



E-mail
bureau@nvtz.nl

Postadres
Postbus 30512
3503 AH Utrecht

Telefoon
(030) 737 00 85

www.nvtz.nl

De rol van de raad van toezicht bij innovatie

Een brede benadering van technische innovatie





De rol van de raad van toezicht bij innovatie

Een brede benadering van technische innovatie

Tekst: Michiel Vader

Ontwerp: Albert Retel, ar-gitect

Inhoud

Voorwoord	7
1. Inleiding	9
1.1. Beschrijving van de werkwijze	9
2. Themavelden	15
2.1. Veranderende kijk op gezondheid	16
2.2. Ethische vraagstukken	17
2.3. Organiseren in een steeds veranderend krachtenveld	18
2.4. De mens in de organisatie	18
2.5. Zorgvuldig databeheer (Data stewardship)	19
3. Uitwerking themavelden	21
3.1. Veranderende kijk op gezondheid	21
3.2. Ethische vraagstukken	26
3.3. Organiseren in een steeds veranderend krachtenveld	31
3.4. De mens in de organisatie	35
3.5. Zorgvuldig databeheer (Data stewardship)	38
Literatuur	45



Voorwoord

Voor u ligt een handreiking hoe raden van toezicht aandacht kunnen geven aan met name technologische innovatie. Al enige jaren geleden vond er op het Ministerie van Economische Zaken (in de tijd van minister Kamp) een conferentie plaats om aandacht te vragen voor een meer toekomstgerichte houding van raden van commissarissen en raden van toezicht. Daarbij werd nadrukkelijk aandacht gevraagd om innovatie onderdeel te laten zijn van de verantwoordelijkheid van de interne toezichthouder.

Ook in het in 2020 verschenen nieuwe Kader Goed Bestuur van de IGJ en de NZa wordt aandacht gevraagd voor dit thema. In deze gids wordt aan de hand van een vijftal relevante thema's dit onderwerp hanteerbaar gemaakt voor raden van toezicht. Deze gids verschijnt in een wel heel bijzondere tijd. Enerzijds worden we in deze periode waarin veel aandacht uitgaat naar de effecten van de Covid-19-pandemie, uitgedaagd op de centrale waarde van onze zorg- en welzijnsinstellingen. Anderzijds worden we geprikkeld om versneld de al ter beschikking staande technische mogelijkheden te gaan toepassen.

Al met al is deze gids actueler dan ooit. Ik wens u veel leesplezier en inspiratie. We horen graag terug hoe u deze handreiking in praktijk heeft gebracht.

Marius Buiting (Directeur NVTZ)

Inleiding

De samenleving is in een hoog tempo aan het veranderen en de sectoren zorg en welzijn zijn daar geen uitzondering op. Technologische ontwikkelingen leiden tot nieuwe vragen en maken dat burger, overheid en markt zoekende zijn naar hoe zij zich tot elkaar verhouden. Op macroniveau betekent dit dat de veranderingen in de samenleving vragen om herpositionering van organisaties die actief zijn in de sectoren zorg en welzijn, bijvoorbeeld door de inmenging van (nieuwe) marktpartijen die opereren in de periferie van deze sectoren. Op organisatieniveau betekent dit dat de verhoudingen tussen de (traditionele) interne gremia aan verandering onderhevig zijn (formeel dan wel informeel) en nieuwe belanghouders zich aandienen.

Het interne toezicht dient de ontwikkelingen in de samenleving en de betekenis hiervan voor de eigen organisatie te volgen, maar is hier tegelijkertijd ook onderdeel van. Om van waarde te kunnen blijven, dienen het takenpakket, de rol en de opstelling van de interne toezichthouder in zorg en welzijn mee te bewegen. In de 'Atlas van het Toezicht'¹ heeft de NVTZ dit gepoogd te beschrijven. Daaruit blijkt bijvoorbeeld dat van het interne toezicht naast klassieke taken zoals de zorg voor statuten en reglementen, de werkgeversrol ten opzichte van de bestuurder en het toezicht op financiën in toenemende mate ook wordt verwacht dat zij het gesprek voeren over bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg en de missie

¹ B. Baanders en T. van Zonneveld, NVTZ en Nationaal Register (2017), Atlas van het toezicht.

en visie van de organisatie. Bovendien dienen toezichthouders daar actief verantwoording over af te leggen naar belanghouders.

Tevens moet de toezichthouder voortdurend alert blijven op technologische bewegingen en samen met het bestuur de invloed hiervan op de omgeving verkennen. Van groot belang is dat toezichthouder en bestuurder het eens zijn over de visie op innovatie en de strategische betekenis hiervan. Dit moet een vast punt op de agenda zijn, bijvoorbeeld door er jaarlijks een separate themasessie aan te wijden. Maar hoe geeft een raad van toezicht invulling aan dergelijke ‘nieuwe’ taken? In een samenleving die aan snelle veranderingen onderhevig is en steeds complexer wordt, is het moeilijk om de toekomst te voorspellen aan de hand van eerder opgedane ervaringen en de actualiteit. Dat maakt dat een gedetailleerde planning en exacte berekeningen maar beperkt houdbaar zijn. Een missie en visie daarentegen, kunnen een organisatie en haar raad van toezicht houvast bieden in ontwikkelingen die zich in de loop van de tijd aandienen. Dit vraagt van de raad van toezicht echter wel om een meer proactieve houding, waarbij een toezichthouder aangehaakt dient te zijn op zowel ontwikkelingen in de organisatie als in de samenleving. Hierbij kan een analogie worden gemaakt met het wetenschaps-beleid. Met andere woorden: welke maatschappelijke uitdaging speelt er en welk probleem lossen we nou eigenlijk op? Enerzijds moet er een plan zijn maar anderzijds ook een constante toetsing of er nog aan de onderliggende aannames wordt voldaan. Daarbij moet ook telkens weer samenwerking met anderen worden gezocht: de meeste maatschappelijke vraagstukken zijn niet langer vanuit het perspectief van één organisatie op te lossen. Voor toezicht kan het behulpzaam zijn hierbij twee vragen te stellen: enerzijds wat komt er van buiten op de instelling af? En anderzijds wat moeten we hier zelf van aanpakken?

