



Over de raad van toezicht in de zorg in tijden van Corona.

Wat zijn in de acute fase van Covid-19 (maart en april) de ervaringen van voorzitters RvT in de zorg geweest? Een inventariserend onderzoek.

16 mei 2020

Aantal en soorten zorgorganisaties

Rond 1 mei 2020 hebben 30 voorzitters van raden van toezicht in zorg en welzijn hun ervaringen met mij gedeeld over het functioneren van de RvT in eerste acute fase van Covid-19. Merendeels via een telefoongesprek en enkelen via mail. Ik ben ze daarvoor erg dankbaar en om die reden heb ik mijn bevindingen eerst met hen gedeeld voordat het breder gepubliceerd is.

Een aantal geïnterviewde personen zijn voorzitter van 2 RvT's. In totaal ging het om 37 organisaties in zorg en welzijn. Voor de verdeling over deelsectoren: zie bijlage 1. De rode lijnen én opvallende observaties zijn in deze publicatie verwoord.

Het spreekt vanzelf dat de ervaringen van RvT's context-gebonden zijn zoals:

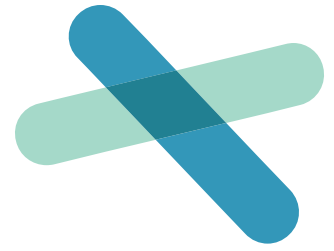
- aard werksoort (voor ziekenhuis anders dan welzijn);
- regio (voor bijv. Noord-Brabant/Limburg anders dan Groningen/Drenthe);
- eenhoofdig of meerhoofdig bestuur;
- omvang (van grote bovenregionale ziekenhuisgroep tot stand-alone verpleeghuis/zorgcentrum) en daarmee mate van professionaliteit in de (ondersteunings)organisatie;
- fase waarin bestuur zich bevindt (bijv. net in functie of richting pensioen);
- fase van relatie tussen RvB en RvT en binnen RvT zelf (heel stabiel, minder stabiel).

Voor de goede orde: de ervaringen gaan vooral over de governance en niet of nauwelijks over het gevoerde beleid Covid-19.

Alle 37 organisaties hebben een crisisteam (soms regieteam genoemd) c.q. crisisorganisatie ingericht. Een enkele voorzitter had wel vragen over de snelheid en mate van professionaliteit bij aanvang maar verreweg de meesten waren positief over de opzet daarvan.

Overall waren de voorzitters RvT onder de indruk van de creativiteit, wendbaarheid en gedrevenheid van bestuur, managers en professionals in de zorg.

De meesten waren (zeer) positief over het gevoerde beleid, ondanks dilemma's in de governance-verhouding voor een aantal. Geen enkele geïnterviewde persoon was uitgesproken negatief of ontevreden over het gevoerde beleid, voor zover dat voor enkele voorzitters te beoordelen was (omdat men worstelde met de governance-verhoudingen; zie verderop).



Voor velen ontwikkelde de andere governance-verhouding zich heel natuurlijk; sterker nog: het verdiepte de relatie met de RvB in positieve zin.

Diverse governance-aspecten worden uitgebreider besproken.

Daarbij is van belang vooraf op te merken. Men spreekt over van de rol van -in dit geval- de RvT in een crisis. Maar zoals ik eerder betoogd heb, kun je beter spreken van een storm dan van een crisis.¹ Want die is niet te vergelijken met andere crisissen. Die vragen een andere rol van de RvT. Die andere crisissen hebben doorgaans een oorzaak in de organisatie zelf. Te denken valt aan het te laat inspelen op veranderende marktomstandigheden, aan slechte kwaliteit van dienstverlening of ruzie in de top; vaak is er een relatie met de kwaliteit van besturing. Covid-19 is een min of meer onverwachte storm die ons allemaal is overkomen. Daarbij zijn er uiteraard wel verschillen in het anticiperen en reageren daarop.

van Control naar Comfort: attitude van de (voorzitter) RvT richting bestuur

Van Control naar Comfort is dus de titel van mijn minicollage over de rol van de toezichthouder/commissaris in Corona-tijd. Kernbegrippen zijn daarin o.a.: niet voor de voeten lopen, luisterend oor, steun bieden etc.

Hoewel verreweg de meeste geïnterviewden mijn filmpje niet hadden gezien, bleek uit het onderzoek dat eigenlijk alle voorzitters die attitude onderschreven en zelf hanteerden.

Ervaringen en rolopvattingen die werden genoemd:

- heel nabij zijn en afstand houden tegelijkertijd;
- veel persoonlijke aandacht naar bestuurders; hart onder de riem steken²;
- klankbord zijn en hulp aanbieden zonder op te dringen ('wat kunnen we voor je doen?').

In incidentele gevallen moest de voorzitter RvT in aanvang een lid RvT in het juiste spoor brengen. Een lid kon wel eens doorschieten in over-enthousiasme door veel informatie naar bestuurder te sturen of veel informatie vragen (meer nice to know dan need to know) of een te stevige 'control-houding'.

