

Governance in een veranderend zorgstelsel

Essay

Nick Zonneveld, Mirella Minkman, Sven Turnhout en Monique Spierenburg

Veranderingen in de zorg

De langdurende zorg verandert ingrijpend. Door veranderende wetgeving, een andere visie op zorg en nieuwe verantwoordelijkheden verschuiven de rollen en onderlinge verhoudingen tussen zorg- en welzijnsaanbieders, gemeenten, zorgverzekeraars en burgers. Dat betekent ook nadenken over wat dit betekent voor de governance in de zorg. Om de context te schetsen, beschrijven we eerst kort enkele ontwikkelingen.

Al veertig jaar stijgen de collectieve zorguitgaven in Nederland (CBS, 2016). De verwachting is dat de vergrijzende Nederlandse bevolking de komende jaren meer zorg nodig heeft en de zorg daarmee duurder wordt (CBS, 2016; CPB, 2011). Het Nederlandse zorgstelsel dreigt daardoor financieel onhoudbaar te worden (Van Nijendaal, 2014). Daarnaast is – ondanks de vele impulsen vanuit beroepsgroepen, overheid en cliëntenbewegingen – nog steeds een verbeteringslag mogelijk in de kwaliteit van ondersteuning en zorg voor de cliënt. Om de zorg meer toekomstbestendig te maken, is de langdurende zorg per 1 januari 2015 veranderd (Eerste Kamer der Staten-Generaal, 2014a, 2014b).

De Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) is ontvlecht en verdeeld. Zo valt de extramuraal verpleging nu onder de Zorgverzekeringswet (Zvw), die wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor ondersteuning, begeleiding en verzorging. Deze verantwoordelijkheden zijn ondergebracht binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015. De overgebleven kern van de oude AWBZ-voorzieningen valt binnen de nieuwe Wet langdurende zorg (Wlz), die er slechts nog is voor de meest kwetsbare burgers die permanente zorg of toezicht nodig hebben (Eerste Kamer der Staten-Generaal, 2014a, 2014b; CPB, 2013).

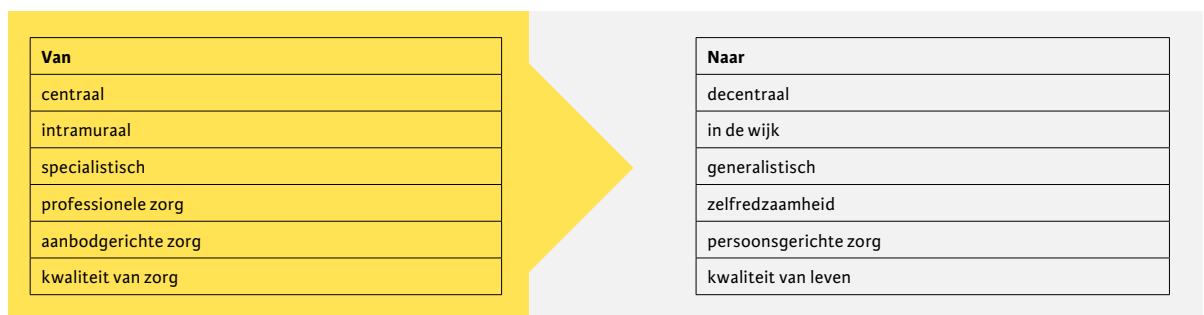
Een andere verandering is dat het perspectief op zorg verandert. Het uitgangspunt anno nu is dat eerst gekeken wordt naar wat burgers nog kunnen, in plaats van naar wat ze niet (meer) kunnen. Bij een hulpvraag wordt eerst gezocht naar een oplossing binnen

het sociale netwerk van de burger en diens financiële mogelijkheden (Centraal Planbureau, 2013). Wanneer toch ondersteuning nodig is, wordt zo mogelijk eerst een beroep gedaan op collectieve gemeentelijke voorzieningen. De meest kwetsbare groepen krijgen ten slotte passende zorg vanuit de Wlz. De toegang tot zorg in instellingen wordt zo beperkt en ontmoedigd, en blijft slechts beschikbaar voor degenen die deze zorg het meest nodig hebben (Eerste Kamer der Staten-Generaal, 2014b; Van Nijendaal, 2014).