De NVTZ heeft op de veranderende positie van het interne toezicht geanticipeerd door de introductie van een programmastructuur, bestaande uit de programma’s Goed Toezicht, Onderzoek & Samenleving en het Portfolio van de Raad van Toezicht. Met het programma Goed Toezicht zet de NVTZ in op de verdere professionalisering van de interne toezichthouder. Recent heeft de NVTZ op advies van haar Innovatie & adviescommissie het programma Goed Toezicht verrijkt met een zogenaamde ‘toezichtsvisie’. Het formuleren van een dergelijke toezichtsvisie sluit goed aan bij de materie waarvan in deze notitie sprake is. De Wetenschappelijke Advies Raad (WAR) geeft invulling aan het programma Onderzoek & Samenleving door het bestuur en leden gevraagd en ongevraagd te adviseren over wetenschappelijke en maatschappelijke ontwikkelingen en de betekenis hiervan voor het interne toezicht. Het Programma Portfolio van de raad van toezicht bestaat uit vijf themagebieden die met enige regelmaat op de agenda van de raad van toezicht zouden moeten staan, te weten: duurzaam organiseren, kwaliteit & veiligheid, mens & organisatie, belanghouders en innovatie.

Het spreekt voor zich dat de verschillende programma’s met elkaar interacteren, evenals de themagebieden van het portfolio van de raad van toezicht. In het bijzonder ‘innovatie’ is een thema wat niet alleen raakt aan de andere themagebieden van het portfolio, maar ook aan de andere programma’s. Om toch enige structuur aan te brengen wat betreft het onderwerp ‘innovatie’ en tegelijkertijd recht te doen aan de complexiteit en de samenhang met andere thematieken, heeft de NVTZ in dit document gekozen voor een opzet met vijf aan innovatie-gerelateerde themavelden, welke in het volgende hoofdstuk kort zullen worden toegelicht en schematisch worden weergegeven. Natuurlijk roept de rol van de raad van toezicht bij innovatie soms ook vragen op over de inrichting van governance en de positie daarin van de raad van toezicht zelf. Hier zullen we in deze gids niet op ingaan. Wel zullen we bij ieder

themaveld een aantal gedachten meegeven hoe een raad van toezicht hier meer concreet mee om kan gaan.

1.1. Beschrijving van de werkwijze

Voor de totstandkoming van deze gids heeft de NVTZ een werkgroep ingesteld met deskundigen en toezichthouders die affiniteit hebben met aan innovatie verwante onderwerpen. In 2019 heeft de werkgroep in meerdere vergaderingen nagedacht over de belangrijkste thema's omtrent innovatie en de betekenis daarvan voor raden van toezicht.

De werkgroep bestond uit de volgende leden:

- Frits Barneveld Binkhuysen
- Maarten den Braber
- Annelien Bredenoord
- Eras Draaijers
- Willem den Hartog
- Trude Maas
- Steven de Waal

Vanuit het NVTZ-bureau waren betrokken

- Marius Buiting (directeur)
- Michiel Vader (ambtelijk secretaris)



Themavelden

Zoals in het vorige hoofdstuk staat beschreven, is innovatie een moeilijk te omvatten begrip. Om het een en ander toch te kunnen duiden, heeft de werkgroep gekozen voor vijf themavelden die zijn weergegeven in onderstaande figuur.



In het midden van de figuur staat het thema van het laatste NVTZ-lustrum: ‘van waarde blijven’. Deze uitdrukking omschrijft namelijk kernachtig de noodzaak van innovatie voor een organisatie. Enerzijds is de raad van toezicht de hoeder van de door de organisatie opgebouwde waarden, anderzijds kan een organisatie alleen dan van waarde blijven als zij zichzelf voortdurend aanpast en vernieuwd. De raad van toezicht zal de bestuurder dienaangaande bevragen en adviseren en de realisatie blijven volgen.

2.1. Veranderende kijk op gezondheid

Als gevolg van nieuwe wetenschappelijke inzichten en mogelijkheden om onder andere lichaamsprocessen te monitoren, wordt het begrip ‘gezondheid’ diffuser. Gezondheid wordt niet enkel bepaald door de afwezigheid van ziekte, maar bijvoorbeeld ook door de leefomgeving, zingeving en een stabiele financiële basis. Dit leidt tot twee nieuwe ontwikkelingen. Allereerst is dat de toenemende aandacht voor preventie, ingegeven door een andere (meer holistische) benadering van gezondheid, waarin ook patiënten, cliënten en hun verwanten worden betrokken. De tweede ontwikkeling betreft digitale zorg (bijvoorbeeld e-health), een ontwikkeling waarin informatie en andere soorten (publieke) zorgverlening worden aangeboden via het internet en middels gerelateerde technologieën. Digitale zorg leidt tot geheel nieuwe producten waar geen zorgprofessional (meer) aan te pas komt, bijvoorbeeld in de preventieve sfeer, maar het kan ook reguliere zorg vervangen of worden toegevoegd aan een bestaande behandeling (3.1.3). Het is echter wel de vraag of we door de vele mogelijkheden om onze gezondheid te monitoren en/of erin te interveniëren we ons juist gezonder of ongezonder gaan voelen.

2.2. Ethische vraagstukken

Nieuwe mogelijkheden leiden tot nieuwe ethische vraagstukken. Een ethische reflectie in een vroeg stadium over de wenselijkheid van bepaalde ontwikkelingen is van belang. De missie en visie van de organisatie kunnen daarin helpend zijn. Wat het interne toezicht betreft, volstaat het niet om slechts aan het einde van een traject een oordeel te vellen. Het interne toezicht dient gedurende het proces betrokken te zijn, zodat men weet welke afwegingen waarom zijn gemaakt. Dit is temeer relevant, omdat een kenmerk van innovatie is dat de uitkomst op voorhand niet vaststaat. Het is dus niet mogelijk om een gedetailleerd plan van aanpak op te stellen wat gedurende het proces niet meer hoeft te worden bijgesteld.

De raad van toezicht moet daarbij met name oog hebben voor het actorperspectief, zowel informeel als formeel. Dat wil zeggen dat in de beoordeling van een innovatie op bijvoorbeeld bruikbaarheid en toegevoegde waarde het perspectief van patiënten, cliënten en hun verwanten van belang is. In formele zin wordt dit perspectief geborgd door de medezeggenschap van cliënten en hun verwanten. Maar ook is het goed dat de leden van de raad zich regelmatig vrij in de organisatie kunnen bewegen om een betere indruk te krijgen hoe innovaties worden gepercipieerd door professionals, patiënten, cliënten en verwanten.

2.3. Organiseren in een steeds veranderend krachtenveld

In het private domein zijn er legio voorbeelden van nieuwe disruptieve aanbieders die door een andere benadering hun concurrenten het nakijken hebben gegeven. Weliswaar meestal met behulp van techniek, maar vooral ook door een andere inrichting van de organisatie en door het aanbieden van substituten die beter voorzien in persoonlijke behoeften. C.M. Christensen heeft dit krachtig verwoord in zijn boek 'The Innovator's prescription - a disruptive solution for health care'. Doordat het semipublieke domein in hoge mate wordt gereguleerd, lijkt deze beweging in dit domein minder hard te gaan. Echter, steeds vaker bieden onconventionele partijen die zich buiten het semipublieke domein bevinden, diensten of producten aan die mensen informeren, adviseren en in staat stellen om hun eigen gezondheid te monitoren.

