



Toezicht in tijden van schaarste

Leden Wetenschappelijke Adviesraad (WAR):

- Prof.dr. Richard Janssen
- Dr. Henk den Uijl
- Prof.dr.ir. Stef Joosten
- Prof.dr. Mirella Minkman (voorzitter)
- Prof.dr. Floor Rink
- Dr. Annemiek Stoopendaal
- Dr.ir. Marian Stuiver
- Prof.dr. Gert Westert (tot 1 januari 2024)

Vanuit het bureau van de NVTZ ondersteund door:

Martijn Groenewold

Ans Verstraeten

Ontwerp:

Hans Roenhorst (h2rplus.nl)

Inhoudsopgave

Inleiding	5
Schaarste als concept	7
Dilemma's bij schaarste	11
Dilemma 1: schaarste op de arbeidsmarkt	13
Dilemma 2: kwaliteit van zorg en de verantwoordingspraktijk	17
De rol van de raad van toezicht en zijn waardeafwegingen	20
Referenties	22



De Wereldgezondheidsorganisatie
is bezorgd dat het tekort aan
professionals wereldwijd
kan leiden tot een groter tekort
aan zorgmedewerkers...

Inleiding

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is bezorgd dat het tekort aan professionals wereldwijd kan leiden tot een groter tekort aan zorgmedewerkers in lage- en middeninkomenslanden en constateert dat er sinds het uitbreken van de coronacrisis sprake is van een wereldwijde competitie om goede beroepskrachten.ⁱ In Nederland wordt ook vooral gesproken over een schaarste van personeel, en is er voor zorg- en welzijnsinstellingen veel aan gelegen om over voldoende personeel te beschikken. Arbeidsmigratie is daarbij geen taboe. Eén van de voorbeelden hiervan is het ontvangen van verpleegkundigen uit de Filipijnen of Indonesiëⁱⁱ, zorgpersoneel uit Zuid-Afrika of Indiaⁱⁱⁱ of tandartsen uit Spanje. Hoewel dit voor de instellingen zelf op korte termijn een probleem zou kunnen oplossen, roept het ook maatschappelijke vragen op.^{iv}

Het invliegen van verlos- en verpleegkundigen vanuit Afrika en Azië, bijvoorbeeld, geeft ziekenhuizen in Nederland ademruimte in het vullen van de gaten in de roosters. Zo is bijvoorbeeld de druk op de geboortezorg in Nederland al een aantal jaar hoog en op deze manier is het mogelijk de geboortezorg voort te blijven zetten alsmede de druk op het bestaande personeel enigszins te verlichten.^v Tegelijkertijd hebben veel Afrikaanse landen volgens de Wereldbank per saldo een stuk minder verpleeg- en verloskundigen dan Nederland.^{vi} Dat stelt zorg- en welzijnsinstellingen voor een ethisch vraagstuk: zorgen we op deze manier voor voldoende personeel voor onze eigen instelling en bevolking, of kijken we naar de bredere maatschappelijke, in dit geval wereldwijde, impact van een der-

1 Voorbeeld: aantal verpleegkundigen/verloskundigen per 1000 inwoners: Zuid-Afrika 3,8 en Nederland 11,5.

gelijk besluit? Met andere woorden: vanuit welk waardenbegrip is welke keuze verantwoord?

Bovenstaand voorbeeld laat zien dat schaarste dwingt tot het maken van soms ingewikkelde keuzes en het nadenken over de waarden die aan die keuzes ten grondslag liggen. In deze uitgave gaan we in op dit soort vragen en wat die kunnen betekenen in het kader van toezicht. We kijken wat eigenlijk bedoeld wordt met schaarste, welke waarden daarin mogelijk een rol spelen, en wat de rol van de raad van toezicht kan zijn in deze vraagstukken.

Het is niet de bedoeling om een compleet beeld te geven van schaarste, maar om, aan de hand van een aantal voorbeelden, te laten zien hoe toezichthouders bij schaarste zouden kunnen handelen. Toezichthouders, en daarmee hun instellingen, hebben namelijk tot taak, zodra er keuzes moeten worden gemaakt op het gebied van schaarste, hierin expliciete waardenafwegingen te maken, en zich niet te laten verleiden te varen op enkel een bedrijfsmatige of enkelvoudige afweging. We geven in dit paper enkele handvatten hoe dit vorm te geven.

Het is niet de bedoeling om een compleet beeld te geven van schaarste, maar om, aan de hand van een aantal voorbeelden, te laten zien hoe toezichthouders bij schaarste zouden kunnen handelen.

Schaarste als concept

We hanteren, gebaseerd op het rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) ‘Kiezen voor houdbare zorg’^{vii} en arbeidsmarkt cijfers van het CBS^{viii} en CPB, als uitgangspunt dat de inzet of beschikbaarheid van beperkte middelen onvermijdelijk leidt tot lastige verdelings- en prioriteringsvraagstukken. Een vanzelfsprekende omschrijving van schaarste is dat er sprake is van schaarste wanneer mensen meer van iets willen hebben dan dat er beschikbaar is.^{ix}

Een vanzelfsprekende omschrijving van schaarste is dat er sprake is van schaarste wanneer mensen meer van iets willen hebben dan dat er beschikbaar is.

