

Henk den Uijl & Ton van Zonneveld (Red.)



Zorg voor Toezicht



**De maatschappelijke betekenis
van governance in de zorg**



7 Innovatie in governance

Eigenaarschap van het publieke belang in een participatiesamenleving

Henk Nies en Mirella Minkman

Inleiding

De governance van de langdurende zorg zal de komende periode veel ingewikkelder worden. Dat is niet alleen een gevolg van de decentralisaties die vanaf 2015 vorm krijgen, het komt ook doordat we meer een participatiesamenleving nastreven en doordat we steeds meer levensbreed gaan organiseren. Dat betekent dat we veel meer complexiteit krijgen en dat proberen te regelen. Beide ontwikkelingen leiden tot nieuwe vraagstukken op het gebied van governance in het maatschappelijke domein. In dit hoofdstuk gaan we in op de governance in gedecentraliseerde stelsels in transitie; stelsels die participatie voorstaan, domeinoverstijgend zijn, met veel complexiteit en veel stakeholders. Bij de governance van deze transitie is er een grote vraag naar eigenaarschap. Het antwoord vergt naar ons idee een omslag in denken over eigenaarschap en governance, anders dan we in de zorgsector gewend zijn.

Zorgcentrum St. Jozef was al jarenlang een begrip in het dorp. Iedereen kende er wel iemand die er woonde of werkte. Maar ook St. Jozef was aan vernieuwing toe. Na een ingrijpende verbouwing bedacht de interim-bestuurder dat de heropening een mooie gelegenheid was om een nieuwe, eigentijdse naam te lanceren. Echter, de prijsvraag voor het beste idee leverde veel problemen op. ‘St. Jozef moet St. Jozef blijven, hoe haal je het in je hoofd ... St. Jozef is van het dorp’, zo waren de reacties.

De interim-bestuurder voelde het goed aan. Als St. Jozef van het dorp is, moet de *policy* om. Na een goed gesprek met de RvT besloot hij waar mogelijk de contracten met groothandels en leveranciers ‘in de stad’ op te zeggen. Hij sloot nieuwe overeenkomsten met lokale leveranciers, die meestal wel een familielid hadden die in het huis woonde, werkte of vrijwilligerswerk deed. Dat gold ook voor de ICT. Lokale leveranciers maakten een systeem voor zorg op afstand en aan de monitor zaten mensen die niet alleen de cliënten kenden, maar ook de familie en de burens.

St. Jozef bestaat nog steeds als klein *stand alone* verzorgingshuis!

Governance in transitie

We zien veel onvrede bij burgers over de manier waarop zorgorganisaties en het zorg- en welzijnsstelsel aansluiten bij hun behoeften. Doorgaans zijn mensen best tevreden over de zorg en medewerkers in de organisatie waar ze direct mee te maken hebben. Maar in algemene zin maken zij zich zorgen over de kwaliteit van de zorg, voor vandaag én morgen. De afstand tot de leiding wordt als groot ervaren. Daarnaast heerst er maatschappelijk een negatief beeld over bestuurders als het bijvoorbeeld om hun honorering gaat. De media spelen een flinke rol in deze beeldvorming.

Los van de vraag of dergelijke beelden terecht zijn, blijken ze hardnekkig. Ze suggereren dat de zorg als systeem ver verwijderd is geraakt van het alledaagse leven van 'gewone' mensen. Die voelen zich ervan vervreemd. Zo moeten mensen zich door allerlei systemen als loketten, keukentafelgesprekken, eigen bijdrageregelingen, formulieren, verklaringen, registraties, zorgzwaartepakketten en zorgplannen heen worstelen om hulp te krijgen. En al die systemen hebben hun eigen werkelijkheden. Die zijn zó, dat mensen zich er naar gaan gedragen. Dat is natuurlijk ook het idee van die systemen, maar of dat op de huidige manier altijd wenselijk is, is zeer de vraag. Om met Habermas te spreken: de systeemwereld gaat de leefwereld domineren. Terwijl het nu juist was te doen om het ondersteunen van de leefwereld van kwetsbare mensen.

