

Toezen in een veranderende samenleving

Een visie op het intern toezicht van 2030 en verder

Samenstelling Commissie 'Toezicht in een veranderende samenleving'

- Erik Dannenberg (voorzitter)
- Job Eijnsink
- Jolien Kohlmann-Bins
- Tineke Lambooy
- Marthijn Laterveer
- Saskia Mahabali
- Wilma Scholte op Reimer
- Aad Koster (Bestuur NVTZ)
- Marius Buiting + (Bureau NVTZ)
- Ans Verstraeten (Bureau NVTZ)
- Martijn Groenewold (Secretaris, Bureau NVTZ)

Inhoudsopgave

Inleiding	4
Leeswijzer	5
1. Fasen in de kringloop van het leven	6
1.1. De eerste duizend dagen, jeugd en jongere (t/m 20)	6
1.2. Adolescentie en gezinsvorming (21-40)	7
1.3. Mid-life (41-60)	8
1.4. Pensioen & Ageing (61-80)	8
1.5. Oudere (80+)	9
2. Doorsnijdende opgaven	9
2.1 Duurzaamheid	9
2.2 Bestaanszekerheid	10
2.3 Arbeidsmarkt	11
2.4 Digitale Transformatie & Innovatie	11
2.5 Diversiteit & Inclusie	12
3. De buurt en de regio	12
4. De toezichthouder van 2030	14
4.1. Rolneming raad van toezicht	14
4.2. Ontwikkeling denkkader	14
4.3. Raad van toezicht of toezichtsfunctie?	15
4.4. Boardroom dynamics	16
4.5. Samenspel & Co-creatie	16
4.6 Intern toezicht en de buitenwereld	17
Referenties	17

Inleiding

De hedendaagse toezichthouder heeft, behalve de klassieke rollen (werkgeverschap, klankbord en controle & beoordeling), een belangrijke maatschappelijke verantwoordelijkheid. De samenleving wordt steeds complexer en verwacht steeds meer van een toezichthouder/commissaris, en steeds nadrukkelijker dat diegene zich verhoudt tot de samenleving en het maatschappelijk belang de boardroom in weet te brengen. Deze verwachting vanuit de samenleving valt samen met grote veranderingen ("transities") in zorg en welzijn, en in Nederland in bredere zin. Een aantal probleemanalyses zijn inmiddels genoegzaam bekend: de zorgkosten lijken onbeheersbaar te worden, het aantal ouderen neemt in hoog tempo toe als gevolg van vergrijzing, oplopende personeelstekorten etc.ⁱ Tegelijkertijd ontwikkelt zich de maatschappelijke behoefte aan meer invloed als burger of lokale gemeenschap op besluitvorming in instituties, een maatschappelijke behoefte aan een minder zakelijke, koude samenleving, waar mensen weer meer verbinding met elkaar hebben. Met andere woorden: de manier waarop zorg & welzijn georganiseerd is, lijkt niet langer duurzaam. Dit gegeven van wrijving en schaarste creëert kansen en momentum voor innovatie en transformatie. Transformatie en innovatie van de organisatie van zorg & welzijn, maar vooral ook van het denken over de governance van zorg & welzijn. Een transitie, met andere woorden, van ziek zijn en zorg naar samenleven en welbevinden als basis voor gezondheid. Het is dan ook het juiste moment om de maatschappelijke rol van de raad van toezicht centraal te stellen, gezondheid, welbevinden en inclusiviteit in plaats van ziekte of beperking als uitgangspunt te nemen en de raad van toezicht te equiperen voor de rolneming van de toekomst.

Het NVTZ-bestuur heeft naar aanleiding van het 30-jarig bestaan van de vereniging en het feit dat het vorige profiel van de toezichthouder 12,5 jaar geleden is opgesteld, een commissie ingesteld die zich buigt over een nieuw profiel van de toezichthouder en dat verwoordt in een visie. Deze visie is de visie op toezicht 2030, die zich richt op de grote maatschappelijke opgaven van onze huidige tijd en wat dat betekent voor de rol van de toezichthouder in 2030 en verder. De visie borduurt voort op een reeks publicaties van zowel binnen als buiten de vereniging. Zo identificeert de NVTZ in het strategisch beleidsplan '20-'25ⁱⁱ een zevental transities in zorg & welzijn waar dit document een doorvertaling van is (Co-creatie, Juiste schaal, Meer met minder, Langer thuis met meer mogelijkheden, Evenwichtig verdelen, Persoonsgerichte zorg, Positieve gezondheid), is er een advies van de paritaire commissie van de NVZD en NVTZ gericht op de bestuurlijke horizon tot 2030ⁱⁱⁱ en liggen er een aantal externe rapporten als fundament onder dit document. Voorbeelden daarvan zijn de recentere adviezen van de Raad van Volksgezondheid & Samenleving (RVS) en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). Maar ook adviezen van de NVTZ Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) en andere relevante documentatie spelen een belangrijke, fundamentele rol voor de totstandkoming van een visie en idee over toezien richting 2030 en verder.

De commissie heeft als uitgangspunt dat we ieder mens als uniek mens zien met eigen waarden en behoeften. Maar dat we de mens ook zien als organisme in zijn omgeving, die in een wisselwerking met die omgeving leeft en functioneert: in een ecosysteem, waarin de lokale of regionale opgave centraal staat. Eenieder die bij kan dragen aan de ontwikkelingen in deze lokale dan wel regionale opgave is daarbij relevant. We hebben verschillende levensfasen in de cyclus van een menselijk leven en een aantal doorsnijdende maatschappelijke, voor elke leeftijd relevante, opgaven in kaart gebracht. De blik op levensfasen biedt de toekomstgerichte en hedendaagse toezichthouder namelijk de mogelijkheid om integraal te kijken naar de brede basis die nodig is voor een goede gezondheid en voorkomt een verkokerde blik op zorg & welzijn. Daarmee wordt de blik weggetrokken van de eigen institutionele specialisatie, maar gericht op de mens als geheel in zijn omgeving. De commissie benadrukt daarbij dat die indeling arbitrair is en op individueel niveau altijd contextafhankelijk. Voor wat betreft de doorsnijdende opgaven geldt dat dit in de ogen van de commissie de belangrijkste opgaven zijn waar we voor staan, maar deze zijn niet uitputtend.

De commissie hoopt met deze visie op de toekomst van het toezicht de toezichthouder inspiratie, handvaten en een richting te bieden om zijn werk professioneel, intrinsiek gedreven en toekomstgericht te doen. We nodigen de toezichthouder daarbij expliciet uit de blik in de achteruitkijkspiegel te verkorten en de blik door de voorruit te verruimen. Of om inmiddels bekende quote te gebruiken: “het risico voor commissarissen en toezichthouders om op ‘de stoel van het bestuur’ te gaan zitten is in de praktijk veel minder groot dan het risico dat hen achteraf wordt verweten te veel ‘op de achterbank’ te zijn blijven zitten.”¹ Daarmee is overigens niet gezegd dat de blik naar achteren onbelangrijk is, sterker nog: waardierend en lerend kijken naar het verleden is essentieel, het heden kun je niet verstaan zonder de geschiedenis te kennen. En met al onze opgedane kennis en kunde zien we vervolgens uit naar de toekomst.

Leeswijzer

Deze visie op toezicht 2030 is opgebouwd uit vier kernhoofdstukken. Deze stellen de volgende vragen centraal: welke uitdagingen en krachten vinden we in de verschillende fasen van het menselijk leven? Welke opgaven zien we maatschappij breed op ons afkomen die relevant zijn voor toezichthouders in zorg & welzijn? Vanuit welke blik, vanuit welk perspectief (of aggregatieniveau) kunnen deze opgaven benaderd worden? Wat betekenen deze opgaven voor de toekomstgerichte toezichthouder?

Hoofdstuk 1

In het eerste hoofdstuk adresseren we de opgaven die samenhangen met de verschillende levensfasen van mensen. Dat doen we omdat wij denken dat op deze manier de benadering van welzijn en gezondheid op een meer integrale manier vorm kan krijgen. Het gaat er daarbij om dat de opgaven en krachten van de verschillende ‘generaties’ niet zozeer uitputtend zijn of dat het vaste patronen zijn, maar het gaat vooral om de context van belangrijke gezondheidsvraagstukken te schetsen op bepaalde momenten in het leven van een mens. Daarbij is gebruik gemaakt van generalisaties en een indeling op leeftijd. Delen daarvan zullen voor de individuele lezer op punten herkenbaar zijn, op andere punten een stuk minder, mede afhankelijk van de generatie waartoe de lezer zich verhoudt.

