



## Wim Schellekens: 'De zorgverzekeraars en de Inspectie moeten de juiste vragen gaan stellen'

Zorgbestuurders zitten gevangen in een zorgcontracteringsmodel waarin ze vooral gestuurd worden op omzet, vastgoed en reputatie en te weinig worden geprikkeld om daadwerkelijk verbetering en vernieuwing in de zorg tot stand te brengen, stelt Wim Schellekens. De inspectie geeft hiertoe wel goede stimulansen, maar is vaak toch te formeel ('vinkjescultuur') en zet bestuurders soms onder te grote druk, waardoor weerstand ontstaat. De zorgverzekeraars en de Inspectie voor de Gezondheidszorg zouden hen meer ruimte moeten bieden om invulling te geven aan een governance-model dat past bij de huidige situatie in de zorg. Tekst: Frank van Wijck

Iedereen die het Twitterprofiel van Wim Schellekens volgt (@Wim Schellekens), weet dat hij zich regelmatig uitlaat over governanceaspecten in de zorg. Schellekens weet waarover hij spreekt, want hij kent die zorg van binnenuit en vanuit zeer verschillende invalshoeken. Hij was achtereenvolgens huisarts, medisch adviseur bij de Ziekenfondsraad, directeur patiëntenzorg van het Reinier de Graaf ziekenhuis in Delft, directeur van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en hoofdinspecteur bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Na zijn pensionering was hij bovendien enige jaren werkzaam bij het zorginnovatienetwerk Stichting VitaValley. En hij is ook nu nog actief als toezichthouder en als strategisch adviseur voor zorginstellingen op de gebieden governance, leiderschap, kwaliteit en veiligheid..

*'Het speelveld was vroeger veiliger voor een directeur.'*

Was het in de jaren negentig makkelijker om leiding te geven aan een ziekenhuis dan nu? 'In de beleving zeker niet', zegt hij, 'maar ik denk het eerlijk gezegd toch wel. De transparantie over wat er in de zorg gebeurt was er nauwelijks, en die heeft de zorg nu veel kwetsbaarder gemaakt. Ook instellingen die het over de hele linie uitstekend doen met een actieve raad van bestuur en die zelfs tot de top in hun klasse behoren, kunnen op basis van een probleem binnen één afdeling of locatie onder verscherpt toezicht van de

Inspectie voor de Gezondheidszorg worden gesteld. En in de kop boven de berichtgeving hierover staat dan niet dat het om die ene afdeling of locatie gaat, maar wordt de naam van de instelling genoemd, alsof de hele instelling onder de maat functioneert. Dit gebeurde in het verleden niet, waardoor het speelveld toen veiliger was voor de directeur. Maar aan de andere kant was het toen ook moeilijker, want de dokters hadden toen nog veel meer hun eigen wereld dan nu. Ze vormden een gilde van hooggekwalificeerde professionals die goed de eigen belangen behartigden. Zorgverleners in een strikt gesloten bolwerk. Gelukkig is dit bolwerk nu opengebroken en moeten ook professionals zich steeds meer verantwoorden. Hoe kan de raad van bestuur anders immers eindverantwoordelijkheid dragen?'

### Governancerisico

Als ziekenhuisdirecteur was Schellekens een van de eersten die zich ging bezighouden met ziekenhuisbreed kwaliteitsbeleid, op basis van methodieken die uit het bedrijfsleven kwamen. Op veel belangstelling van de Inspectie kon dat toen nog niet rekenen. Het was Herre Kingma die hierin na zijn aantreden als inspecteur-generaal in 2000 verandering bracht.



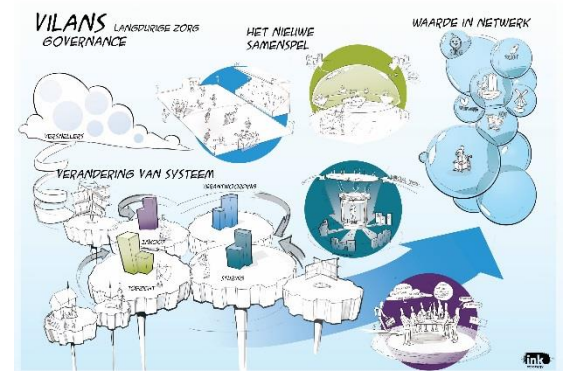
‘Hij ging kwaliteitsindicatoren ontwikkelen, altijd samen met het veld’, zegt Schellekens. ‘In de daaropvolgende jaren ontwikkelde de Inspectie zijn eigen toetsingskader, op basis waarvan het thematisch toezicht ging toepassen. De Inspectie werd hiermee proactief en voorspelbaar en bereikte zo dat zorgaanbieders veel kritischer naar zichzelf gingen kijken. Het openbaar maken van Inspectierapporten versterkte dit. Er was een periode waarin de Inspectie teveel thematische rapporten uitbracht. Intrinsieke motivatie wordt versterkt door externe druk, maar als die druk te hoog wordt ontstaat weerstand bij professionals en kruipen bestuurders in hun schulp. Toen heeft de inspectie ook wat gas teruggenomen.’