'Niet voor de voeten lopen' was dan weliswaar het adagium, er was doorgaans meer dan normaal intensief contact tussen voorzitter RvT en voorzitter RvB/bestuurder (zie volgende paragraaf).

¹ aan begin Coronacrisis heb ik op verzoek van opleidingsacademie Avicenna een filmpje ingesproken over de rol van de Commissaris in Corona-Crisis: van Control naar Comfort. Terug te zien via <https://academievoorleiderschap.nl/meaningful-inspiratie-seminars> of bij mij op te vragen.

² van een bestuurder -niet verbonden aan een van de instellingen van mijn onderzoeksgroep- hoorde ik dan weer dat die persoonlijke aandacht van voorzitter en RvT juist werd gemist, behalve van dat ene lid RvT van wie ze een persoonlijk app-je kreeg, wat ze zeer waardeerde.



Dat neemt niet weg dat de voorzitters of de RvT ook niet schuwen om vanuit een steunende houding, door te vragen naar de opzet en kwaliteit van de crisisorganisatie en/of het beleid. Dat kon om hele verschillende aspecten gaan. Niet dat men er op voorhand twijfel over had maar meer als een professionele check. Bijvoorbeeld de over continuïteit van vitale functies, over de kwaliteit van de communicatie extern, over snelheid van handelen. De ervaring was dat de meeste bestuurders -ondanks hun overvolle agenda- er richting vz RvT professioneel mee omgingen.

Bestuurders deelden met hun voorzitter ook hun 'persoonlijke' dilemma's; niet zozeer om een antwoord te vragen of die te verwachten, maar om de voorzitter RvT er deelgenoot van te maken of om stoom af te blazen. Je zou verwachten dat dit meer aan de orde zou zijn bij een eenhoofdig bestuur van een kleine organisatie, maar het kwam evengoed, zo niet meer voor bij voorzitters van RvB's van grote organisaties/ziekenhuizen. Nogal eens spraken voorzitters RvT over een heel verdiepend en persoonlijk contact – ook op hele bijzondere momenten- wat de relatie en het onderling vertrouwen nog meer versterkte.

Soms was het zoeken naar een zekere bevestiging bij of ruggensteun van de bestuurder bij de voorzitter RvT wel aan de orde. In dat geval ging het dan wel om een eenhoofdig bestuur.

Het kwam ook voor dat -vaak op suggestie van de voorzitter RvT- bestuurders terug konden vallen op een klankbord met een ander lid RvT, veelal met medisch-bestuurlijke kennis en ervaring in een andere zorgorganisatie. Dat werd volgens de voorzitter RvT als heel behulpzaam ervaren.

Dat neemt niet weg dat in zeker 5 van de 37 gevallen het contact tussen vz RvT en bestuurder best wel moeizaam verliep. In al die gevallen moest het contact steeds van de voorzitter komen en het initiatief kwam eigenlijk niet/nooit van de bestuurder. Je krijgt dan de indruk 'lastpost' te zijn, wat je niet wilt zijn. Vanuit bestuurder richting voorzitter RvT werd min of meer een ondertoon uitgestraald van: 'we zijn druk met de crisis; loop me niet voor de voeten' (wat de voorzitter nou juist niet wilde). Dat bracht de voorzitter RvT op het volgende dilemma: moet ik daar nu een punt van maken, als de bestuurder andere dingen aan zijn hoofd heeft? Meestal koos de voorzitter er voor om het nu te laten liggen en het als evaluatieve ervaring te bewaren voor later.

Opvallend is dat in 4 van die 5 gevallen het om een eenhoofdig bestuur ging (wat ikzelf eerder bij een meerhoofdig bestuur zou verwachten).

Verklaringen die er voor gegeven werden: bestuurder heeft pensioendatum in zicht; we waren al in gesprek met bestuurder om op enig moment afscheid te nemen; bestuurder die zich vanwege gewijzigde omstandigheden of qua persoonlijkheid extra wil bewijzen.

De les is dus ook: ja, als RvT comfort bieden aan de RvB/bestuurder maar dat geldt ook andersom. Biedt de RvB/bestuurder proportioneel comfort aan de RvT in zo'n crisis?

In verreweg de meeste gevallen was dat zo, maar bij een aantal dus helaas niet.



Verschillende RvT's hebben in afstemming met RvB en bij monde van de voorzitter RvT een hart onder de riem gestoken naar de medewerkers. Dat vond plaats via een rubriek in de nieuwsbrief of een blog en in een incidenteel geval met een presentje.

Frequentie en aard van de contacten tussen RvT en RvB

NB: een hoge uitzondering daargelaten: alle bilaterale contacten verliepen telefonisch en RvT-meetings waren digitaal.

In verreweg de meeste gevallen had de voorzitter RvT eenmaal per week contact met vz RvB/bestuurder. Een vast moment in de week of wederzijds werd op beider initiatief een moment bepaald.

Een aantal 1x in de twee weken, enkelen 2x in de week of in één geval elke dag.

De hoge of lage frequentie heeft wel een relatie met de aard van de organisatie, locatie en omvang van de crisis. Een GGZ-organisatie in het Noorden van het land of een ziekenhuis in het Zuiden maakt een heel groot verschil.