De mogelijkheden van de burger en zijn sociale netwerk zijn het startpunt in de nieuwe Wmo en daarmee de maatschappij. Zelfredzaamheid en meedoen behoren tot de eigen verantwoordelijkheid van de burger (Centraal Planbureau, 2013; Eerste Kamer der Staten-Generaal, 2014a; Van Nijendaal, 2014). In de troonrede van 2013 sprak koning Willem-Alexander al over een omslag naar een zogenoemde ‘participatiesamenleving’, als alternatief voor de klassieke verzorgingsstaat (Rijksoverheid, 2013). Van de Nederlandse burger wordt op diverse terreinen meer gevraagd, zowel op gebied van de eigen zelfredzaamheid, als wat betreft het ondersteunen van zijn omgeving.

Figuur 1 geeft de veranderingen in de zorg schematisch weer. Voor de hoofdrolspelers – gemeenten, zorgverzekeraars, zorg- en welzijnsaanbieders en burgers – is er veel veranderd. De verantwoordelijkheden zijn verlegd en het is nog niet altijd duidelijk waar de grenzen van deze verantwoordelijkheden precies liggen. Vaak is er sprake van onderlinge afhankelijkheid. Om oplossingen te vinden hebben gemeenten, zorgverzekeraars, zorg- en welzijnsaanbieders en burgers elkaar nodig. Zij organiseren zich daarom in toenemende mate in lokale en regionale samenwerkingsverbanden, waarbij ook de burger steeds nadrukkelijker betrokken is. Tegelijkertijd organiseren diezelfde burgers zich ook steeds vaker, bijvoorbeeld in burgerinitiatieven (De Jong, Felixsdal & Turnhout, 2015). Zo inventariseerde Vilans (2016) in de periode 2014-2016 al 210 nieuwe burgerinitiatieven.

Figuur 1. Veranderingen in de Nederlandse zorgsector. Naar Nies en Minkman (2015b).



Kortom: de veranderingen in de langdurende zorg dwingen organisaties tot het inrichten van effectieve samenwerkingsverbanden, waarbij wetgeving en organisatiebelangen worden doorkruist. Tegelijkertijd nemen burgers een steeds nadrukkelijker en belangrijker rol in. Deze twee ontwikkelingen leveren nieuwe vraagstukken op voor organisaties. Door de vele verschillende actoren en belangen, die ook nog eens volop in beweging zijn, lijken deze vraagstukken op ‘wicked issues’ (Klijn & Koppenjan, 2015) ofwel complexe vraagstukken.

In de sociale en economische wetenschappen wordt al jaren geschreven over governance van complexe vraagstukken. Sommigen leggen hierbij de nadruk op onbeheersbaarheid, omdat governance van complexe vraagstukken slechts beperkt kenbaar is (Teisman e.a., 2009; Meadows, 2008). Anderen verkennen manieren om vorm te geven aan deze onbeheersbaarheid, zoals transitie management (Loorbach, 2007; Rotmans, 2003) of decentrale zelforganisatie (Ostrom, 2010).

Dit essay gaat specifiek in op de zorgsector. Het beschouwt hoe in het complexe speelveld van de zorg de governance kan worden ingericht wanneer vraagstukken organisatiegrenzen overschrijden, passend bij de huidige tijd. Binnen en tussen organisaties, en in samenspel met burgers.

Governance: definities en verschijningsvormen

Het begrip governance wordt door de jaren heen op verschillende manieren gebruikt. Kenmerkend aan governance is dat het betrekking heeft op opgaande, neergaande en zijwaartse machtsverhoudingen (Ysa e.a., 2014). In literatuur en praktijk zijn grofweg twee stromingen te herkennen: *a)* governance, gericht op besturing, beheersing, controle en verantwoording binnen organisaties, en *b)* netwerk governance, gericht op interactie tussen verschillende publieke en private actoren (Klijn, 2008; Peters & Pierre, 2000; Rhodes, 1996; Sorensen & Torfing, 2005).

Governance binnen organisaties

De term governance wordt binnen organisaties gebruikt om de besturing en beheersing van een organisatie te duiden. Governance heeft betrekking op hoe sturing, toezicht en verantwoording binnen een organisatie zijn ingericht (Hoek, 2007). In de praktijk worden ook vaak termen als ‘good governance’ en ‘governancecode’ gebruikt, waarmee de organisatie van goed en samenhangend bestuur, toezicht en verantwoording wordt bedoeld (Bossert, 2003; Graham e.a., 2003). Bij governance binnen organisaties gaat het om het beleggen van besluitvorming en het afleggen van verantwoording over deze genomen besluiten.