Een aantal soorten van schaarste zijn bijvoorbeeld:

- **Schaarste van zorg:** dit gaat over schaarste van het zorgaanbod. Denk aan te weinig bedden op de IC, een gebrek aan donororganen voor patiënten die wachten op een transplantatie of onvoldoende Covid-19 vaccins begin 2021.
- **Schaarste van arbeid:** dit gaat over het gebrek aan mensen om het werk te doen ten opzichte van de vraag naar zorg.
- **Financiële schaarste:** je kunt geld maar één keer uitgeven, en er moeten dus keuzes gemaakt worden waaraan.
- **Ecologische schaarste:** dit gaat over de manier waarop wij de middelen van onze planeet aanspreken – ook als zorgsector – en de (voornamelijk) lange termijneffecten van de huidige manier van leven: op cliënten, op patiënten, op personeel, op bestuurders en op de omgeving.

In het vakgebied van de politieke economie wordt er onderscheid gemaakt tussen absolute en relatieve schaarste. Bij absolute schaarste denken we aan de fysieke beschikbaarheid en uitputting van voorraden – is er genoeg? Bij relatieve schaarste gaat het in economische termen over

Voor een raad van toezicht is vooral de relatieve schaarste van belang, omdat die zich uitstrekt over een langere tijd, en waarin verdelingsvragen en keuzes aan de orde zijn, en daarmee waardenafwegingen en zeggenschapsvragen.

spanningen tussen vraag en aanbod – wat kost het? Tot slot gaat schaarste vanuit dit (geo-)politiek perspectief ook over afhankelijkheden en risico's – wie is de baas, wie besluit waarover? Deze drie dimensies zijn natuurlijk niet onafhankelijk van elkaar. Vanwege die complexiteit laat schaarste zich niet met één indicator vangen. Weliswaar is prijs van zorg en/of welzijn een belangrijke maatstaf, maar deze indicator heeft zijn beperkingen, omdat (geo-)politieke of maatschappelijke risico's onvoldoende worden meegenomen en omdat sommige natuurlijke hulpbronnen – water, land, biodiversiteit – vaak nauwelijks geprijsd zijn.^x

Uiteindelijk gaat relatieve schaarste daarom over verdeling, en zou je kunnen stellen dat alle schaarste in de zorg in ons land deze vorm behelst: we praten veelal over schaarste als een gevolg van beleidskeuzes en allerlei omstandigheden, die op zichzelf niet noodzakelijkerwijs tot een tekort leiden. Relatieve schaarste kan wel snel absoluut worden in een crisis, omdat een beleidswijziging dan niet ineens zomaar ontstane tekorten oplost (zoals een gebrek aan IC bedden tijdens coronatijd). Toch is voor een raad van toezicht vooral de relatieve schaarste van belang, omdat die zich uitstrekt over een langere tijd, en waarin verdelingsvragen en keuzes aan de orde zijn, en daarmee waardenafwegingen en zeggenschapsvragen. Wie krijgt wat, op basis waarvan, en wie mag, kan en wil dat (mede) bepalen?

Schaarste, of dat nu absoluut of relatief is, levert uitdagingen op, zoals onder andere de WRR, maar ook de Raad van Volksgezondheid en Samenleving (RVS), ze hebben omschreven. Maar schaarste kan ook een positief effect hebben en ons vooruit helpen. Een gebrek kan namelijk ook tot creativiteit en innovatie leiden. Zo zijn er bijvoorbeeld steeds meer 'zorgzame gemeenschappen' die de handschoen oppakken waar institutionele zorg- en welzijnsinstellingen dit niet meer kunnen of willen doen. Zo vinden we op een aantal plekken waar de zorg het niet meer redt, waar mensen tussen wal en schip vallen, hoopgevende en creatieve initiatieven. Zo zien we mooie initiatieven in bijvoorbeeld Kloosterburen in het noorden van Groningen, bij zorgcoöperatie Hoogeloon in de gemeente Bladel of zorgcoöperatie Austerlitz Zorgt. We zien dat gemeenschappen zelf hier vormen van informele zorg organiseren die het sociale bindweefsel in de wijk of in het dorp lijken te versterken, vaak gecoördineerd door een door de gemeente of welzijnsinstelling aangestelde dorpsondersteuner. Hiermee zorgt die stevigere sociale basis ervoor dat de inwoners uit de gemeenschap minder snel gebruik hoeven

maken van de formele zorg. Het gaat daar niet zozeer om technologische innovatie, zoals bijvoorbeeld inzet van apparatuur in de nachtbewaking die betrouwbaarder blijkt dan het menselijk gehoor, maar om vormen van sociale innovatie en anders organiseren.^{xi}


Omgaan met schaarste kan innovaties opleveren maar betekent vooral dat er keuzes gemaakt moeten worden. Dat kan dilemma's opleveren die waardenafwegingen vragen van bestuur en toezichthouders. In veel gevallen kan een bestuurder die afweging zelf maken, maar bij afwegingen met een grotere impact (op het terrein van bijvoorbeeld strategie of financiën) zal de raad van toezicht ook een afweging moeten maken over de juistheid van of de (gemaakte) keuzes van het bestuur. Bijvoorbeeld over de mate waarin de lange-termijn effecten van het personeelsbeleid in de regio zijn meegewogen, of wie er voor zorg en opname in aanmerking komt en wie niet.

