

Waardegedreven governance **anno 2017**

Met alle veranderingen in de langdurende zorg in de afgelopen jaren, is het niet vreemd dat de aandacht ook gericht is op bezinning en vernieuwing van passende governance. Zo verscheen onlangs de nieuwe Governancecode Zorg die ingegaan is per 2017. Een kader, of richtinggevend en levend document, vooral voor de sector zelf bedoeld.

Omdat het - volgens de auteurs van de code - vooral een richtinggevend document is zijn zorgorganisaties voornamelijk zelf aan zet voor de invulling ervan. Een niet geringe uitdaging, die menig bestuurder en toezichthouder achter de oren zal doen krabben.

M. Minkman, N. Zonneveld, H. Nies

Met de hervormingen van de langdurende zorg nog volop gaande in combinatie met ingrijpende discussies over kwaliteit, hebben bestuurders en toezichthouders ervaren hoe woelige perioden te doorstaan. Het veranderen van de diverse wetten, de invoering van de consequenties daarvan voor cliënt, medewerker en organisatie hebben veel inspanningen gevraagd. En hoewel het nog te vroeg is om de balans geheel op te maken, zien we bijvoorbeeld in de Monitor van de Wet Langdurende zorg (Wlz) wel dat er stappen gezet zijn in 2016 ten opzichte van het ingangsjaar 2015 (Nap et al. 2016). Uit de monitor blijkt bijvoorbeeld dat de visies van de zorgaanbieders goed aansluiten bij de doelstellingen van de Wlz (zoals bevorderen kwaliteit van leven en eigen regie), er een heldere informatievoorziening is over de Wlz en op het gebied van service en ICT-infrastructuur men de Wlz goed kan faciliteren. De monitor - die geen uitputtend en representatief beeld beoogt maar vooral signalen

bij zorgaanbieders ophaalt- toont tegelijkertijd dat samenwerking tussen de verschillende partijen en domeinen een belangrijk issue blijft (Nap et al, 2016). Eén van de grootste knelpunten voor zorgaanbieders blijkt -net als in 2015-, dat het niet altijd duidelijk is binnen welk domein de zorg geleverd kan worden voor bepaalde cliëntengroepen. Voornamelijk voor jeugdigen en voor mensen met een psychogeriatrische grondslag worden knelpunten ervaren in de toegang tot zorg. Het percentage zorgaanbieders dat aangeeft dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen door de Hervorming Langdurige Zorg blijkt gestegen tot 70% maar dat is niet altijd een gevolg van de wens van de cliënt. Overgangen tussen thuis en intramuraal hebben vaker het karakter van crisis en/of spoed met een zwaardere zorgvraag dan voorheen. Een gesignaleerd risico is dat crisissituaties ontstaan als mensen de Wlz opname uitstellen vanwege de lagere eigen bijdrage van zorg vanuit de Zvw, die op een gegeven moment niet meer voldoende is. Overgangs- en samenwerkingsissues tussen zorgaanbieders en partijen zijn er ook op administratief vlak. Het grote aantal contractpartijen voor zorgaanbieders (vooral voor zorg vanuit de Zvw en de Wmo) draagt bij aan de ervaren administratieve lasten (Nap et al., 2016).

