

Good governance is in de zorgsector nog niet vanzelfsprekend. De vraag is hoe bestuurders en toezichthouders er voor kunnen zorgen dat, binnen het huidige stelsel, zorgorganisaties buiten hun eigen kaders kunnen treden om te handelen vanuit een bredere, pragmatische benadering van governance.

Gérard Brockhoff en **Jim Emanuels** bespreken hoe de zorgsector beter met strategische stakeholders kan samenwerken. Zij pleiten voor vier speerpunten: het vormgeven van netwerk-governance, het vergroten van de diversiteit in bestuur en toezicht, het initiëren van een verbindende dialoog en het stimuleren van een onderzoekende, lerende grondhouding.



Gérard Brockhoff is als strategieadviseur en partner bij Adstrat gericht op vraagstukken van strategie, governance, samenwerking en financiën in het bedrijfsleven en de zorgsector. Ook is hij gastdocent bij de commissarissenopleiding van Governance University.

Jim Emanuels is als partner van Tacstone gespecialiseerd in vraagstukken op het grensvlak van strategie en interne beheersing. Tevens is hij hoogleraar bestuurlijke informatieverzorging aan de Rijksuniversiteit Groningen en toezichthouder in de zorgsector.

BINNEN HET ZORGSTELSEL, BUITEN DE KADERS

DRIELUIK

1

In 2018 gingen het Slotervaart- en het IJsselmeerziekenhuis op dezelfde dag failliet. Vorig jaar verscheen het onderzoek *De aangekondigde ondergang* over het omvallen van beide ziekenhuizen (Commissie onderzoek faillissementen ziekenhuizen, 2020). Het onderzoek concludeerde dat een reeks van overwegend casus-specifieke gebeurtenissen heeft geleid tot de deconfiture. Het valt volgens de commissie bestuurders en toezichthouders aan te rekenen dat juist op die specifieke oorzaken niet goed is ingegrepen, terwijl dit in het belang van de cliënten als belangrijkste stakeholders wel noodzakelijk was geweest. De commissie doet een beroep op bestuurders, toezichthouders, verzekeraars en externe toezichthouders om over hun eigen schaduw heen te stappen om voor cliënten deze rampzalige schokken te voorkomen. Zij stelt dat 'het niet gaat om juridische verantwoordelijkheden en de wettelijk geformuleerde zorgplicht, maar om de morele plicht die elk van deze partijen heeft en waar deze ook op aangesproken mogen worden.' De commissie roept betrokkenen op om 'buiten de eigen kaders te treden en vanuit een brede benadering van het begrip *zorgplicht* te handelen.'

De zoektocht naar de rol van partijen in de governance van semipublieke organisaties is zo oud als het ontstaan van die instellingen: hoe verhouden stakeholders zich tot de besturing van zorgorganisaties? Wij willen in deze bijdrage verder kijken dan alleen incidenten. Wat ons betreft gaat het governancevraagstuk niet specifiek over onbehoorlijk bestuur bij evident falende instellingen, maar veeleer over *good governance* van instellingen in het algemeen, ook als deze niet failliet (dreigen te) gaan. Immers, op de lange termijn is het de verantwoordelijkheid van bestuurders en toezichthouders om de continuïteit van hun instelling te waarborgen binnen het wettelijke en financiële stelsel en met voldoende maatschappelijk draagvlak.

De kaders van het stelsel

De Governance Code Zorg is een belangrijk startpunt voor *good governance*. Dit wordt bevestigd door de meeste zorgorganisaties, ofschoon blijkt dat een groot deel van de instellingen meent dat de code niet tot

substantiële wijzigingen in hun governance heeft geleid (Brancheorganisaties Zorg, 2019). De politieke wens om governance in zorg verder te verbeteren, uit zich in twee richtingen. De eerste richting is het aanscherpen van wet- en regelgeving. Zo is vorig jaar de aangepaste Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) in werking getreden om cliënten meer inspraak te geven bij belangrijke besluiten. Andere voorbeelden zijn de aangepaste Wet toetreding zorgaanbieders (AWtza) en de nieuwe Wet integere bedrijfsvoering zorgaanbieders (Wibz), die expliciete eisen stellen aan de governance, verantwoordingsplicht en bedrijfsvoering van zorgorganisaties (Kamerbrief, 2020). Verder moeten zorgaanbieders voldoen aan de nieuwe Wet bestuur en toezicht van rechtspersonen (WBTR). Deze wet beoogt bestuur en toezicht te professionaliseren, omvat regels over het bestuur en toezicht van stichtingen en verenigingen en vergroot de aansprakelijkheid van bestuurders en toezichthouders.