Cliëntenstop

Als er te weinig mensen beschikbaar zijn om kwaliteit van zorg te kunnen handhaven, kan een voor de hand liggende conclusie zijn dat er een cliëntenstop moet worden ingevoerd. Voor je het weet ga je als raad van toezicht mee in zo'n besluit, omdat de logica helder en dwingend is. Maar toch is het nodig te kijken welke waarden hier nu voorrang krijgen, en of dat terecht is. Kennelijk heeft het handhaven van kwaliteit prioriteit boven toegankelijkheid van zorg, ook al is het van een mindere kwaliteit. De vraag is kortom: is er een alternatief, en is dat serieus bekeken, of laat je je leiden door een 'we kunnen niet anders'-redenering?

Zo komen we tot de conclusie dat als we in de zorg spreken over betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit, we het dus eigenlijk altijd over schaarste hebben. Wanneer we kwaliteit van zorg op een bepaald niveau willen handhaven met een beperkte hoeveelheid mensen, dan leidt dat er mogelijk toe dat de toegankelijkheid wordt aangetast en een deel van de actuele vraag naar zorg niet meer kan worden beantwoord. Dat vraagt dan een wellicht andere kijk op wat betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg is. Het herzien van die blik kan leiden tot een aantal uitdagende dilemma's, waar we in onderstaande dieper op in gaan.

**Omgaan met
schaarste kan
innovaties opleveren
maar betekent
vooral dat er
keuzes gemaakt
moeten worden.
Dat kan dilemma's
opleveren die
waardenafwegingen
vragen van bestuur
en toezichthouders.**



Er zijn een aantal dilemma's te identificeren waar de samenleving tegenaan loopt en zorg- en welzijnsorganisaties keuzes in moeten maken.

Dilemma's bij schaarste

Er zijn een aantal dilemma's te identificeren waar de samenleving tegenaan loopt en zorg- en welzijnsorganisaties keuzes in moeten maken. Deze dilemma's zijn scherp geformuleerd, als uiteinden van een bandbreedte.

We noemen de volgende dilemma's die als gevolg van schaarste kunnen ontstaan (er zijn natuurlijk meer dilemma's denkbaar):

- a. Kwaliteit/toegankelijkheid: extra aandacht geven aan de één, leidt tot beperktere zorg of aandacht aan een ander.
- b. Op korte termijn zorg in stand houden binnen de organisatie (organisatiebelang) of op lange termijn zorg kunnen blijven geven in de regio (maatschappelijk belang);
- c. Kwaliteitsvereisten voor professionele zorgverleners volgen of ongediplomeerde zorgmedewerkers inzetten (zij-instromers, ervaringsdeskundigen, 'blijmakers' et cetera);
- d. Geld besteden aan 'klein korte termijn voordeel' of geld besteden aan 'groter voordeel op langere termijn';
- e. Groeien of krimpen als organisatie;
- f. Focus op verantwoording afleggen volgens de richtlijnen of meer focus op zorg- en welzijnsgerelateerde werkzaamheden;
- g. Breed aanbod houden of specialiseren;
- h. Zelf doen of uitbesteden (flexibel blijven met ingehuurd personeel versus kennis vasthouden met 'eigen personeel').

Bovengenoemde dilemma's zijn niet allemaal nieuw, het is zelfs een beetje standaardmateriaal van bedrijfskunde opleidingen. Veel zorg- en welzijnsinstellingen staan in de dagelijkse praktijk allang voor deze keuzes. Een aantal organisaties laten ook als 'good practice'² zien hoe een

² We hanteren de term 'good practice' omdat 'best practice' de pretentie in zich draagt dat deze manier dé manier is – de enige manier, terwijl een 'good practice' uitgaat van het principe dat het een manier is, niet per definitie zijnde de beste of de enige.

zorg- of welzijnsinstelling zich kan verhouden tot dergelijke vraagstukken. We beschrijven hierna twee voorbeelden waarin we enkele dilemma's nader bekijken, met vooral de focus op hoe je om kunt gaan met zulke dilemma's en welke kansen deze bieden. Daarbij kijken we naar twee dilemma's in het bijzonder die zich richten op veelgehoorde grieven in de zorg- en welzijnssector: enerzijds het personeelstekort en anderzijds de verantwoordingsplicht, waarvan de laatste door velen wordt gezien als een uit de hand gelopen en geen waarde toevoegende tijdsbesteding.

De bedoeling van deze dilemma's is illustratief. We werken de dilemma's uit op drie aggregatieniveaus (micro, meso en macro). Dat doen we omdat per niveau de vraagstukken die bij deze dilemma's horen anders zijn, en de rol van de raad van toezicht daarbij dus ook. Zo speelt een toezichthouder een andere rol als het gaat over een vraagstuk rondom een landelijk arbeidsmarktprobleem, als hij daar al een rol heeft, dan wanneer het gaat om een arbeidsmarktprobleem op microniveau. We definiëren de verschillende niveaus als volgt: het macroniveau gaat in dit paper over de landelijke context van zorg en welzijn, mesoniveau over de regionale context en microniveau behelst het instellingsniveau en/of de lokale context van een zorg- of welzijnsinstelling. Van daaruit formuleren we uitgangspunten en principes die een raad van toezicht kunnen helpen om te definiëren vanuit welke achterliggende waarden hij vervolgens handelt in de omgang met door schaarste manifest geworden dilemma's.