Bij de genoemde 5 organisaties waar het contact moeizamer verliep was het dus onvoorspelbaar en onregelmatig.

De meeste RvT's kregen dagelijkse en/of wekelijkse updates die het crisisteam naar de eigen medewerkers stuurde (of waren toegankelijk via intranet).

Daarnaast werden in lagere frequentie speciaal voor de RvT briefings gemaakt (door bestuurder of de bestuurssecretaris). Sommige andere voorzitters RvT hadden dat ook wel graag gezien voor de eigen RvT maar gezien beperkte ondersteuningscapaciteit van de organisatie en/of de drukte van de bestuurder, daar niet op willen aandringen.

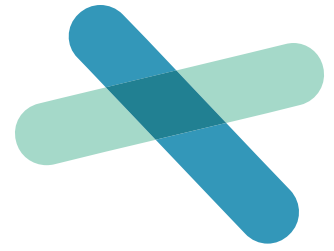
Over het algemeen werd de kwaliteit van de schriftelijke informatie adequaat gevonden; soms was het alleen operationeel en had men een meer bestuurlijke duiding erbij willen hebben.

In een enkel geval was afgesproken dat de RvT zich vrij moest voelen aanvullende vragen te stellen en dat bestuurder dan zou aangeven als dat teveel of te belastend werd ervaren, wat doorgaans niet het geval was. RvT-leden wisten dat goed te doseren.

Bij hoge uitzondering is de voorzitter RvT -uiteraard in afstemming- zelf een keer fysiek polshoogte komen nemen om betrokkenheid te tonen en zelf te ervaren hoe het op locatie is.

Andere RvT's (beperkt aantal) kozen er voor om aanvullend een enkele keer een korte digitale sessie (1 uur) met de RvT in te lassen, zonder agenda en gewoon om als RvB en RvT bij te praten. Dat werd als nuttig ervaren. Sterker nog: daar waar het vanaf aanvang ingepland werd, werd de behoefte daaraan later minder, vanwege het groeiend vertrouwen dat de crisis adequaat wordt aangepakt.

Achteraf gezien hebben enkele voorzitters dat wel gemist; het inplannen van een 'informele' bijpraat-sessie.



Naast het direct informeren van het bestuur richting RvT, kwam het ook voor dat de RvT tussentijds door de voorzitter RvT werden geïnformeerd (meestal een uitgebreide mail soms whats-app).

Ook is het een enkele keer voorgekomen dat de RvT onderling eenmalig een korte sessie belegde, zonder RvB. Het doel was om als team naar elkaar aangehaakt te blijven en beelden te delen waarmee de RvB niet belast hoefde te worden. Dat is goed bevallen. Het versterkte de onderlinge betrokkenheid en teambuilding. Er waren leden RvT die spontaan hulp boden (in de zorg zelf, in het leggen van relevante relaties bijvoorbeeld voor hulpmiddelen etc.) omdat men graag 'iets wil doen' zonder zich op te dringen.

In een ander geval had de voorzitter RvT de spontane betrokkenheid van de overige leden RvT richting haarzelf gemist; ze hoorde eigenlijk nooit wat, al was het maar even een persoonlijke berichtje of mailtje, niet zozeer om aandacht voor haarzelf maar om belangstelling naar de stand van zaken.

De werkgeversfunctie

Drie aspecten zijn in de gesprekken aan de orde geweest:

1. de vervangingsregeling bij uitval;
2. aandacht voor de belastbaarheid van bestuurders;
3. staan mensen op in crisis?

De vervangingsregeling bij uitval

Bij een meerhoofdig bestuur is de onderlinge vervangbaarheid geregeld, al dan niet in combinatie met competenties onder of naast de RvB (management en medisch stafbestuur).

Sommige voorzitters RvT hebben hun RvB bevestigd op risico van uitval van vitale functies onder de RvB.

Bij de 19 organisaties met een eenhoofdig bestuur was er een grote variëteit te bespeuren. De meeste hadden een interne vervanging geregeld al dan niet specifiek aangepast aan de Coronatijd omdat er in deze crisis andere competenties worden verwacht. Maar ook de volgende antwoorden kwamen voor:

- we weten nu al dat vanwege transitie binnen het MT er geen adequate bestuurlijke vervanging zal zijn. Er staat extern een ervaren ex-bestuurder in de coulissen klaar die direct kan invallen als dat nodig mocht zijn;
- we hebben een interim-bestuurder, dus we vallen dan terug op het externe bureau voor vervanging;
- we hebben een sterk directie/management-team, dus als het nodig mocht zijn komt dat wel goed (aantal keer het antwoord);
- "we en de bestuurder waren er mee bezig maar nog niet afgerond, is wat blijven hangen" of: "eerlijk gezegd hebben we dat niet geregeld" (aantal keer het antwoord). Het gesprek was uiteraard wel de trigger er direct mee aan de slag te gaan.