Recentelijk is een nieuwe *Governancecode Zorg* vastgesteld, die per 2017 geldt. Nieuw is dat de code gebaseerd is op zeven principes die breed gedragen worden in de gehele sector. Bij elk principe wordt de concrete toepassing beschreven. De code is een instrument om de governance zo in te richten, dat die bijdraagt aan het waarborgen van

goede zorg, het realiseren van de maatschappelijke doelstelling van zorgorganisaties en het maatschappelijk vertrouwen (Brancheorganisaties Zorg, 2016). De code weerspiegelt een verschuiving van toezicht gebaseerd op beheersing, naar toezicht gebaseerd op vertrouwen. Hoe dit vorm te geven in de dagelijkse praktijk, vergt nog nadere uitwerking.

Netwerkgovernance tussen organisaties

De term netwerkgovernance verwijst in de literatuur naar horizontale samenwerking tussen actoren in netwerken (Klijn, 2008). Netwerken, samenwerken en het aangaan van partnerschappen staan hierbij centraal (Edelenbos e.a., 2009). Bij deze benadering past ook 'experimental governance', 'waarbij meerdere actoren pragmatisch samenwerken aan de oplossing van complexe maatschappelijke vraagstukken' (Sabel, 2004, in Stoopendaal e.a., 2014, p. 28).

Door de hoge mate van onderlinge verbondenheid en afhankelijkheid kunnen actoren in de huidige samenleving steeds minder gemakkelijk zelfstandig oplossingen vinden voor hun cliënten (Klijn, 2008; Klijn & Koppenjan, 2015). Ze organiseren zich daarom in netwerken, waarbinnen ze samenwerken (Teisman e.a., 2009). De traditionele unicentrische benadering, waarbij een centrale overheid een 'maakbare samenleving'

bestuurde, voldoet niet meer en er ontstaan netwerken met beslissers. Vaker wordt gewerkt met een meer polycentrische aanpak, door vele auteurs 'from government to governance' genoemd

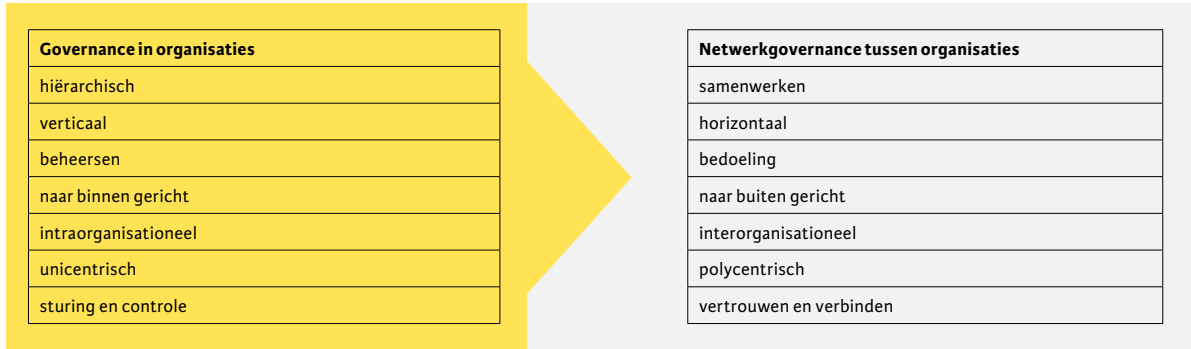
De langdurende zorg verandert ingrijpend. Dat betekent ook nadenken over wat dit betekent voor de governance in de zorg

(Bonnafous-Boucher, 2005; Klijn, 2008; Peters & Pierre, 2000; Rhodes, 1996).

Overheden positioneren zich als een van de gelijke partners in een governance-netwerk en nemen afstand van hun oude rol als bovengeschikte. Waar de unicentrische benadering sturing en controle benadrukt, ligt bij de polycentrische benadering de focus op vertrouwen en verbinden (Sorensen & Torfing, 2005). De nieuwe *Governancecode Zorg* vertoont een verschuiving naar deze benadering; deze is meer gericht op dialoog en bedoeling, dan op controle op het naleven van regels. In figuur 2 zijn beide benaderingen en hun verschillen schematisch samengevat.