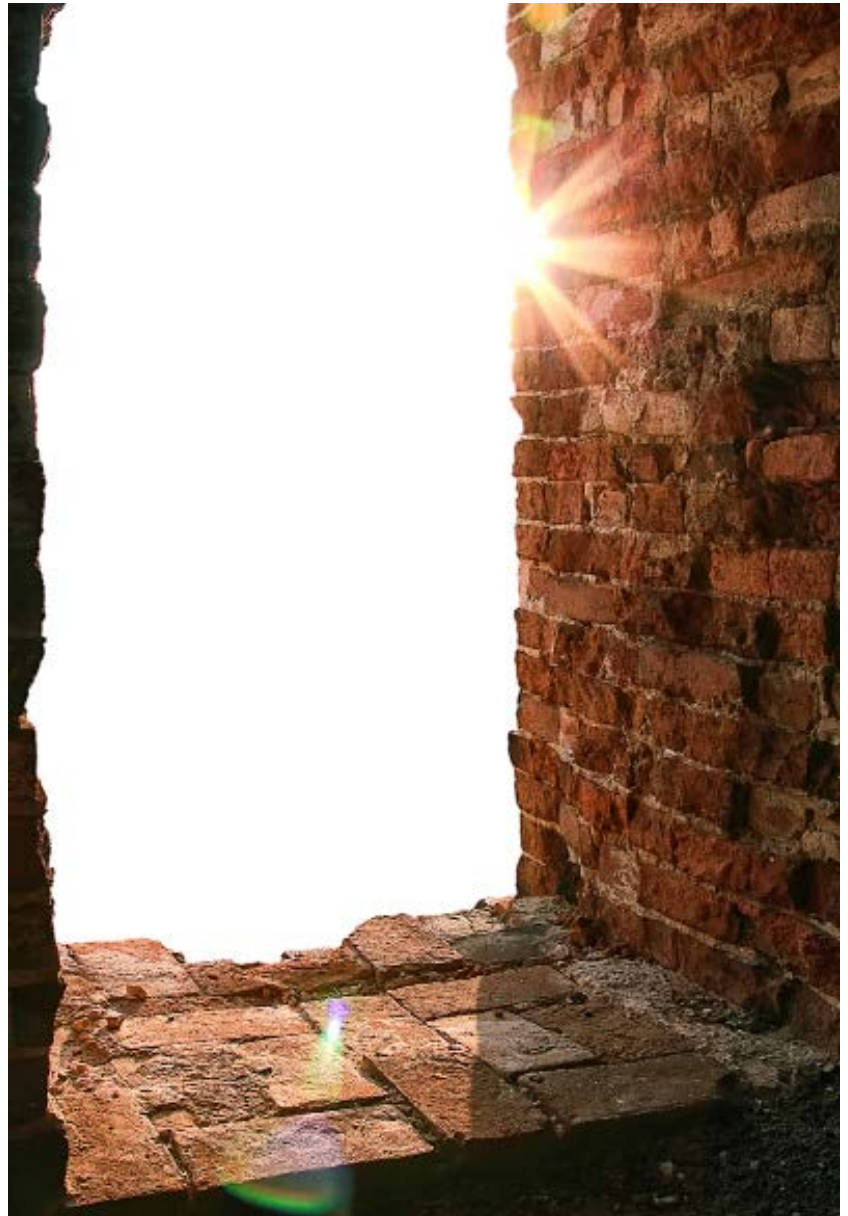
Ander perspectief

Naast - of beter - tegelijkertijd met de doorvertaling van nieuwe wet- en regelgeving verandert ook het perspectief op zorg. Het uitgangspunt is dat er eerst gekeken wordt naar wat burgers nog wel kunnen, in plaats van naar wat ze niet (meer) kunnen. Bij een hulpvraag wordt

er eerst gezocht naar een oplossing binnen het sociale netwerk van de burger en zijn/haar (financiële) wensen en mogelijkheden (Centraal Planbureau, 2013). Wanneer er toch ondersteuning nodig is, wordt zo mogelijk eerst een beroep gedaan op collectieve en individuele gemeentelijke voorzieningen. De meest kwetsbare groepen krijgen ten slotte passende zorg vanuit de Wlz. Zelfredzaamheid en meedoen behoren tot de eigen verantwoordelijkheid van de burger (Centraal Planbureau, 2013; Eerste Kamer der Staten-Generaal, 2014; Van Nijendaal, 2014). Maar hoe kwetsbaar ook, de ‘persoonlijke context’ van de mens zoals de aanwezigheid van naasten en mantelzorgers is een belangrijke factor. Zo is één van de uitkomstindicatoren in de dementiezorg ‘de volhoudtijd’ van de naaste van de persoon met dementie. Uit onderzoek weten we namelijk dat deze van belang is om mensen met dementie thuis te kunnen laten wonen. Mantelzorgers, familie en andere naasten zijn in de dagelijkse praktijk daarmee belangrijke samenwerkingspartners voor professionals. Maar ook aan deze professionals wordt meer professionele ruimte en regie toegedicht. Veel zorgorganisaties werken aan een vorm van zelfsturing of zelforganisatie. Ze leggen hoe langer hoe meer verantwoordelijkheden bij medewerkers, bij cliënten, patiënten en hun naasten en halen een deel van de besluitvorming op de traditionele hiërarchische niveaus weg. Recent beschreven we dergelijke ontwikkelingen in een bredere context als een trend naar decentralisatie en horizontalisering van governance in de zorg (Nies & Minkman, 2016).