Aandacht voor de belastbaarheid van bestuurders

Eigenlijk alle voorzitters van de RvT hebben hier naar hun bestuurder(s) aandacht aan besteed. De manier waarop hangt af van context en aard persoon bestuurder en wijze van contact. Het is ook een kwestie van aanvoelen van toon, woorden, dosering. Men is er zich ook van bewust dat met een overkill van 'vaderlijke' of 'moederlijke' aandacht het effect minder wordt.

Omdat bij een meerhoofdige RvB de voorzitter RvT het contact heeft met de voorzitter RvB, heeft de voorzitter RvT meestal ook direct contact gezocht met de andere leden RvB. Dat werd erg gewaardeerd en was uiteraard ook inhoudelijk/zakelijk nuttig.

Het reguleren van de belastbaarheid in een meerhoofdig bestuur werd in het algemeen binnen dat bestuur zelf geregeld. Te denken valt aan:

- tijdelijke herziening van onderlinge taakverdeling zodat die evenwichtig blijft;
- RvB-leden die wisselend dagen 'op en af' gaan in de crisisorganisatie;
- RvB-leden die onderling bewaken dat elke lid wel eens op tijd naar huis gaat.

Bij een eenhoofdig bestuur was het voor de voorzitter RvT soms wat lastiger in te schatten wat de belastbaarheid van de bestuurder is. Natuurlijk werd er belangstellend en ondersteunend naar gevraagd maar dat kun je moeilijk voor een ander bepalen.

Naast persoonlijke aandacht en belangstelling, hebben enkele voorzitters RvT op hun lijstje staan om de duurzame belastbaarheid én noodzaak om tijdig terug te kunnen schakelen en rust te nemen als expliciet bespreekpunt mee te nemen in het voortgangsgesprek na de acute fase.

Staan mensen op in crisis?

In brede zin hebben de voorzitters RvT bewondering voor het handelvermogen, gedrevenheid en inzet van hun bestuurders (en andere professionals) in deze crisistijd.

In een aantal gevallen viel het op dat een lid RvB (meestal de laatst benoemde en/of jongere) in positieve zin zijn/haar rol en gezag pakte terwijl die daarvoor minder zichtbaar was.

In een ander geval gaf een voorzitter RvT aan dat hij een minder zichtbaar en kort zittend lid RvB veel beter heeft leren kennen en dat de waardering voor inzet en competenties is gegroeid.

Nergens is vernomen dat een bestuurder 'door de mand is gevallen' of tegen het randje zat. In twee gevallen gaf de voorzitter RvT aan dat van een lid in een meerhoofdig bestuur wat meer verwacht werd (qua leiding), maar dat werd wel gecompenseerd door de andere leden RvB.

Ook werd in een enkel geval gemeld dat de bestuurder er wel erg operationeel inzat en men had wat meer bestuurlijke overzicht en rust willen zien.



Een specifieke casus

Hoewel elke organisatie, elke bestuur, elke RvT uniek is, zijn er dus wel enkele rode draden te trekken.

Dat neemt niet weg dat er ook a-specifieke gevallen zijn.

In één zorgorganisatie was een RvT al in gesprek om tot wisseling in de RvB over te gaan en mogelijk het bestuursmodel aan te passen. 'Corona' bracht nog sterker enkele besturingsvraagstukken binnen de RvB én het 2^e echelon in beeld. Het heeft de RvT (3 hoofdig) doen besluiten om in de acute fase aanwezig te zijn bij het (digitale) overleg RvB-MT. De RvT heeft zich niet inhoudelijk, alleen beperkt procesmatig, in die overleggen geïnvolveerd. Het bleek onder de omstandigheden goed te werken, omdat de RvT real-time geïnformeerd was en het werkte stabiliserend, nodig voor deze fase.

Voortgang lopende zaken RvT?

In relatie met bestuursbeleid en 'going concern' en in overleg met de RvB/bestuurder zijn doorgaans de lopende zaken in de RvT zoveel als mogelijk en verantwoord voortgezet, zoals bijvoorbeeld het proces rondom de afwikkeling van de jaarrekening. Wel is er een rem gezet op bijzondere trajecten of thematische meetings: denk aan een strategie-sessie, een RvT-evaluatie/scholing, een themabijeenkomst of interne gastsprekers/presentaties.

Dat neemt niet weg dat een RvT ziekenhuis juist een aparte thema-sessie had belegd over het ethisch beleid rondom Covid-19. Niet om hier goedkeuring (of zo) aan te geven, maar meer om zich door RvB te laten informeren. Door allen werd dit als positief ervaren omdat het ook iets doet aan onderlinge verbinding RvT/RvB via een inhoudelijk precair vraagstuk.

Soms moest een 'going concern-onderwerp' noodgedwongen vooruitgeschoven worden en in andere gevallen liepen crisis en going concern door elkaar en dat vereiste -al dan niet acuut- een aangepaste beslissing (denk aan vastgoed).

Het credo 'wat normaal kan doorlopen, laten we doorlopen' was behulpzaam want het geeft duidelijke richting. Anders gaat alles schuiven en ben je voortdurend bezig met plannen/herplannen etc. en daar dan de discussie over voeren.

