

# De Zorgcode: meer dan een afvinklijstje?

*Een onderzoek naar de praktijkervaringen met de Zorgcode 2017*

*Charles Bloema en Arjen van Rijn*

## Nut en onnut van de Code Zorg

Zorginstellingen leven de meeste bepalingen van de nieuwe Governance Code Zorg 2017 (hierna ook: Code; zie voor de tekst: [www.governancecodezorg.nl](http://www.governancecodezorg.nl)) keurig na maar hebben twijfels over de toegevoegde waarde ervan. Besturen en raden van toezicht vinden de Code 'geen nut' hebben en 'te gedetailleerd'. Hoogstens krijgt de Code het predicaat 'zinnig om je organisatie te verbeteren'. Per saldo ontmoet de Code slechts een lauwwarm onthaal. Hoewel dit uitdrukkelijk niet de bedoeling van de opstellers is geweest, wordt de Code nog steeds vooral als een 'afvinklijstje' ervaren. Dit is de uitkomst van een rondgang die Toezichtscan.nl bij bestuurders en toezichthouders van een aantal uiteenlopende zorginstellingen heeft gemaakt. Gevraagd naar hun praktijkervaringen met de Code zien de geïnterviewde bestuurders niet dat de Code rechtstreeks bijdraagt aan verbetering van de kwaliteit van de zorg of dienstverlening. Als professionals wijzen ze er wel op dat de Code helpt om de eigen organisatie te 'spiegelen' en de kwaliteit van de checks and balances binnen de organisatie te verbeteren, hetgeen wel een bijdrage levert aan goed bestuur en indirect dus aan goede zorg. Zelf zien bestuurders meer heil in een 'open cultuur' binnen de organisatie, een 'empathische leiderschapsstijl', 'zuivere relaties' tussen de onderdelen in de organisatie en 'goede intermenselijke verhoudingen'. Een te gedetailleerde Code werkt bureaucratiserend en contraproductief. Samengevat: voor een goed functionerende zorginstelling is de menselijke factor veel belangrijker dan een dichtgetimmerd regelwerk.

## Aanleiding en opzet onderzoek

De Governance Code Zorg 2017 is opgesteld door de Brancheorganisaties Zorg (BoZ). De BoZ omvat een groot deel van de zorginstellingen in Nederland, zorgondernemers, thuiszorg, verpleeghuizen, geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuizen, universitaire medische centra jeugdzorg en gehandicaptenzorg (zie [www.brancheorganisatieszorg.nl](http://www.brancheorganisatieszorg.nl)). De Governance Code Zorg 2017 is niet de eerste zorgcode waarmee de sector wordt verblijd. De vorige versie dateert alweer uit 2010. Deze was opgesteld vanuit de optiek van de organen die een zorginstelling in huis heeft, raad van bestuur en raad van toezicht voorop. De nieuwe Code is opgebouwd rond zeven principes: goede zorg, waarden en normen, invloed belanghebbenden, inrichting governance, goed bestuur, verantwoord toezicht en continue ontwikkeling. Met de nieuwe versie van de Code heeft de BoZ tot doel gehad de zelfregulering in de branche te stimuleren. De opstellers zijn het erover eens dat 'we af moeten van "afvinkgedrag"' en willen in plaats daarvan een Code die 'stimuleert tot reflectie en het gesprek over het functioneren van bestuurders en toezichthouders en hun onderlinge verhouding'. De nieuwe Code moet vooral dienen als 'het gemeenschappelijk referentiekader en een hulpmiddel om op terug te vallen in lastige situaties'.

Toezichtscan.nl heeft onderzoek verricht om na te gaan op welke wijze zorginstellingen de principes van de Code toepassen en of met de Code het doel van de opstellers wordt bereikt. Ten behoeve van het onderzoek zijn circa 100 zorginstellingen uit alle zorgsectoren in Zuid-Holland, Utrecht en Noord-Brabant benaderd. Alleen een klein deel bleek bereid om mee te werken. Als reden om niet mee te werken werd in de regel genoemd: 'te drukke agenda', 'we zijn

nog bezig de Code om te zetten' en 'andere prioriteiten'. De instellingen die wel meewerkten vertegenwoordigen echter een breed palet: groot en klein, uit de jeugdzorg, uit de ziekenhuissector, de verpleeghuissector, de thuiszorg en de GGZ. De antwoorden die op de vragen werden gegeven vertonen voorts een hoge mate van eensgezindheid en consistentie. Om deze redenen beschouwen wij de

uitkomsten van het onderzoek als voldoende relevant om hier conclusies aan te verbinden.

Wij gaan eerst in op de wijze waarom zorginstellingen de principes van de Code toepassen, bespreken aansluitend de opinie van bestuurders en toezichthouders over de Code zelf en sluiten af met eigen observaties.

Principes Zorg Code 2017	Observaties uit het onderzoek
<b>1. Goede zorg aan cliënten als legitimatie van de zorgorganisatie.</b>	Bureaucratisch 'geneuzel' kost veel geld en tijd en heeft beperkt nut.
<b>2. Waarden en normen die RvB en RvT hanteren ten behoeve van de maatschappelijke positie.</b>	Mission statement: 'we don't kill people over here'.
<b>3. Medezeggenschap: waarborgen voor een adequate invloed van belanghebbenden.</b>	Rekening houden met alle belanghebbenden in de organisatie hoort bij de normale managementtaak.
<b>4. Verantwoordelijkheid voor governance ligt bij RvB en RvT met ieder eigen rol.</b>	'Een goede verstandhouding tussen personen doet zoveel meer dan een Code.'
<b>5. Goed bestuur is gericht op de maatschappelijke doelstelling en ligt primair bij de RvB.</b>	Toezichthouders worden volledig geïnformeerd en zijn hopelijk zinvolle 'sparringpartners'.
<b>6. Verantwoord toezicht door de RvT op basis van de maatschappelijke doelstelling.</b>	'Van een "toezichtvisie" heb ik echt nog nooit gehoord.'
<b>7. Continue ontwikkeling door up-to-date deskundigheid van RvB en RvT.</b>	Toezichthouders realiseren zich echt wel het belang van goed op de hoogte blijven.