Mensen hebben niet op alle niveaus veel te zeggen over de zorg die ze krijgen. In het directe contact met hulpverleners is er steeds meer dialoog. Bij de collectieve besluitvorming over kwaliteit, toegang en betaalbaarheid worden ze op een afstand gehouden. Veel zorg en diensten worden namelijk ingekocht en op kwaliteit beoordeeld door voor burgers anonieme instanties als verzekeraars, gemeenten en inspectie, de systeemwereld. Dus niet dóór maar vóór de mensen die de zorg nodig hebben. Dat we dat zo organiseren is een restant van het paternalistische systeem dat de zorg – en ook de samenleving – was en nog heel vaak is (al beweren we het tegengestelde). Instanties beslissen wat goed is, en soms mogen mensen zelf binnen bepaalde marges kiezen. Dat heet dan 'klantgericht', een restant van het *New Public Management*, dat we achter ons aan het laten zijn. Aanbieders verantwoorden zich naar deze instanties; niet naar cliënten zelf. Dat is best bijzonder als we zeggen eigen regie na te streven. En cliënten ontvangen zorg die betaald moet worden uit publieke middelen, en zij hoeven zich niet naar de samenleving te verantwoorden; ook vreemd eigenlijk. Met andere

woorden: we hebben in ons systeem de verantwoordelijkheid voor zorg en ondersteuning weggeorganiseerd van de mensen die het betreft; burgers, cliënten en patiënten hebben weinig eigenaarschap over de professionele zorg en hulp die zij ontvangen. Dat is vreemd in deze emanciperende tijd waarin we bezig zijn zorg, ondersteuning, werk en andere aspecten van het gewone leven dicht bij mensen te leggen en hen te vragen daar verantwoordelijkheid voor te nemen! We krijgen het zelfs voor elkaar dat we de decentralisatie centraliseren door de bevoegdheden bij gemeenten en verzekeraars te leggen.

Beleidsverwarring

Dat is een werkelijkheid die op gespannen voet staat met de doelstellingen van de hervorming van de langdurige zorg. Die beoogt de kwaliteit van ondersteuning en zorg te verbeteren, de betrokkenheid van de samenleving (meer voor elkaar zorgen) te vergroten en de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg te versterken. De Memorie van Toelichting van de Wet op de Langdurige Zorg (Wlz) (2014, p. 7) stelt expliciet dat kwaliteit van leven (welbevinden) vooropstaat. ‘Uitgegaan wordt van wat mensen (nog) wel kunnen in plaats van wat zij niet kunnen’ en ‘als ondersteuning nodig is, wordt allereerst gekeken naar het eigen, sociale netwerk en de financiële mogelijkheden van betrokkenen en wordt de hulp dichtbij georganiseerd.’ Daarbij spreekt de passieve formulering van het citaat boekdelen.

Gezien die uitgangspunten is het vervreemdend dat nog steeds veel institutionele zorg zó ver van burgers wordt georganiseerd, dat zij er geen verantwoordelijk voor kunnen nemen. Het gaat zelfs zo ver, dat iemands kwaliteit van leven door het systeem lijkt te worden bepaald, in plaats van door hem of haar zelf. Kwaliteit van leven staat immers voorop in de Wlz, aldus de Memorie van Toelichting (p. 4). Maar een ander kan nooit voor iemand bepalen wat voor hem of haar kwaliteit van leven is. We bouwen het falen van ons stelsel in, als we kwaliteit van leven in het systeem vooropstellen en die niet expliciet bij de burger, cliënt of patiënt leggen. Een zorgaanbieder of overheid kan het dan nooit goed doen. Als we de verantwoordelijkheid en de sturing van de zorg leggen bij instituties die niet van de burger of cliënt zijn, zullen we nooit de doelen bereiken die we als samenleving voorstaan en zullen we altijd naar ‘de overheid’, ‘het beleid’, ‘het management’ en ‘de bezuinigingen’ blijven wijzen als het niet goed gaat.