Een recente inventarisatie van Vilans onder gemeenten laat zien dat zij hun rol in de praktijk op verschillende manieren invullen. Waar de ene gemeente optrekt met samenwerkingspartners en hun relatief veel vrijheid biedt, kiest de andere gemeente voor het opzetten van een eigen uitvoeringsorganisatie. Weer andere gemeenten houden regie op de kaders en het proces (het 'wat') of op het organisatorische aspect (het 'hoe'; Spierenburg e.a., 2014).

Figuur 2. Van governance binnen organisaties naar netwerkgovernance tussen organisaties. Naar Bonnafous-Boucher (2005), Edelenbos e.a. (2009), Klijn (2008), Klijn en Koppenjan (2015), Rhodes (1996) en Sorensen en Torfing (2005).



In de praktijk van de langdurende zorg hebben organisaties governance vaak nog traditioneler georganiseerd: hiërarchisch, verticaal en gericht op sturing en beheersing binnen de eigen organisatie. Maar de veranderingen in de langdurige zorg worden gekenmerkt door een hoge mate van complexiteit, een grote hoeveelheid betrokken actoren, veel wederzijdse afhankelijkheden en een grensoverschrijdend karakter. Het is dus de vraag in hoeverre deze traditionelere governance nog passend is.

Wij denken dat netwerkgovernance – gericht op samenwerking, verbinding en vertrouwen tussen organisaties en burgers – beter past bij hedendaagse complexe vraagstukken. Binnen samenwerkingsverbanden en netwerken, waarbij wordt gewerkt aan ingewikkelde thema's en waarbij domeingrenzen vaak worden overschreden, past een blik die verder reikt dan de eigen organisatie. Een blik die gericht is op relaties, verbindingen en wederzijdse afhankelijkheden tussen organisaties en burgers.

Naar netwerkgovernance in de zorgpraktijk

Hoe kan deze nieuwe inrichting van governance gestalte krijgen in de praktijk? En welke bewegingen op dit vlak zijn al zichtbaar? In welke richting ontwikkelen de samenhangende onderdelen sturing, toezicht, verantwoording en inkoop zich? En hoe zou dit er in de toekomst uit kunnen zien in de praktijk?

Sturing

Wat betreft sturing wordt traditioneel vaak verwezen naar de peen, de preek en de zweep (Bovens, 2013), met andere woorden: beïnvloeding door beloning, waarschuwend toespreken of een zweepslag bij overtreding. In de langdurende zorg zou echter veel meer op waarden gestuurd kunnen worden, waarbij de nadruk ligt op het communiceren van die waarden zonder daar direct regels of oplossingen aan te verbinden. In plaats van

beheersing zijn vertrouwen, veerkracht, verantwoordelijkheid en vrijheid de belangrijkste uitgangspunten (Meurs, 2014), die wellicht beter passen bij de complexe vraagstukken in de langdurende zorg. Oplossingsrichtingen ontstaan in samenspel met burgers, hun naasten en zorgprofessionals (De Kluiver, 2015). Sturen via waarden betekent voor bestuurders dus ook: loslaten.

In de praktijk zien we zorgbestuurders geleidelijk veranderen van blikveld. ‘Je moet als bestuurder beseffen dat je niet meer in control bent en dat dit juist goed is’, zegt bijvoorbeeld Jan Duenk van Abrona in een interview met Vilans (2015). En Lex Grunt, bestuurder bij GGZ Westelijk Noord-Brabant, zegt: ‘In control zijn is niet hetzelfde als overal met je neus bovenop zitten’ (Vilans, 2015). Toch is de spanning tussen niet in control maar wel verantwoordelijk zijn vaak heftig voelbaar.

Toezicht

Toeziethouders in de langdurende zorg zijn traditioneel gezien sterk gefocust op het controleren en optimaliseren van de eigen organisatie. Toezicht is meestal binnen de eigen interne organisatie georganiseerd, op hiërarchische wijze. De raad van toezicht staat bovenaan in het organogram. Ook hierbij is het de vraag of dit nog wel passend is. Ten eerste omdat zorg en ondersteuning in toenemende mate worden georganiseerd in samenwerkingsverbanden. Ten tweede omdat deze samenwerkingsverbanden een maatschappelijk doel nastreven.

Wij denken dat toezichthouders daarom meer naar de maatschappelijke toegevoegde waarde (Meurs, 2014) van zowel de eigen organisatie als van samenwerkingsverbanden zouden moeten kijken. In de praktijk komt dat erop neer dat toezichthouders de burger – en daarmee het grotere maatschappelijke plaatje – als vertrekpunt moeten nemen. Zoals NVTZ-directeur Marius Buiting zegt in een interview met Vilans (2015): ‘De toezichthouder moet oog hebben voor de bedoeling.’