Hoofdstuk 2

Als de levensfasebenadering in te delen is in spreadsheet-kolommen, zou je de maatschappelijke opgaven die in dit hoofdstuk genoemd en beschreven worden kunnen beschouwen als de rijen die daar dwars doorheen lopen. Met andere woorden: deze opgaven snijden dwars door de levensfasen heen. Dit zijn opgaven die wat ons betreft invloed hebben op welzijn en gezondheid van mensen ongeacht de levensfase waarin zij zitten. Ook voor deze maatschappelijke opgaven geldt dat de één herkenbaarder zal zijn dan de ander en bovendien dat de verzameling niet uitputtend is.

Hoofdstuk 3

Na een lange contextschets, wat we bewust doen omdat er zoveel factoren van belang zijn voor welzijn en gezondheid, proberen we de blik van de toezichthouder te verleggen. Ons uitgangspunt is dat we de mens zien als organisme in zijn omgeving (een zgn. ecosysteem benadering), waarbij het natuurlijke aggregatieniveau de directe omgeving van die persoon is. Het spreekt voor zich dat daarmee in principe de buurt of het dorp waar iemand woont de basis is. Maar rond de verschillende levensfase- en maatschappelijke opgaven kan niet alles opgelost worden in eigen buurt of dorp. In hoofdstuk 3 kijken we verder naar welke aggregatieniveaus op welk moment of bij welke maatschappelijke opgave passend zijn.

¹ Olden en Raaijmakers, 2016.

Hoofdstuk 4

In het laatste hoofdstuk gaan we dieper in op de rol van de toezichthouder. De rol ten opzichte van het bestuur, de organisatie, de formeel- en maatschappelijk belanghebbenden en ten opzichte van de eigen raad. Welke rol past de toezichthouder van 2030, wat mag de maatschappij verwachten van een toezichthouder? Dit hoofdstuk zoekt dus naar de rol die de toezichthouder te spelen heeft in het licht van de in hoofdstuk 1 en 2 geschetste opgaven die voor ons liggen.

1. Fasen in de kringloop van het leven

In de inleiding werd kort verwezen naar de indeling die deze publicatie hanteert, namelijk die van een aantal levensfasen en doorsnijdende opgaven, of dimensies. Deze indeling is gekozen omdat, globaal genomen, de basis voor gezondheid van mensen in deze specifieke levensfase bepaalde kenmerken heeft. Dat neemt niet weg dat de individuele context van mensen of de context van groepen mensen significant kan afwijken. Bovendien benadrukken we als commissie ook – en daar gaat hoofdstuk 2 met name over – dat veel opgaven in de samenleving intergenerationeel van aard zijn. Vandaar dat we dat ‘doorsnijdende opgaven’ noemen. Met deze disclaimer gaan we graag verder in op de verschillende fasen in de kringloop van het leven. Dat biedt ons namelijk nieuwe mogelijkheden: zo kan er over het integrale geheel van uitdagingen waar mensen tegenaan lopen meer – en belangwekkender – contact tussen werkgevers en werknemers ontstaan. En ook kan de onderwijssector veel breder beschouwd worden in het integrale geheel waarin hij zich bevindt.

1.1. De eerste duizend dagen, jeugd en jongere (t/m 20)

Voor deze levensfase zien we een aantal ontwikkelingen die invloed hebben op de gezondheid en het welbevinden. Dat gaat om de volgende ontwikkelingen:

- Eerste duizend dagen: gelijke kansen beginnen al voor de geboorte.^{iv} De geboortezorg staat onder druk van groot personeelstekort,^v terwijl er een belangrijke rol weggelegd is voor de publieke gezondheidszorg en preventie. De eerste duizend dagen bepalen zowel op sociaal als op medisch niveau een belangrijk deel van het verdere leven van een mens.^{vi}
- De kinderopvang en voorschoolse educatie spelen een belangrijke rol in de ontwikkeling van kinderen, bijvoorbeeld in het tegengaan van taalachterstanden op vroege leeftijd en hebben bovendien een belangrijke signaleringsfunctie op het gebied van huiselijk geweld en kindermishandeling. Verschillende onderzoeken² laten zien dat door goed begeleid spel, kinderen allerlei leervaardigheden aanleren, waarvan ze op latere leeftijd aantoonbaar profijt hebben.
- Tijdens de basisschoolleeftijd is er sprake van een belangrijk samenspel tussen onderwijs, gezinnen, publieke gezondheid, sociaal werk en waar nodig jeugdzorg. Scholen en buitenschoolse opvang hebben een sterke signaalfunctie als het gaat om zowel de cognitieve als sociaal-emotionele ontwikkeling van een kind, maar ook de gezondheid, veiligheid en het welbevinden.
- Voor de gehele leeftijdsgroep (0-20) geldt dat de publieke gezondheid de mogelijkheid heeft om door middel van bijvoorbeeld gecombineerde leefstijlinterventies (“GLI’s”) of andere interventies preventief aan de leefstijl van kinderen/jongeren te werken, in samenspel met kinderopvang, sociaal werk, onderwijs en sportverenigingen. Daarnaast kan samenspel tussen burgers, jongerenwerk, lokale overheid en publieke gezondheid ook bijdragen aan een infrastructuur die de jongeren mogelijkheden voor ontspanning, sport en spel biedt.

² Zie hiervoor ‘Een beter plan voor de Kinderopvang’ van de Brancheorganisatie Kinderopvang:
<https://viewer.pdf-online.nl/books/rruy/#p=1>

- Het jongerenwerk speelt een belangrijke rol in deze generatie om te voorkomen dat jongeren, met name uit gezinnen met minder te besteden middelen, wegglijden in bijvoorbeeld jeugdcriminaliteit en terecht komen in de jeugdzorg of jeugddetentie.
- Op de middelbare schoolleeftijd neemt de rol van de school een andere vorm aan en neemt het belang van aandacht voor mentale gezondheid bij jongeren toe. De zwaarte van de problematiek bij jongeren die met zichzelf in de knoop raken of slachtoffer zijn van mishandeling is in deze periode van toenemende aard. Vaak komt hier naast jeugdzorg ook jeugd-ggz om de hoek kijken en openbaren zich ook de eerste zwaardere psychiatrische klachten.^{vii}
- De leeftijd 18 jaar markeert in de verkokering van zorg & welzijn een belangrijk moment. Jongeren die via de jeugdzorg nog allerlei ondersteuning kregen, zijn op dat moment voor de wet volwassen. Daarmee vervalt veel ondersteuning en neemt de eigen verantwoordelijkheid van jongeren/jongvolwassenen acuut toe. Dat veronderstelt een (te) grote mate van zelfredzaamheid onder (kwetsbare) jongeren in een complex systeem.^{viii}
- Voor jeugd en jongeren met een fysieke of verstandelijke beperking is gehandicaptenzorg beschikbaar, waarbij vaak in samenspel met ouders/verzorgers de zorg die nodig is tot stand komt. Daarnaast is er zowel speciaal onderwijs als voortgezet speciaal onderwijs voor kinderen met een beperking. Vanuit de gehandicaptenzorg is er een beweging richting een inclusieve samenleving ingeslagen, waarmee verouderde verkokerde paradigma's steeds meer achterwege gelaten worden. Dit komt onder anderen tot uiting in de meest recente visie van VGN.^{ix}

1.2. Adolescentie en gezinsvorming (21-40)

We gaan in op een aantal ontwikkelingen die zich voordoen bij jongvolwassenen, jonge gezinnen en waar het zwaartepunt van de zorg zit in deze levensfase:

- Jongvolwassenen zitten in een zoekende fase, krijgen te maken met verantwoordelijkheden en tegelijkertijd vrijheden die ze nooit hebben gehad. Deze fase markeert een voor velen interessante en spannende tijd, maar voor sommigen een verwarrende en zware tijd. Met het ouder worden, lijken mensen dan ook meer kans te hebben dat ze de GGZ nodig hebben, zo laat het langjarig NEMESIS onderzoek van Trimbos zien.^x Daarnaast speelt in deze levensfase mee dat de werkdruk in veel beroepen hoog is, de ervaring nog beperkt en dat daardoor burn-outs op de loer liggen.
- Met het toenemen van de leeftijd naar een periode die zich laat kenmerken door de 'gezinsvorming' zien we de vraag naar hulp uit de GGZ pieken. Cijfers uit het eerdergenoemde langjarig onderzoek van het Trimbos instituut laten zien dat de GGZ-piek in Nederland tussen de 25-34 jaar ligt.
- Als gevolg van de gezinsvorming is dit ook de leeftijdsgroep die het meest beroep doet op de geboortezorg en kinderopvang. Twee sectoren waar te weinig personeel voorhanden is en waar bovendien vraagstukken over de inrichting van het systeem spelen. Bovendien doet geboortezorg in het ziekenhuis een beroep op de spoedeisende hulp en heeft daardoor bijvoorbeeld ook invloed op de inrichting van het toekomstige ziekenhuis. De trend is dat het ziekenhuis vooral geacht wordt zorg over te dragen naar de eerste- of nuldelijn, SEH's worden geregeld (tijdelijk) gesloten, maar de huidige geboortezorg vereist een functionerende SEH in de regio.
- Het sociaal werk speelt in deze levensfase een essentiële rol en draagt voor veel mensen bij aan meer welbevinden en daardoor een betere algehele gezondheid, vaak met gevolgen voor de rest van hun leven. Anderzijds ontstaat er in deze periode vaak ook schuldenproblematiek bij mensen. Het blijkt, volgens het CPB, een grote ziekmaker te zijn^{xi} en het sociaal werk kan mensen bijstaan wat de verantwoordelijkheden rondom financiën betreft, zeker in een periode dat de overheid het maar niet voor elkaar krijgt uit de systeemwereld te stappen en de leefwereld van (kwetsbare) mensen als uitgangspunt te nemen.

- Starters op de woningmarkt vallen vaak (niet altijd) in deze leeftijdscategorie. Zij kunnen nauwelijks een plek bemachtigen door de schaarste aan woningen en de hoogte van het inkomen dat je moet hebben om een kans te maken op een woning. Met een markt waarin alleen mensen die kunnen 'overbieden' een kans maken, hebben de lagere inkomens, zij die geen huis te verkopen hebben of families met weinig kapitaal het nakijken.

1.3. Mid-life (41-60)

Voor veel mensen in de mid-life fase verandert de focus van jeugd en jongeren naar juist de ouder wordende mens. Daar horen onder anderen de volgende ontwikkelingen bij:

- Mensen zitten in deze levensfase in een vaak meer verantwoordelijke positie in hun carrière, het aantal scheidingen is hoog^{xii} en mensen worden vaak mantelzorger in deze periode. De combinatie van deze factoren leidt tot veel uitval van mensen en psychische problemen.
- Een andere ontwikkeling is dat veel mensen in deze levensfase te maken krijgen met (hun eerste) chronische aandoening. Dit betekent dat er vaker een beroep gedaan wordt op de gezondheidszorg en dat dit ook een repeterend karakter heeft. In dit kader zien we dat technische ontwikkelingen heel veel kunnen betekenen wat betreft druk op de zorg, waardoor zorgvraag vanuit deze leeftijdscategorie – in theorie – aanzienlijk kan verminderen. Die technische innovatie dient dan wel samen te gaan met sociale innovatie. En terwijl de technische mogelijkheden vaak al lang en breed aanwezig zijn, is de implementatie en opschaling van die middelen vaak een ingewikkeld vraagstuk.^{xiii}
- Voor de mensen in deze leeftijdscategorie geldt dat ze vaak mantelzorger worden van één of beide ouders en/of schoonouders. Het aantal mantelzorgers ten opzichte van het aantal ouderen neemt de komende decennia (fors) af als gevolg van de demografische samenstelling van de Nederlandse bevolking. Volgens het PBL & SCP en gaan we van 5 naar 3 mantelzorgers per 75-plusser in de komende 20 jaar. Dat betekent dat de druk per mantelzorger een stuk hoger wordt, terwijl ook de professionele (ouderen)zorg onder grotere druk komt te staan – als gevolg van diezelfde demografische ontwikkeling.^{xiv}
- Gevolgen van de leefstijl komen gedurende deze levensfase, vooral later in deze fase, vaak aan het licht, in de vorm van eerdergenoemde prevalentie van chronische aandoeningen. Bijvoorbeeld de diagnose diabetes, verschillende leefstijl gerelateerde hart- en vaatziekten, longaandoeningen zoals COPD en dergelijke. Vanaf deze leeftijdsfase – met name tegen de zestig aan – begint dan ook, naast de behandeling van chronische aandoeningen, de vraag naar acute zorg (bijvoorbeeld door hartinfarcten) toe te nemen.^{xv} Gevolgen van een gebrek aan inzet op preventie, bestaanszekerheid en een gezonde leefomgeving dienen zich hier steeds urgenter aan.
- In de gehandicaptenzorg betekent deze leeftijd dat (vaak) de belangrijkste steun en toeverlaat van de cliënt minder en minder kan doen voor hem/haar: één of beide ouders. Voor zowel de betreffende cliënt als zijn/haar ouders geldt dat dit dan ook een hele ingewikkelde en moeilijke fase is in het leven – denk bijvoorbeeld aan de vraag hoe PGB-gefinancierde ouderinitiatieven verder moeten wanneer de betreffende ouders grotendeels zelf hulpbehoevend worden.

1.4. Pensioen & Ageing (61-80)

In de vierde fase van het leven zien we ook een aantal belangrijke ontwikkelingen: dit is de levensfase waarin zowel de kracht van de samenleving het sterkst zichtbaar wordt, en ook de leeftijd waarin de zorgvraag explosief stijgt.

- 'Vitale ouderen' vormen samen met 40-60 jarigen de bulk van de vrijwilligers, op allerlei gebieden in de samenleving, die er in veel gevallen voor zorgen dat veel zorg voorkomen wordt. In veel gevallen zijn de mensen in deze levensfase geen mantelzorger meer (of zijn dat nog wel in het begin van deze fase), grotendeels met pensioen en tamelijk fit. Het zijn deze

mensen dan ook die de voorzorgcirkels vormen en de ruggengraat zijn van heel veel ongezien welzijnswerk, waardoor voorkomen wordt dat andere mensen zorg nodig hebben.^{xvi}

- Naast vitale ouderen, is deze levensfase ook het moment dat chronische klachten verergeren en mensen soms meerdere chronische aandoeningen tegelijk krijgen. De toename van multimorbiditeit, zoals dat in medische termen heet, zorgt voor een sterk groeiende vraag naar zorg en vereist vaak ook een gecombineerde inzet van (medische) zorg. De meeste mensen die bijvoorbeeld het ziekenhuis bezoeken zijn 70 jaar of ouder, waarvan een deel dat doet als gevolg van een combinatie van chronische klachten.^{xvii}
- Over de ontwikkelingen in de ouderenzorg wordt veel gezegd en geschreven: de demografie liegt er niet om. Maar er is ook sprake van een andere ontwikkeling. Zichtbaar wordt dat, zoals eerder gezegd, juist onder aanvoering van mensen in deze levensfase, de gemeenschap in staat blijkt veel te kunnen betekenen voor mensen als het gaat om kwaliteit van leven. Dat komt omdat, vanuit die zorgzame gemeenschappen, mensen vooral eerst naar de mens en zijn behoeften en wensen kijken – en pas dan naar een eventueel passend aanbod, in plaats van dat het systeem een lijst met indicatoren voor een ‘indicatie’ opstelt waaraan de mens en zijn behoeften moeten voldoen om bepaalde zorg te krijgen (die vervolgens ook uitsluitend gericht is op een specifieke koker, en de mens dus niet als één geheel benadert).^{xviii xix}