De bedoeling van deze dilemma's is illustratief. We werken de dilemma's uit op drie aggregatieniveaus (micro, meso en macro).



**De stijgende
zorgvraag en
een steeds groter
wordende groep
burgers die
moeite heeft om
mee te komen in
de samenleving
vergen (te) veel
van medewerkers.**

Dilemma 1

Schaarste op de arbeidsmarkt

De stijgende zorgvraag en een steeds groter wordende groep burgers die moeite heeft om mee te komen in de samenleving vergen (te) veel van medewerkers.^{xii} De arbeidsmarktproblematiek in zorg en welzijn is evident. Dit uit zich onder andere in een hoog ziekteverzuim onder medewerkers^{xiii} en een hoge uitstroom van medewerkers: in het tweede kwartaal van 2023 lag de uitstroom op 21%.^{xiv} De instroom ligt overigens hoger dan de uitstroom, maar het verschil is dusdanig klein dat deze de groeiende zorgvraag niet bijhoudt. Maar dit is slechts een deel van de uitdaging. In schaarste op de arbeidsmarkt komen verschillende dilemma's zoals hierboven beschreven samen.

Uitstroom en verzuim zijn symptomen. In haar integrale arbeidsmarkt-agenda uit 2021, benoemt de Sociaal-Economische Raad (SER) een belangrijk probleem als het gaat over de arbeidsmarktproblematiek in zorg en welzijn: ideeën voor verbetering zijn er genoeg, het stukt in de uitvoering.^{xv} De omgang met schaarse arbeidskrachten dus. De SER identificeert daarvoor twee belangrijke oorzaken. Enerzijds zijn er een aantal randvoorwaarden voor specifiek de arbeidsmarkt in zorg en welzijn die goed werkgeverschap bemoeilijken en vooral in Den Haag opgelost moeten worden, maar anderzijds zijn er ook maatregelen die zorg- en welzijnsinstellingen zelf kunnen nemen in de omgang met schaars personeel. Het gaat dan bijvoorbeeld om het kritisch bekijken van interne regels en protocollen in situaties waar deze de professionele ruimte van het personeel inperkt en veel tijd opslokt.

Op *macroniveau* geldt het dilemma van arbeidsmarkttekorten als een urgent thema en het staat ook in politiek Den Haag hoog op de agenda.

Ook de beste werkgevers kunnen op een punt komen dat er te weinig mensen voorhanden zijn om op een gewenst kwaliteitsniveau passende zorg te bieden. Dan volgt daaruit automatisch de vraag welke zorg je nog zou kunnen leveren en tegen welke kwaliteit. Een dilemma waarop geen pasklaar antwoord te geven is.

Op *macroniveau* geldt het dilemma van arbeidsmarkttekorten als een urgent thema en het staat ook in politiek Den Haag hoog op de agenda. Het bekende scenario dat geschetst wordt, is dat wanneer de huidige situatie onveranderd blijft, 1 op de 4 werkenden dat binnen zorg & welzijn moet doen om dezelfde kwaliteit te blijven bieden en dezelfde toegankelijkheid te waarborgen. Maar meer geld, meer mensen opleiden, het inzetten van anders opgeleide mensen, of arbeidsmigratie gaat deze problemen mogelijk niet allemaal oplossen. De vraag die dan aan de orde komt, is of de organisatie van zorg en welzijn zoals die nu is nog passend is bij de huidige tijd. En wat dan eigenlijk zorg moet zijn, als we meer kijken naar wat burgers voor elkaar zouden moeten betekenen.

Op *mesoniveau* kan anders kijken naar wat er al is soms al een stap in de goede richting zijn.

Op *mesoniveau* kan anders kijken naar wat er al is soms al een stap in de goede richting zijn. Goed kijken naar het ecosysteem in de buurt of in het dorp waar de locatie van de zorg- of welzijnsinstelling gevestigd is, kan daar een belangrijk onderdeel van zijn. Als het namelijk gaat over domein overstijgende samenwerking, wordt er vaak gedacht aan samenwerking in de zorg- of welzijnsketen, bijvoorbeeld tussen eerstelijnsorganisaties en ziekenhuizen. Maar de samenwerking opzoeken met wat er in de fysieke omgeving al is, aansluiten bij het gewone leven van mensen, in gesprek gaan met diegenen die wonen in de buurt, in het dorp, in de wijk, zou kunnen helpen om erachter te komen wat er lokaal nodig is (en ook wat niet). Daarmee staat een gebiedsgerichte opgave centraal, en dat kan weer leiden tot een andere blik op welke arbeidskrachten er nodig zijn en hoeveel. Of welke mensen hierin een verbindende rol kunnen spelen, zoals bijvoorbeeld een dorpsondersteuner. Het ecosysteem gaat uit van wederzijdse afhankelijkheden en mogelijkheden, in plaats van institutionele grenzen of bestaande organisaties. Is er niet al van alles voorhanden in de buurt om de buurtgenoten, cliënten, patiënten en dus ook professionals te ondersteunen en ontlasten? Onderzoek laat zien dat de Nederlander best bereid is een ander te helpen en bij te staan.