Samenwerkingsverband ‘Samen Leven’ in Kerkrade

De veranderingen in het zorgstelsel en het sociale domein hebben ertoe geleid dat gemeenten, aanbieders en burgers in hogere mate afhankelijk van elkaar zijn (zie inleiding). In Kerkrade, waar Vilans het samenwerkingsverband Samen Leven onderzocht, beseffen bestuurders van aanbieders en gemeenten dat ze samen moeten werken aan de maatschappelijke opgave. Zo ontstond rond de veranderingen al snel samenwerking op bestuurlijk niveau. Leidend bij deze samenwerking is de intrinsieke motivatie van de betrokken bestuurders. Het met elkaar willen regelen voor de burger is de belangrijkste gezamenlijke drijfveer.

Ook de burgers van Kerkrade hebben een volwaardige stem in het samenwerkingsverband, in de vorm van een afvaardiging van de Wmo-participatieraad. De regiegroep van Samen Leven in Kerkrade heeft een stevige slagkracht, door de grote bestuurlijke betrokkenheid en korte lijnen. Het samenwerkingsverband initieert diverse projecten, waarbij verschillende organisaties afwisselend betrokken zijn.

De verregaande samenwerking binnen Samen Leven in Kerkrade lijkt echter ook dilemma’s met zich mee te brengen. Belangen van de verschillende organisaties moeten zorgvuldig

worden afgewogen, omdat grenzen steeds verder vervagen. Hierbij kan bijvoorbeeld ook het bestaansrecht van afzonderlijke organisaties ter sprake komen.

Een ander punt is de betrokkenheid van de burger. Hoe ver gaat het samenwerkingsverband daarin? En is deze wel voldoende gewaarborgd met de afvaardiging van de Wmo-participatieraad (Spierenburg & Zonneveld, 2016)?

Verantwoording

Ook verantwoording is binnen veel organisaties in de langdurende zorg nog hiërarchisch ingericht. In beginsel gebeurt dat naar anonieme instanties, zoals de inspectie, gemeenten en zorgverzekeraars (Nies & Minkman, 2015a). De burger en de samenleving staan centraal in de opdracht die deze organisaties hebben. Wij denken dat organisaties daarom veel meer zouden moeten verantwoorden aan burgers, mantelzorgers en professionals zelf; de mensen die de kern vormen van de zorg.

Een praktijkvoorbeeld van directere verantwoording aan burgers is het platform Zorgkaart Nederland (2016). Op Zorgkaart Nederland geven duizenden burgers hun contact met zorgprofessionals (zoals de huisarts, tandarts of een

arts in het ziekenhuis) een beoordeling. Alle reviews worden bijgehouden en gemonitord door een redactie. Op de publiekelijk toegankelijke website kunnen scores van zorgaanbieders met elkaar worden vergeleken. Zorgkaart Nederland kent in de praktijk voor- en tegenstanders en lijkt vooral de wens naar transparantie te symboliseren.

Daarnaast is er een tendens zichtbaar waarbij er een grotere verantwoordelijkheid komt te liggen bij de werkvloer en de professionals (KPMG, 2015). Bestuurder Remco Bakker van de Raphaëlstichting geeft bijvoorbeeld aan medewerkers nadrukkelijk te faciliteren en te stimuleren initiatief te nemen: 'Dan zie je na verloop van tijd vanzelf ontstaan dat ze ziekteverzuim zelf willen regelen, dat ze omzetverantwoordelijkheid willen, dus dat ze dingen naar zich toe trekken. Zonder dat we als bestuur vooraf de uitkomst kennen, natuurlijk. Maar dat moet je durven' (Vilans, 2015).

Inkoop

Traditioneel wordt zorg door overheid en zorgverzekeraar, namens de verzekerden, ingekocht bij de zorgaanbieder op basis van uren. Maar ook hier is een ontwikkeling zichtbaar. Populatiebekostiging, waarbij de zorgaanbieder een bedrag krijgt per inwoner of verzekerde in zijn populatie, wint bijvoorbeeld aan populariteit – al is de implementatie geen sinecure (Drewes e.a., 2015).

