begeleide zelfevaluatie is in de Zorgbrede Governancecode 2010 nog geen verplichting: In de praktijk gebeurt het niet of onregelmatig. Het gemiddelde ligt op 4 per jaar (12%). Iets minder dan de helft van de instellingen evalueert nooit extern.
- Slechts vier instellingen hebben vaker dan één keer extern geëvalueerd, wel te verstaan twee keer.
- Er is veel te verbeteren rond de verslaglegging van zelfevaluaties van toezichthouders in de zorg:
- De inhoudelijke verslaglegging is non-existent of (zeer) beperkt. In een aantal gevallen wordt dezelfde tekst in het jaarverslag opgenomen als het jaar daarvoor. Uitleg over hoe de evaluatie heeft plaatsgevonden ontbreekt of is summier. Er is een grote terughoudendheid op dit punt te bespeuren.
- De op het medische vlak geuite topambitie (academisch en topklinisch) lijkt zich nog niet te vertalen naar eenzelfde ambitieniveau rond die verslaglegging.
- Kijkend naar de bijlage merken we nog op dat
 - de academische en topklinische elite van ziekenhuizen over de gehele referentieperiode gemiddeld een 5-min (op een schaal van 10) scoort als het gaat om de verslaglegging over zelfevaluaties.
 - slechts vier zorginstellingen qua kwaliteit van verslaglegging over de hele periode het op een adequaat niveau doen.
 - in de referentieperiode bij 16 instellingen een of meerdere keren sprake was van geen vermelding in een jaarverslag van een zelfevaluatie of dat er melding is gemaakt van het feit dat er geen evaluatie plaatsvond.
 - Er is één instelling die in de referentieperiode maar één keer verhaalt over een zelfevaluatie.

AANBEVELINGEN

1. Voer de conversatie over zelfevaluatie heel goed ook als er in eigen kring bezwaren zijn.
Leg de discussie bloot, heb het erover. Geef de jaarlijkse evaluatie de aandacht die het verdient en pas de Governancecode Zorg 2017 ruimhartig toe.
2. Wees alert op leden van uw Raad die daar niets in zien en al helemaal als het om de voorzitter gaat.
3. Bepaal in het Raad van Toezicht reglement dat het functioneren van de voorzitter bij een interne zelfevaluatie door de vice voorzitter zal worden uitgevoerd.
4. Geef het onderwerp zelfevaluatie een vaste plek op de jaarkalender van uw Raad van Toezicht.
5. Stel vast welke specifieke onderwerpen er in enig jaar vanuit de Raad van Toezicht en/of de directie in de zelfevaluatie aan de orde moeten komen.
6. Doe extern van de zelfevaluatie een inhoudelijk goed verslag.

VERANTWOORDING

Deze Board Survey voor de zorg is dit jaar voor de eerste maal door QUIST uitgevoerd. Het is de bedoeling deze survey met een zekere regelmaat te publiceren, uit te breiden en verder te onderbouwen.

Het onderzoek heeft geen wetenschappelijke pretenties of garantie voor honderd procent betrouwbaarheid en is per definitie subjectief. Het onderzoek biedt wel voldoende basis om een betrouwbaar beeld te geven over dit onderwerp. Met behulp van de bijlage is te reconstrueren hoe wij tot onze conclusies zijn gekomen.

De survey is uitsluitend gebaseerd op teksten in de jaarverslagen die op het internet te vinden zijn. Dat objectiviseert, maar tegelijkertijd mist de nuance. Deze nuance, in de vorm van interviews en ervaringen, willen wij in een toekomstige Board Survey opnemen. Dat zal hopelijk leiden tot een beter kwalitatief inzicht.

PROFIEL QUIST BOARD EVALUATION

QUIST ondersteunt Raden van Commissarissen, Raden van Toezicht en Raden van Bestuur of directies bij de evaluatie van hun functioneren. De ervaring leert dat het lastig is om op geloofwaardige wijze het eigen functioneren te beoordelen tenzij men open is over intenties, procedure, conclusies en gevolgen. De Governancecode Zorg 2017 schrijft daarom niet voor niets voor dat minstens eenmaal in de drie jaar geëvalueerd zal worden met externe begeleiding. Het houdt iedereen scherp, draagt bij aan een verdere professionalisering en gaat er naar verwachting voor zorgen dat academische en topklinische ziekenhuizen ook daadwerkelijk het onverbreekelijk daarbij horende toptoezicht krijgen.

Wij zijn een externe facilitator met veel relevante, eigen bestuurservaring. Daarnaast hebben wij vanuit onze coaching praktijk veel expertise op het gebied van evaluatie en assessment. Inmiddels hebben wij tientallen zelfevaluaties begeleid.

Bij een externe Board Evaluation krijgen alle onderwerpen die relevant zijn voor goed ondernemingsbestuur nadrukkelijk aandacht. In onze rol richten wij ons daarin voornamelijk op de gedragsaspecten van het functioneren.

Meer informatie over deze Board Survey en QUIST vindt u op www.quistexecutivecoaches.nl. U kunt ook mailen naar qec@quistexecutivecoaches.nl of bellen met [Saskia Hooft](#) op 020 218 44 66.