1.5. Oudere (80+)

De vijfde levensfase is een levensfase die zich kenmerkt door kwetsbaarheid. Uiteraard zijn er ook mensen die vitaal honderd worden, maar dat is vooralsnog een kleine minderheid van de bevolking. De systemische ouderenzorg is voornamelijk gericht op mensen in deze leeftijdscategorie die als gevolg van een zeer intensieve zorgvraag ofwel een groot beroep doen op thuiszorg, wijkverpleging en eerstelijnszorg, ofwel in een verpleegtehuis terechtkomen. In deze levensfase zijn leefstijl en preventie minder relevant, terwijl de vraag rondom kwaliteit van leven juist des te belangrijker wordt. Daaraan gerelateerd is eenzaamheid een veel gehoord probleem bij mensen in deze leeftijdscategorie. Ruim 62% van de 85-plussers voelt zich volgens het RIVM totaal eenzaam.^{xx} Die eenzaamheid leidt vaak tot een sterke afname van kwaliteit van leven en vaak ook tot een toename aan somatische problematiek. Het is juist op dit vlak dat de investering van de eerdergenoemde vrijwilligers en de zorgzame gemeenschappen zich ‘terugbetaalt’. Onze aanname daarbij is dat de eenzaamheid in dit soort gemeenschappen namelijk aanmerkelijk lager is, dat 80+’ers vol deel uitmaken van de samenleving en daardoor vaker een aanzienlijk betere kwaliteit van leven ervaren.^{xxi}

2. Doorsnijdende opgaven

We hebben in hoofdstuk 1 gezien dat een leven – grofweg – in te delen is vijf fasen, waarin zichtbaar wordt dat de basis van gezondheid en welbevinden, alsook de vraag naar zorg en welzijn, zich doorgaans ontwikkelen volgens zekere patronen. Maar er zijn ook ontwikkelingen die in elke levensfase net zo goed relevant voor en van invloed zijn op de gezondheid en het welbevinden van mensen. Deze ontwikkelingen benoemen we in dit tweede hoofdstuk, waarbij het uitgangspunt is dat we een aantal ontwikkelingen identificeren zonder te pretenderen dat dit alles of uitputtend is.

2.1 Duurzaamheid

Duurzaamheid is een breed begrip, dat gaat over meer dan alleen een groene planeet. We hanteren in deze publicatie het uitgangspunt van de Verenigde Naties waarin duurzaamheid onderverdeeld wordt in ecologische, sociale en governance duurzaamheid (oftewel: de ESG’s). De Wetenschappelijke Adviesraad van de NVTZ heeft in 2023 een Signalement uitgebracht over dit thema, waarin uitgebreider staat beschreven wat deze specifieke onderdelen van duurzaamheid inhouden.^{xxii} Hier staan we kort stil bij de drie verschillende duurzaamheidsvormen in relatie tot zorg & welzijn.

- Ecologische duurzaamheid gaat om een groene en gezonde (fysieke) leefomgeving. Behalve dat in neurowetenschappelijk onderzoek is aangetoond dat aanwezigheid van natuur & groen bijdraagt aan de geestelijke gezondheid en het welzijn van mensen,^{xxiii} is het ook vanuit de ecosysteem gedachte van belang om bewustzijn te creëren voor het feit dat gezondheidsproblematiek als gevolg van bijvoorbeeld lucht- of watervervuiling de druk op de zorg extra verhoogt. Zorg en welzijn dragen zelf ook (en veel!) bij aan uitstoot en milieubelasting, waarmee op termijn voor een deel de eigen patiënten-/cliëntenpopulatie wordt gecreëerd. Bovendien hebben professionals die in zorg & welzijn werken zelf ook te maken met de gevolgen van een beperkt duurzame leefomgeving.
- De sociale vorm van duurzaamheid gaat sterk over de intermenselijke verhoudingen. Hoe gaan we met elkaar om? Hier komt onder andere de ketenaansprakelijkheid vandaan in het bedrijfsleven. De vraag of en hoe we een toekomstbestendig bestaan met elkaar kunnen bouwen of in stand kunnen houden staat centraal hierin, waarbij bijvoorbeeld gekeken wordt naar de bestaanszekerheid van mensen, de werkomstandigheden, de financiële omstandigheden van mensen en de woonomgeving.
- Governance van duurzaamheid gaat over de richtlijnen en regelgeving van duurzaamheid in zorg en welzijn. In Nederland is dat er nog relatief beperkt (zie Signalement 2023, Wetenschappelijke adviesraad NVTZ). Het Zorginstituut Nederland heeft een handreiking gemaakt voor makers van kwaliteitsstandaarden in de zorg, er is de Green Deal 3.0 en in breder perspectief is er in Europa het samenwerkingsnetwerk Healthcare Without Harm Europe'. De WHO constateert echter dat een gebrek aan sterke governance er debet aan is dat een duurzaam zorg- en welzijnssysteem zich niet kan ontwikkelen in Europa.

2.2 Bestaanszekerheid

Bestaanszekerheid gaat over de basis waarop iemand staat in het leven. Voor een aanmerkelijk deel van de samenleving geldt dat de basis, zowel sociaal als financieel, vaak dun is. Een kleine tegenslag is vaak al voldoende om mensen de schulden in te krijgen of te laten vereenzamen doordat belangrijke relaties wegvallen. Zowel de sociale basis als de financiële basis, die regelmatig nauw met elkaar verweven zijn, bepalen voor in ieder geval een belangrijk deel de zorg- en welzijnsvraag van mensen in de samenleving, we benoemen daarbij zowel financiële als sociale bestaanszekerheid.

- Inmiddels is breed bekend dat de basis van veel (chronische) gezondheidsproblemen, zowel somatisch als psychisch, ligt in schuldenproblematiek. Onderzocht is dat schulden en permanente zorgen over de eigen financiën leiden tot een significante afname van de cognitieve capaciteiten, mensen eerder en langduriger ziek maken en mensen zelfs eerder doet sterven. En eigenlijk is dat heel logisch, ga maar na: als elke dag een worsteling is überhaupt een maaltijd op tafel te krijgen, is al het andere daaromheen een bijzaak. Dus ook bezig zijn met een planning voor de lange termijn, nadenken over gezondere leefstijl etc. De vraag is dus hoe zorg en welzijn, vanuit zijn maatschappelijke betrokkenheid maar óók vanuit een welbegrepen eigen belang, zelf kunnen bijdragen aan de financiële basis die nodig is voor mensen zodat zij meer ruimte hebben om na te denken over bijvoorbeeld een gezondere levensstijl.
- Een met het voorgaande punt samenhangend onderdeel van bestaanszekerheid is de meer relationele kant. Eenzaamheid heeft, net als financiële onzekerheid, een duidelijk effect op zowel de geestelijke als fysieke gezondheid van mensen die er mee te maken hebben. Met name bij ouderen is dit een bekend fenomeen, maar ook bij jongeren en adolescenten is eenzaamheid een groeiend probleem. Zorgorganisaties kunnen niet direct een eenzaamheidsprobleem aanpakken, maar zeker in de eerstelijnszorg bestaat er wel de mogelijkheid om eenzaamheid te herkennen als zodanig en mensen in plaats van een medisch traject in te sturen, ze een welzijnstraject in te sturen. Een goed en functionerend voorbeeld hiervan is 'welzijn op recept' waarbij huisartsen, gemeenten en

welzijnsorganisaties in een domeinoverstijgende vorm van samenwerking goed kijken naar de oorsprong van iemands gezondheidsklachten. Een deel van de mensen die bij de huisarts komt met gezondheidsklachten, heeft deze klachten niet primair als gevolg van medische kwesties, maar als gevolg van sociale problematiek, zoals bijvoorbeeld eenzaamheid. Het vroegtijdig herkennen en erkennen van deze oorzaken levert voor de cliënt een betere oplossing en bespaart met name in het medische domein veel onnodige onderzoeken en behandelingen.

2.3 Arbeidsmarkt

Vrijwel dagelijks keert het onderwerp terug in de landelijke media, het wordt vrijwel overal in adviesrapporten, op seminars en in bestuurskamers besproken. De uitdagingen op de arbeidsmarkt zijn groot, structureel en ontwrichtend. We zien specifiek voor zorg en welzijn een aantal dingen gerelateerd aan de arbeidsmarkt.