Het helpt om een ander vertrekpunt te nemen: vanuit de maatschappelijke opgave en de burger, en niet meer vanuit de traditionele governancevormen en -grenzen

Een andere vorm is resultaatinkoop, waarbij gemeenten hun Wmo-inkoop doen op basis van resultaten in plaats van uren. Bij beide bekostigingssystemen heeft de zorgaanbieder meer uitvoeringsvrijheid bij het aanbieden van zorg aan de burger. Deze systemen zijn dus ook meer gestoeld op vertrouwen en loslaten. Tegelijkertijd mengt de burger zich steeds nadrukkelijker in het inkoopproces (zie kader).

Zorgcoöperaties en burgerinitiatieven

Het aantal burgerinitiatieven en zorgcoöperaties dat zelf zorg en welzijn organiseert (en soms zelfs aanbiedt en inkoop) groeit. In 2014 inventariseerde Vilans 64 zorgcoöperaties en burgerinitiatieven (De Jong e.a., 2015). Na een verdubbeling in 2015 (Lucide, 2016), telde Vilans (2016) in 2016 in totaal 320 zorgcoöperaties en burgerinitiatieven.

Deze derde meting wijst op een toenemende trend. Burgerinitiatieven en zorgcoöperaties zijn initiatieven die vrijwillig van start gaan, voor en door de burgers zelf. De initiatieven beginnen vaak bottom-up, geïnitieerd door een of meer burgers die een thema of probleem aanpakken. Thema's zijn vaak gerelateerd aan leefbaarheid, zorg en/of welzijn. Burgerinitiatieven en zorgcoöperaties hebben een lokaal karakter en werken vanuit principes als betrokkenheid en wederkerigheid (De Jong e.a., 2015).

Opvallend is dat er ook zorgcoöperaties zijn die zelf weer de samenwerking opzoeken. Een voorbeeld hiervan is de koepel van zorgcoöperaties uit drie kernen in Noord-Brabant, waarbij de zorgverzekeraar ondersteunde met de opzet en het schrijven van een businessplan (Vilans, 2015).

Samenvattend kunnen we stellen dat er bij de vier samenhangende onderdelen – sturing, toezicht, verantwoording en inkoop – ontwikkeling te zien is: een beweging van binnen naar buiten de eigen organisatie, gericht op burgers, professionals en samenwerkingspartners. Hierbij ligt de nadruk op loslaten, herinrichten en vertrouwen, aspecten die in zorgketens- en netwerken al eerder zijn geïdentificeerd als relevante ingrediënten voor goede samenwerking (Minkman, 2011).

Deze ontwikkeling vraagt een andere blik van zorgbestuurders en -toezichthouders. Zij zullen de complexe vraagstukken in de langdurende zorg nadrukkelijker grensoverschrijdend moeten bekijken. Tegelijkertijd blijven zij een (eind)verantwoordelijke rol hebben. Niet redenerende vanuit de traditionele governancestructuren, maar vanuit de oorspronkelijke maatschappelijke opgave van hun organisatie. Hierbij moeten ze, als 'boundary spanners' (Williams, 2002), verbindingen leggen en bouwen aan vertrouwen tussen netwerkpartners.

Governance met een ander vertrekpunt

Veel organisaties in de langdurende zorg hebben governance op een traditionele manier ingericht. Voornamelijk bestuurders en toezichters houden zich met het onderwerp bezig. Controle over de eigen organisatie staat centraal en burgers of professionals worden

er zelden bij betrokken. Sturing, toezicht, verantwoording en inkoop zijn vaak verticaal binnen de organisatie georganiseerd, zijn weinig met elkaar in samenhang of zijn de taak van externe instanties. Deze situatie is begrijpelijk en komt voort uit een historie die hierbij past. De huidige complexiteit, ook van besturen en toezicht houden, vraagt echter om meebewegen en veranderen.

Organisaties in de langdurende zorg hebben een duidelijke maatschappelijke opgave, waarvan de kern wordt gevormd door de mensen die daar dagelijks mee te maken hebben: burgers, hun naasten en professionals. Daarom zou de maatschappelijke toegevoegde waarde van deze organisaties meer leidend moeten zijn. Daarbij komt dat in de hedendaagse participatiesamenleving (in wording) van de burger wordt gevraagd zelf meer verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen leven. Laten we burgers dan ook in de gelegenheid stellen die verantwoordelijkheid te nemen, en hen betrekken bij sturing, toezicht, verantwoording en inkoop.