Een bestuurder had op basis van de beleidsagenda 2020 een duidelijke (her)prioritering aangebracht voor de Corona-tijd, wat wederzijds tussen RvT en bestuur helderheid gaf.

Waar gepland liepen in de meeste gevallen de RvT-commissies door (audit en kwaliteit) en werd de agenda vanwege de actualiteit aangepast.

In een kleine minderheid werden de commissie-vergaderingen geannuleerd, op één geval na, in goed overleg tussen voorzitter RvT, RvT en bestuur.

Interne werkbezoeken werden uiteraard geannuleerd.



Een grote variëteit tussen de geraadpleegde RvT's was er in de contacten met interne stakeholders (adviesorganen) of andere personen uit de organisatie.

Die verschillen hadden vele oorzaken:

- ernst van de situatie in de instelling (In het Noorden konden bepaalde zaken gemakkelijker doorlopen dan in het Zuiden);
- er was toch al een regulier overleg gepland in die 2 maanden (en bij andere niet);
- een adviesorgaan zelf in transitie of in geval van een Cliëntenraad: hebben zelf ook geen toegang tot de instelling, dus geen toegevoegde waarde;
- visie c.q. opvatting van voorzitter RvT zelf ('ik wil de OR/medewerkers niet lastig vallen' tot 'ik wil goed op de hoogte zijn');
- in een enkel geval werd het door de RvB/bestuurder afgehouden met als reden dat het te belastend zou zijn.

Die verschillen kwam dus tot uiting in:

- regulier artikel 24-overleg OR-RvB-RvT heeft gewoon voortgang gevonden (uitzondering);
- in veel gevallen heeft alleen de voorzitter RvT tussentijds contact gehad met voorzitter Medische Staf en/of voorzitter OR, in mindere mate de voorzitter Cliëntenraad;
- in andere gevallen vond de voorzitter RvT het nog wat te vroeg of er is gewoon niet aan gedacht in de hectiek;
- in uitzonderingsgevallen werd in afstemming met de RvB contact opgenomen met een medewerker onder de RvB om zich op de hoogte te stellen. Dat kon een medisch hoofd zijn met een cruciale rol in de crisis of bijvoorbeeld het hoofd communicatie over de externe (crisis)communicatie.

Wel viel op dat de meeste voorzitters RvT die om genoemde redenen geen contact intern hebben gehad met (voorzitters) adviesorganen, dat wel tegen het einde van de 2 maanden begonnen te missen. Het stond op hun lijstje om hierover met RvB in contact te treden hier wat aan de doen.

Handelingsperspectieven en scenario's na de acute fase

Het is nog niet bekend hoe de Covid-19 zich zal ontwikkelen, maar het lijkt er nu op dat de eerste acute fase op het eind van zijn cyclus zit.

Qua handelingsperspectief zijn er -ondanks nog vele onzekerheden- beleidsmatig drie fasen te onderscheiden (bron: Jester Strategists)

- o Korte termijn handelen ('protect') → managen van de acute fase Covid-19
- o Middellange termijn handelen ('organize') → hoe organiseer je beleids/bedrijfsmatig na de acute fase
- o Lange termijn handelen ('invent') → is er al zicht op bijstelling van de strategie als gevolg van Covid-19 (denk aan versnelling in de e-health of bijstellen/vertragen op andere punten).



Ik heb de voorzitters RvT vooral bevraagd op de mate waarin de RvB/bestuurder al in de acute fase zich prepareert op de volgende fase ('organize') en zo ja/nee of dat op het netvlies van de RvT staat (dat te agenderen op het juiste moment).

Op de eerste plaats moet gezegd worden dat 'going concern', acute fase, fase 'organize' op een aantal 'transformatie-dossiers' moeilijk te scheiden zijn. Ja, het (samen)spel is anders, de feiten en omstandigheden zijn veranderd. Maar beslissingen (al dan niet bijgesteld) lopen 'grenzeloos' door in de tijd en tussen instellingen. Denk aan beleid tussen RIBW, Psychiatrie, Gemeenten, Woningcorporaties over de ketenzorg, de 'doorplaatsing' van cliënten en vastgoed-beslissingen. De kunst is dan in de acute fase -met nieuwe feiten- beslissingen te nemen tussen ingezet beleid ('verleden/heden') en gewenste toekomst.

De meeste zorgorganisaties zijn lopende de acute fase zich gaan bezighouden met de tweede fase en hebben intern capaciteit vrijgemaakt om -ondanks de vele onzekerheden- na te denken over scenario's in termen van capaciteit/beschikbaarheid zorg (opstart planbare zorg in ziekenhuizen; scenario's bij veranderende wachtlijsten en beschikbare plaatsen in V&V), financieel, personeel (ziekteverzuim, vakanties etc.). Daarin wordt ook meegenomen een scenario van een tweede Covid-19 golf.

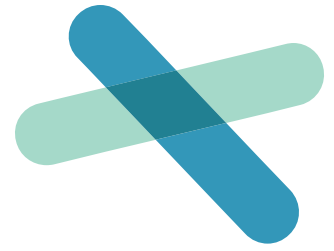
Hier en daar is er een aparte Stuurgroep of Scenariogroep met bestuurlijke verankering voor opgericht. Bij de grote organisaties wordt daarop steviger en professioneler geanticipeerd dan bij de kleinere organisaties, wat logisch is gezien de beschikbare ondersteuningscapaciteit.