- De krappe arbeidsmarkt is een maatschappelijk veel breder probleem dan zorg & welzijn alleen. We zien lerarentekorten, tekorten in de kinderopvang, defensiepersoneel, technisch personeel, ICT-mensen, stafpersoneel en natuurlijk verpleegkundigen, verzorgenden, geneeskundigen, sociaal werkers en nog zoveel meer. Het is overigens geen nieuw probleem, in die zin dat demografisch gezien een krappe arbeidsmarkt al een tijd lang in het vooruitzicht lag.
- Het brede, maatschappelijke arbeidsmarktprobleem noopt tot een nieuwe blik op de verhouding tussen betaald en onbetaald werk, waaronder mantelzorg. De levensfase benadering laat zien dat de combinatie van betaald werk en mantelzorg/onbetaald werk van groot belang is om verdere verkrapping van de arbeidsmarkt te voorkomen.
- Het gevolg van de arbeidsmarktproblematiek is dat niet dezelfde hoeveelheid zorgaanbod gerealiseerd kan worden. Met het wegvallen van een bepaald zorgaanbod, valt meer op de schouders van bijvoorbeeld mantelzorgers, vrijwilligers en de gemeenschap, waardoor zij zwaarder belast worden met zorgtaken bovenop het eigen werkende leven. Het effect daarvan op bijvoorbeeld burn-out problematiek en ervaren werkdruk laat zich raden.
- Ook komt er extra druk op zorg- en welzijnspersoneel vanwege de niet vervulbare vacatures.

2.4 Digitale Transformatie & Innovatie

Innovatie en digitalisering zijn essentieel in de ontwikkeling van de toekomstige zorg en welzijn. Op dat gebied gebeurt in hoog tempo heel veel. Er is technisch ongelofelijk veel mogelijk en met de razendsnelle ontwikkelingen in kunstmatige intelligentie groeien die mogelijkheden bovendien exponentieel en niet lineair. Tegelijkertijd is er van een digitale revolutie in zorg en welzijn (nog) nauwelijks sprake, al heeft er zich in de laatste jaren wel een nadrukkelijke versnelling afgetekend van technologische ontwikkeling en implementatie. Er zijn een aantal dingen van belang rondom de adoptie van nieuwe innovaties.

- Innovatie volgt uit implementatie. Dat iets technisch mogelijk is betekent nog niet dat mensen er automatisch ook mee willen of kunnen werken, of dat het past bij de vraag van de cliënt. Bij de implementatie van technische innovatie is de sociale innovatie minstens even belangrijk – zo niet belangrijker. Anders wordt iets al gauw een kostbaar experiment van het bestuur zonder veel meerwaarde.
- Sociale innovatie als basis voor het slagen van digitale transformatie en de implementatie van nieuwe technische mogelijkheden betekent dat zij die eindgebruiker/-ontvanger (cliënt, patiënt of medewerker) zijn, in een vroeg stadium betrokken moeten zijn bij de plannen voor de implementatie en als het even kan ook bij de ontwikkeling van de innovatie zelf.
- Digitale transformatie houdt ook in dat veiligheid een andere dimensie krijgt, evenals privacy. De technische mogelijkheden van door kunstmatige intelligentie gestuurde apps zijn schier eindeloos, de vraag is wel wat de andere kant van die medaille is. Het vraagt om een bredere

risicoafweging – niet betekenende risicomijding – bij de adaptatie van nieuwe (technologische) mogelijkheden.

- Kunstmatige intelligentie heeft een enorme schatkamer aan nieuwe mogelijkheden geopend voor snelle digitale innovatie, maar kent ook een keerzijde. Want deze kunstmatige intelligentie is gebaseerd op de input die gegeven wordt, en als de input niet klopt of gebaseerd is op incorrecte of onvolledige aannames, volgt ook onbetrouwbare output. Het omgaan met deze nieuwe onzekerheid is een grote maatschappelijke opgave, die nog eens versterkt wordt door de snelheid waarmee de techniek zich in relatieve zin ontwikkelt ten opzichte van bijvoorbeeld het debat en de regelgeving hierover. Daarnaast is er ook een uitdaging voor wat betreft de duurzaamheid als het gaat om koeling van de benodigde enorme datacenters voor het functioneren van kunstmatige intelligentie. De belasting op de natuur is fors en neemt samen met het gebruik van kunstmatige intelligentie in hoog tempo toe.^{xxiv}

Digitale transformatie en innovatie roepen ook vragen op. Bijvoorbeeld of we nog wel moeten denken in de huidige (organisatorische/governance) structuren? Passen die nog wel bij het denken in ecosystemen en de levensfase benadering die de basis voor gezondheid en welbevinden vooropzet? Dat legitimeert een debat over het voortbestaan in de huidige vorm, maar ook over de vraag of het passend is om in een regionaal ecosysteem als individuele organisatie nog een eigen strategisch plan te gaan maken.

2.5 Diversiteit & Inclusie

Al in 2020 publiceerde de NVTZ Werkgroep Diversiteit in samenwerking met de Avicenna Academie voor Leiderschap de publicatie 'Het ligt eigenlijk voor de hand'.^{xxv} De focus lag hierbij natuurlijk vooral op raden van toezicht, maar diversiteit vormt in Nederland ook een grote opgave als het gaat om gezondheid en welbevinden. Waar bij diversiteit en inclusie soms de nadruk op culturele- of etnische achtergrond ligt, bezien wij dit vanuit een breder perspectief. Het meest in het oog springen de sociaal-economische gezondheidsverschillen als gevolg van verschillen in opleiding, inkomen en positie op de arbeidsmarkt, maar ook armoede, schulden en gezondheidsvaardigheden worden daaronder verstaan.^{xxvi}

Een voorbeeld van de relatie tussen gezondheid en diversiteit & inclusie vinden we terug in een door ZonMw gefinancierd onderzoek van het Amsterdam UMC naar personeel in de ouderenzorg: veel gezondheidsklachten bij personeel in de ouderenzorg hangen samen met armoede, racisme, discriminatie, genderongelijkheid en schulden. De geïnterviewde zorgverleners geven aan dat dit vaak belangrijke, vaak verzwegen oorzaken van hun gezondheidsklachten zijn.^{xxvii} Gezondheidsklachten met dergelijke oorzaken zijn, nemen wij aan, niet uniek voor mensen die in de zorg werken, maar illustreert een bredere opgave: namelijk dat actieve aandacht voor diversiteit en inclusie van belang is voor de gezondheid en het welbevinden van mensen – en de veronachtzaming ervan de uitval en zorgvraag van deze mensen kan verhogen.

3. De buurt en de regio

Na de inventarisatie van wat wij zien als de grote maatschappelijke opgaven, richten we de blik op het aggregatieniveau van waarvandaan wij denken dat de meeste opgaven benaderd zouden kunnen worden. De belangrijkste aangrijpingspunten voor het toezien op zorg en welzijn vinden we op buurt- en regioniveau. Op buurtniveau omdat dit over de gezondheid en het welbevinden van de individuele mens in zijn omgeving gaat, op regioniveau omdat dit over de geografische opgave van een gebied gaat waar bepaalde voorzieningen noodzakelijk zijn ten behoeve van die gezondheid en het welbevinden van de individuele mens in zijn omgeving.

We schrijven in deze visie over zowel buurt en regio. Dat begint bij het ecosysteem waar de individuele mens zich als organisme in bevindt. Het begint dus bij de mens in de eigen leefwereld. Onze aanname is dat mensen – uitzonderingen daargelaten – het liefst in hun eigen omgeving geholpen willen worden wanneer dat nodig is. Dat betekent dat de omgeving, zowel fysiek als sociaal, bepalend is voor de leefwereld van iemand en dus ook de kwaliteit van leven. Daarmee is het eigenlijke uitgangspunt van brede gezondheid de buurt, omdat juist op dat niveau zoveel bepaald wordt met effect op het welzijn van mensen. Brede gezondheid houdt overigens ook een rol in voor bijvoorbeeld woningcorporaties, onderwijs en kinderopvang, omdat die de leefomgeving mede zo sterk vormgeven.

De regio is vooral van belang als het gaat om de uitdagingen in de noodzakelijke zorg voor mensen tegemoet te treden. Maar ook voor het welzijn van mensen is de regio van groot belang, denk bijvoorbeeld aan de nabijheid van heilzame natuur, de regionale arbeidsmarkt en of mensen gelukkig kunnen zijn in hun werk of de economische ontwikkeling van een regio.

Niet alles voor de gezondheid van mensen kan op buurtniveau plaatsvinden of georganiseerd worden. Denk bijvoorbeeld aan acute zorg: het is niet mogelijk om voor iedereen spoedeisende hulp in de eigen buurt te organiseren, maar in de regio kan dat (nog) wel. Hier komt ook een belangrijk ander vraagstuk om de hoek kijken, waar vooral in de ziekenhuiswereld mee geworsteld wordt, namelijk concentratie en spreiding. Waarbij de nabijheid van acute zorg levensreddend kan zijn, maar sommige hoogcomplexere zorg dusdanig zeldzaam is, dat het ondoenlijk is dit op meer dan enkele plekken in Nederland te organiseren. Dat vraagt met name iets van de inrichting en governance in de acute zorg.