Dat vergt van bestuurders een bredere blik op welzijn en gezondheid, waarbij de focus sterk komt te liggen op samenwerking met diegenen die

men in het dorp, de buurt of de regio aantreft. Schaarste bij individuele zorgaanbieders op het gebied van medewerkers hoeft namelijk niet te betekenen dat er schaarste is aan medewerkers in de buurt of wijk waar ze gevestigd zijn. Zo is er het voorbeeld van Utrechtzorg dat genoemd is in de bundel van de Wetenschappelijke Adviesraad 'Toezien op samenwerken'^{xvi}, waarbij initiatieven ontplooid worden om medewerkers gebiedsgericht in te zetten. Dus niet de organisatie waar iemand werkt is leidend voor waar de betreffende professional aan de slag gaat, maar de vraag naar welzijn en/of zorg in een bepaald gebied.

Op *microniveau* (maar ook op *mesoniveau*) wordt vaak gekeken naar technologische innovatie. Dit kan bijdragen aan het reduceren van de werkdruk van professionals en de schaarste van personeel, maar het hangt daarbij af van het type innovatie dat wordt toegepast, en hoe dat gebeurt. Schaarste op de arbeidsmarkt lokt innovatie uit waarbij technologie arbeid kan vervangen. Echter, wanneer technologie vooral complementair is aan bestaande werklust, heeft het juist een negatief effect.^{xvii} Blindvaren op technologische vooruitgang zonder oog te hebben voor het type innovatie en het implementatieaspect ervan is dus niet voldoende. Om tot een reductie van werkdruk te komen is het belangrijk dat medewerkers van begin tot eind betrokken worden bij de ontwikkeling van technologische innovaties en de implementatie ervan. Zij moeten ermee willen werken, zij moeten erdoor ontlast worden en zij moeten het kunnen gebruiken. Dat vereist ondersteuning, geduld, tijd, ruimte en leiderschap – iets waar raden van toezicht een belangrijke rol in kunnen spelen.

De andere kant van dit dilemma is de concurrentie op arbeid. In de publicatie *Ridders & Schurken*^{xviii} heeft een werkgroep van de NVTZ een uiteenzetting gegeven van de mogelijke effecten van concurrentie op arbeid en de '*war on talent*' voor het regionale ecosysteem. Daaruit kunnen twee effecten van concurrentie op arbeid gehaald worden die met name op meso- en microniveau van belang zijn. Organisaties die, zeker in tijden van een integrale blik op gezondheid, geacht worden samen te werken worden elkaars arbeidskrachten. Dat heeft een onmiskenbaar effect op onderling vertrouwen en noodzakelijke solidariteit om afdoende te kunnen samenwerken. En juist dat onderlinge vertrouwen is voor de samenwerking dan weer van groot belang.^{xix} Concurrentie op arbeid lijkt dus het domein overstijgend samenwerken op mesoniveau te bemoeilijken.

Op microniveau wordt vaak gekeken naar technologische innovatie. Dit kan bijdragen aan het reduceren van de werkdruk van professionals en de schaarste van personeel, maar het hangt daarbij af van het type innovatie dat wordt toegepast, en hoe dat gebeurt.

Een tweede neveneffect is dat concurrentie op arbeid de uitgaven aan arbeid stuwt. Een te snelle loonstijging heeft tot gevolg dat instellingen minder budget overhouden om te innoveren. Concurrentie op arbeid is voor de individuele werknemer prettig omdat het salaris omhooggaat, totdat door personeelsgebrek de werkdruk steeds sneller stijgt. Die werkdruk stijgt omdat een zorg- of welzijnsinstelling met hetzelfde geld minder personeel kan aannemen of inhuren. Het stelt bestuur en toezicht voor de vraag wat het lange-termijn perspectief van de instelling is, maar ook wat een salaristoename betekent voor de toegankelijkheid van zorg en welzijn in de regio en voor de houdbaarheid van de organisatie (rode cijfers).

**Een tweede
neveneffect is dat
concurrentie op
arbeid de uitgaven
aan arbeid stuwt.**

**Een te snelle
loonstijging heeft
tot gevolg dat
instellingen minder
budget overhouden
om te innoveren.**



Dilemma 2

Kwaliteit van zorg en de verantwoordingspraktijk

De afgelopen jaren is veel geïnvesteerd in kwaliteitsverbetering, of in een andere manier van kijken naar kwaliteit. Programma's als Waardigheid & Trots in de ouderenzorg, het populaire concept van 'positieve gezondheid' en het denken over welzijn en bejegening zijn hiervan uitingen. Waar de verantwoordingspraktijk in de zorg is opgetuigd om de kwaliteit van zorg te verbeteren is deze steeds meer in de verdachtenhoek komen te staan, omdat het administratieve last oplevert en professionals af zou leiden van wat er werkelijk toe doet.