De tweede richting is een roep om meer ingrijpende wijzigingen in financiering en toezicht. Deze richting is afhankelijk van de sociaaleconomische en maatschappelijke visie van politieke partijen. Zij laat zich het meest duiden als een pendule tussen meer of minder overheidsbemoedening, die zoekt naar een evenwicht in sturing op beschikbaarheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg: vanaf de oprichting van de eerste ziekenfondsen in de achttiende eeuw via de wettelijke verankering in de Ziekenfondswet en Awbz in de jaren zestig naar de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006. De laatste grote stelselwijziging was in 2015 de overheveling van een groot aantal zorggerelateerde overheidstaken naar gemeenten en zorgverzekeraars.¹ Los van de gewenste richting van de pendule zijn deze stelselwijzigingen in de praktijk bijzonder complex en tijdrovend in een verdeeld politiek landschap, met grote onzekerheid over de toekomstige ontwikkeling van de vraag naar en de kosten van de zorg. Of, zoals

SCP (2020) concludeerde: ‘Een (volledige) stelselwijziging doorvoeren lijkt op dit moment niet opportuun, omdat verbeteringen binnen het huidige systeem nog mogelijk lijken en ingrijpende systeemwijzigingen weer veel tijd en energie van de uitvoering zullen vragen.’ Daarmee is direct de vraag relevant hoe de zorgsector binnen het huidige stelsel, maar buiten de eigen kaders kan treden om te handelen vanuit een bredere, maar pragmatische benadering van het begrip zorgplicht.

Samenwerken als oplossingsrichting

De vraagstukken die spelen als het gaat om beschikbare, betaalbare en kwalitatief goede zorg, kunnen expertmatig en statistisch worden benaderd. Als voorbeeld geldt de discussie over de maximale ‘aanrijtijden’ voor verloskundige zorg en daarmee de aantallen en spreiding van deze zorgafdelingen over Nederlandse ziekenhuizen. Modellen geven uitkomsten in termen van risico’s, verwachte mortaliteit en kosten per verloskundige behandeling. Deze modellen zijn echter niet het referentiekader voor een kleine gemeente om bij inwoners het gevoel weg te nemen dat zij worden gemarginaliseerd, en nog minder voor een huisarts om aan een jong gezin uit te leggen dat het acceptabel is dat thuisbevallen in hun geval een groter risico geeft. Deze voorbeelden voeden de roep om een grotere betrokkenheid van stakeholders als een belangrijke volgende stap in de governance van zorginstellingen om belangen te verenigen, te reflecteren op keuzes en om tot oplossingen te komen (Brancheorganisaties Zorg, 2019; Goodijk, 2020; Commissie onderzoek faillissementen ziekenhuizen, 2020). Hoe vullen stakeholders die grotere betrokkenheid concreet in en welke rol kunnen bestuurders en toezichthouders van zorgaanbieders daarbij spelen?²

‘Er is verandering nodig van het managen van stakeholders naar een samenspel met hen’

Centraal in deze benadering staat dat een organisatie alleen bestaansrecht heeft als deze de verschillende, soms tegenstrijdige belangen van de stakeholders weet te verenigen en simultaan waarde creëert voor alle stakeholders (Freeman en McVea, 2005; Freeman, 2018). Strategische stakeholders zijn de partijen die aanmerkelijk (kunnen) worden geraakt door keuzes en acties van een organisatie of een legitieme claim op de organisatie hebben (Rasche en Esser, 2006). Zorgorganisaties hebben in onze optiek in hun complexe speelveld te maken met vier groepen strategische stakeholders: cliënten of patiënten, zorgverleners, zorgpartners en zorgfinanciers (figuur 1).³