Door de veranderingen in de langdurende zorg vervagen de grenzen tussen zorg, welzijn, gemeente, zorgverzekeraar en burger. Governance dient op eenzelfde grensoverschrijdende wijze benaderd te worden. In de praktijk vraagt dit om een omslag in denken, maar ook om nieuwe vormen voor het omzetten van denken in handelen. Het helpt hierbij om een ander vertrekpunt te nemen: vanuit de maatschappelijke opgave en de burger, en niet meer vanuit de traditionele governancevormen en -grenzen. Op weg naar een nieuwe inrichting van governance, dichter bij burger en professional, waarbij bestuurders en toezichhouders durven loslaten en leren vertrouwen. ■

Literatuur

- Bonnafous-Boucher, M. (2005). *From government to governance*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- Bossert, J. (2003). *Public governance: een leidraad voor goed bestuur en management*. Breukelen: Nyenrode Publications.
- Bovens, M.A.P., Hart, P. 't & Twist, M.J.W. van (2013). *Openbaar bestuur: beleid, organisatie, politiek*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Brancheorganisaties Zorg (2016). *Governancecode Zorg 2017*. Internet: www.governancecodezorg.nl (23 februari 2017).
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2016). *CBS statline. Zorguitgaven: kerncijfers*. Internet: statline.cbs.nl (19 mei 2016).
- Centraal Planbureau (2011). *CPB policy brief. Zorg blijft groeien, financiering onder druk. Trends in gezondheid en zorg*. Internet: www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/cpb-policy-brief-2011-11-trends-gezondheid-en-zorg.pdf (23 februari 2017).
- Centraal Planbureau (2013). *Decentralisaties in het sociaal domein*. Internet: www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/cpb-notitie-4september2013-decentralisaties-het-sociale-domein.pdf (23 februari 2017).
- Drewes, H., Heijink, R., Struijs, J. & Baan, C. (2015). *Samen werken aan duurzame zorg. Landelijke monitor proeftuinen*. RIVM Rapport 2015-0076. Internet: www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2015/juli/Samen_werken_aan_duurzame_zorg_Landelijke_monitor_proeftuinen (23 februari 2017).

- Edelenbos, J., Klijn, E.H. & Kort, M. (2009). Managing complex process systems: surviving at the edge of chaos. In G.R. Teisman, M.W. van Buuren & L. Gerrits (red.), *Managing complex systems* (pp. 231-249). Londen: Routledge.
- Eerste Kamer der Staten-Generaal (2014a). *Wet maatschappelijke ondersteuning 2015*. Internet: wetten.overheid.nl/BWBR0035362/2016-08-01 (23 februari 2017).
- Eerste Kamer der Staten-Generaal (2014b). *Wet langdurende zorg*. Internet: wetten.overheid.nl/BWBR0035917/2017-01-01. (23 februari 2017).
- Graham, J., Amos, B. & Plumptre, T. (2003). *Principles for good governance in the 21st century*. Policy brief no.15. Ontario, Canada: Institute On Governance.
- Hoek, H. (2007). *Governance en gezondheidszorg. Private, publieke en professionele invloeden op zorgaanbieders in Nederland*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Jong, F. de, Felixdal, D. & Turnhout, S. (2015). *Burgerinitiatieven in zorg en welzijn*. Internet: www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/burgerinitiatieven-in-zorg-en-welzijn.pdf (23 februari 2017).
- Klijn, E.H. (2008). Governance and governance networks in Europe: an assessment of 10 years of research on the theme. *Public Management Review*, 10, 505-525.
- Klijn, E.H. & Koppenjan, J. (2015). *Governance networks in the public sector*. New York: Routledge.
- Kluiver, H.J. de (2015). *Governance in de zorg: over besturing en bestuurders in de zorg anno 2015*. Rapport Commissie Governance NVZD. Zeist: NVZD.
- KPMG (2015). *Zelfsturing in de zorg. Zes openhartige gesprekken over dilemma's in de dagelijkse praktijk*. Internet: hervorminglangdurigezorg.nl/external/files/Zelfsturing-in-de-zorg-KPMG.pdf (23 februari 2017).
- Loorbach, D.A. (2007). *Transition management. New mode of governance for sustainable development*. Utrecht: International Books.
- Lucide (2016). *De zorgcoöperatie. Hoe ouderen zelf het zorgstelsel van onderop veranderen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Meadows, D.H. (2008). *Thinking in systems. A primer*. Londen: Earthscan.
- Meurs, P. (2014). *Van regedruk naar passende regels*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Minkman, M. (2011). *Towards a development model for integrated care*. Deventer: Kluwer.
- Nies, H.L.G.R. & Minkman, M.M.N. (2015a). *Innovatie in governance. Eigenaarschap van het publieke belang in een participatiesamenleving*. Utrecht: Vilans.
- Nies, H.L.G.R. & Minkman, M.M.N. (2015b). Governance and ownership of citizen-driven forms of integrated care. *International Journal of Integrated Care*.
- Nijendaal, G.A van (2014). *Drie decentralisaties in het sociale domein. Jaarboek overheidsfinanciën 2014*. Den Haag: Wim Drees Stichting.
- Ostrom, E. (2010). Beyond markets and states: polycentric governance of complex economic systems. *American Economic Review*, 100, 641-672.
- Peters, G.B. & Pierre, J. (2000). *Governance, politics and the state*. Londen: MacMillan.
- Rhodes, R.A.W. (1996). The new governance: governing without government. *Political Studies*, 44, 652-667.
- Rijksoverheid (2013). *Troonrede 2013*. Internet: www.rijksoverheid.nl/documenten/toespraken/2013/09/17/troonrede-2013 (23 februari 2017).
- Rotmans, J. (2003). *Transitiemanagement. Sleutel voor een duurzame samenleving*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Sorensen, E. & Torfing, J. (2005). The democratic anchorage of governance networks. *Scandinavian Political Studies*, 28, 195-218.
- Spierenburg, M. & Zonneveld, N. (2016). Governance: een ander perspectief. *Boardroom Zorg*, 38-41.
- Spierenburg, M., Schonewille, M., & Griep, R. (2014). *Rapportage onderzoek 'Lokale samenwerkingsvormen langdurende zorg. Op weg naar een nieuw lokaal integraal samenspel'*. Utrecht: Vilans, 2014.
- Stoopendaal, A., Bree, M. de, Keuter, F. & Robben, P. (2014). Systeemtoezicht in de Nederlandse gezondheidszorg. Een experimentele innovatie van toezicht. *Tijdschrift voor Toezicht*, 2, 28-46.