De regio, bovendien, vraagt om belangrijke institutionele afwegingen die we eerder al tegenkwamen bij de opgave rondom digitale transformatie en innovatie: is het nog wel van deze tijd om een eigen strategisch plan te maken in een gebied waarvan je slechts een radertje bent in het gehele ecosysteem? Met andere woorden: past de traditie van individuele, op de organisatie gerichte strategische beleidsplannen nog wel in de blik op de regio als één ecosysteem, waarin de geografische opgave een integrale blik op het geheel vereist?

Behalve op buurt- en regioniveau, is het onontkoombaar dat een aantal vormen van specialistische zorg op nationaal niveau georganiseerd worden. Dat gaat vooral om dusdanig specialistische zorg dat deze op regionaal niveau niet te organiseren is. Denk bijvoorbeeld aan ingrepen die maar heel beperkt voorkomen, zoals hartchirurgie bij kinderen – een onderwerp dat veelvuldig besproken is in het publieke domein. Maar ook voor mensen met een GP+ zorgvraag speelt een dergelijke uitdaging, waarbij de multiproblematiek zo sterk aanwezig is, en zowel psychisch als lichamelijk van aard, dat zij een specifiek therapeutisch klimaat nodig hebben en deze zorg dus uitsluitend op nationaal niveau georganiseerd kan worden.

Maar voor sommige zaken is de blik op Nederland zelfs te beperkt. Dan moet er Europees/internationaal gekeken worden. We hebben het dan over ofwel hele specifieke specialistische zorg, ofwel complexe internationale logistieke vraagstukken. Een voorbeeld is de opgave voor wat betreft orgaantransplantatie. In voorkomende gevallen werken daarbij zorginstellingen over de landsgrenzen heen samen om de beste zorg te kunnen leveren voor hen die dat het hardste nodig hebben. Daarnaast is de farmacie, de ontwikkeling en distributie van medicijnen een bij uitstek internationaal georganiseerd aspect van zorg & welzijn. Dit werd bijvoorbeeld goed duidelijk tijdens de coronacrisis, toen veel landen afhankelijk werden van de distributie van buitenlandse medische hulpmiddelen (Chinese mondkapjes bijvoorbeeld) of de later ontwikkelde vaccins – waarbij met name grote Amerikaanse/Britse farmaceuten de markt domineerden. Belangrijk daarbij is het onderscheid tussen enerzijds de ontwikkeling van nieuwe

medicijnen/vaccins, die niet per se per definitie op internationale schaal plaatsvindt, en de opschaling van de productie en vervolgens de distributie van deze vaccins en medicatie, waar farmaceutische bedrijven goed in zijn. De internationale dimensie is dus voornamelijk van belang voor de grootschalige productie en distributie van medicatie, hulpmiddelen en vaccins.

4. De toezichthouder van 2030

Voor de toezichthouder bieden bovenstaande uitdagingen een brede blik op belangrijke maatschappelijke ontwikkelingen. Daarbij staat enerzijds een levensfase benadering centraal, omdat we voor elke levensfase zekere kenmerken van zorg- en welzijnsvragen kunnen onderscheiden, en anderzijds hebben we een aantal doorsnijdende maatschappelijke opgaven geïdentificeerd die in elke levensfase net zo relevant zijn. Om een brede blik op de toekomst te krijgen, en minder in de achteruitkijkspiegel te kijken, kan het als toezichthouder en als geheel de raad van toezicht helpen naar de eigen rolneming te kijken die past bij de periode tot aan 2030 en verder, het kan helpen het denkkader te verschuiven, waarmee oude benaderingswijzen worden vervangen door een andere manier van kijken en zien. Tevens kan het helpen na te denken over wat in de toekomst de functie van het toezicht is en wie daar het beste bij past en het kan helpen na te denken over verhoudingen binnen de 'boardroom', de omgangsvormen, het samenspel en de verhouding van bestuur en toezicht met de eigen organisatie en andere organisaties.

4.1. Rolneming raad van toezicht

De rolneming, zoals in bovenstaande al ter sprake kwam, verandert – eigenlijk voortdurend – voor de toezichthouder. Dat heeft mede te maken met vrij vlotte ontwikkelingen op het gebied van professionalisering en inrichting van het toezicht en de governance in zorg en welzijn (en breder in het maatschappelijk domein), maar ook door maatschappelijke ontwikkelingen en verwachtingen. Een aantal dingen die we (hebben) zien veranderen in de rolneming van de raad van toezicht:

- De publicatie 'De rol van de raad van toezicht bij de zorg voor goed werk', die in 2022 is gepubliceerd, laat goed zien dat de opvatting van het werkgeverschap door de raad van toezicht aan het veranderen is. De 'brede werkgeversrol' zoals wij deze zien betekent dat je als raad nog altijd werkgever bent van de bestuurder, maar daarmee in feite ook een verantwoordelijkheid draagt voor het toezicht op het werkgeverschap in de organisatie zelf. Voor de raad van toezicht betekent het dat het belang van het gesprek en de dialoog met (mede)zeggenschap, werknemers en vrijwilligers verder toeneemt.
- De opgave die voor ons ligt is groot en vraagt om realisme. Veel organisaties kampen al met grote worstelingen en dat vraagt een zekere 'wendbaarheid', een zekere flexibiliteit en multifunctionaliteit van toezichthouders.
- Een andere vraag binnen de rolneming van toezichthouders is hoe zij, samen met de bestuurder(s), het verschil kunnen maken in een samenleving met grote uitdagingen. Met andere woorden: hoe kun je van klassiek klankbord de stap zetten naar een vruchtbaar strategisch partnerschap?

4.2. Ontwikkeling denkkader

Om te komen tot een transformatieve houding als toezichthouder, waarvan wij als commissie vermoeden dat het nodig zal zijn om de komende periode de maatschappelijke uitdagingen aan te kunnen, zal een verschuiving van het denkkader onontkoombaar zijn. Zo is er bijvoorbeeld sprake van een sterk publiek-privaat denken in organisaties, overheid (pater) versus markt (ego), maar dat kan verschuiven – en dat doet het ook steeds vaker – naar een denken in ecosystemen en de governance daarvan.^{xxviii} Een ander voorbeeld is dat in plaats van werken vanuit de eigen sector/branche en zijn of haar governance, steeds vaker netwerken van verschillende typen organisaties ontstaan en samenwerking plaatsvindt over de domeinen heen. Hiermee wordt enerzijds een veel integralere blik

op gezondheid mogelijk en anderzijds wordt de individuele burger – als het voldoende werkt – niet meer geconfronteerd met hordes instanties en hulpverleners. De Wetenschappelijke Adviesraad van de NVTZ heeft hierover een waardevol boek ‘Toezien op samenwerken: een verantwoord samenspel’ samengesteld met onder andere een vijftal inspirerende casussen.^{xxix}

Vanuit de Governance Code Zorg³ volgt de instructie aan het bestuur om een belangenafweging te maken waarin uitdrukkelijk het maatschappelijk belang meeweegt. De realiteit kan zijn dat het maatschappelijk belang en het instellingsbelang soms niet overeenkomen met elkaar en in enkele gevallen zelfs tegengesteld zijn. Een voorbeeld daarvan is wanneer als gevolg van een beter welzijn in een dorp of wijk het aantal patiënten bij de huisarts of in het ziekenhuis afneemt. De vraag is dan op welke manier bestuur en toezicht omgaan met een dergelijke kwestie. Aan de toezichthouder is het om de bestuurder de ruimte en het vertrouwen te bieden daar een toekomstgerichte koers in te vinden, die de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de instelling borgt.