Maatschappelijke uitdagingen

We zien echter dat er twee soorten tegenbewegingen – of noem het maatschappelijke ‘uitdagingen’ – zijn. In de eerste plaats gaan we naar een participatiesamenleving, die in lijn is met de bovengeschetste doelen. Dat doen we niet omdat de overheid dat zegt, maar omdat steeds meer mensen dat willen. Steeds meer gaan mensen het heft in eigen hand nemen, juist wanneer het om langdurige zorgsituaties gaat. In de tweede plaats zien we dat zorg steeds meer in de context van iemands leven wordt gezien; levenslang en levensbreed, zoals dat in de gehandicaptenzorg wordt gezegd. Maar zelfs bij een intensieve zorgbehoefte maakt zorg slechts een klein deel van het leven van iemand uit. Het draait ook om deelname aan de samenleving, een eigen leven kunnen leiden, spiritualiteit, een zinvolle dag, kortom om meer domeinen in het leven, die met elkaar in balans moeten zijn (Huber, 2014; ActiZ, 2015).

Participerende samenleving

Kijken we naar de wens tot participeren, dan zien we al jarenlang een enorme grote inzet van vrijwilligers. Die wordt er niet minder op; zo’n 20% van de volwassen bevolking is langer dan drie maanden acht uur of meer per week mantelzorger. We zien ook zorgcoöperaties als paddenstoelen uit de grond schieten; niet alleen in Noord-Brabant of Groningen, maar ook in grote steden als Amsterdam. Vilans voerde recent een inventariserend onderzoek uit en telde meer dan honderd zorgcoöperaties die als burgerinitiatief zijn gestart. En dat aantal neemt per week toe. Een aantal zorgcoöperaties wil in feite een belangrijk deel van de verantwoordelijkheid van zorgkantoren, zorgverzekeraars en gemeenten overnemen: zelf zorg en ondersteuning organiseren, die voor een deel zelf bieden en aanvullend inkopen. Zij stellen zich op als de groepering waar inkoopmacht ligt. Zij willen het paternalistische stelsel doorbreken, waarbij gemeenten en verzekeraars alles voor hun burgers en verzekerden regelen via inkoop- en kwaliteitsbeleid. Wel willen veel zorgcoöperaties samen werken met gevestigde zorgorganisaties en met hen zoeken naar (nog) slimmere oplossingen. Hoe deze coöperaties zich verder gaan ontwikkelen, of zij ‘overleven’ en voldoende waarde toevoegen, zal de toekomst nog moeten leren. Recent hebben we bij Vilans een nieuw onderzoek naar de drijvende en gerealiseerde waarde(n) van deze coöperaties gestart.

Hoewel de behoeften van mensen verschillen en je niet van ‘de burger’ kunt spreken, durven we te stellen dat veel mensen willen participeren. Participatie

betekent niet alleen ergens aan ‘meedoen’, maar ook ‘een aandeel hebben in’ en ‘een deel van het kapitaal bezitten’. Dat is wat anders dan dat een dominante instantie de kaders bepaalt waarbinnen burgers hun bijdragen leveren: in dat model worden zij geacht binnen de kaders van een zorgorganisatie vrijwilligerswerk te doen of mantelzorg te leveren, af en toe een handje te helpen in de tuin van het verpleeghuis of een deel van de zorg thuis te bieden.

Echter, dit is niet de manier waarop de bijdrage van burgers het meest tot zijn recht komt. We staan op het punt een stap te maken naar een ‘participerende’ samenleving; een samenleving waarin burgers met een eigen aandeel en eigen verantwoordelijkheid deelnemen. Met andere woorden, een samenleving waarin burgers eigenaarschap kunnen laten zien en zelf de termen voor kwaliteit en verantwoording definiëren.

Dat lijkt een politiek correct en ideologisch gekleurd ideaal, maar het is ook een maatschappelijke trend die gaande is. We vinden dat deze visie een vertaling moet krijgen in de governance van het maatschappelijke domein. Dat vraagt om innovatie van governance.