We lijken nu in een andere ontwikkeling terecht te komen. In plaats van de kwaliteit van zorg steeds verder te verbeteren, lijkt het tij nu te kantelen naar een situatie waarin we de kwaliteit die we hebben met man en macht proberen te behouden. Veel instellingen zijn naar een overlevingsmodus overgestapt, zowel in financiële als in personele zin. De kwaliteit van zorg komt hierdoor onder druk te staan. De verantwoordingsdruk demotiveert professionals en het kost te veel tijd. Alle reden voor instellingen om hier wat aan te doen, maar regel- en verantwoordingsdruk is een hardnekkig probleem, waar de instelling lang niet altijd grip op heeft.^{xx} Bovendien dient het ook ergens voor: transparantie en verantwoording.

Zorg en welzijn kennen een breed scala aan organisaties die professionals ondersteunen. Deze hebben per specialisme, beroepsgroep of vakgebied allemaal hun eigen kwaliteitsstandaarden, die periodiek aangescherpt worden.³ Deze handboeken, of kwaliteitsstandaarden van de professional,

³ Bijvoorbeeld het 'Kwaliteitshandboek voor de Specialist Ouderengeneeskunde' van Verenso.

**Op microniveau
liggen er kansen om
ruimte te geven aan
professionals om de
verantwoordings-
praktijk op een
manier in te vullen
die mogelijkerwijs
leidt tot meer
werkplezier en een
lagere uitstroom van
professionals.**

worden vaak in samenspraak met (een groep van) professionals samengesteld om te bepalen hoe deze het beste zijn of haar werk kan doen. Ten grondslag daaraan ligt het idee dat een professional de beste zorg wil bieden. Dat concept, de beste zorg leveren, liefst *evidence based*, vormt de basis van de zelfdisciplinering die de sector van zorg en welzijn kenmerkt. Dat uitgangspunt is geweldig, maar leidt wel tot een groot geheel aan eisen, taken en dus ook verantwoordings-mechanismen die vooral van binnenuit zorg en welzijn komen, en die dus niet zozeer door politiek, markt of overheid opgelegd worden.

Hoewel al een aantal decennia geprobeerd wordt de administratieve lasten te verlichten, zijn er voorlopig nog maar een beperkt aantal initiatieven echt succesvol gebleken in het terugdringen van de (ervaren) administratieve- en/of verantwoordingslast van professionals. Tegelijk met de behoefte om verantwoordingslasten af te laten nemen, klinkt ook de roep om maatschappelijke verantwoording en het geven van rekenschap voor het gebruik van publieke middelen.^{xxi}

Op *microniveau* liggen er kansen om ruimte te geven aan professionals om de verantwoordingspraktijk op een manier in te vullen die mogelijkerwijs leidt tot meer werkplezier en een lagere uitstroom van professionals en per saldo meer besteedde uren aan daadwerkelijk verrichte zorgtaken. In navolging van het advies ‘Blijk van vertrouwen’^{xxii} moet de verantwoording primair vanuit de professional zelf komen, op basis van transparante, gedeelde waarden. Het gaat dan om toelichting over besluiten die door de professional in concrete, lastige situaties worden genomen, waarbij verschillende afwegingen worden meegenomen. In de instelling kunnen bestuur en toezichthouders die ruimte geven, waarbij specifiek voor de toezichthouder geldt dat deze aan de bestuurder vragen kan stellen over hoe de dialoog over verantwoording in de eigen instelling is ingericht. Het betekent ook dat oude, gangbare werkwijzen binnen de raad van toezicht eventueel herzien moet worden. In hetzelfde, eerdergenoemde advies van de RVS wordt toezichthouders geadviseerd de bestuurder minder te toetsen op basis van extern opgelegde normen, en een actievere bevraging na te streven van de bestuurders op de eigen ingerichte verantwoordingspraktijk. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat de bestuurder en het managementteam, in de behoefte te sturen op duidelijke data-gedreven informatie, het aantal administratieve handelingen dat bij het uitvoeren van zorg- of welzijnstaken komt kijken onbedoeld doen vermeerderen. Als toezichthouder is het mogelijk de bestuurder op deze processen te bevragen.

Op *mesoniveau* kan in een netwerk kritisch gekeken worden naar de geldende verantwoordingspraktijk om deze meer aan te laten sluiten bij de leefwereld van de burger, cliënt en zorgprofessional. Daarmee wordt bijvoorbeeld gepoogd vervolg en versnelling aan het advies van de RVS te geven. Tevens brengt men met een aantal heldere acties in beeld hoe en vanuit welke waarden afgeweken gaat worden van bepaalde verantwoordingsrichtlijnen.^{xxiii} Op brancheniveau, of op het niveau van (tijdelijke) netwerken tussen zorginstellingen, kan initiatief genomen worden om een doorbraak in de verantwoordingsdrift te forceren.

Vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is, onder begeleiding van KPMG,^{xxiv} enkele jaren geleden, samen met vijf instellingen, gestart met het experiment Vernieuwend Verantwoorden in de gehandicaptenzorg.⁴ Ook binnen dit experiment, waarin de nodige ruimte zou moeten zijn om de verantwoording beter in te richten en waar dus experimenteer ruimte is (of zou moeten zijn), blijkt hoe moeilijk het is voor instellingen om hier echt forse stappen in te nemen. Dit is omdat de structuren, zowel van binnen als van buiten, zo dwingend zijn – zelfs als een instelling vrijstellingen krijgt van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het maakt duidelijk dat ruimte geven vanuit de overheid alleen niet voldoende is. Het laat zien dat ruimte nemen door zorg- en welzijnsinstellingen ook van belang is, waarbij als het gaat om verantwoording zowel de cijfers als de verhalen achter de cijfers ertoe toen.^{xxv}

Op mesoniveau kan in een netwerk kritisch gekeken worden naar de geldende verantwoordingspraktijk om deze meer aan te laten sluiten bij de leefwereld van de burger, cliënt en zorgprofessional.