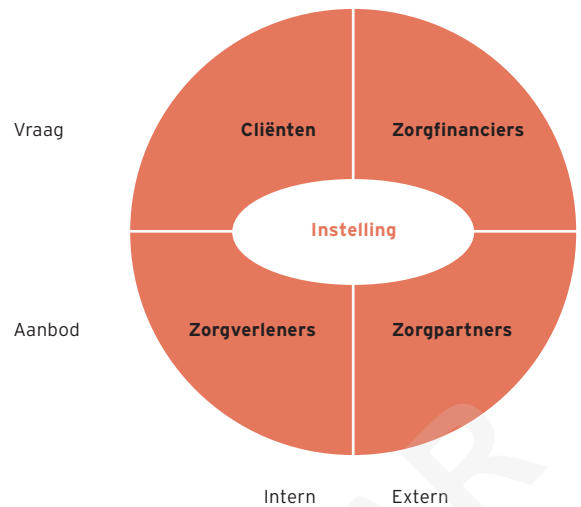
Zorgorganisaties hebben in de praktijk uiteenlopende samenwerkingsvormen met deze stakeholders. Voor een betere samenwerking zien wij belangrijke speerpunten die wij nader zullen uitwerken:

- Samenwerking met stakeholders in de zorg vraagt om netwerk-governance in aanvulling op het interne (verticale) model (Minkman, 2017; Brancheorganisaties Zorg, 2019).
- Samenwerking met stakeholders kan worden verbeterd door meer diversiteit in het bestuur en toezicht, omdat daarmee de representatie vanuit de stakeholdersgroepen toeneemt (Fernandez en Thams, 2018; Goyal, 2019).
- Samenwerking vraagt een meer gerichte, verbindende dialoog met de stakeholders om legitimiteit te verwerven en onvermijdelijke spanningen hanteerbaar te houden (Brancheorganisaties Zorg, 2019; Goodijk, 2020; Van Dijk, 2021).
- Samenwerking met stakeholders vraagt om een onderzoekende en lerende cultuur (Janssen, 2017; Shin e.a., 2017; Mak en Hong, 2020). Dit kan niet zonder een open en nieuwsgierige grondhouding van bestuur en toezichthouders.

Uitwerking van de speerpunten

Netwerk-governance

Zorgpartners en zorgfinanciers vallen als externe stakeholders buiten het formele governance-model. Instellingen werken in vele zorgnetwerken echter wel nauw met hen samen, bijvoorbeeld op het gebied van dementie, autisme, niet-aangeboren hersenletsel en



Figuur 1: Strategische stakeholders van zorgorganisaties

palliatieve zorg (Minkman, 2017) en in kwaliteitsnetwerken zoals het kwaliteitsnetwerk forensische psychiatrie (FPC/K). Regionale samenwerking, waarin ook financiers kunnen participeren, ontwikkelt zich vanuit de wens om de cliënt centraal te stellen en verschillende typen zorg gecoördineerd aan te bieden.⁴ De cliënt is hierbij niet de afhankelijke partij, maar idealiter de regisseur die binnen dit netwerk zijn eigen maatwerkoplossing kan vormgeven. Deze netwerken kunnen worden gezien als een vorm van coördinatie, waarin zelfstandige organisaties voor een gemeenschappelijk doel nauw samenwerken. Vooral in complexe omgevingen met wederzijdse afhankelijkheden zijn netwerken belangrijk om coalities tussen organisaties te bouwen die gebaseerd zijn op een gezamenlijk streven, mandaat of contract (Provan en Kenis, 2007; Klijn en Koppenjan, 2015). Samenwerken met externe stakeholders vraagt om een *ander* governanceproces, omdat het gaat om de coördinatie van een groep zelfstandige organisaties. In het algemeen kunnen voor netwerk-governance drie basismodellen worden onderscheiden (Provan en Kenis, 2007). Het meest eenvoudig is de gezamenlijke governance waarin gelijkwaardige partijen het netwerk