Dat neemt niet weg dat zeker bij een aantal organisaties die tweede fase nog onvoldoende in beeld is, of omdat de RvB/bestuurder nog te druk bezig is met de acute fase of dat de RvB (of RvT) het nog net iets te vroeg vond dit te adresseren. Niet elke voorzitter RvT had er goed zicht op. Hier ligt een relatie met de kwaliteit het contact tussen voorzitter RvT en RvB/bestuurder.

Maatschappelijk debat in de RvT over 'veiligheid' en 'vrijheid/eigen regie'

Met name de voorzitters van de RvT in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg heb ik gevraagd of er binnen de RvT samen met de RvB het maatschappelijk debat op tafel lag over enerzijds de noodzaak om de veiligheid en gezondheid van cliënten en medewerkers te garanderen en anderzijds de vraag: wat doe je cliënten en familie aan dat bezoek en contact te verbieden.

Alle gesprekspartners gaven min of meer hetzelfde antwoord. Namelijk dat dat debat eigenlijk helemaal niet plaats vond in de RvT met RvB want:



- we hadden eigenlijk geen keus; regeringsbeleid moest gevolgd worden in combinatie met het maximaal risico beperken voor cliënten en eigen medewerkers;
- ja persoonlijk heb ik/we er wel zo mijn/onze gedachten over, maar we hebben dat echt bij de RvB gelaten om ze in de hectiek en moeilijke afweging niet nog meer te belasten/voor de voeten te lopen. Een aantal bestuurders noemde het hun moeilijkste beslissing ooit; wie zijn wij om daar dwars doorheen te gaan.

Dat neemt niet weg dat nogal wat voorzitters het er persoonlijk best lastig mee hadden; niet met de beslissing van de RvB die begrijpelijk was vanwege de volksgezondheid, maar vanuit hun eigen persoonlijke ervaring (moeder, zus) of morele opvatting ('eigen regie' wordt overboord gegooid).

NB: beleidsmatig werden hier en daar creatieve oplossingen gedacht door de bestuurder (denk aan container-bezoek unit), maar daar waren ook weer verschillende opvattingen over, maar dit terzijde.

Reflectie op de uitkomsten en bevindingen

Op basis van het onderzoek wil ik reflectief een aantal eigen indrukken benoemen.

De eerste indruk is dat de Corona-crisis de bestaande verhoudingen van voor de crisis uitvergroot c.q. versterkt.

Daar waar de relatie bestuurder met de voorzitter wat broos of afstandelijk was, lijkt dat versterkt geworden, althans niet verbeterd. En waar die verhouding goed was, heeft die zich in positieve zin verdiept.

Waar het goed gaat (de meeste gevallen dus) lijkt het contact 'echter' te zijn geworden, meer persoonlijk, meer kwetsbaarheden worden zichtbaar of worden geuit of er wordt niet geschroomd dat aan te raken³.

Waar het in de relatie minder goed ging (en gaat) werkte het juist de andere kant op: 'niet echt in contact', alleen functioneel, wat afstandelijk en beperkt.

Het is dus van belang in goede en/of relatief rustige tijden in elkaar te blijven investeren. Een les voor de toekomst is wellicht om nóg meer te durven 'de persoon' in 'de functionaris' (bestuurder, toezichthouder) wederzijds zichtbaar te maken.

Wat weer niet gezegd kan worden is dat in een crisis de competenties van mensen of afdelingen bevestigd worden (in positieve of negatieve zin).

Ja, het kwam voor dat de kwaliteiten van personen of afdelingen in zo'n crisis (of althans de beelden daarover) in positieve of negatieve zin sterker naar voren komen.

Maar ook is gebleken dat er personen opstonden op een wijze die de RvT nog niet eerder had gezien (en mogelijk ook niet verwachtte).

³ wat niet verward moet worden met 'klef worden' of 'vriendjes worden'. Dat is iets anders.



Een blik op de toekomst

Gaan de ervaringen met Covid-19 duurzaam effect hebben of wordt het business as usual? We kunnen het nog niet weten.

De thema's zijn niet in alle gesprekken aan de orde geweest. Het zijn persoonlijke inschattingen en reflecties die niet zozeer gaan over de governance maar meer over organisatorische en maatschappelijke dilemma's in de volgende fase van zorgorganisaties.

En als toezichhouder met een maatschappelijk geweten en antenne-functie is het wel van belang je daar een beeld over te vormen.

Ik noem er vier.

'Opstart van de reguliere zorg'

Uiteraard gaat eerst alle energie zitten in het opstarten van de reguliere zorg, van de dagbesteding, van de bezoeksregelingen etc. in combinatie met het anticiperen op een mogelijk 2^e golf Covid-19.

Van diverse kanten heb ik vernomen dat in veel organisaties de Corona-crisis één grote teambuildings-sessie was. De kunst is dat natuurlijk vast te houden.