4.3. Raad van toezicht of toezichtsfunctie?

De vraag die ook voorligt is of de raad van toezicht in zijn huidige vorm de beste manier is om de interne toezichtsfunctie te vervullen. Daar geven we wij geen direct antwoord op, maar we willen voor deze relevante vraag de volgende gedachten meegeven:

- Vernieuwende concepten en innovatie van governance vragen om een blik op de eigen structuur. Kan de toezichthouder in de huidige structuur goed genoeg doen waarvoor hij is aangesteld? Vragen rondom die structuur gaan onder anderen om principle-based toezicht en toezien op samenwerken. Deze zijn een vereiste bij gebiedsgericht samenwerken in een context van een sterkere regionalisering. Moet je, zoals we ons eerder afvroegen, dan als elke afzonderlijke instelling nog een eigen strategisch beleidsplan willen maken?
- Om de vraag verder te onderzoeken, roept de commissie toezichthouders op om te experimenteren. Hoe zou je de toezichtsfunctie op een vernieuwende wijze in kunnen vullen? Welke commissies stel je binnen de rvt in en waarom? En op welke manier is de blik op de toekomst geborgd? Heeft de toekomst een stem? Hoe vul je als toezichthouder van de toekomst de maatschappelijke verantwoordelijkheid van het intern toezicht in? Maar hoe zorg je er bovenal voor dat je als toezichthouder, vanuit je eigen rolneming, een bijdrage levert aan de gezondheid en het welzijn van de mensen in jouw instelling en de omgeving waar deze staat?
- Er valt zagezegd na te denken over andere vormen van governance. Te denken valt bijvoorbeeld aan het organiseren van een burgerberaad met de omgeving, het organiseren van een ander type raad van toezicht waarvan een deel bestaat uit een flexibele schil en eerdergenoemde vraag hoe je de toekomst aan boord krijgt (én houdt) in de raad van toezicht? Een ander voorbeeld komt uit de onderwijswereld: het instellen van een omgevingsraad als extra medezeggenschapsorgaan, met verschillende belanghouders uit de omgeving (burgers, lokale overheid, UWV etc.). Ook zijn er ideeën voor een maatschappelijke raad, waar bijvoorbeeld ook voedingsbedrijven in het kader van preventie en de bevordering van een gezonde leefstijl, natuurorganisaties, sport- en recreatieverenigingen bij betrokken zijn.
- Daarnaast is er een andere kwestie die speelt in de taak van de toezichthouder. Als gevolg van de professionalisering en sterke verschuiving van het instellingsbelang naar het maatschappelijk belang in het denkkader van bestuur en toezicht, is de verantwoordelijkheid en ook de tijd die toezichthouders moeten investeren fors toegenomen. Daarbij komt dat we het afgelopen decennium een tendens hebben waargenomen van kleiner wordende raden van toezicht – in aantal leden, niet in tijdbesteding. Een tendens die dus haaks staat op de

³ Zie hiervoor Artikel 5.3 uit de Governance Code Zorg 2022: <https://www.governancecodezorg.nl/>

toegenomen verantwoordelijkheden. Het vergroten van raden van toezicht is, zeker met het oog op eerdergenoemde innovatie van governance, in dat licht geen vreemd idee. Het zou ruimte bieden aan twee aanvullende aandachtsgebieden die in lijn zijn met de geschetste opgaven in deze visie op toezicht. Tegelijkertijd is dat ook echt nog een punt voor discussie en individuele afweging per raad.

- Een eerste aandachtsgebied waarvan de commissie denkt dat deze niet meer zou mogen ontbreken in een raad van toezicht is de stem van de toekomst. Dat kan op verschillende manieren ingevuld worden. Gedacht kan worden aan een jongere toezichthouder in de raad, maar ook aan iemand die bijvoorbeeld op het gebied van duurzaamheid, innovatie of ethiek een sterk toekomstgericht profiel heeft.
- Een tweede aandachtsgebied zit in de brede opvatting van duurzaamheid, volgend uit de ESG-doelen van de Verenigde Naties. De NVTZ heeft volgend op het Signalement Duurzaamheid daar vervolgens een aparte werkgroep voor ingesteld. Het gaat hier dus nadrukkelijk over meer dan alleen ecologische duurzaamheid, maar vooral ook over aandacht voor de sociale en governance aspecten, waarbij met name die “social” ook weer een sterke connectie heeft met de toenemende nadruk op de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de toezichthouder.

4.4. Boardroom dynamics

Ook in de boardroom dynamics geldt dat een transformatieve houding van de toezichthouder betekent dat er eventueel andere dingen gevraagd worden van de toezichthouder dan voorheen. Zo ligt de nadruk in het strategisch partnerschap en de brede werkgeversrol, en in de governance van netwerken, veel sterker op de kunst van het samenspel. Dat gaat om zowel de vaardigheden in de boardroom zelf, in gesprek met elkaar en de bestuurder, als met het gesprek daarbuiten, bijvoorbeeld als het gaat om de dialoog met andere toezichthouders in het netwerk of met de externe toezichthouders.

Ook vraagt het toekomstgerichte toezicht een investering van de raad van toezicht in gelijkgerichtheid. Daarmee wordt bedoeld dat binnen de organisatie zoveel mogelijk mensen hetzelfde beeld hebben bij de transformatie waar naartoe gewerkt wordt. Ook hier is de relatie met de bestuurder van groot belang, want als hoeder van de dialoog wordt de toezichthouder geacht de dialoog over waar de organisatie als onderdeel van het bredere maatschappelijke ecosysteem naartoe beweegt te stimuleren en te bewaken.

4.5 Samenspel & Co-creatie

Met samenspel en co-creatie gaat het in de kern over zeggenschap. Van wie is de zorg en het welzijn eigenlijk? Dit wordt onder andere besproken in de NVTZ-publicatie over de rol van innovatie van governance als voorwaarde voor innovatie van zorg en welzijn.^{xxx} Die zorginnovatie heeft een aantal kenmerken die door de RVS, maar bijvoorbeeld ook in het whitepaper van Nederland Zorgt voor Elkaar en de NVTZ zijn beschreven. Dat gaat dan met name over de institutionalisering van zorg en welzijn.

Hierbij spelen technologische innovaties een essentiële rol, waarmee zorg op afstand of zelfsturende teams mogelijk worden, maar ook sociale innovaties en de ontwikkeling van zorgzame gemeenschappen. Denk bijvoorbeeld aan de forse groei aan zorgzame gemeenschappen in Nederland in de laatste tien jaar, waarbij de lokale gemeenschap het voor elkaar krijgt om een belangrijke preventieve rol te spelen. Die gebiedsgerichte ‘voorzorg’, zeker als het samenspel met de instituties rondom preventieve gezondheidszorg zich verder ontwikkelt, biedt veel kansen voor een toename in kwaliteit en vreugde van leven, en daarmee voor een afname van zorgvraag. Van belang is dan wel dat deze gebiedsgerichte voorzorg de maatschappelijke vraag volgt. Iets wat we eerder in

dit hoofdstuk al omschreven rondom het meer algemene denkkader van de maatschappelijke verantwoordelijkheden van instellingen.

4.6 Intern toezicht en de buitenwereld

Een laatste aspect dat we behandelen ziet vooral op de uitdagingen in de governance wanneer het om het samenspel van (semi-)publieke organisaties met het intern toezicht in zorg- en welzijnsinstelling gaat. Een aantal elementen van de buitenwereld om de organisatie benoemen we kort: de relatie extern/intern toezicht, de financiering van zorg & welzijn, ethische afwegingen en wet- en regelgeving.

- De relatie tussen het extern en intern toezicht is aan verandering onderhevig. Steeds vaker vraagt de externe toezichthouder expliciet naar een gesprek met de interne toezichthouder en er wordt meer gevraagd van de invulling van goed bestuur. Bovendien kampt de externe toezichthouder voor een deel met dezelfde uitdaging als zorg & welzijnsinstellingen zelf. Mede in het licht van personeelstekort bijvoorbeeld, zien we steeds vaker pilots voor 'gedelegeerd' toezicht. Denk bijvoorbeeld aan het idee van meta-toezicht bij jeugdzorginstellingen met gezinshuizen die als franchisenemer functioneren. Ook is het niet ondenkbaar dat financiers van zorg & welzijn steeds vaker een gesprek met specifiek de raad van toezicht zullen verzoeken – zeker als de financiële uitdagingen voor instellingen zullen gaan toenemen.
- De financiering van zorg & welzijn gaat in de kern, zo lijkt het, over keuzes van schaarste. Het Nederlandse zorgsysteem is gebaseerd op solidariteit: we betalen allen een zorgpremie zodat zorg beschikbaar en betaalbaar is voor iedereen. Maar met de toenemende zorgvraag, en een minder snel toenemend aanbod, ontstaat er een spanningsveld tussen die solidariteit en de toegankelijkheid. Op de huidige manier de zorg voor iedereen toegankelijk houden, vraagt een steeds hogere zorgpremie van iedereen. De vraag is tot hoe ver die solidariteit reikt. Bovendien komt daar bovenop dat hierbij de aanname zou zijn dat problemen met toegankelijkheid zuiver financieel van aard zouden zijn – en dat is een uiterst beperkte blik. Geld lost bijvoorbeeld personeelstekorten niet of nauwelijks op. Deze uitdaging, van toegankelijkheid versus solidariteit, komt op verschillende niveaus ook concreet terug bij raden van toezicht. Zie hiervoor de publicatie van de Wetenschappelijke Adviesraad uit 2024, 'Toezicht in Tijden van Schaarste'.^{xxxii}
- Met die uitdagingen van toegankelijkheid van zorg en welzijn, komen er automatisch ook ethische vraagstukken op ons af. Deze vraagstukken gaan over het type ondernemerschap van de zorg- of welzijnsinstelling (zie NVTZ-publicatie 'Ridders & Schurken'), over de afwegingen waar de samenleving zelf krachtiger is dan de instelling of wie welke zorg op welk moment krijgt. In alle drie de typen van ethische afwegingen speelt de raad van toezicht een belangrijke, zo niet essentiële, rol en wordt van de rvt verwacht dat hij daartoe uitgerust is.