Zorgen doe je samen

Hoe verhouden deze verschuivende verhoudingen en verantwoordelijkheden zich ten aanzien van de governance van organisaties in de zorg? Klassiek gezien wordt de term governance binnen organisaties gebruikt om de besturing en beheersing van een organisatie te duiden. Het begrip heeft betrekking op hoe sturing, toezicht en verantwoording binnen een organisatie is ingericht (Hoek, 2007). In de praktijk worden ook vaak termen als Good Governance gebruikt om goed en samenhangend bestuur, toezicht en verantwoording te organiseren, en wie daarbij te betrekken (Bossert, 2003; Graham et al, 2003). Bij governance binnen organisaties gaat het om het beleggen van besluitvorming en het afleggen van verantwoording over deze genomen besluiten. Binnen de bedrijfskunde gebruikt men de term (corporate) governance voor het aanduiden van hoe een onderneming goed, efficiënt en verantwoord geleid moet



Benodigde zorg reikt dikwijls verder dan de organisatie binnen haar muren kan leveren.

Praktijkvoorbeeld: Samenwerkingsverband ‘Samen Leven’ in Kerkrade

In Kerkrade beseffen bestuurders van aanbieders en gemeenten van het samenwerkingsverband ‘Samen Leven’ dat ze samen moeten werken aan de maatschappelijke opgave. Leidend bij deze samenwerking is de intrinsieke motivatie van de betrokken bestuurders om het samen te willen regelen voor de burger. 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 verregeande samenwerking binnen ‘Samen Leven’ 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 uit de Wmo participatieraad? (Spiereburg & Zonneveld, 2016).

worden alsmede het afleggen van verantwoording over het gevoerde beleid richting belanghebbenden waaronder de eigenaren (bijvoorbeeld aandeelhouders), werknemers, afnemers en de samenleving als geheel.

Het gaat hierbij in deze omschrijving niet alleen om de organisatie zelf. Dat is van belang, want juist in de zorg is er sprake van een hoge mate van onderlinge verbondenheid en afhankelijkheid en 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 et al, 2009). Binnen deze netwerken komen zorg- en welzijnsaanbieders, gemeenten, zorgverzekeraars en burgers elkaar tegen. De verantwoordelijkheden zijn aan het verschuiven en het is nog niet altijd duidelijk waar de grenzen van deze verantwoordelijkheden precies liggen. Daarbij is er vaak sprake van onderlinge afhankelijkheid.

Om oplossingen te vinden hebben gemeenten, zorgverzekeraars, zorg- en welzijnsaanbieders en burgers elkaar nodig. Nieuw binnenkort te publiceren onderzoek van Vilans/TIAS laat zien dat er inmiddels vele samenwerkingsverbanden zijn waarvan de inrichting van de governance nog weinig ontwikkeld is. Tegelijkertijd organiseert de burger zichzelf ook steeds vaker, bijvoorbeeld in burgerinitiatieven (De Jong, Felixsdal & Turnhout, 2015). Een inventarisatie van Vilans liet zien dat er tussen 2014 en 2016 al 210 nieuwe burgerinitiatieven zijn ontstaan (Vilans, 2016).

Een richtinggevende code?

In de huidige tijd van het lager leggen van verantwoordelijkheden in organisaties, verschuivende rollen en verhoudingen en tegelijkertijd het samenwerken in netwerken op zowel professioneel als bestuurlijk niveau, is een spannende vraag in hoeverre de nieuwe Governancecode hier een richtinggevende bijdrage aan kan geven. De code beoogt de sector immers een instrument te bieden om de governance zo in te richten dat die bijdraagt aan het waarborgen van goede zorg, aan het realiseren van haar maatschappelijke doelstelling en daarmee aan het maatschappelijk vertrouwen. Daarbij is de code het gemeenschappelijk referentiekader en een hulpmiddel om op terug te vallen in lastige situaties (BoZ, 2016). De nieuwe code vertoont een verschuiving gericht op de dialoog en de bedoeling, in plaats van gericht op controle en het naleven van regels. Van toezicht gebaseerd op beheersing, naar toezicht gebaseerd op vertrouwen. De code benadrukt het

belang van ruimte en benoemt -tegelijkertijd de trends in de sector- een vorm van zelfregulering te zijn. Het zelfregulerende karakter vraagt dat zorgorganisaties voldoende ruimte krijgen om op eigen en adequate wijze invulling te geven aan de realisatie van hun maatschappelijke doelstelling. Zelfregulering maakt het zó mogelijk om passend en actueel te zijn, aldus de opstellers.