2.4. De mens in de organisatie

Innovatie beïnvloedt het denken en doen van mensen in een organisatie; zowel dat van medewerkers alsook dat van burgers en patiënten/cliënten. Het vraagt om een andere manier van werken en doet een beroep op het aanpassingsvermogen van mensen. Vaak zijn er ingesleten patronen en systeemkenmerken die onvoldoende flexibiliteit vertonen. Anderzijds kunnen slecht uitgekristalliseerde technologieën niet voldoen aan de verwachtingen in de dagelijkse praktijk. Deze tegengestelde bewegingen leveren vaak een ambigue houding van professionals, bestuurders en toezichthouders op ten aanzien van innovatie. Diezelfde ambigue houding is waarneembaar bij burgers en patiënten/cliënten. Daar waar de onderlinge verhouding tussen vraag en aanbod zich

omvormt in co-creatie is een nieuwe balans tussen de spelers gewenst. De term co-creatie wordt door Otto Scharmer gebruikt in zijn boek 'Theory-U' om een proces te beschrijven waarin de grenzen tussen de maker en de consument vervagen. Voorbeelden in de zorg zijn: het inzetten van ervaringsdeskundigen, zelfmanagement d.m.v. telemonitoring en shared-decision making. Dit leidt tot een nieuwe balans tussen het professionele- en het cliënten/burger perspectief.

2.5. Zorgvuldig databeheer (Data stewardship)

Veel technologische innovaties genereren data of maken er juist gebruik van. Data bevatten dus waardevolle informatie. Voor burgers en patiënten/cliënten is dit relevant, omdat data kunnen bijdragen aan zorg op maat. Daarnaast kunnen data bijdragen aan de kwaliteit van zorg, maar zijn ze voor zorgaanbieders en andere marktpartijen ook interessant vanuit commercieel oogpunt. Het generen van data en het gebruik ervan roepen nieuwe vragen op over hoe men data dient te verwerken. Hierin worden in verschillende gezondheidszorgsystemen verschillende afwegingen gemaakt. Het is aan de raad van toezicht om de bestuurder te bevragen op deze afwegingen, zodat het databeheer op een bewuste manier wordt vormgegeven.

Uitwerking themavelden

3.1. Veranderende kijk op gezondheid

Een veranderende kijk op gezondheid leidt tot twee nieuwe ontwikkelingen. Allereerst is dat de toenemende aandacht voor preventie, ingegeven door een andere (meer holistische) benadering van gezondheid. De tweede ontwikkeling betreft digitale zorg (bijvoorbeeld e-health), wat een scala aan mogelijkheden biedt om (onder andere) lichaamsprocessen continu te monitoren.

3.1.1. Preventie

De World Health Organisation (WHO) definieert 'health' als volgt:

- *"A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity".*

Deze definitie heeft de laatste jaren tot steeds meer discussie geleid, onder andere omdat het een dichotomie lijkt te suggereren: of je bent gezond of je bent het niet. Uit de door de WHO gehanteerde definitie blijkt bovendien onvoldoende dat er een relatie is tussen fysiek, mentaal en sociaal functioneren, terwijl zich in toenemende mate een beeld begint af te tekenen waarin er juist een sterke onderlinge samenhang is tussen deze domeinen.

Het institute for Positive Health (iPH) van Machteld Huber heeft het concept van 'positieve gezondheid' gedefinieerd als tegenhanger



van de ‘negatief’ geformuleerde definitie van de WHO (gezondheid is niet alleen de afwezigheid van ziekte). Het concept van positieve gezondheid gaat uit van zes facetten die bijdragen aan gezondheid, te weten: lichaamsfuncties (somatiek), mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren. In het model van het PHi, staan deze facetten niet op zichzelf, maar interacteren ze met elkaar. Overigens heeft de WHO inmiddels ook zijn visie op gezondheid anders vormgegeven.

De brede blik van positieve gezondheid richt zich op het in ogenschouw nemen van verschillende levensdomeinen. In de gehandicaptenzorg vormen de acht dimensies van Schalock een vergelijkbaar referentiekader². Wat beide concepten in ieder geval gemeen hebben is dat er een meer brede systemische benadering aan ten grondslag ligt, waarin het perspectief van verwanten en het relevante netwerk ook wordt meegenomen. Waar het innovatie betreft, betekent dit dat een brede context meegewogen dient te worden; dit geldt in het bijzonder voor de langdurige zorg.

Een dergelijke benadering leidt ertoe dat gezondheid zich niet meer beperkt tot het individu of de zorginstelling, maar deels wordt bepaald door factoren die daarbuiten liggen. Daarmee wordt gezondheid in toenemende mate ook een hybride verantwoordelijkheid. Goed werkgeverschap wordt enerzijds ingegeven door een verstandig arbeidsomstandighedenbeleid, maar ook zingeving en het gevoel ergens bij te horen hebben een positieve invloed op de gezondheid van werknemers. Ook de ruimtelijke inrichting is een factor die van invloed is op gezondheid, denk bijvoorbeeld aan voldoende groenvoorzieningen en een goede toegankelijkheid voor mensen met een handicap.

Gezondheid wordt dus beïnvloed door alle facetten van het leven en is niet enkel in het geding als er sprake is van ziekte. Door de aandacht te verleggen van ziekte en zorg naar gezondheid en

gedrag, wordt het accent verlegd van genezing naar het voorkomen van chronische condities, het uitstellen en/of het daarmee beter kunnen omgaan. Dat levert niet alleen gezondheidswinst op, maar maakt ook dat middelen doelmatiger worden besteed. Het is echter wel de vraag in welke snelheid de institutionele zorg- en welzijnswereld zich op deze ontwikkeling kan aanpassen. Dat geldt ook en soms nog in een grotere mate voor andere instellingen en systemen die direct of indirect onze gezondheid beïnvloeden. Denk hierbij bijvoorbeeld aan schuldenproblematiek, waarvan bekend is dat het een negatief effect heeft op gezondheid. In de schuld-hulpverlening zijn tal van instanties actief tegen een prijs die bij elkaar opgeteld de schulden vaak overstijgen. De vraag is wat een groter effect sorteert: of de hulp van alle betrokken instanties of het kwijtschelden van de schuld?