*‘De inspectie moet uitgaan van vertrouwen in de bestuurder, maar als dat beschaamd wordt, ingrijpen.’*

De volgende stap was die van gedogen naar handhaven. Begrijpen is niet goedkeuren. In de cure leidde dit naast verscherpt toezicht tot sluiting van OK's en dreiging met sluiting van IC's en in de care tot aandacht voor medicatieveiligheid en vrijheidsbepalende maatregelen. ‘Iedereen zal zich nog de py-jamadagen herinneren die tot zoveel poli-tieke stampeien leidden’, zegt Schellekens. De vergissing van de Inspectie was toen “ja” te zeggen tegen de oproep van de minister om alle verpleeg- en verzorgingshuizen te controleren. Dat was leerzaam: de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg ligt immers niet bij de Inspectie maar bij het veld. Als de Inspectie alles wil controleren en te hard optreedt, trekt ze die verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid naar zich toe en dat kan de inspectie nooit waarmaken. Een groot governance risico. De inspectie moet uitgaan van vertrouwen in de bestuurder, maar als dat beschaamd wordt, ingrijpen.’

Toch blijven die fouten gemaakt worden. Schellekens memoreert de commotie van afgelopen zomer rond de berichtgeving over verpleeghuizen waar de kwaliteit van zorg te wensen overliet. ‘De Inspectie had nooit moeten toegeven aan de druk vanuit de Tweede Kamer om die lijst van “slecht functionerende” verpleeghuizen te publiceren’, zegt Schellekens. ‘De buitenwereld stelt bij de beoordeling van indicatoren niet de waaromvraag, zoals de inspectie doet, maar oordeelt direct. De reputatieprikkel via verscherpt toezicht hoort de Inspectie

uitsluitend te gebruiken als ze ziet dat geïntensiveerd toezicht niet tot verbetering van de situatie bij de betreffende zorgaanbieder leidt en ze onvoldoende vertrouwen heeft in de bestuurder.’



### Innovatie stimuleren

Dat Schellekens na zijn periode als hoofdinspecteur bereid was zijn naam te verbinden aan het innovatienetwerk in de zorg VitaValley, heeft alles te maken met de missie van dit netwerk om innovatie in de zorg te stimuleren. Bij zijn toetreden tot de directie op 1 maart 2012 zei hij in een interview voor Skipr dat vooral het onderwerp governance hem aantrok, vertaald naar de vraag hoe professionals, bestuurders en toezichthouders ieder hun rol en verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid veel meer konden waarmaken. Hij vertelt: ‘In mijn tijd bij de Inspectie merkte ik welke verantwoordelijkheid de Kwaliteitswet zorginstellingen bij bestuurders legde. We wilden daarom toen als inspectie een toetsingskader ontwikkelen dat duidelijk maakte wat dit betekende en wat dan de verantwoordelijkheid was van de raad van toezicht en de professionals.’ Dit leidde in 2011 tot het *IGZ-Toetsingskader Bestuurlijke Verantwoordelijkheid voor Kwaliteit en Veiligheid*.

Bij VitaValley wilde Schellekens kijken hoe die governance nu feitelijk functioneerde. Hij vertelt: ‘Veel bestuurders waren zich niet bewust van hun eindverantwoordelijkheid. Ze delegeerden verantwoordelijkheden naar professionals of managementteams en dachten dat het daarmee geregeld was. Maar als ze dan problemen kregen, bijvoorbeeld op het gebied van medicatieveiligheid of op de OK, dan kwamen ze niet weg met het antwoord: “Dat wist ik niet”.

Iedereen kent nog het voorbeeld van bestuurder Paul Smits van het Maasstad Ziekenhuis, die daar bij de fusie, financiële sanering en nieuwbouw uitstekend werk heeft gedaan, maar in governance termen vergat zijn verantwoordelijkheid voor de zorg te regelen en viel over de affaire met de klebsiellabacterie. Je moet als bestuurder verantwoording vragen aan je professionals en je managementteam en dat moet je structureel opzetten. En je moet rondlopen in de organisatie en je buikgevoel laten spreken. Governance is nooit alleen op harde informatie gebaseerd. Het is juist de zachte informatie die aanleiding is voor nader onderzoek.'

*'Met de interne motivatie van de meeste bestuurders is niets mis, maar ze worden heel erg gestuurd op omzet en vastgoed.'*

#### **In- en externe ketengovernance**

Schellekens stelt dat teveel bestuurders bezig zijn met van alles behalve met hun kerntaak: de zorg voor de patiënt of cliënt. De zorg is nog te vaak weg gedelegeerd naar de professionals en de lagere leidinggevers. 'Dat is kwetsbaar', zegt hij. 'Neem een organisatie als Ipse de Brugge. Die heeft 380 locaties, hoe weet de raad van bestuur hoe het met al die locaties in de wijken gaat? Dat vraagt om interne ketengovernance. Daarnaast is er de externe ketengovernance. Een grote instelling in de care heeft al gauw te maken met tientallen gemeenten. Traditioneel is het de taak van een instelling zorg te verlenen aan de patiënten of cliënten. Maar in het huidige tijdgewricht is de volgende stap medeverantwoordelijkheid dragen voor de zorg in de regio. En de daaropvolgende stap is dan medeverantwoordelijkheid gaan dragen voor de gezondheid van de burger in die regio. Die tweede stap zie ik her en der wel voorzichtig gemaakt worden, maar de derde helemaal niet. De verantwoordelijkheid voor gezondheid van de burger hebben we immers gedelegeerd naar de GGD.'