Hoewel de code aangeeft van toepassing te zijn 'voor alle rechtsvormen' spreekt de code van 'organisaties'. 'De code geldt voor iedere zorgorganisatie die lid is van één van de brancheorganisaties en de daarmee verbonden groeps- en dochtermaatschappijen die zorg verlenen.' De zeven uitgewerkte principes zijn gericht op reflectie en op het gesprek over het functioneren van bestuurders en toezichthouders en hun onderlinge verhouding (BoZ, 2016). Deze toelichting doet de vraag rijzen in hoeverre de code aansluit bij de hierboven geschetste beweging. Enerzijds ademt de code de richting en wens van vernieuwing en het geven van ruimte om de zeven principes vorm te geven, anderzijds ademt de code ook nog de klassieke gerichtheid op 'de organisatie' met het bestuursmodel van een directie of Raad van Bestuur met een Raad van Toezicht als 'eigenaren' van de governance. Alleen in het derde principe is aandacht voor de 'invloed van belanghebbenden' waarbij als voorbeelden genoemd worden vrijwilligers, verwijzers en gemeenten. Maar, daarin is de Raad van Bestuur bepalend, aldus de code. De RvB bepaalt wie de belanghebbende partijen zijn en op welke wijze zij geïnformeerd worden en invloed hebben op de activiteiten en beleid. Een intrigerend punt is in hoeverre de organisatie haar maatschappelijke doelstelling - goede zorg zoals gedefinieerd in het eerste principe - kan waarmaken als de organisatie en daarmee ook de governance niet veel meer gezien wordt als een resultaat van waardetoevoeging aan (een deel) van de behoeften van haar primaire klanten, de mensen met een zorgvraag. De benodigde zorg en ondersteuning reikt immers dikwijls verder dan de organisatie binnen haar muren kan leveren, als er al muren zijn. De toegevoegde waarde zit dan bijvoorbeeld in de bijdrage in wijkteams waarin in de interactie met andere professionals (ook uit het sociale domein) de dienstverlening tot stand komt. Het uiteindelijke resultaat is zo niet alleen te herleiden tot 'de organisatie', maar op het samenspel met andere actoren en de maatschappelijke inbedding die de organisatie kiest. De code wil daarbij support bieden bij lastige situaties. Uit onderzoek

en praktijken gericht op integrale zorg en ketensamenwerking weten we dat de lastige situaties vooral ontstaan bij samenwerkingsvraagstukken. Het willen door ontwikkelen naar een netwerkorganisatie, het (al dan niet) verkrijgen van een benodigd gezamenlijk commitment en krimpende middelen waarbij toch kwaliteit geleverd moet worden en waarbij soms tegen de belangen van de organisatie in engere zin gehandeld moet worden. In dergelijke situaties is het sturen op het gezamenlijk belang, met als doel een maatschappelijke doelstelling als goede zorg te realiseren, boven het organisatiebelang cruciaal. De benodigde vernieuwing zou derhalve ook wel eens kunnen zitten in de good governance van deze samenwerkingen. In het hoofdstuk 'specifieke situaties' stipt de code aan dat er een bewustzijn is dat de context van zorgorganisatie voortdurend in verandering is en een rol speelt. De principes uit de code zouden ook voor deze 'specifieke situaties' zoals (keten)samenwerkingsverbanden invulling kunnen krijgen. Hoe blijft nog even in het midden. Het is echter de vraag of de toch wat traditionele code, ondanks dat de opstellers zeggen open te staan voor innovatie, met zijn gerichtheid op goede zorg, invulling van medezeggenschap via raden of andere vormen en het RvB-RvT model vertaald kan worden naar deze 'specifieke situaties' zoals samenwerkingsverbanden die een heel andere dynamiek hebben. Het effectief functioneren van samenwerkingsverbanden kan wel eens om andere of aanvullende principes vragen.

Waarden gedreven governance: maar van wie?