samen coördineren, of waarin een van de deelnemers het voortouw neemt. Dit participatiemodel is effectief als er sprake is van relatief weinig partijen, een groot onderling vertrouwen en een sterke gedeelde ambitie en als voor samenwerking geen speciale competenties nodig zijn om het netwerk aan te sturen. Denk bijvoorbeeld aan de samenwerking tussen een ziekenhuis en een specialistisch revalidatiecentrum, waardoor voor de cliënt een logische zorgketen ontstaat die voor beide instellingen ook tot een grotere doelmatigheid leidt. Vooral in dit type samenwerking dienen de achterliggende drijfveren voor de samenwerking minimaal transparant en bij voorkeur gelijk te zijn, zowel op de korte als lange termijn. Formele contracten zijn hier slechts de materialisatie van de gedeelde ambitie. Een meer centrale coördinatie, zoals hoofdaannemerschap, ligt voor de hand indien een groter aantal partijen met een minder sterke gezamenlijke ambitie in complexere netwerkprocessen samenwerken. Bij hoofdaannemerschap is het de vraag welke partij zich positioneert als de regisseur en in hoeverre samenwerkingspartners deze rol accepteren. Voorbeelden waarbij sprake is van hoofdaannemerschap zijn de regionale zorgsamenwerkingsverbanden, al dan niet gericht op een specifieke doelgroep.

Ten slotte wordt in een derde model samen een aparte entiteit opgericht of aangewezen om voor hen het netwerk centraal te regelen. Dit regiemodel, dat bijvoorbeeld wordt gevolgd door de zelfstandige gezondheidscentra en regionale laboratoria voor ziekenhuizen, is effectief bij een groter aantal partijen zoals huisartsen, tandartsen en apothekers waar het onderling vertrouwen en de gezamenlijke ambitie niet essentieel zijn, maar het belang van de in te brengen (complementaire) competenties groot is. Een zorgorganisatie zal op basis van deze typen netwerk-governance vanuit de eigen zorgvisie de relaties binnen eigen strategische samenwerkingsverbanden specifiek moeten vormgeven. Door de variatie van de zorgpraktijk zal de coördinatiewijze tussen zorgnetwerken verschillen en zullen organisaties steeds vaker diverse typen governance-modellen naast elkaar kennen. Zo kan een algemeen ziekenhuis in een ruraal gebied voor de chirurgische oncologiepraktijk samenwerken met een academisch ziekenhuis, en voor de nazorg van

behandelde oncologiepatiënten in een netwerk met huisartsen en een regionale GGZ-organisatie. Het is aan het bestuur en toezichthouders om in de praktijk samen met de participanten in de verschillende strategische netwerken in de regio de governance-modellen in te richten, te bepalen wie de coördinatie op zich neemt, wat binnen het netwerk de gedeelde ambitie is en hoe gezamenlijke kennis en vaardigheden worden ingezet. Intern zal verder moeten worden uitgewerkt welk mandaat elk netwerk krijgt en welke rol bestuurders en toezichthouders daarbij hebben.

Diversiteit

In toenemende mate wordt bewijs gevonden voor de positieve bijdrage van genderdiversiteit aan de prestaties van organisaties (Sabatier, 2015; Mori e.a., 2015; Conyon en He, 2017). Aangenomen wordt dat grotere diversiteit in het bestuur en toezicht van organisaties in algemene zin leidt tot meer inclusiviteit. Als achterliggend mechanisme wordt verondersteld dat diverser samengestelde besturen en raden van toezicht intrinsiek meer gevoel hebben voor de dynamiek en belangen van de betrokkenen bij een organisatie. Zij kunnen tot verschillende en creatievere oplossingen komen, waardoor er meer draagvlak ontstaat voor de interne besluitvorming, een sterkere binding met medewerkers en meer ethische bewustwording (SER, 2019).

Alhoewel de diversiteit in de praktijk relatief is toegenomen, geven inventarisaties in raden van bestuur en toezicht aan dat diversiteit in absolute zin nog beperkt is. Vooral als het diversiteitsbegrip ruimer wordt opgevat dan uitsluitend gender (NVTZ, 2019; Hospital Leadership Monitor, 2020). Verbetering kan onder meer worden bereikt door in functieprofielen verder te variëren in de gevraagde competenties, door het standaardiseren en het transparant maken van het selectieproces en door het inclusiever en bewuster maken van de benoemingscommissie. Tevens kunnen door het frequenter inzetten van gespecialiseerde recruiters en door actiever te werven via alternatieve (online) netwerken en kanalen minder voor de hand liggende of buiten het eigen netwerk kandidaten worden gevonden. Als het nodig is om diversiteit praktisch een impuls te geven, kan worden