Schellekens memoreert in dit kader een anekdote uit zijn Delftse ziekenhuistijd. Vier dagen achter elkaar werd rond dezelfde tijd in de avond een fietser op de eerste hulp afgeleverd die in dezelfde pas gebouwde bussluis een been had gebroken. Niemand was op het idee gekomen om de gemeente te bellen en te vragen of die bussluis verlicht kon worden.

#### **Verkeerde prikkels**

Het is de manier waarop ons zorgstelsel is ingericht die zorgaanbieders tegenhoudt om medeverantwoordelijkheid voor de zorg in de regio te ontwikkelen, stelt Schellekens. 'Het stelsel zorgt ervoor dat ze ieder op hun eigen continuïteit gericht zijn en concurreren met hun peers', zegt hij. 'Er is geen prikkel om continuïteit van zorg in de regio te regelen. Er zit geen prikkel op substitutie van tweede naar eerste lijn, dat doet de overheid echt fout. Zorgverzekeraars Zilveren Kruis en CZ beginnen nu de mogelijkheden voor populatiebesteding te ontginnen, maar het is heel pril nog. Het vergt dat zorgaanbieders niet financieel gestraft worden voor een verandering die in het voordeel van de patiënt of cliënt is. Maar werken op basis van *shared savings* modellen en bestuurders aanspreken op hun verantwoordelijkheid in ketenzorg staan allebei nog niet in de governancecode.'

Schellekens noemt het een 'eerste doorbraak' dat de Autoriteit Consument & Markt nu heeft gezegd dat samenwerking in de keten geoorloofd is. 'Natuurlijk leidt die samenwerking tot de vraag wie dan verantwoordelijk is', zegt hij. 'Gezamenlijke verantwoordelijkheid is een loze kreet omdat het betekent dat niemand verantwoordelijk is. Maar als bestuurders bereid zijn om samen iets te accorderen, kunnen ze veel bereiken.'

#### **Rol voor zorgverzekeraars en de Inspectie**

Wat kan hieraan een impuls geven? Schellekens kijkt hiervoor naar de zorgverzekeraars en de Inspectie. 'De zorgverzekeraars kunnen via verbetercontracting het werken in zorgketens faciliteren en de Inspectie kan erop toezien', zegt hij. 'Het zou mooi zijn als beide partijen hiervoor een vijfjarenplan konden opzetten, dat de sector de ruimte biedt om de ketengovernance in de gewenste richting te ontwikkelen. Met de interne motivatie van de meeste bestuurders is niets mis, maar ze worden heel erg gestuurd op omzet en vastgoed. Gedoseerde externe druk van de zorgverzekeraars en de Inspectie kan helpen om hierin tot een nieuwe balans te komen.'

Worden die twee partijen hiermee de initiatiefnemers in de ontwikkeling van ketengovernance? 'Nee, zover zou ik niet willen gaan', zegt Schellekens, 'die rol is voor de voorlopers. Maar succesvolle resultaten van deze voorlopers verspreiden zich nu nauwelijks omdat de externe omstandigheden en met name de negatieve financiële



prikkels het tegenhouden. Dat verandert als die twee partijen de goede vragen gaan stellen. Ze moeten het veld dus uitdagen om met nieuwe visies te komen. Maar als dit gebeurt, is de manier waarop er invulling aan wordt gegeven natuurlijk niet meer vrijblijvend.'

Wat betekent dit dan voor de rol van de toezichthouders? 'Die wordt zwaarder', zegt Schellekens. 'De raad van toezicht moet erop worden aangesproken het publiek belang boven het privaat belang te stellen. Lastig, moet ik meteen toegeven, want als je publieke belang ten koste van de omzet gaat, komt je private belang in het gedrang. Ik ben nu zelf intern toezichthouder en ik moet bekennen dat ik dat veel moeilijker vind dan inspecteur.'

*Dit interview maakt deel uit van een serie van 8 interviews met personen die een duidelijk vernieuwende visie op governance tussen organisaties hebben. Wat kunnen we over dit thema leren van sectoren buiten de langdurende zorg? Voor alle interviews kijk op [www.vilans.nl](http://www.vilans.nl)*

De serie is een vervolg op de interviewreeks [Bestuurders geven hun kijk op governance](#) waarin bestuurders in de zorg in gingen op één van de 4 gebieden van governance: toezicht, verantwoording, sturing en inkoop.

***Meer informatie over Governance tussen organisaties***