De samenleving als ecologisch systeem

Waar we van een paternalistisch systeem naar marktdenken zijn getransformeerd, gaan we nu naar een systeem dat meer kenmerken van een ecologisch systeem vertoont (Idenburgh & Van Schaik, 2013; Van de Donk, 2014). Om het leven op alle noodzakelijke domeinen goed op orde te krijgen, inclusief eventuele ziekte en gebrek, is het organiseren door de domeinen heen nodig. Dat moet naar ons idee gebeuren met zoveel mogelijk eigen regie van mensen, al dan niet door derden ondersteund. Die ondersteuning kan professioneel en niet-professioneel zijn. Mensen zijn verschillend en ontwikkelen zich. Kortom: het blijft nooit hetzelfde en het is voor iedereen anders.

Vanuit een organisatiekundige en bestuurlijke optiek vraagt dat om fluïde structuren en werkwijzen. Dat geldt voor de mensen die hulp vragen, die hulp bieden (professioneel en niet professioneel), die het organisatorisch inrichten en die de randvoorwaarden inrichten om dit alles mogelijk te maken. Met andere woorden: het gaat om *multi-level* en horizontale sturing, die vaak multifactorieel is met de leefwereld van degene die hulp nodig heeft als focus. Het gaat om een systeem dat mensen helpt zich te ontwikkelen, mee te bewegen in voor- en tegenspoed; een tweede invalshoek voor innovatie van governance.

Betekenis voor governance: eigenaarschap

‘Governance’ wordt traditioneel ook wel gedefinieerd als de processen van toezicht, sturing en verantwoording. In de langdurende zorg is governance thans vooral een verantwoordelijkheid van het management en de directie c.q. het bestuur van zorginstellingen. Als we ruimte willen maken voor burgers die écht participeren, zullen we de governance vanuit andere opvattingen over toezicht, sturing en verantwoordelijkheid moeten inrichten. Maar allereerst is er de vraag: wiens toezicht, sturing en verantwoordelijkheid; wie is eigenaar van de zorg en hulpverlening?

Wij denken dat burgers veel meer degenen moeten zijn waaraan een zorgorganisatie zich in eerste instantie zou moeten verantwoorden over kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg en ondersteuning. Maar dat moet wel in herkenbare termen gebeuren. Het externe verantwoorden over kwaliteit is nu grotendeels op de financiers gericht (zorgkantoren, verzekeraars, gemeenten), dat wil zeggen: degenen die de gelden van burgers (aan)besteden. Maar wie anders dan de burgers voorop zouden de waarde van de geleverde diensten moeten toetsen en zo nodig ter discussie moeten stellen, met alle diversiteit en complexiteit van dien? Daarnaast mag een verantwoording van cliënten en patiënten worden gevraagd: wat hebben zij gedaan met de zorg en hulp die zij ontvangen hebben en in hoeverre heeft dat bijgedragen aan de door henzelf gedefinieerde kwaliteit van leven?

Deze lijn klinkt logisch, maar de vorm waarin dit te organiseren vraagt veel creativiteit en innovatief vernuft. Natuurlijk is de doelgroep waarover we spreken kwetsbaar. Onze focus in deze bijdrage ligt vooral op de langdurende zorg. En we gaan ervan uit dat cliënten ook de meest kwetsbaren en ‘afhankelijken’ van zorg enig regievermogen hebben, al lijkt dat nog zo klein. Vaak zullen hun naasten (mede-)aanspreekbaar zijn, tot het tegendeel bewezen is. En voor die laatste omstandigheid zijn ook oplossingen als mentorschap.