‘Een organisatie heeft alleen bestaansrecht als deze de verschillende, soms tegenstrijdige belangen van de stakeholders weet te verenigen en simultaan waarde creëert voor alle stakeholders’

overwogen om het aantal zetels (tijdelijk) uit te breiden en kunnen zittingstermijnen worden verkort en opleidingsplekken in de raad worden toegevoegd. Alleen meer diversiteit in de achtergrond van bestuurders en toezichthouders is ons inziens niet voldoende voor beter samenwerken met de strategische stakeholders. In de praktijk spelen gedrag, persoonlijkheid en gewoonten ook een rol als het gaat om de dynamiek in het bestuur en toezicht. De homogeniteit in bestuur en toezicht van zorgorganisaties kan in dat geval verder worden verminderd door meer reflectie op de eigen leiderschapsstijl en door het als team toelaten en juist stimuleren van meer verschillen. Bekende methoden die globaal de persoonlijkheid van iemand typeren, zoals MBTI, DISC en Insights, kunnen een handzaam, praktisch vertrekpunt bieden voor een gezamenlijk gesprek over overeenkomsten en verschillen in de stijl van bestuur en toezicht en over hoe bestuurders en toezichthouders zich in samenstelling kunnen ontwikkelen naar een gremium dat vanuit diverse invalshoeken breder kan denken en handelen.

Verbindende dialoog

Voorwaarde voor samenwerking met belangrijke stakeholders is dat zij effectief worden betrokken in een open dialoog. Daarbij moeten zij niet achteraf worden geïnformeerd, maar vooraf in de besluitvorming worden betrokken om op een meer democratische, pragmatische wijze tot consensus en legitieme keuzes te komen (Rasche en Esser, 2006; Spitzeck en Hansen, 2010; Brown, 2020). Dit wordt ook wel gezien als een open strategie (Heracleous, 2019). In de praktijk bestaan verschillende voorbeelden van zorgorganisaties die met interne stakeholders en zorgpartners al een betrekkelijk open dialoog voeren, ofschoon instellingen een dialoog met zorgfinanciers lastiger vinden (Van Dijk, 2021).

Betrokkenheid kan in de praktijk op verschillende manieren worden vormgegeven waaronder overlegtafels en inspraakronden. Dit faciliteert de dialoog met de stakeholders vanuit een gedeelde intentie om op basis van inhoudelijke argumenten samen stapsgewijs in een gemeenschappelijke, haalbare richting te ontwikkelen (Habermas, 1990; Rasche en Esser, 2006; Richter en Dow, 2017). Om in dit proces calculerend gedrag vanuit macht, misleiding en manipulatie te voorkomen, gelden belangrijke, universele spelregels als gelijkwaardigheid van deelnemers en ruimte voor tegenspraak. Dit vraagt om aandacht voor de persoonlijke relaties, informatie-symmetrie, transparantie, inzicht in eigen overtuigingen en nieuwsgierigheid naar andere beelden. Bestuurders en toezichthouders spelen een belangrijke rol in het sturen van dit proces.

In onze ervaring kan een dergelijke dialoog met strategische stakeholders effectief worden gefaciliteerd op basis van strategische scenario's. In de kern bestaat scenariodenken uit het samen vanuit diverse, plausibele perspectieven beargumenteerd onderzoeken van mogelijke ontwikkelrichtingen om tot een gedeeld toekomstbeeld te komen. Het doel van scenario-analyses is niet om de toekomst accuraat te voorspellen, maar om verschillende paradigma's te begrijpen en betekenis te geven. Zo kan op basis hiervan een integraal beeld ontstaan van de kansen en risico's van alle opties (Wack, 1985; Bowman, 2016). We zien in de praktijk veel platformen en informele netwerken ontstaan, vaak versterkt door de mogelijkheden van moderne communicatietechnologie om de dialoog op gang te brengen of te ondersteunen. Een voorbeeld is het netwerk Zinnige Zorg waarin verzekeraar VGZ met negentien zorginstellingen uit diverse sectoren en regio's ideeën genereert en uitwisselt om zorg in de toekomst betaalbaar te houden.