- Teisman, G.R., Buuren & M.W. van & Gerrits, L. (2009). *Managing complex systems*. Londen: Routledge.
- Vilans (2015). *Interviewserie governance tussen organisaties. Burgers zijn leidend en behoeften en vragen bepalen wat er aan zorg en welzijn nodig is*. Internet: www.vilans.nl/nieuwsoverzicht-interviewserie-governance-tussen-organisaties.html (23 februari 2017).
- Vilans (2016). *320 burgerinitiatieven in de zorg in kaart gebracht*. Internet: www.vilans.nl/nieuwsoverzicht-320-burgerinitiatieven-in-de-zorg-in-kaart-gebracht.html (23 februari 2017).
- Williams, P. (2002). The competent boundary spanner. *Public Administration*, 80, 103-124.
- Ysa, T., Albareda, A. & Forberger, S. (2014). *What is governance. Governance of addictions in Europe*. In P. Anderson, G. Bühringer & J. Colom (Eds.), *Reframing addiction: policies, processes and pressures*. Barcelona: ALICE RAP project.

N. Zonneveld MSc is medewerker Innovatie & Onderzoek (themapgebied lokaal organiseren) bij Vilans, kenniscentrum voor de langdurende zorg te Utrecht, en verricht promotieonderzoek naar de organisatie en onderliggende waarden van geïntegreerde zorg. E-mail: n.zonneveld@vilans.nl.



auteurs

Prof. dr. M. Minkman is directeur Innovatie & Onderzoek bij Vilans, kenniscentrum voor de langdurende zorg te Utrecht, en bijzonder hoogleraar innovatie van organisatie en governance van langdurende integrale zorg aan de Universiteit van Tilburg/TIAS.



S. Turnhout MSc is senior medewerker Innovatie & Onderzoek bij Vilans, kenniscentrum voor de langdurende zorg te Utrecht, en hoofddocent bij de Master Management en Innovatie van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Vanaf 3 april 2017 is hij directeur-bestuurder bij KWH, Kwaliteitscentrum Woningcorporaties Huursector.



M. Spierenburg MSc is senior adviseur (themapgebied lokaal organiseren) bij Vilans, kenniscentrum voor de langdurende zorg te Utrecht.