Tot op heden worden preventieve maatregelen ten behoeve van de gezondheid nog tot het publieke domein gerekend. De vraag is in hoeverre deze benadering houdbaar is, want een brede benadering van het begrip ‘gezondheid’ reikt verder dan de verantwoordelijkheid van zorg- en welzijnsorganisaties of overheden.

3.1.2. Digitale zorg

Waar zorg in het verleden voornamelijk plaatsvond binnen de muren van een zorginstelling en op gezette tijden, kan inmiddels digitale zorg op veel meer plekken en 24 uur per dag zorg worden geboden. Het betreft dan bijvoorbeeld de toegang tot informatie, het aanvragen van een herhaalrecept of het maken van een afspraak, maar ook het monitoren van gezondheidsparameters waarvan de metingen zelf door burgers en patiënten/cliënten (middels wearables) worden uitgevoerd en worden verstuurd naar een zorgprofessional of volledige behandelingen die op afstand plaatsvinden.

² C. Claes e.a. (2008) POS: Persoonlijke Ondersteuningsuitkomsten Schaal .

Digitale zorg maakt zorg dus laagdrempeliger doordat het mogelijk is om er gebruik van te maken op een plek die vertrouwd voelt en op een tijdstip dat uitkomt. Het geeft burgers en patiënten/cliënten inzicht in diagnostiek en behandeling, wat hen intrinsiek kan motiveren om zelf bij te dragen aan hun gezondheid (zelfmanagement). Bovendien is het mogelijk door de veelheid aan wearables om de eigen gezondheid te monitoren zonder dat er een zorgprofessional als intermediair optreedt. Het is echter wel de vraag wat de toegenomen mogelijkheden om lichaamsprocessen te monitoren doet met onze perceptie van gezondheid. Verderop in deze notitie zullen we ook nog terugkomen op de verantwoordelijkheid die de verwerking van persoonsgegevens met zich meebrengt.

Digitale zorg kan tevens een rol van betekenis spelen in het bieden van de juiste zorg op de juiste plek. In de curatieve zorg wordt van patiënten/cliënten doorgaans verwacht dat zij naar de zorgprofessional toekomen, bijvoorbeeld in een huisartsenpraktijk of een ziekenhuis. Voor patiënten/cliënten kan dit een grote belasting zijn, onder meer doordat er een fysieke afstand overbrugd moet worden en er op locatie vaak gewacht moet worden, totdat de zorgprofessional beschikbaar is.

In de langdurige zorg bieden domotica mogelijkheden om het zelfstandig functioneren in en rondom de woning te bevorderen. Ook het monitoren van cliënten op afstand kan helpend zijn. Twee overwegingen dienen hierbij in ogenschouw te worden genomen. Allereerst is het altijd een afweging in hoeverre digitale middelen in de huiselijk sfeer afbreuk doen aan de privacy van iemand. Ten tweede heeft het contact met een zorgprofessional een belangrijk sociaal aspect in zich. Met de inzet van digitale hulpmiddelen komt dit sociale aspect vaak te vervallen.

3.1.3. De veranderende rol van de raad van toezicht

Wat zijn de waarden van de organisatie op de ontwikkeling van haar rol in een omgeving die zich ontwikkelt in de richting van gezondheid en gedrag en mens en maatschappij? Welke rol spelen preventie en digitale zorg in de strategie van de organisatie?

3.1.4. Vragen die de raad van toezicht kan stellen

- Een brede blik op gezondheid betekent ook samenwerken. Heeft de Raad van Toezicht de beoogde samenwerkingspartners voldoende in beeld? Denk hierbij aan samenwerkingspartners op het gebied van preventie en positieve gezondheid.
- Mensen worden steeds ouder, wat gepaard gaat met meer gezondheidsklachten. Tegelijkertijd zijn er steeds meer medische mogelijkheden. Dit stelt ook (financiële) grenzen aan de zorg en vraagt om andere afwegingen. Hoe betrekken we professionals/ patiënten/ cliënten/ burgers en naasten in deze discussie?
- Wat zijn de consequenties van een nieuwe en bredere benadering voor professionals en welke nieuwe professionals komen in beeld?
- Hoe vinden we aansluiting bij het burgerperspectief en bij initiatieven die vanuit burgers worden genomen?

3.1.5. Relevante literatuur

- Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen (2020) Oud en zelfstandig in 2030 Een reisadvies.
- Topol E. (2015). The patient will see you now: the future of medicine is in your hands. Jackson (VS), Ingram Publisher Services.



- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2019) Waarde(n) volle zorgtechnologie: een verkennend advies over de kansen en risico's van kunstmatige intelligentie in de zorg.
- Rathenau Instituut (2019) Gezondheid centraal: zorgvuldig data delen in de digitale samenleving. Bericht aan het parlement.
- WHO Europe (2019) Universal basic income policies and their potential for addressing health inequities Transformative approaches to a healthy, prosperous life for all.
- <https://home.kpmg/nl/nl/home/sectoren/gezondheidszorg/Gezondheidszorg.html>

3.2. Ethische vraagstukken

Zorginstellingen krijgen in toenemende mate te maken met nieuwe interventies zoals serious gaming, biotechnologie, artificiële intelligentie (AI), gen modificatie en andere innovaties. Hoe kan men toezichthouden op ethisch verantwoord innoveren in een organisatie? Dergelijke innovaties kunnen immers grote impact hebben op de kwaliteit van een organisatie.

In de oude manier van denken, werd ethiek nog weleens gezien als barrière voor innovatie. Als hindermacht. Of op z'n best als checklist om maar zo snel mogelijk door te kunnen met innovatie.

Wetenschap en innovatie aan de ene kant, en ethiek en maatschappij aan de andere kant, werden gezien als gescheiden werelden. Tegenwoordig, beïnvloed door inzichten van wetenschapssociologen en filosofen, worden wetenschap, innovatie, ethiek en maatschappij als diep vervlochten gezien. Als je ethiek gaat zien als medevormgever van innovatie, dan kan je al aan het begin van de pijlpijn meedenken over de vormgeving van nieuwe technologie en de voorwaarden waaronder deze verantwoord ontwikkeld en toegepast kan worden. Samen met professionals, wetenschappers, burgers, patiënten/cliënten en hun verwanten, ethici en andere belanghebbenden kan je zo tot een goede afweging komen van pro's en contra's.