Onderzoeken en leren

Ten slotte vraagt samenwerking met stakeholders om te onderzoeken en te leren. Een onderzoekende, lerende organisatie, als tegenhanger van een bureaucratische organisatie, stimuleert bewust een cultuur van leren om zich te blijven ontwikkelen en aan te passen aan de omgeving (Wierdsma en Swieringa, 2017; Visser en Tosey, 2019). Onder bureaucratie verstaan we overvloedige interne procedures, structuren en functies die betrokken zijn bij het nemen en uitvoeren van besluiten. In de meeste grotere zorgorganisaties bestaan vele werkgroepen en commissies voor zaken als strategie, kwaliteit en informatietechnologie die in afzondering en in detail plannen uitwerken. Die moeten vervolgens draagvlak krijgen door afstemming en discussie in diverse gremia met verschillende rollen en bevoegdheden. In een operationeel stadium moet alles vervolgens passen in het traditionele stramien van jaarplan, kaderbrief, begroting en verantwoording. In een stabiele situatie en vanuit de instelling als 'silo' is dit al lastig genoeg, laat staan in de context van verschillende netwerken. De toenemende complexiteit, snelheid van veranderingen en dynamiek in deze hybride structuren verlangen een nieuwsgierige, aftastende zorgaanbieder die zich samen met de stakeholders werkenderwijs kan ontwikkelen.

Voorwaardelijk voor een organisatie als lerend geheel is het delen van kennis en het organiseren van feedback (Senge, 1990; Shin e.a., 2017). Een belangrijk onderdeel hiervan is het omgaan met klachten, incidenten en calamiteiten. De Governancecode Zorg gaat expliciet in op het belang om incidentmeldingen vanuit het leerperspectief bespreekbaar te maken. Uit deze *best practice*-bepaling blijkt ook de verantwoordelijkheid van het bestuur om voldoende gelegenheid te bieden aan cliënten en andere stakeholders om klachten te melden en verbeterpunten te signaleren. Bijvoorbeeld via websites, intranet, klokkenluidersprocedures en

gedetailleerde onderzoeken (*deep dives*). In onze optiek is het daarnaast minstens zo belangrijk dat zorgorganisaties op allerlei manieren openstaan voor feedback. Bijvoorbeeld door interviews en werkconferenties te houden om inzicht in het beeld en de belangen van cliëntenraden, zorgverleners, zorgpartners en zorgfinanciers te krijgen. Dat kan vanuit de insteek van onder meer een consultatie, visitatie, benchmark of second opinion. Samen leren met stakeholders als cliënten, zorgpartners en zorgfinanciers is bijvoorbeeld een belangrijk uitgangspunt geworden voor het wettelijke kwaliteitskader van verpleeghuiszorg (Zorginstituut, 2017). Deze actieve interactie kan worden geduid als *new governance in a patient perspective*, een proces waarin de instelling en de stakeholders van elkaar leren, en veranderen en verbeteren in het teken staan van gezamenlijke belangenbehartiging van de cliënt (Bonde e.a., 2017).

Uitdagingen

Samengevat is onze oproep aan bestuurders en toezichthouders van zorginstellingen: verken in de regio de belangrijkste strategische netwerken, onderzoek hiervoor de meest effectieve governancemodellen en tast samen met de strategische stakeholders af hoe voor de netwerken 'goed bestuur en toezicht' beter kan worden vormgegeven. Stuur actief aan op aanpassingen in de samenstelling van de raden van bestuur en toezicht van de zorgorganisatie, met het doel om door diversiteit in de breedte de strategische stakeholders beter te representeren. Onderzoek samen met de strategische stakeholders in hoeverre belangen en visies (niet) overeenkomen, waar dilemma's liggen en hoe een gezamenlijke ambitie kan worden geformuleerd. Maak concreet wat in de praktijk nodig is om het lerende

'In een lerende cultuur worden fouten beschouwd als leermomenten en worden experimenten gekoesterd'

vermogen van de instelling te vergroten, hoe de externe oriëntatie kan worden versterkt, de openheid over incidenten en calamiteiten kan worden vergroot en op welke wijze consultaties, visitaties en benchmarks kunnen helpen in het meer reflecteren op de eigen prestaties.

Elk van deze speerpunten heeft bij de concrete invulling voor het bestuur en toezicht specifieke uitdagingen en aandachtspunten. Voor netwerk-governance zien we dat samenwerken, afhankelijk van de netwerktypologie, de autonomie van een zorgaanbieder in meerdere of mindere mate aantast. Het devies is dus 'gecontroleerd loslaten'. Toch kunnen drijfveren tussen stakeholders sterk uiteenlopen. Dit is zeker geen schande, maar het vraagt van de partijen zelf en van hen die samenwerkingsprocessen begeleiden dat belangen zo transparant mogelijk gemaakt worden.