De aandacht voor waarden in de zorg, bij het handelen, organiseren, maar ook in de governance, neemt toe. Eigenlijk is deze aandacht niet zo nieuw, gezien de vele beroepscode die er al sedert jaren zijn voor diverse beroepsgroepen en de gewenste normen en waarden van de beroepsuitoefening beschrijven (beroepshoudingindezorg.nl). Waarden definiëren is één, ze levend vertalen in handelen waarin dilemma's een rol spelen, is wat anders. In de nieuwe code is eveneens aandacht voor waarden. De code stelt dat de maatschappelijke positie van zorgorganisaties vraagt om daarbij passende waarden. Naast algemene waarden als integriteit, aanspreekbaarheid, betrouwbaarheid, zorgvuldigheid, professionaliteit, openheid en transparantie maar ook doelgerichtheid en doelmatigheid, gaat het om door iedere zorgorganisatie zelf te bepalen waarden, passend bij haar eigen positie en doelstellingen.

De waarden moeten zichtbaar worden in cultuur en gedrag, de Raad van Bestuur is verantwoordelijk en legt actief verantwoording af over de mate van het bereiken van deze waarden. De vraag is hierbij over wiens waarden we het eigenlijk hebben. Binnen de organisatie hebben we te maken met verschillende groepen medewerkers, vrijwilligers, medezeggenschapsorganen, managers en uiteraard de cliënten en hun families zelf. De keuze van waarden en de invulling daarvan kan verschillen tussen deze groepen. De definiëring van waarden zou bovenal en in samenspraak met de cliënten plaats moeten vinden. Waarde toevoegen aan het leven van de cliënt (als uitkomst) en handelen conform waarden die cliënten belangrijk vinden (als proces). Vanuit de cliënt gekeken overstijgt dat het perspectief van de organisatie, het raakt zijn of haar hele leven. De organisatie levert een zo goed mogelijke bijdrage aan de kwaliteit van leven van de cliënt. Het is aan de cliënt om zich een oordeel te vormen of de organisatie daarin slaagt (Kwaliteitsraad van het Zorginstituut Nederland, 2017). Het is dus de vraag of de waarden niet vanuit een integraal perspectief leidend zouden moeten zijn. Porter (2010) stelde in zijn verhandelingen over 'value based health care' al dat de beste eenheid om waarde te duiden en meten 'should compass all services or activities that jointly determine success in meeting a set of patients' needs' (Porter, 2010). Om vanuit dat perspectief te vertrekken is meer inzicht in de onderliggen-

Bij vele samenwerkingsverbanden is de governance weinig ontwikkeld

de waarden en principes van integrale zorg van belang. Wat zijn deze principes en waarden, hoe krijgen ze invulling vanuit zowel cliënt als professioneel perspectief en kunnen zij een rol spelen in de governance en (het meetbaar maken van) de gewenste uitkomsten? Ferrer en Goodwin (2014) deden hier een eerste aanzet toe en definieerden 16 principes of onderliggende waarden van integrale zorg. Dit jaar starten wij een onderzoek om deze waarden nader te completeren, te wegen vanuit verschillende perspectieven en te toetsen op (internationale) bruikbaarheid om handelen, organiseren en governance te richten.

Nieuwe kennisvragen

De governance van de toekomst zal op een meer grensoverschrijdende wijze benaderd worden, zo betogen wij (Nies en Minkman,

2016), voorbij de organisatie en het beleggen van de governance in de schoot van de RvB en RvT. In de praktijk vraagt dit om een grote verandering van denken, maar ook over hoe nieuwe vormen van denken om te zetten in handelen. Het helpt hierbij om een ander vertrekpunt te nemen dan de organisatie als object van governance. Immers, het gaat zoals de code ook aangeeft, om het realiseren van goede zorg en toegevoegde waarde. Vertrekken vanuit de maatschappelijke opgave en de cliënt van de organisatie, in plaats van de traditionele governance vormen en grenzen is een nieuw uitgangspunt.

Moet een samenwerkingsverband verantwoording afleggen en zo ja, aan wie?

Doordat het belang van samenwerking stijgt en er meer partners zijn om mee samen te werken (zoals ook banken, verenigingen, reïntegratiebedrijven, burgercoöperaties), staan bestuurders vaker voor de opgave hoe zich in deze samenwerking te verhouden. Organisaties spreken regelmatig uit meer ‘netwerkorganisatie’ te willen worden. Wat betekent dit eigenlijk? Welke rol of positie in te nemen? Is de samenwerking te sturen en hoe? Moet een samenwerkingsverband verantwoording afleggen, en zo ja aan wie? In hoeverre zijn traditionele vormen van governance nog houdbaar? Welke bewegingen en initiatieven zijn er zichtbaar in de langdurende zorg? Wat betekent dit voor de praktijk? En welke rol is daarin voor de cliënt weggelegd? Het antwoord op deze vragen heeft gevolgen voor de governance binnen de eigen organisatie en de RvB en RvT. In dit tijdschrift kennisvragen te over dus nog, die voor de in te stellen innovatie- en adviescommissie als input zouden kunnen dienen.