3.2.1. De veranderende rol van de raad van toezicht

Voor een raad van toezicht betekent dit dat hij een visie op ethiek en innovatie moet hebben, waarin ethiek als vertrek- en eindpunt van de organisatie wordt gepositioneerd. Hierbij kan men denken aan de ontwikkeling van digitalisering en artificiële intelligentie. Voor de integratie van artificiële intelligentie in de zorginstelling zijn 'harde voorwaarden' nodig zoals de naleving van privacy-regelgeving met betrekking tot de opslag van data en het delen ervan, maar ook 'zachte voorwaarden' zoals vertrouwen van professionals, burgers en patiënten/cliënten in op artificiële intelligentie gebaseerde beslissingsondersteuning in de zorg. Wie vertrouwt anders de computer die adviseert niet te opereren of wel preventief te starten met antibiotica.

Hetzelfde geldt voor het gebruik van organoïden (mini-orgaantjes, om nieuwe geneesmiddelen op te testen). Het opzetten van zogenaamde levende biobanken waarin organoïden liggen opgeslagen vereist vertrouwen van patiënten dat hun lichaamsmateriaal voor de juiste redenen gebruikt wordt. Er is een adequate governancestructuur nodig om te regelen dat patiënten op de hoogte worden gesteld van bevindingen, en dat ze geïnformeerd zijn over commerciële en/of internationale samenwerking. Kortom, bij duurzame innovatie is ethiek het vertrekpunt, niet het sluitstuk als alles al uitgedacht is. Dat betekent dat toezicht op ethisch verantwoorde innovatie een integraal onderdeel van de agenda van de raad van toezicht moet zijn.

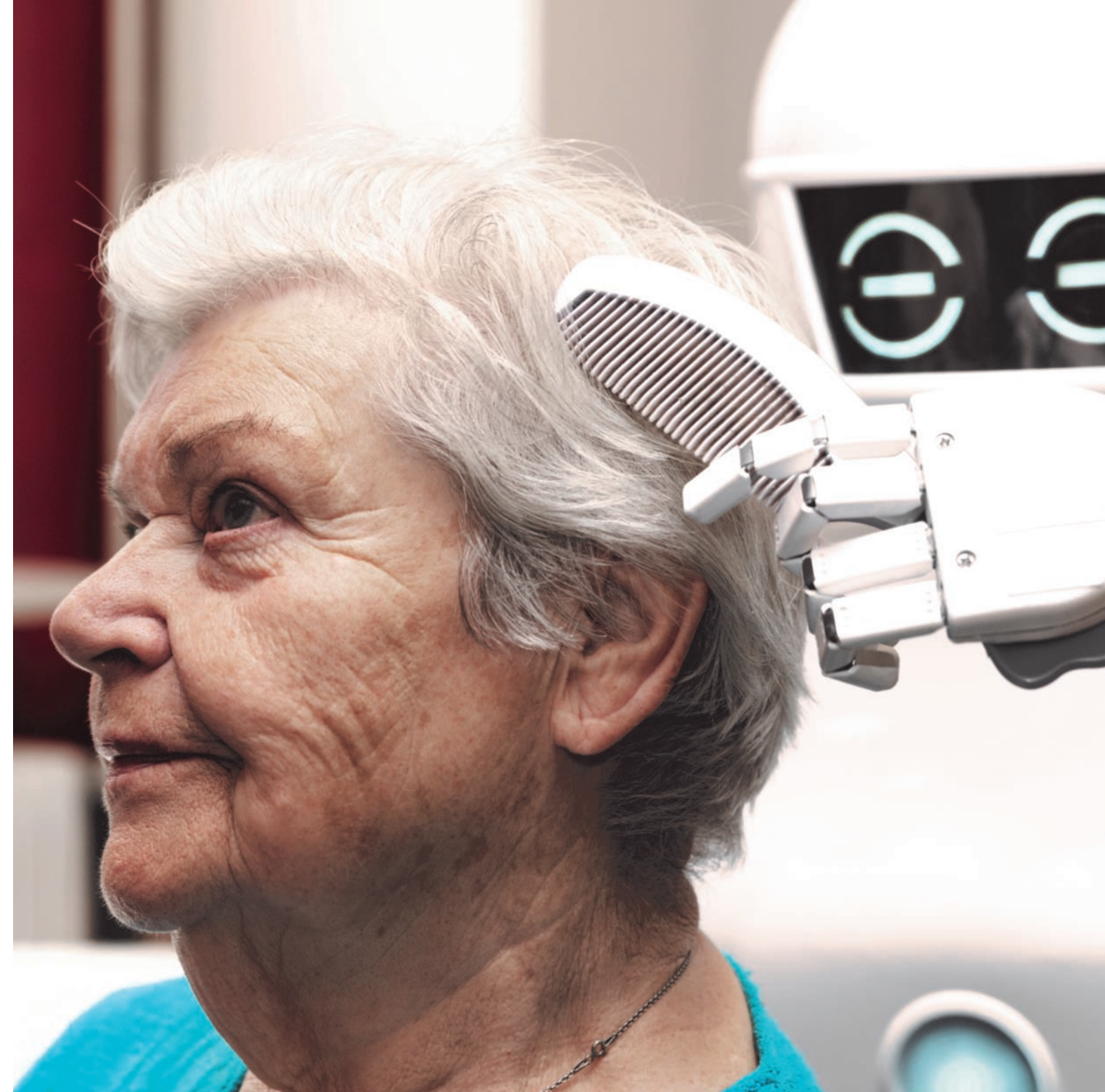


3.2.2. Vragen die de raad van toezicht kan stellen

- Wat zijn de dilemma's bij nieuwe technologie op het vlak van diagnostiek en behandeling en hoe worden die in de hele organisatie en op niveau van raad van bestuur en raad van toezicht besproken?
- Is er een analyse gedaan met betrekking tot nieuwe (technologische) mogelijkheden en hoe die aansluiten bij de missie en visie van de organisatie? Een belangrijke vraag is niet alleen kunnen we maar willen we dit ook?
- Hoe worden medewerkers begeleid als er zich nieuwe mogelijkheden voordoen en is er ook voldoende aandacht voor diversiteit bij medewerkers wat betreft opvattingen over nieuwe mogelijkheden?
- Is er aandacht voor de vraag: wat levert dit op voor de burger of patiënt/cliënt en wordt er een afweging gemaakt naar maatschappelijke noodzaak en economisch effect op de organisatie?