Het eigenaarschap van de publieke zaak en de inrichting van governance gaan veranderen; het moet wel, zo denken wij (m.n. Nies, 2014). Voor zorgorganisaties – dat geldt niet alleen voor St. Josef – rijst niet zozeer de vraag *voor* wie ze er zijn, maar vooral ook *van* wie ze zijn. Het eigendom en de governance van gevestigde zorgorganisaties liggen nu niet bij de populatie die zij bedienen. Hooguit is er één lid in de RvT door de cliënten(vertegenwoordiging) voorgedragen. Het eigenaarschap van het vastgoed is doorgaans bij woningcorporaties of banken belegd. Als cliënt van een intramurale zorginstelling is geen zeggenschap over de eigen woning; er wordt niet voor niets over de

‘verblijfsfunctie’ gesproken. De scheiding van wonen en zorg is al ver doorgevoerd, in de zin dat ze ver zijn gescheiden van de burger en zorggebruiker! Wonen en zorg zijn nu van organisaties, instanties en banken. Nieuwe financieringsvormen zoals bij NL Zorgobligatie laten zien hoe gezocht wordt naar vormen om het eigenaarschap en de financiering van zorg te verleggen naar andere actoren; de *crowd* te laten *funden* bijvoorbeeld. De burger is dan zowel eigenaar als participant.

Governance van ecologische maatschappelijke systemen

We zien ook dat verticale sturing niet meer toereikend is. Het over de domeinen organiseren, intramuraal en thuis vereist dat organisaties steeds meer in ketens en netwerken opereren (Minkman, 2012). De manier waarop we organiseren wordt steeds meer fluïde, de vorm en wijze van samenwerking wordt aangepast op de te bedienen doelgroep of te leveren diensten. Waar dat tot op heden vooral samenwerkingsverbanden van professionele organisaties in zorg en welzijn betrof, zien we nu ook samenwerking met organisaties in het sociale domein, met gemeenten en met vrijwilligers en de eerder genoemde burgerinitiatieven opkomen (Nies, 2014). Wijken en buurten zijn een ordeningskader aan het worden, lokale communities ontstaan en werken actief met zorgorganisaties samen of willen juist zoveel mogelijk zelfvoorzienend zijn (Spierenburg e.a., 2014).

Traditionele – veelal hiërarchische – modellen van sturing en toezicht volstaan niet (meer) in dergelijke complexe samenwerkingsrelaties en de nieuwe organisatievormen vragen om een andere sturingsdynamiek. Omdat de complexiteit van zowel de zorgvraag als zorgorganisatie tot diversiteit van organisatievormen leidt, met een toename van samenwerking tussen spelers en organisaties, is de vraag welke vormen van governance hierbij passen. Governance beperkt zich momenteel vooral tot de ‘klassieke’ organisatie waarbij de toezichthouder onder andere de maatschappelijke opdracht heeft om toe te zien op de kwaliteit het bestuur en besteding van middelen.

Het gaat in toenemende mate om gedeelde prestaties en verantwoordelijkheden. Governance op samenwerkingsverbanden is een nog nauwelijks ontwikkeld domein. Alles wijst erop dat we een nieuwe governance nodig hebben die beschermt, stimuleert en die organisaties en sociale systemen in de samenleving ontwikkelt ten dienste van de maatschappelijke ecologie die we moeten verzorgen. We moeten naar polyarchie naast hiërarchie, en sturing gebaseerd op ruimte en vertrouwen en wederzijdse afhankelijkheid. Dat is

echt wat anders dan de eenzijdige afhankelijkheid, zoals we die in de traditionele top-down governance kennen. Het gaat meer om leren dan controleren, dat past beter bij het relationele karakter van zorg en hulp, zo betoogt Van de Donk (2014). Daarin hebben we veel te leren en te improviseren in onze netwerksamenleving (Boutellier, 2011). Samen tot beslissingen komen wordt een belangrijke competentie, op alle niveaus (cliënt-hulpverlener, professionele en niet-professionele hulpverleners, organisaties, bestuursorganen). De governance van de maatschappelijke ecologie wordt een totaal andere, dan wat we tot nu toe gewend waren.