Literatuur

Bossert, J. (2003). *Public Governance: een leidraad voor goed bestuur en management*. Breukelen: Nyenrode Publications.

BoZ, Brancheorganisaties Zorg (2016). *Governancecode Zorg 2017*. [<http://www.governancecodezorg.nl>].

Centraal Planbureau (2013). *Decentralisaties in het sociaal domein*, CPB Notitie 4 september. [<https://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/cpb-notitie-4september2013-decentralisaties-het-sociale-domein.pdf>].

Eerste Kamer der Staten-Generaal (2014). *Wet maatschappelijke ondersteuning 2015*. [<https://www.eerstekamer.nl/9370000/1/j9vvhwtbnzpbzcc/vjld47uaize/f=y.pdf>].

Ferrer, L. & Goodwin, N. (2014). What are the principles that underpin integrated care? *International Journal of Integrated Care* 2014; Oct–Dec; URN:NBN:NL:UI:10-1-114804.

Graham, J., Amos, B. & Plumptre, T. (2003). Principles for Good Governance in the 21st Century. *Policy Brief No.15*. Institute On Governance: Ontario, Canada.

Hoek, H. (2007). *Governance & Gezondheidszorg. Private, publieke en professionele invloeden op zorgaanbieders in Nederland*. Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Jong, de, F., Feliksdaal, D. & Turnhout, S. (2015). *Burgerinitiatieven in zorg en welzijn*. Utrecht, Vilans. [<http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/burgerinitiatieven-in-zorg-en-welzijn.pdf>].

Klijn, E.H. (2008). Governance and Governance Networks in Europe: An Assessment of 10 Years of Research on the Theme. *Public Management Review* 10 (4): 505–525.

Klijn, E.H. & Koppenjan, J. (2015). *Governance Networks in the Public Sector*. Routledge, New York.

Kwaliteitsraad van het Zorginstituut Nederland. *Kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Samen leren en verbeteren*. Zorginstituut Nederland, 2017.

Nap, H.H., Cornelisse, L., Weegen, S. van der & Minkman, M. (2016). *Wlz monitor. Signalen van zorgaanbieders*. Utrecht, Vilans.

Nies, H. & Minkman, M. (2016). De hiërarchie voorbij in de governance. *Lucide*; 04-2016.

Nijendaal, G.A. van (2014). Drie decentralisaties in het sociale domein, *Jaarboek Overheidsfinanciën 2014*. Wim Drees Stichting, 's-Gravenhage, p. 37-41.

Porter, M.E. (2010). What Is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine* 2010; 363:2477-2481; Dec; DOI: 10.1056/NEJMp1011024

Spierenburg, M. & Zonneveld, N. (2016). Governance: een ander perspectief. *BoardRoom ZORG*, 28 oktober 2016.

Teisman, G.R., Buuren & M.W. van & Gerrits, L. (2009). *Managing complex systems*. London, Routledge.

Vilans (2016). *320 burgerinitiatieven in de zorg in kaart gebracht*. Utrecht, Vilans. [<http://www.vilans.nl/nieuwsoverzicht-320-burgerinitiatieven-in-de-zorg-in-kaart-gebracht.html>].

Informatie over de auteurs

Prof. dr. Mirella Minkman is directeur Innovatie & Onderzoek bij Vilans en bijzonder hoogleraar Innovatie van Organisatie en Governance van Langdurende Integrale Zorg aan de Universiteit van Tilburg/TIAS.

Nick Zonneveld Msc is medewerker Innovatie en Onderzoek bij Vilans, themagebied lokaal organiseren en verricht promotieonderzoek naar de organisatie en onderliggende waarden van geïntegreerde zorg.

Prof. dr. Henk Nies is lid van de raad van bestuur bij Vilans en bijzonder hoogleraar Organisatie en Beleid van Zorg aan de Vrije Universiteit Amsterdam op de Zonnehuisleerstoel.