Referenties

ⁱ Vereniging Nederlandse Gemeenten (2023) *Nederland 2040: Een toekomstbeeld*, Den Haag, Nederland: VNG & De Argumentenfabriek. Laatst geraadpleegd 13-11-2024, op <https://toekomstnederland2040.nl/verwachtingen/bevolkingsgroei-en-vergrijzing/#:~:text=In%202040%20zijn%20we%20vrijwel,de%20rest%20van%20het%20land>.

ⁱⁱ NVTZ (2020). *NVTZ Strategisch Beleidsplan 2020-2025*. Utrecht, Nederland: NVTZ. Laatst geraadpleegd 13 mei 2024, op: https://www.nvtz.nl/wp-content/uploads/2022/08/Strategisch_beleidsplan_-_november_definitief_.pdf

-
- ⁱⁱⁱ NVTZ & NVZD (2024). *Advies paritaire commissie: Bestuurlijke horizon 2030*. Utrecht, Nederland: NVTZ.
- ^{iv} Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (2018) *Actieprogramma Een Kansrijke Start*, Den Haag, Nederland: Ministerie van VWS.
- ^v Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (2021) *Kamerbrief: Huidige drukte en personeelstekorten in de geboortezorg*. Den Haag, Nederland: Ministerie van VWS.
- ^{vi} Roseboom, T. (2018). *De eerste 1000 dagen: Het fundamentele belang van een goed begin vanuit biologisch, medisch en maatschappelijk perspectief*. Utrecht, Nederland: Uitgeverij de Tijdstroom.
- ^{vii} Trimbos Instituut (2023). *Voorkomen van psychische aandoening ooit in het leven, naar leeftijd*. Utrecht, Nederland: NEMESIS Langjarig Onderzoek, Trimbos Instituut.
- ^{viii} Leerdam, J. van, Scheepers, A.L. & Wolf, J.R.L.M. (2021). *Uitstroom uit instelling voor jeugdzorg*, in: Informatieblad Preventie Alliantie. Nijmegen, RadboudUMC Nijmegen: Impuls Onderzoekscentrum Maatschappelijke Zorg.
- ^{ix} Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2020) *Onze Visie 2030: een betekenisvol eigen leven, gewoon meedoen*. Utrecht, Nederland: VGN.
- ^x Trimbos Instituut (2023). *Voorkomen van psychische aandoening ooit in het leven, naar leeftijd*. Utrecht, Nederland: NEMESIS Langjarig Onderzoek, Trimbos Instituut.
- ^{xi} Roos, A., Diepstraten, M. & Douven, R. (2021) *When financials get tough, life gets rough? Problematic debts and ill health*. Den Haag, Nederland: Discussion Paper, Centraal Planbureau.
- ^{xii} Centraal Bureau voor de Statistiek (2023) *Scheiden: gemiddelde leeftijd bij echtscheiding*. Den Haag, Nederland: CBS.
- ^{xiii} Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2022) *Prevalentie chronische aandoeningen per leeftijdscategorie*. Bilthoven, Nederland: VZinfo.nl RIVM, Ministerie van VWS.
- ^{xiv} Kooiker, S., De Jong, A., Verbeek-Oudijk, D. & De Boer, A. (2019) *Toekomstverkenning mantelzorg aan ouderen in 2040: Een verkenning van de regionale ontwikkelingen voor de komende 20 jaar*. Den Haag, Nederland: Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) & Sociaal & Cultureel Planbureau (SCP).
- ^{xv} Koop, Y., Wimmers, R.H., Vaartjes, I. & Bots, M.L. (2021) *Hart- en vaatziekten in Nederland, 2021*. Den Haag, Nederland: Nederlandse Hartstichting.
- ^{xvi} Centraal Bureau voor de Statistiek (2022) *Vrijwilligerswerk naar leeftijd, 2021 en 2020*. Den Haag, Nederland: CBS.
- ^{xvii} Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2023) *Ziekenhuisopnamen 2021*. Bilthoven, Nederland: VZinfo.nl RIVM, Ministerie van VWS.
- ^{xviii} NVTZ & Nederland Zorgt voor Elkaar (2023) *Een houdbare samenleving in 2040: het onontbeerlijke samenspel met zorgzame gemeenschappen*. Utrecht, Nederland: NVTZ & NLZVE.
- ^{xix} Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2020) *De Derde Levensfase: het geschenk van de eeuw*. Den Haag, Nederland: Advies RVS.
- ^{xx} Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2023) *Eenzaamheid naar leeftijd 2022*. Bilthoven, Nederland: VZinfo.nl RIVM, Ministerie van VWS.
- ^{xxi} Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2022) *Anders leven en zorgen: naar een gelijkwaardig samenspel tussen naasten, vrijwilligers en beroepskrachten*. Den Haag, Nederland: Advies RVS.

^{xxii} NVTZ (2023) *Signalement 2023: Toezicht en Duurzaamheid*. Utrecht, Nederland: Wetenschappelijke Adviesraad, NVTZ.

^{xxiii} Instituut voor Natuureducatie (2018) *Factsheet Groen en Zorg: De meerwaarde van groen in de stedelijke omgeving*. Amsterdam, Nederland: IVN.

^{xxiv} Bashir, N., Donti, P., Cuff, J., Sroka, S., Ilic, M., Sze, V., Delimitrou, C. & Olivetti, E. (2024) *The Climate and Sustainability Implications of Generative AI*, Boston, MA, Verenigde Staten: Massachusetts Institute of Technology, MIT Press. Laatste geraadpleegd: 26 mei 2025, <https://mit-genai.pubpub.org/pub/8ulgrckc/release/2>

^{xxv} NVTZ & Avicenna Academie voor Leiderschap (2020) *Het ligt eigenlijk voor de hand: Diversiteit om rijker toe te zien*. Utrecht, Nederland: NVTZ.

^{xxvi} Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2023) *Cijfers en feiten gezondheidsverschillen*. Bilthoven, Nederland: Loket Gezond Leven, RIVM, Ministerie van VWS.

^{xxvii} ZonMw (2022) *De verborgen oorzaken van gezondheidsproblemen bij laagbetaalde ouderenzorgmedewerkers*. Den Haag, Nederland: ZonMw: <https://www.zonmw.nl/nl/artikel/de-verborgen-oorzaken-van-gezondheidsproblemen-bij-laagbetaalde-ouderenzorgmedewerkers>

^{xxviii} Idenburg, P.J., & Van Schaik, M. (2014) *Diagnose zorginnovatie – de essentie*, Amsterdam, Nederland: Boom uitgevers

^{xxix} Minkman, M., Janssen, R., Van Dijk, G., Rink, F., e.a. (2023) *Toezen op samenwerken: naar een verantwoord samenspel*, Amsterdam, Nederland: Mediawerf Uitgevers.

^{xxx} Calis C. & Vos, P. (2024) *Governance van innovatie vraagt om innovatie van governance*, whitepaper NVTZ, Utrecht, Nederland.

^{xxxi} NVTZ (2024) *Toezicht in tijden van Schaarste*, Utrecht, Nederland: NVTZ, Wetenschappelijke Adviesraad.