3.2.3. Relevante literatuur

- Bezemer T, de Groot MCH, Blasse E, ten Berg MJ, Kappen TH, Bredenoord AL, van Solinge WW, Hoefler IE, Haitjema S (2019) A human(e) factor in clinical decision support systems. The journal of medical internet research 21(3):e11732
- Bredenoord AL, Clevers J, Knoblich J (2017) Human tissues in a dish: the research and ethical implications of organoid technology. Science 355(6322)
- Jongsma K, Bredenoord AL, Lucivero F (2018) Digital medicine: an opportunity to revisit the role of bioethicists. American Journal of Bioethics 18(9):69-70





3.3. Organiseren in een steeds veranderend krachtenveld

Digitalisering leidt tot andere vormen van organisatie. Daarin kan men drie grote bewegingen onderscheiden die ook invloed hebben op de organisatie van zorg. Allereerst vindt er een verschuiving plaats naar een platformeconomie, waar alle zorgorganisaties vroeg of laat mee te maken krijgen. Platformorganisaties worden gekenmerkt door een beperkt aantal hiërarchische lagen en weinig taakdifferentiatie. Dit maakt het mogelijk dat men meer ad hoc, projectmatig en doelgericht kan werken (agile). Waar het zorg en welzijn betreft is het de vraag hoe een dergelijke manier van werken zich verhoudt tot de eindverantwoordelijkheid van professionals. Enerzijds geeft het burgers en patiënten/cliënten en hun verwanten inzicht in diagnostiek, behandeling en begeleiding, wat hen intrinsiek kan motiveren om zelf bij te dragen aan hun gezondheid en maatschappelijk functioneren (zelfmanagement). In het bijzonder in de langdurige zorg betekent het dat er beter ingespeeld kan worden op de individuele behoeften van cliënten en hun verwanten.

Anderzijds kan dit een sterke verandering teweegbrengen in de houding die burgers innemen ten opzichte van diensten die geleverd worden. Burgers hebben andere verwachtingen rondom het geleverde serviceniveau (altijd en overal), contactmogelijkheden (digitaal en analoog) en de mogelijkheid om gegevens in te kunnen zien of mee te nemen naar een ander aanbieder.

Een tweede beweging vindt er plaats op het gebied van kennis, wat ook gevolgen heeft voor de positie van de professional in een organisatie. Digitalisering leidt tot meer intelligente systemen en data gedreven technologie. Professionals in een organisatie kunnen steeds minder concurreren met de reken- en analysekracht die

hiervan uit gaat. Het is de vraag wat dat betekent voor hun rol in zorg en welzijn van de toekomst.

Professionals baseerden hun behandeling en interventies tot voorkort op basis van wetenschappelijke inzichten die voortkwamen uit statistische gemiddelden, doorgaans afgeleid van burgers en patiënten/cliënten zonder comorbiditeiten of multiproblematiek. De huidige technologische ontwikkelingen bieden in toenemende mate mogelijkheden om zorg en welzijn dusdanig te personaliseren dat er in de behandeling rekening wordt gehouden met de unieke factoren van een patiënt/cliënt.

Professionals dienen zich dus op een nieuwe manier te verhouden tot de toenemende invloed van techniek. Tot op heden wordt van de digitale mogelijkheden nog maar beperkt gebruik gemaakt in zorg en welzijn. In hoeverre digitalisering geperfectioneerd kan worden en welke rol hierin dan is weggelegd voor professionals moet zich wijzen. Dominante systemen met imperfecties die worden toegevoegd aan een bestaand proces leiden in veel gevallen tot een gevoel van onnodige bureaucratie onder professionals. Op dit punt is er een vorm van sociale innovatie nodig, die een nieuw evenwicht creëert tussen burger, patiënt/cliënt, professional en techniek.

Het elektronisch patiënt/cliëntdossier is nauwelijks nog als een innovatie te bestempelen, maar er zijn wel degelijk aanpassingen mogelijk die de impact van het patiënt/cliëntendossier op de zorg aanzienlijk zullen vergroten. Belangrijkste verbeterpunten hebben betrekking op een gemeenschappelijke 'taal' en de uitwisseling van gegevens. Indien verschillende systemen beter in staat zijn om met elkaar te communiceren, zal dat leiden tot een meer intelligente manier van samenwerken tussen organisaties. Duidelijke afspraken hierover zijn onontbeerlijk. Een land wat hierover al in een vroeg

stadium heeft nagedacht en waar veel overheids- en semipublieke diensten digitaal worden aangeboden, is Estland.

Middels een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) kunnen burgers zelf allerlei gezondheidsgegevens verzamelen, beheren en delen. Een koppeling tussen de data die professionals vastleggen in een EPD en de data die burgers zelf verzamelen in een PGO kan na analyse waardevolle inzichten opleveren en zelfs leiden tot andere behandelkeuzes. Vooralsnog is er nauwelijks aandacht voor gegevens die burgers/ cliënten/ patiënten zelf verzamelen in de interactie met zorgprofessionals, zowel door technische onvolkomenheden als door een gebrek aan bewustzijn.

De laatste beweging die digitalisering teweegbrengt, betreft de groeiende 'macht' van de burger. Door een verbeterde informatiepositie krijgen burgers en patiënten/cliënten meer inzicht in medische gegevens en zijn ze beter in staat om invloed uit te oefenen op hun eigen zorg. In het meest verregaande geval gaan burgers en patiënten/cliënten zelf hun zorg organiseren. De mogelijkheden om digitaal met elkaar te kunnen communiceren en te organiseren spelen hierin een cruciale factor. Dit kan ertoe leiden dat ook de governance zelf zal veranderen door de grote mogelijkheden van externe communicatie: raadpleging, klachten, inspraak, dialoog met belanghouders zullen allemaal veranderen en daarmee ook de positie van de raad van toezicht.



3.3.1. Vragen die de raad van toezicht kan stellen

- Weten we ook wat er buiten onze instelling speelt en hoe betrekken we interne en externe belanghouders bij de consequenties van een veranderend krachtenveld? Denk hierbij niet alleen aan de traditionele belanghouders, maar ook aan nieuwe spelers zoals die van de burgerinitiatieven.
- Is het wijs om een vrije ruimte binnen, of samen met andere organisaties buiten onze instellingen te organiseren om daar ervaringen op te doen?
- Waar zien we eigenlijk op toe in relatie tot de netwerken waaraan we deelnemen? Waar begint en eindigt de eigen verantwoordelijkheid van de instelling en wanneer wordt deze gedeeld met anderen?
- Wat zijn de consequenties van een steeds veranderend krachtenveld, en nieuwe organisatievormen die daaruit voortvloeien, voor professionals en patiënten / cliënten / burgers en hoe richten we scholing hierop in?
- Wat zijn de consequenties voor de financiering van de nieuwgekozen oplossingsrichtingen? Hoe en met wie wordt daar met externe belanghouders over onderhandeld?
- Hoe wordt er zorg voor gedragen dat er ruimte is om te innoveren, terwijl er ook wordt nagedacht hoe dit zich verhoudt tot de bestaande praktijk (organisatie en technologie)? Men kan daarbij denken aan informatiebeveiliging en onderhoud.