Leerervaringen

Er is natuurlijk wel wat ervaringen op dat vlak. In de afgelopen decennia zagen we dat het in de meeste regio's is gelukt om voor specifieke doelgroepen, zoals kwetsbare ouderen of mensen met dementie, horizontale samenwerkingsverbanden te ontwikkelen. Deze samenwerkingsverbanden hebben gedeelde doelstellingen, zoals betere hulp bieden aan een bepaalde groep mensen in een regio. Waar men elkaar vaak wel vindt op de inhoudelijke doelen, is de vormgeving van de operationele samenwerking en governance nog lastig. Professionals uit betrokken organisaties hebben doorgaans geen duidelijk, gedeeld sturingskader voor hun handelen. Rolduidelijkheid, uitgesproken doelen en helderheid over financiële stromen blijken belangrijk voor horizontale samenwerking. Niettemin blijft het een opgave deze vorm van sturing fluïde te houden.

Het wordt dé uitdaging van de komende periode om deelneming en eigenaarschap van burgers en professionals dichtbij in wijken vorm te geven, in de vorm van zorgcoöperaties of andere vormen van governance waar burgers nauw bij betrokken zijn. Het oog hebben voor verschillen tussen burgers en aandacht voor welke rol zij kunnen en willen spelen, is daarbij doorslaggevend. Het gaat daarbij ook om eigenaarschap in letterlijke zin: kunnen burgers eigenaar worden van wijkinfrastructuur: het lokale zorgcentrum of van het buurthuis?

Conclusies

Als we kijken naar de governancemechanismen in de wetgeving, die kaderend is voor de decentralisaties, dan zien we daarin nog veel 'oud' denken. Toezicht, sturing en verantwoording liggen bij externe instanties, niet bij burgers. We

denken dat we in een participatiesamenleving veel meer eigenaarschap van zorg en ondersteuning bij de burger moeten leggen, als uitdrukking van de paradigmawisseling dat de burger verantwoordelijkheid draagt.

Dat betekent dat we kritisch moeten zijn ten aanzien van de rol van instituties die verantwoordelijkheid van burgers overnemen. Ook voor hen geldt dat innovatie in governance nodig is op basis van de functies die we in ons stelsel nodig hebben en de meerwaarde die ze daarin bieden. Het vraagt ook een reflectie op de wijze waarop burgers met een verminderd oordeelsvermogen of met een beperkte vitaliteit een aandeel kunnen hebben in deze nieuwe vormen van governance en eigenaarschap. Het feit dat zij een verminderd regievermogen hebben wil nog niet zeggen dat ze géén vermogen tot regie hebben. Deze ontwikkelingen vragen om innovatie van governance die niet meer alleen gericht is op toezicht, sturing en verantwoording, maar op verbinding en wederkerigheid, op vertrouwen en ruimte (m.n. Meurs, 2014). Het vraagt ook om een focus op de gezonde vermogens, de veerkracht en het welbevinden van cliënten en burgers. St. Jozef laat zien dat dat ook tot een gezonde organisatie kan leiden.

Literatuur

- Boutellier, H. (2011). *De improvisatie maatschappij. Over de sociale ordening van een onbegrensde wereld*. Den Haag: Boom Lemma.
- Donk, W. van de (2014). *De centralisatie in openbaar besturen. Over dunne denkramen, pertinent pragmatiek en ambivalente ambities*. Elfde ROB lezing, 12 november 2014.
- Huber, M. (2014). *Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food*. Proefschrift. Universiteit Maastricht.
- Meurs, P. (2014). *Van regeldruk naar passende regels. Vertrouwen, veerkracht, verantwoordelijkheid, vrijheid*. Essay, 22 juni 2014.
- Minkman, M.M.N. (2012). *Developing Integrated Care. Towards a development model for integrated care*. Deventer: Kluwer.
- Nies, H. (2014). Communities as co-producers in integrated care. In: *International Journal of Integrated Care*, 14, 30 June; URN:NBN:NL:UI:10-1-114789.
- Spierenburg, M., Schonewille, M. & Griep, R. (2014). *Lokale samenwerkingsvormen langdurende zorg. Op weg naar een lokaal integraal samenspel*. Utrecht: Vilans.