Contactpersonen zijn [Maurits de Brauw](#) en [Dorine Wekking](#). U kunt hen via bovenstaand contact benaderen.

BOARD SURVEY - BIJLAGE

QUIST BOARD SURVEY ACADEMISCHE EN TOPKLINISCHE ZIEKENHUIZEN

		Geen evaluatie / geen vermelding					Interne evaluatie					Externe evaluatie					Kwaliteit verslaggeving					Kwaliteitscode	Kwaliteitsgroep	
Zorginstelling	Segment	2011-G	2012-G	2013-G	2014-G	2015-G	2011-I	2012-I	2013-I	2014-I	2015-I	2011-E	2012-E	2013-E	2014-E	2015-E	2011-K	2012-K	2013-K	2014-K	2015-K	2011-2015 punten	2011-2015 cijfers	Categorieën
AMC	NFU						1	1	1	1	1						4	0	2	2	0	8	3,2	onvoldoende
Erasmus MC	NFU					1	1	1	1	1							2	0	4	3	0	9	3,6	onvoldoende
LUMC	NFU						1	1	1	1	1						3	4	4	4	4	19	7,6	voldoende en hoger
Maastricht UMC	NFU		1	1	1	1	1										3	0	0	0	0	3	1,2	onvoldoende
Radboud UMC	NFU						1		1	1	1		1				3	5	2	0	0	10	4	onvoldoende
UMCG	NFU						1	1	1		1				1		5	3	0	3	4	15	6	voldoende en hoger
UMCU	NFU						1	1	1	1	1					1	2	2	2	2	4	12	4,8	zwak
VUMC	NFU				1		1		1		1		1				3	5	2	0	2	12	4,8	zwak
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis	Santeon - STZ						1	1	1	1	1					1	5	5	5	5	5	25	10	voldoende en hoger
Catharina Ziekenhuis	Santeon - STZ						1	1	1	1	1						3	2	2	0	0	7	2,8	onvoldoende
Maasstad Ziekenhuis	Santeon - STZ		1		1	1			1			1					5	5	3	0	0	13	5,2	zwak
Martini Ziekenhuis	Santeon - STZ		1	1		1	1			1							3	0	0	2	0	5	2	onvoldoende
Medisch Spectrum Twente	Santeon - STZ						1	1	1	1	1						5	3	3	5	1	17	6,8	voldoende en hoger
OLVG	Santeon - STZ			1			1	1		1	1						3	2	3	3	3	14	5,6	zwak
S. Antonius Ziekenhuis	Santeon - STZ						1	1		1	1			1			4	3	3	4	5	19	7,6	voldoende en hoger
Albert Schweizer Ziekenhuis	STZ						1		1	1	1		1				2	3	2	2	2	11	4,4	onvoldoende
Amphia Ziekenhuis	STZ				1	1	1	1	1								2	2	2	0	0	6	2,4	onvoldoende
Deventer Ziekenhuis	STZ								1	1	1	1	1				5	0	4	4	4	17	6,8	voldoende en hoger
Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis	STZ	1		1	1	1		1									0	3	0	0	0	3	1,2	onvoldoende
Franciscus Gasthuis & Vlietland	STZ				1		1	1	1		1						3	0	3	0	2	8	3,2	onvoldoende
Gele ziekenhuizen	STZ						1	1	1		1				1		2	0	2	0	4	8	3,2	onvoldoende
Haaglanden Medisch Centrum	STZ						1	1	1	1	1						5	5	0	3	4	17	6,8	voldoende en hoger
Isala	STZ	1		1						1	1		1				2	3	2	4	3	14	5,6	zwak
Jeroen Bosch Ziekenhuis	STZ			1	1			1				1				1	3	0	0	0	5	8	3,2	onvoldoende
Maxima Medisch Centrum	STZ		1	1	1	1	1										3	0	0	0	0	3	1,2	onvoldoende
Meander Medisch Centrum	STZ						1	1	1	1	1						3	3	3	2	2	13	5,2	zwak
Medisch Centrum Leeuwarden	STZ						1	1	1	1	1						3	3	2	2	2	12	4,8	zwak
Noordwest Ziekenhuisgroep	STZ						1	1	1	1						1	3	2	2	2	3	12	4,8	zwak
ReinierHagaGroep	STZ			1	1	1		1				1					5	4	0	0	0	9	3,6	onvoldoende
Rijnstate	STZ						1	1	1	1						1	5	3	3	3	3	17	6,8	voldoende en hoger
Spaarne Gasthuis	STZ		1				1				1		1	1			3	0	3	4	2	12	4,8	zwak
VieCuri Medisch Centrum	STZ						1	1	1						1	1	5	3	4	5	0	17	6,8	voldoende en hoger
Zuyderland MC- per 1-1-2015	STZ		1	1	1		1				1						2	0	0	0	2	4	1,6	onvoldoende
		2	6	9	10	8	27	22	22	19	19	4	5	2	4	6						0,45		
																						NFU	0,44	
																						STZ	0,47	
																						SANTEON	0,57	
																						STZ-SANTEON	0,42	