3.3.2. Relevante literatuur (+/- drie interessante artikelen)

- De Waal, S. (2018) Civil Leadership as the Future of Leadership. Utrecht, Warden Press
- VPRO tegenlicht (2015) E-stonia: een land als start-up

3.4. De mens in de organisatie

Hoewel innovatie geen nieuw fenomeen is, is de snelheid waarmee het in de afgelopen decennia plaatsvindt niet eerder vertoond. Dat vraagt om een andere manier van werken en doet een beroep op het aanpassingsvermogen van mensen. Door de hoge snelheid waarmee er geïnnoveerd wordt, dient er een permanent proces van aanpassing plaats te vinden. Niet iedereen is in dezelfde mate in staat om hiermee om te gaan. Persoonskenmerken zoals leeftijd en competenties zijn van invloed, maar ook de organisatie kan een rol van betekenis spelen door bijvoorbeeld scholing te bieden. Voortdurende innovatie vraagt om een permanente ontwikkeling van personeel. Vooralsnog lijkt dit aspect onvoldoende onderdeel van de opleiding van professionals. Daarnaast zal nieuwe technologie ook de arbeidsmarkt beïnvloeden, net als de burger en patiënt/cliënt krijgt ook de professional veel meer keuzekracht en zal de oude arbeidsstructuur disrupteren.

3.4.1. Proces van innovatie

Een kenmerk van innovatie is dat de uitwerking ervan op voorhand moeilijk te voorspellen is. Indien het gesprek gaat over innovatie, is men geneigd om die te beoordelen met de kennis van het verleden. In een dergelijk geval is het van belang om een waardeoordeel op te schorten en met een open blik te kijken vanuit de missie van de organisatie: kan innovatie bijdragen aan het nog beter verwezenlijken van die missie?

Tegelijkertijd dient men zich ook bewust te zijn van de omgeving. In de samenleving kunnen bewegingen gaande zijn die nieuwe eisen stellen aan een organisatie. Indien de beschouwing van missie en visie enerzijds en de bewegingen in de samenleving anderzijds ertoe leiden dat er behoefte bestaat aan vernieuwing, is de

organisatie dan bereid om na te denken zelfs over meer radicale oplossingsrichtingen? Digitale innovaties kunnen een onderdeel zijn van meer radicale oplossingsrichtingen, maar bieden doorgaans geen kant en klaar antwoord, totdat zich beter uitkristalliseren. Het is in dit stadium echter wel van belang dat er een gedeelde visie en intentie is. Door het ontwikkelen en uitproberen van ideeën kunnen deze geleidelijk worden ingepast in het bestaande proces. Het is goed om te beseffen dat implementatie van innovaties een langdurig proces is door een veelheid aan redenen, zoals regulering en de behoefte aan wetenschappelijk bewijs. Bovendien heeft de mens tijd nodig om deze veranderingen te absorberen. Tegelijkertijd wordt de implementatie van innovaties vaak gehinderd door financieringsmodellen en andere bestaande processen. Een voorbeeld is de langdurige discussie over de vormgeving en vergoeding voor digitale consulten. Iets wat na het uitbreken van de Coronacrisis in een snel tempo wel mogelijk bleek.

In het bovenstaand beschreven proces, is innovatie dus niet het uitgangspunt, maar dient innovatie enkel om invulling te geven aan de missie en visie van de organisatie. Door de mens in de organisatie mee te nemen in het proces van verandering, kunnen belemmeringen worden geïdentificeerd en waar mogelijk worden weggenomen. De uiteindelijke richting waarin de organisatie beweegt is dus niet exact te voorspellen. Een traditionele top-down implementatie waarin de gewenste uitkomsten al zijn bepaald, blijken vaak niet te werken. Meer en meer zien we een vorm van faciliterend leiderschap: in de interactie tussen professional en patiënt, burger en cliënt vinden nieuwe ontwikkelingen plaats. Hoe kan leiderschap zo worden ingericht dat dit ook wordt gefaciliteerd? (Prof. Strikwerda). De bestuurder zou niet eindverantwoordelijk, maar beginverantwoordelijk moeten zijn.

3.4.2. Vragen die de Raad van Toezicht kan stellen

- Innoveren doe je ook met mensen buiten de organisatie. In dat kader is de vraag relevant 'waar zijn wij goed in en wat kunnen anderen juist beter?'.
- Wat wordt er gedaan om medewerkers en vrijwilligers mee te nemen in veranderingen en is er ook aandacht voor wat dit betekent voor het middenkader?
- Hoe kunnen we personeel en patiënten/ cliënten/ burgers tijdig betrekken en op deze wijze een vorm van zeggenschap creëren? Oftewel: hoe kunnen we een vorm geven aan een meer directe wijze van democratie?
- Hoe zijn de feedbackloops ingericht in het veranderproces? Hoe krijgt de raad van toezicht bijtijds te horen wanneer de verandering stroef verloopt of stuit op toenemende weerstand binnen de organisatie?

3.4.3. Relevante literatuur (+/- drie interessante artikelen)

- Nesta (2018) Landscape of Innovation Approaches: An updated overview of the methods and approaches we've come across in the world of public innovation.
- Nederlandse zorgautoriteit (2019) Stand van de zorg, zorginnovaties van 2012 tot nu...
- Nederlandse Zorgautoriteit (2020) Wegwijzer bekostiging digitale zorg 2020 - Overzicht per sector



3.5. Zorgvuldig databeheer (Data stewardship)

Onze wereld en leefomgeving veranderen door disruptieve technologische ontwikkelingen. Technologiebedrijven veranderen traditionele markten met nieuwe producten en diensten. Dit beïnvloedt zowel ons persoonlijk leven (bijvoorbeeld door een mobiele telefoon) als organisaties (bijvoorbeeld Uber, Airbnb). Ook worden werelden van zorg en welzijn nu geconfronteerd met de nieuwste ontwikkelingen zoals artificiële intelligentie, ‘internet of things’ en big data. Dit zal grote gevolgen hebben voor bijvoorbeeld de wijze van dienstverlening, de markt en verdienmodellen. We leven in een tijd waarin technologische- en software-ontwikkelingen elkaar in snel tempo opvolgen. De ontwikkelingen in zorg en welzijn zullen mede gedomineerd worden door de mogelijkheden die nieuwe software biedt. Hoe een instelling/organisatie deze nieuwe mogelijkheden van software procesmatig implementeert en integreert zal bepalend zijn voor de duurzaamheid en de toekomst van de organisatie. Innovatie is noodzakelijk om de organisatie aan te passen aan een veranderende wereld. Technologiebedrijven zullen een steeds belangrijker rol spelen in de toekomstige producten en diensten binnen de gezondheidszorg. We zullen niet zonder innovatieve technologie kunnen. En dus ook niet zonder goed, responsief en innoverend toezicht. Ook zien we in toenemende mate dat overheden data verzamelen over hun burgers en het gedrag van burgers.