4 Het betreft hier de instellingen Ipse de Bruggen, JP van den Bent Stichting, Esdégé-Reigersdaal, Estinea en Abrona.

De rol van de raad van toezicht en zijn waardenafwegingen

Een meer afgewogen omgang met schaarste kan voorkomen dat de uitdagingen die op ons af komen leiden tot grote problemen. Met andere woorden: we zullen moeten gaan prioriteren – ons verhouden tot eventuele schaarste die ontstaat. Daar is debat voor nodig in de samenleving, in de regio, in de organisaties zelf en dus ook in de bestuurskamers en binnen de raden van toezicht.

Nederland verkeert in de goede positie dat we zorg en welzijn nog altijd als één van de hoogste prioriteiten in de samenleving beschouwen. We hebben bevoegen medewerkers én er melden zich jaarlijks nog altijd een aanzienlijk aantal nieuwe studenten aan voor opleidingen in zorg en welzijn. Daarnaast neemt de arbeidsparticipatie van 65-plussers toe en ontstaat er dus een grotere gemeenschap van vitale ouderen, en is er bovendien een enorm arbeidspotentieel binnen de groep nieuwkomers in Nederland.

We zien een aantal belangrijke factoren die kunnen bijdragen aan het stellen van prioriteiten en aan de bijdrage van vernieuwing en innovatie voor een duurzamere organisatie van zorg en welzijn. Daar waar de schaarste zich begint te manifesteren, zien we dat de samenleving een veerkrachtige reactie kan geven. Er ligt wat dat betreft een grote potentie bij de samenredzaamheid van burgers, professionals en zorginstellingen wanneer zij gesteund worden in het bereiken van hun potentie, en hierin gefaciliteerd worden.

De rol van de raad van toezicht is voor een deel stimulerend, voor een deel ook wakend over de maatschappelijke opdracht van de instelling. Zo volgt uit de Governancecode zorg 2022 dat de raad van toezicht weliswaar

Waardenkader

Overleven
Continuïteit
Kwaliteit
Toegankelijkheid
Betaalbaarheid
Zeggenschap
Samenwerken
Transparant
Pragmatisch
Vertrouwen

zijn functie vervult door zich te richten op het belang van de organisatie, maar wel vanuit het perspectief van de maatschappelijke opdracht en de centrale positie van de cliënt daarin. Daarbij staat waardengerichtheid nadrukkelijk voorop (principe 2 uit de code). Een belangrijk element voor de uitoefening van waardengericht toezicht is daarbij de toezichtsvisie. De raad van toezicht kan in de toezichtsvisie uitdragen welke antwoorden passend zijn in de context van de eigen organisatie op een aantal relevante vragen rondom schaarste. Daarbij wordt van de raad van toezicht verwacht dat hij expliciet is en zich op de lange termijn focust – ook in tijden van nood en crisis. Daar hoort een ruime opvatting over de maatschappelijke opdracht bij: denk ruimer dan de grenzen van de instelling en voel je medeverantwoordelijk voor de maatschappelijke opdracht. Door de voor de raad van toezicht elementaire waarden (zie het waardenkader⁵) te expliciteren wordt taal gegeven aan de afwegingen waarop de antwoorden op schaarstevraagstukken gegeven worden.

Een checklist van vragen waarop in de toezichtsvisie een antwoord geformuleerd zou kunnen worden:

1. Waar liggen de grootste schaarstevraagstukken?
2. Welke waarden staan op het spel bij de schaarste?
3. Welke waarden staan centraal in de besluitvorming van de raad van bestuur?
4. Heeft het bestuur voldoende oog voor sociale innovatie en creativiteit?
5. Hoe geeft de raad van toezicht prioriteit aan welke waarden? Wat telt?
6. Wie mag wel en niet meepraten en -beslissen over hoe de schaarste wordt aangepakt?
7. Hoe en aan/met wie wordt het verhaal over de gemaakte afwegingen uitgedragen en hoe wordt dat ontvangen?

⁵ Het waardenkader is een lijst met waarden, dat uitputtend noch volledig is, maar kan ter inspiratie gebruikt worden.

De rol van de raad van toezicht is voor een deel stimulerend, voor een deel ook wakend over de maatschappelijke opdracht van de instelling.

Door de voor de raad van toezicht elementaire waarden te expliciteren wordt taal gegeven aan de afwegingen waarop de antwoorden op schaarstevraagstukken gegeven worden.