Ik zie wel grote uitdagingen.

Met name in ziekenhuizen zullen veel medisch specialisten een inhaalslag willen maken en dat geeft grote druk op de beschikbare capaciteiten, op de verpleegkundigen die nu ook rust gegund moet worden en op de honoraria medisch specialisten (waar aan de orde).

Het is niet te hopen dat de gemeenschappelijke focus tijdens de crisis omslaat in een onaangename verdeling van deelbelangen. Maar lijkt me niet irreëel.

En dat vraagt weer andere bestuurlijke kwaliteiten dat te managen.

Externe samenwerking

Verreweg de meeste zorgorganisaties roemen de snelle en effectieve samenwerking met andere (zorg)organisaties tijdens de Corona-crisis. Alles werd vloeibaar en alles werd in een hoog tempo mogelijk in het gemeenschappelijk belang.

Overall hoor je dat men terecht hoopt dat dit voor de langere termijn wordt voortgezet.

Het is zeer waarschijnlijk dat vanwege de extra overheidsinvesteringen én de verwachte recessie in 2021 e.v. er relatief *minder* geld voor de zorg beschikbaar komt. Er komt dus nog meer druk op de instellingsbudgetten (en honoraria).

Om die reden voorzie ik twee uitersten, positief en negatief.

In schaarste zoeken instellingen elkaar juist op óf ze trekken zich meer terug voor het eigen belang wat niet altijd het cliëntenbelang is. Een positief voorbeeld van het eerste is de samenwerking van 'concurrerende' thuiszorgorganisaties in de avond/nachtzorg in de buitengebieden.



Het is juist de kunst en taak van de toezichthouder dat bredere belang in ogenschouw te nemen boven het belang van de instelling waarvoor je als toezichthouder (juridisch) primair mede-verantwoordelijk bent.

kwaliteit van leven

Ik denk dat het thema 'kwaliteit van leven' in alle zorgorganisaties én in elke individuele zorgrelatie nog meer op de agenda komt.

Voor ziekenhuizen zal dat de vraag zijn: 'hoe lang behandelen we nog door?' Natuurlijk is dat nu al individueel en beleidsmatig aan de orde is. Maar met de toenemende vergrijzing én vooral co-morbiditeit zal dat vraagstuk nog prominenter worden. Druk op de beschikbare capaciteiten én op de collectieve lasten zullen dat onvermijdelijk een duwtje geven.

Voor verpleeghuizen en verstandelijk gehandicaptenzorg stond 'kwaliteit van leven' al duidelijk op de agenda en in de dagelijkse aandacht. In Corona-tijd zijn er moeilijke keuzes gemaakt, niet tussen goed en kwaad maar eerder tussen 'kwaad' en 'kwaad'. Ik sluit niet uit dat nog meer op individueel niveau en met maatwerk 'kwaliteit van leven' in afstemming met cliënten en zijn verwanten georganiseerd wordt. Hoe erg de lockdown en sluiting van deuren voor de meesten ook was, het heeft routines doorbroken en wellicht ook tot andere inzichten geleid. Mogelijk heeft het juist voor die ene client (oudere of gehandicapte) meer rust en structuur gebracht.

Over het ter discussie stellen van routines gesproken. Dat geldt ook voor de GGZ. En dan doel ik nog niet op de verwachte ontwikkeling naar meer e-consulten. Ik doel op bijvoorbeeld routines in behandelpatronen: de vaste frequentie van contacten, van de periodiciteit en hoeveelheid methadonverstrekking aan verslaafden etc. Door Covid-19 is alles op zijn kop gezet. Durven we de routines ter discussie te stellen en daarna een nieuwe conclusie te trekken? Ja, die hadden echt zin en zijn nodig. Of: kan het ook anders en mogelijk minder? Het aantal verwijzingen naar de ggz is in twee maanden met 25 tot wel 80 procent afgenomen (bron: GGZ Nederland). Er wordt terecht gewezen op het gevaar van onderbehandeling met grotere risico's en gevaren van dien voor later. Maar wellicht hebben bepaalde cliënten noodgedwongen hun problemen op een andere manier, in eigen netwerk, aangepakt. Kan achteraf geconcludeerd worden dat voor een bepaalde groep er sprake was van overbehandeling en blijkt terugkeer naar de ggz toch minder nodig te zijn.....?

'naar een Civil Society'

Zorgorganisaties hebben nu wel andere dingen aan hun hoofd, maar in mijn filmpje heb ik de suggestie gedaan of je van 'de hartjes en de beertjes' die zich over de zorg hebben uitgestort een permanente fanclub kunt maken (metaforisch bedoeld). Hoe kun je de samenleving nog meer betrekken en verbinden aan de zorgorganisatie. Naast de verzorgingsstaat en de toenemende twijfels over de gereguleerde marktwerking, zullen we ons (hopelijk) ontwikkelen naar een 'civil society'.