3.5.1. Data en afhankelijkheid van datasystemen

De gemene deler in veel (technische) innovaties is het gebruik van data om vraag en aanbod beter op elkaar af te stemmen. Data

bevatten dus veel waardevolle informatie, maar het gebruik ervan kan ook leiden tot onwenselijke praktijken; in het bijzonder in een sector waar het dikwijls gaat om zeer privacygevoelige data. Wat in dit kader van belang is, is dat dataverzameling waardevolle inzichten kan opleveren die wederom gebruikt kunnen worden voor doorontwikkeling en verbetering van de applicatie en daarmee uiteindelijk het aanbod ten goede kunnen komen. Het analyseren van data en het ontwikkelen van applicaties is echter specialistisch en kostbaar werk, wat vragen oproept in welke mate aanbieders dat zelf kunnen doen en in hoeverre dat is te verenigen met de missie, visie en maatschappelijke opgave van een aanbieder. Dit leidt ertoe dat er een praktijk is ontstaan waarbij vrijwel alle aanbieders in meer of mindere mate gebruik maken van applicaties die worden aangeboden door een beperkt aantal grote ICT-bedrijven. Met de prominente plaats die software inneemt zien we ook andere stakeholders (bijvoorbeeld Google en Microsoft), waarmee de instellingen geconfronteerd worden. Onderhandelingen met bedrijven van een dergelijke omvang over contracten krijgen daardoor een andere dimensie. De klassieke benadering van aanbesteden etc. werkt niet meer. Toezichthouders moeten kennis op doen over heel andere sectoren, die men verder op dat pad ontmoet.

Aan de producten die ICT-bedrijven leveren aan zorg- en welzijnsorganisaties kunnen weliswaar eisen worden gesteld, maar de bedrijven zijn niet verantwoordelijk voor de uitvoering van de zorg. Daarnaast betreft het vaak grote kapitaalkrachtige bedrijven met een winstoogmerk. Deze bedrijven verkopen hun producten aan zorg- en welzijnsorganisaties, maar vergaren middels deze aanbieders ook veel inhoudelijke kennis; kennis waar van oudsher medici een monopolie op hadden. Het is van belang om deze dynamieken kritisch te volgen.

3.5.2. Nudging

De analyse van data levert dus veel nieuwe inzichten op wat betreft menselijk gedrag en factoren die daar mee samenhangen. Met een juiste interpretatie van data is het mogelijk om een context zo te manipuleren dat het gedrag van mensen erdoor veranderd zonder dat men zich hiervan bewust is. Dit kan vormen aannemen die ethisch discutabel zijn, maar het kan ook gebruikt worden om gezond gedrag te stimuleren, bijvoorbeeld door een andere inrichting van de openbare ruimte. Dergelijke methodes waarin gedrag wordt gemanipuleerd zonder dat er restricties worden opgelegd of er een directe beloning in het vooruitzicht wordt gesteld, wordt aangeduid als 'nudging' (nudge = duwtje). Door tal van nieuwe inzichten die met behulp van data-analyse zijn ontstaan, wint nudging aan populariteit onder beleidsmakers.

3.5.3. De veranderende rol van de raad van toezicht

Zoals enkele jaren terug het thema kwaliteit prominent op de agenda van de toezichthouder is gekomen, zo zal het thema innovatie, en in het bijzonder de omgang met data een nog meer prominente plaats opeisen. Dit heeft immers grote gevolgen voor de rol van toezichthouders. Hoe houd je toezicht op deze technologische innovaties? Want hoe houd je toezicht op iets dat je mogelijk niet begrijpt?

ICT heeft alles te maken met strategie. Bij digitalisering wordt vaak nog in risico's gedacht, zoals grootschalige datalekken, cyberaanvallen en hacking. Dergelijke dreigingen vragen om nieuwe vormen van risicobeheer, maar men moet ervoor waken dat er niet te weinig aandacht is voor de kansen en nieuwe mogelijkheden die digitalisering biedt, zoals nieuwe verdienmodellen en nieuwe manieren van (bijvoorbeeld



datagedreven) werken. De toezichthouder moet erop toezien dat de organisatie bereid is data te genereren en hier wat mee te doen.

Hiertoe dient het beheren van data en de samenwerking met externe dataverwerkers, leveranciers en afnemers in de governance betrokken te worden. Daarbij moeten de infrastructuur- en risicobeheersingssystemen goed functioneren en er tijdig en adequaat gereageerd wordt op verkregen informatie. Het strategische belang van digitalisering is het vertalen naar de transformatie van je instelling om duurzame maatschappelijke waardecreatie te realiseren.

3.5.4. Vragen die de raad van toezicht kan stellen

- Wat hebben we al in huis qua data? Wie is daar de eigenaar van en hoe is de integriteit van die data gewaarborgd? M.a.w. past onze ICT-governance bij de nieuwe ontwikkelingen of is de inrichting van onze ICT-organisatie achterhaald?
- Is de basis op orde? Worden er systematisch audits uitgevoerd?
- Zijn we ons ervan bewust dat onze data ook informatie kunnen opleveren voor samenwerkingspartners/leveranciers met name op het gebied van ICT? Zijn er afspraken gemaakt over het eigendom van deze data?
- Als het in het belang van onze patiënten/ cliënten/ burgers is om data uit te wisselen zijn daar dan afspraken over gemaakt en zijn die getoetst aan de privacyregelgeving? Hoe helpen we onze medewerkers/ cliënten/ patiënten/ burgers bij bovenstaande vragen?

3.5.5.Relevante literatuur (+/- drie interessante artikelen)

- Health RI (2020) Data Stewardship handbook (HANDS)
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (2018) Data-gedreven technologie in de zorg (Volksgezondheid

Literatuur

NVTZ en Nationaal Register (2017), Atlas van het toezicht.

NVTZ (2015), De vrijblijvendheid voorbij. Bouwstenen voor goed toezicht in zorg en welzijn.

Wetenschappelijke Advies Raad NVTZ (2019) Signalement 2018/2019.

C.M. Christensen (2016), The Innovator's prescription – a disruptive solution for health care.

C.O. Scharmer (2017) Theory U - Leading from the Future as It Emerges.

M. Huber e.a. (2011) How should we define health?