Voor diversiteit geldt dat in de praktijk een dunne lijn bestaat tussen representatie en cliëntelisme. Als deelname in bestuur en toezicht plaatsvindt vanuit het mandaat van een achterban waaraan formeel of informeel ook verantwoording wordt afgelegd, ontstaat een politiek bestuur. In de zin van effectiviteit en samenwerking wordt het paard dan achter de wagen gespannen. Voor een verbindende dialoog met de strategische stakeholders is openheid nodig. De resulterende balanceeract tussen transparantie en zorgvuldigheid stelt hoge eisen aan de communicatieve sensitiviteit van bestuurders en toezichthouders.

Tenslotte is het ontwikkelen van een onderzoekende cultuur misschien wel het meest lastige speerpunt voor een betere samenwerking met de strategische stakeholders. In een lerende cultuur worden fouten beschouwd als leermomenten en worden experimenten gekoesterd. In een cultuur die nog niet zover is, kunnen (zelf) onderzoek en vooral het doorvoeren van gewenste verbeteringen ingewikkeld zijn, zeker als de weerstand vanuit de organisatie groot is of de belangen van de stakeholders ver uiteen liggen. Vernieuwing wordt dan als strijdig ervaren met het streven naar kwaliteit, of en misschien ernstiger, kwaliteitssystemen worden (impliciet) als excuus gebruikt voor geringe flexibiliteit, innovatie en samenwerking. Het weerstand bieden tegen deze verstarring is een belangrijke taak van bestuurders en toezichthouders.

Conclusie: de kern van de verandering die wij voorstaan, houdt voor veel bestuurders en toezichthouders een paradigmaverschuiving in van het 'managen' van strategische stakeholders naar een *samenspel* met hen.

Noten

1. De financiering van de meer chronische zorg in deze taken, voornamelijk in het GGZ-domein, is nadien weer overgeheveld naar de landelijke overheid via de zorgkantoren.
2. Externe toezichthouders spelen ook een rol, maar de Raad voor het Openbaar Bestuur (2012) waarschuwt, ons inziens terecht, voor het toegeven aan de verleiding om 'de vergroting van de legitimiteit te zoeken in de intensivering van het geformaliseerde toezicht.'
3. Cliënten of patiënten (hier samengevoegd onder de noemer cliënten) zijn mensen die zorg of ondersteuning ontvangen van zorgverleners zoals verpleegkundigen, begeleiders en behandelaren. Zorgpartners zijn externe partijen in de keten of het zorgproces die voor een cliënt een integraal onderdeel van de zorgverlening vormen zoals voor een ziekenhuis de eerste lijn, revalidatie en wijkverpleging. Hierbij worden medische specialisten in een medisch specialistisch bedrijf (MSB) beschouwd als een zorgpartner. Zorgfinanciers zijn partijen als zorgverzekeraars (Zvw), zorgkantoren (Wlz) en gemeenten (Wmo) die de zorg bekostigen en een belang hebben vanuit maatschappelijke en strategische sturing. Buiten de strategische stakeholders kunnen voor een specifieke zorginstelling nog andere partijen een belangrijke rol spelen, zoals woningcorporaties.
4. Zie als voorbeelden 8RHK, de samenwerking in de achterhoek, waarin naast diverse zorgaanbieders ook gemeenten, werkgevers en een verzekeraar participeren (8RHK, 2020), en AndersBeter, het multidisciplinaire netwerk in de Limburgse mijnstreek (<https://www.andersbeterwm.nl/>).

Literatuur

- 8RHK. 2020. *Samen langer gelukkig en gezond leven in de Achterhoek*, Thematafel De Gezondste Regio.
- Bonde, M., e.a. 2018. 'Translating value-based health care: an experiment into healthcare governance. and dialogical accountability', *Sociology of Health & Illness*, vol. 40, nr. 7: 1113–1126.
- Bowman, G. 2016. 'The practice of scenario planning', *British Journal of Management*, vol. 27, nr. 1: 77–96.
- Brancheorganisaties Zorg (BoZ). 2019. *Good Governance: een gezamenlijke opgave*.