In zekere zin gebeurt dat al door een grote betrokkenheid van vrijwilligers (met name in de Care). Maar er zijn nog veel meer mogelijkheden die per zorgorganisatie kunnen verschillen. In de acute fase Covid-19 heeft Zuyderland Limburg een actief communicatiebeleid gevoerd om via de regionale TV-omroep Limburg de bevolking te informeren over de ontwikkelingen en het beleid. Waarom zou dit in de toekomst niet voortgezet kunnen worden wat natuurlijk best wel spannend is om je real time en openbaar 'te verantwoorden' over het te voeren beleid. Het past wel bij huidige tijd om publiekelijk daarover het gesprek aan te gaan, wat vertrouwenwekkend werkt⁴.

Een ander voorbeeld is de financiële participatie van burgers in Ziekenhuis Bernhoven⁵

Tot slot

Tot slot nog ervaringen (tips) van een enkele voorzitter raad van toezicht die in de Corona-tijd zijn toegepast en aandachtspunt voor anderen de komende (onzekere) tijd.

Ten eerste: zorg dat je je blijft voeden met nieuwe informatie (bijvoorbeeld webinars).

Ten tweede: houdt contact met een (of meerdere) collega-voorzitter RvT ('buddy').

Te derde: zorg bij tijd en wijlen voor ontspanning tijdens een digitale sessie: zoals bijvoorbeeld op vrijdagmiddag met een proost op het weekend (met ieder zijn eigen glaasje wijn, sap, bier).

⁴ zie de vele publicaties van Steven de Waal, Public Space, over Civil Leadership.

⁵ Samen zorgen voor een gezonde toekomst: financiële burgerparticipatie. Artikel van Lilliane Bovendeert en Theo Schraven in Tijdschrift Goed Bestuur & Toezicht 2020, nr. 1.



Bijlage 1 aantal en soorten organisaties

Er zijn 34 personen benaderd; allen voorzitter van een RvT in zorg en welzijn. Daarvan hebben er 30 positief hebben gereageerd (de meesten binnen 3 dagen!); een respons van 88%. Van de overige vier is geen bericht ontvangen (dus ook geen expliciete afwijzing).

Van de 30 geraadpleegde personen heb ik er 25 telefonisch gesproken (gemiddeld 45 min per gesprek) en 5 personen hebben mij gemaild over hun ervaring.

7 geïnterviewde personen zijn voorzitter van 2 RvT's zodat het in totaal om 37 organisaties in zorg en welzijn gaat

Enkele voorzitters zijn ook elders lid RvT (dus geen voorzitter) in de zorg of welzijn.

Deze instellingen c.q. ervaringen zijn niet meegenomen.

Hieronder de verdeling in subsectoren. Er zitten geen dubbelstellingen in. Als een instelling werkzaam is in 2 werksoorten dan heb ik de grootste werksoort voor die organisatie genomen.

<i>Werksoort/sector</i>	<i>aantal</i>
ziekenhuis	6
revalidatie	3
ouderenzorg	15
GGZ	4
gehandicaptenzorg	4
jeugdzorg	3
welzijn	2
<i>totaal</i>	<i>37</i>

Een oververtegenwoordiging van de ouderenzorg heeft m.i. twee verklaringen. Er zijn beduidend meer ouderenzorg-organisaties in NL dan bijv. ziekenhuizen of GGZ-organisaties. Daarnaast zal er een 'toevallig' verband zijn met mijn netwerk/klanten.

Van de 37 instellingen waren er 19 met een eenhoofdig bestuur en 18 met twee- of driehoofdig bestuur.

Informatie over Theo Schraven, zie vlg. blz.



Drs. Theo P.M. Schraven, adviseur voor bestuur, toezicht en stakeholders
advies@theoschraven.nl
0621573365
www.theoschraven.nl

Juridisch-bestuurskundige opleiding aan Universiteit van Tilburg, diverse trainingen op adviesvaardigheden en leiderschapspracticum Avicenna. Na diverse staf- en management/directiefuncties in de gezondheidszorg is hij 20 jaar extern adviseur voor besturingsvraagstukken en vooral governance. Vooral werkzaam in alle sectoren van de zorg en welzijn en ook in andere maatschappelijke sectoren.

Bestuur- toezichtvragen hebben als een rode draad door zijn studie- en werklevens gelopen. Hij was destijds o.a. secretaris/lid van de Commissie Health Care Governance (Commissie Meurs) en heeft aan de basis gelegen van de ontwikkeling van governance in de zorg. Hij heeft rond 50 publicaties op zijn naam staan, waaronder twee boeken over governance in de zorg (in 2006, als eindredacteur en in 2014, verzameling van enkele van zijn artikelen).

Hij adviseert bestuurders en toezichthouders over het functioneren van hun governance, was in verleden adviseur van VWS op het governance-dossier. Tevens moderator en kerndocent bij diverse opleidingsmodules van NVTZ-academie.

Naast workshops en evaluaties met toezichthouders en bestuurders richt zijn adviespraktijk zich op het preventief verbeteren of om stagnerende processen in de governance te doorbreken.

Tevens actief in innovatieve vraagstukken rondom governance (eigenaarschap van professionals, governance van allianties en netwerken, nieuwe vormen van medezeggenschap cliënten/verwanten).