Referenties

- i Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken. (2022). *De bijdrage aan de langdurige zorg door arbeidsmigranten van buit de EU*. Den Haag: Adviesraad Migratie
- ii RTL Nieuws. (2022). Ziekenhuizen flirtten met verplegers uit Manila en Jakarta. (S. Blotenburg, Ed.) RTL Nieuws. Retrieved februari 2024, from <https://www.rtlnieuws.nl/economie/artikel/5295027/personeel-zorg-personeelstekort-arbeidsmarkt-fnv-ziekenhuis-arbeid/>
- iii Skipr. (2023). NU'91: plan Den Haag om personeel uit India te halen is 'onethisch'. Bohn Stafleu van Loghum. Houten, Nederland: Springer Nature. Retrieved februari 19, 2023, from <https://www.skipr.nl/nieuws/nu91-plan-den-haag-om-personeel-uit-india-te-halen-is-onethisch/>
- iv CPB. (2024). *Krappe Arbeidsmarkt vraagt om Keuzes: Beschouwing bij het Centraal Economisch Plan 2024*. Den Haag, NL: Centraal Planbureau.
- v Louwes, K. (2021). *Inspectie wijst op kwetsbaar evenwicht in de zorg*. Utrecht, Nederland: Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd.
- vi Wereldbank (2020). *Nurses & Midwives*, South Africa. Washington, D.C., Verenigde Staten: Wereldbank. Retrieved februari 19, 2024, from <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.NUMW.P3?locations=ZA>
- vii De Visser, M. et al. (2021). *Kiezen voor houdbare zorg*. Den Haag, Nederland: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR).
- viii CBS (2023). *Dashboard Arbeidsmarkt Zorg & Welzijn*. Den Haag, Nederland: AZW Statline. Retrieved december 2023, from <https://dashboards.cbs.nl/v4/AZWDashboard/>
- ix Baumgärtner, S. et al. (2004). *Relative and absolute scarcity of nature: Assessing the roles of economics and ecology for biodiversity conservation*. Heidelberg, Duitsland: IIEE Heidelberg.
- x Manders, T. & Timmerhuis J. (2012). *Schaarste van grondstoffen: notitie t.b.v. Kenniskamer Schaarste*. Den Haag, Nederland: Planbureau voor de Leefomgeving (PBL).
- xi NVTZ & NLZVE (2023). *Een houdbare samenleving in 2040: het onontbeerlijke samenspel met zorgzame gemeenschappen*. Paritaire Werkgroep NLZVE & NVTZ. Utrecht, Nederland: NVTZ.
- xii NVTZ (2022). *De rol van de Raad van Toezicht in Zorg voor Goed Werk*. Utrecht, Nederland: NVTZ.
- xiii CBS (2023). *Ziekteverzuimpercentage 2e kwartaal*. Den Haag, Nederland: AZW Branches.
- xiv CBS (2023). *Uitstroom 2e kwartaal, gemiddeld 21%. Dashboard Arbeidsmarkt Zorg & Welzijn*. Den Haag, Nederland: AZW Branches.
- xv SER (2021). *Advies Aan de slag voor de zorg: een actieagenda voor de zorgarbeidsmarkt*. Den Haag, Nederland: Sociaal-Economische Raad.
- xvi Alkemade, V., & Hendriks, I. (2023). *Utrechtzorg - Regio Utrecht*. In Minkman, M. et al, *Toezen op samenwerken: Naar een verantwoord samenspel* (pp. 80-84). Amsterdam, Nederland: Mediawerf Uitgevers.

- xvii Acemoglu, D. (2009). *When does labor scarcity encourage innovation?* Massachusetts Institute of Technology (MIT), Department of Economics. Cambridge, MA, Verenigde Staten: MIT University Press.
- xviii NVTZ (2024). *Ridders & Schurken: Ethisch Ondernemen in Zorg & Welzijn*. Werkgroep Ethisch Ondernemen in de Zorg. Utrecht: NVTZ.
- xix Rink, F. (2023). *Het creëren van vertrouwen in regionale zorgnetwerken: te bewerkstelligen via principe-gestuurd toezicht?* In Minkman, M. et al, *Toezen op samenwerken: Naar een verantwoord samenspel* (pp. 51-62). Amsterdam, Nederland: Mediawerf Uitgevers.
- xx Bovenkamp, H. V. , Stoopendaal, A., Bochove, M. Bal, R. (2019). *Regeldruk: van regelreflex naar spiegelreflex*. Rotterdam, Nederland: Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus University.
- xxi Van Driesten, G., Bakker, T., Wessels, K. & Kraaijeveld, K. (2021) *Evaluatie Programma [Ont]Regel de Zorg: betrokken partijen over de ontregelaanpak in de periode 2018-2021*, Amsterdam, Nederland: De Argumentenfabriek in opdracht van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport.
- xxii Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2019). *Blijk van Vertrouwen: Anders Verantwoorden voor Goede Zorg*. Den Haag, Nederland: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- xxiii Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2023). *Is dit wel verantwoord? Hoe de zorg betekenisvol rekenschap kan afleggen in tijden van transitie*. Den Haag, Nederland: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- xxiv Huis in 't Veld, R., & Ploegman, M. (2022). *Vernieuwend Verantwoorden: Veelbelovend en Weerbarstig*. Amstelveen, Nederland: KPMG.
- xxv Bovenkamp, H. V., Kok, J., & Stoopendaal, A. e.a. (2023). *Het potentieel van narratieve verantwoording. Tijdschrift voor Toezicht 2023-3-4*. Den Haag, Nederland: Boom Uitgevers.

Europalaan 500
3526 KS Utrecht

Postbus 30512
3503 AH Utrecht

T 030 737 00 85
bureau@nvtz.nl
nvtz.nl