- Brown, A. 2020. 'Communication and leadership in healthcare quality governance', *Journal of Health Organization and Management*, vol. 34, nr. 2: 144-161.
- Commissie onderzoek faillissementen ziekenhuizen. 2020. *De aangekondigde ondergang*, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Conyon, M., en L. He. 2017. 'Firm performance and boardroom gender diversity', *Journal of Business Research*, vol. 79: 198-211.
- Dijk, T. van, e.a. 2021. 'Zorgbestuurders vinden de eisen van verzekeraars niet altijd wenselijk en passend', *ESB*, vol. 106, nr. 4794: 76-78.
- Fernandez, W., en Y. Thams. 2017. 'Board diversity and stakeholder management', *The Learning Organization*, vol. 26, nr. 2: 160-175.
- Freeman, R., e.a. 2018. 'Tensions in stakeholder theory', *Business & Society*, vol. 59, nr. 2: 213-231.
- Freeman, R., en J. McVea. e.a. 2005. 'A stakeholder approach to strategic management', in: M. Hitt e.a. (red.), *Handbook of Strategic Management*, Oxford: Blackwell Publishers: 183-201.
- Goodijk, R. 2020. 'Strategisch partnerschap', *Goed Bestuur & Toezicht*, nr. 3.
- Goyal, R. 2019. 'Improving corporate governance with functional diversity on FTSE 350 boards', *Journal of Capital Markets Studies*, vol. 3, nr. 2: 113-136.
- Habermas, J. 1990. *Moral consciousness and communicative action*, Cambridge: MIT Press.
- Heraclous, L. 2019. 'A dialogic perspective on open strategy', in: D. Seidl e.a., *Cambridge handbook of open strategy*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Hospital Leadership Monitor. 2020. Tias.
- Janssen, R. 2017. *Het onzekere voor het zekere*, Erasmus Universiteit.
- Kamerbrief. 2020. Brief van de minister voor Medische Zorg en Sport, november, 1758159-212268-PZO.
- Klijn, E.H. en J. Koppenjan. 2015. *Governance networks in the public sector*, Oxon: Routledge.
- Mak, C., en J. Hong, 'Creating learning organization 2.0', *The Learning Organization*, vol. 27, nr. 3: 235-248.
- Minkman, M. 2017. *Innovatie van organisatie en governance van integrale zorg*, Tilburg University.
- Mori, N., e.a. 2015. 'Board composition and outreach performance of microfinance institutions', *Briefings in Entrepreneurial Finance*, vol. 24, nr. 1: 99-113.
- Provan, K., en P. Kenis. 2007. 'Modes of network governance', *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 18, 229-252.
- Raad voor het Openbaar Bestuur. 2012. *Loslaten in vertrouwen: Naar een nieuwe verhouding tussen overheid, markt én samenleving*, december.
- Rasche, A., en D. Esser. 2006. 'From stakeholder management to stakeholder accountability', *Journal of Business Ethics*, vol. 65, 251-267.
- Richter, U, en K. Dow. 2017. 'Stakeholder theory: A deliberative perspective', *Business Ethics*, vol. 26, nr. 4, 428-442.
- Sabatier, M. 2015. 'A women's boom in the boardroom: effects on performance?', *Advances in Applied Microeconomics*, vol. 47, nr. 26: 2717-2727.
- SCP. 2020. *Sociaal domein op koers? 2020-13*.
- Senge, P. 1990. *The fifth discipline*, New York: Doubleday/Currency.
- SER. 2019. *Diversiteit in de top*, deel II analyse, advies 19/12.
- Shin, H., e.a. 2017. 'Revisiting the learning organization', *Organizational Dynamics*, vol. 46, nr. 1, 46-56.
- Spitzeck, H., en E. Hansen. 2010. 'Stakeholder governance', *Corporate Governance*, vol. 10, nr. 4, 378-391.
- Visser, M., en P. Tosey. 2019 'Learning in the learning organization', in: *The Oxford handbook of the learning organization*, Oxford: OUP.
- Wack, P. 1985. 'Scenarios: Uncharted waters ahead', *Harvard Business Review*, september.
- Wierdsma, A., en J. Swieringa. 2017. *Lerend organiseren (4e druk)*, Groningen/Utrecht: Noordhoff Uitgevers.
- Zorginstituut. 2017. *Kwaliteitskader verpleeghuiszorg*, referentie 2017001970.