## Toepassing principes Code

### 1. Goede zorg

Enkele ondervraagden geven aan dat het positief is dat de Code meer dan voorheen een dwingend karakter heeft en op die wijze, onontkoombaar, extra nadruk legt op de maatschappelijke doelstelling van zorgorganisaties, namelijk goede zorg verlenen aan cliënten. De Code benadrukt dat er verantwoording moet worden afgelegd. Immers, er wordt met publiek geld gewerkt. De dialoog binnen de branche wordt voorgeschreven en de zorgorganisaties worden aangespoord om beleid over medezeggenschap duidelijk in kaart te brengen en de verschillende stakeholders (cliënten, personeel, toezichthouders, verzekeraars, overheid etc.) te betrekken bij de invulling van hun zorgdoelstelling.

De keerzijde wordt ook gesignaleerd: sommigen vinden de Code te gedetailleerd en te bureaucratiserend ('geneuzel' en 'horzel'). Als voorbeeld is genoemd dat de directiesecretaris of externe compliance officer de interne reglementen in lijn heeft gebracht met de Code. Dit kostte veel tijd en geld. Vervolgens was de externe accountant het niet eens met gekozen bewoordingen uit de interne reglementen, wat tot nog een aanpassingsronde leidde. En dat kostte nog meer tijd en geld.

Het leveren van goede zorg krijgt overal veel aandacht. Een bestuurder meldt dat hij de 'professionele ruimte' van de medewerkers heeft vergroot door het tijdschrijven af te schaffen. Feedback over de dienstverlening komt op verschillende manieren terecht bij bestuur en toezicht. Afhankelijk van de grootte van de zorgorganisatie hebben besturen regelmatig directe contacten en gesprekken met de cliënten. Bij grotere organisaties loopt dit meestal via overleg (4 -12 x per jaar) met de Cliëntenraad (CR). De Raad van Toezicht (RvT of RvC) heeft eigenlijk nooit rechtstreeks contact met cliënten en soms (1 x per jaar) met de CR. Ook wordt gekeken naar klanttevredenheidscijfers (eenmaal genoemd).

## 2. Waarden en normen

Via de wijze van bedrijfsvoering en met een eigen leiderschapsstijl proberen besturen invulling te geven aan de waarden en normen van de organisatie. Thema's die worden genoemd zijn: 'samenwerking', 'samen', 'protestantschristelijke waarden', 'open, samen en geborgen'. Een bestuurder noemt de inbedding in de lokale gemeenschap als zeer belangrijk: de RvT hoort veel van dorpsgenoten en via de 'achterbanken van de kerk'. Hierover wordt de directie dan bevraagd hetgeen iedereen scherp houdt. In het algemeen echter is de RvT zeer indirect betrokken bij de cultuur en het implementeren van waarden en normen binnen de zorgorganisatie; hooguit als het bestuur dit aan de orde stelt.

Alle ondervraagde organisaties melden een open cultuur te hebben waarin de ruimte bestaat om alles transparant te bespreken. Incidenten en fouten worden volgens een vast protocol gemeld en in de organisatie besproken in een veilige omgeving, en zodanig dat ervan geleerd kan worden. 'Lastige gesprekken' worden gevoerd en 'soft signals' worden opgepikt door de directie.

Ook als het gaat om mogelijke belangentegenstellingen lijken de onderzochte zorginstellingen een ideaalplaatje te vertegenwoordigen. Nevenfuncties in bestuur en RvT worden gemeld en die van bestuurders tevoren goedgekeurd door de RvT. Mocht een lid van de directie of RvT een dubbele pet ophebben, dan praat het desbetreffende lid niet mee over dit onderwerp.

In het geval van een particuliere zorginstelling waarin de aandeelhouders middels de RvC toezicht uitoefenen, is het risico van rolvermenging onvoldoende uitgesloten. De Code probeert invulling te geven aan specifieke situaties (bepaling A.1.) zoals governance met een Algemene Vergadering van Aandeelhouders en stelt dat de AVA bij het uitoefenen van haar bevoegdheden en stemrechten rekening houdt met de maatschappelijke doelstelling van de zorgorganisatie. Hier ontstaat het dilemma tussen 'aandeelhouderswaarde' en 'maatschappelijke waarde'. In de praktijk is onvoldoende duidelijk welke prioriteit gegeven moet worden. De Code wil de maatschappelijke doelstelling laten prevaleren boven een winstdoelstelling. Uiteindelijk is de rol-invulling door bestuurders, toezichthouders en aandeelhouders dan toch doorslaggevend voor het oplossen van dit spanningsveld.

## 3. Invloed belanghebbenden

Voorbeeldig zijn de ondervraagde instellingen in het organiseren van de invloed van belanghebbenden. Regelmatig wordt gesproken met de CR; al is het niet altijd zo gemakkelijk om hiervoor vanwege de soms wisselende snel populatie van de patiënten c.q. cliënten voldoende belangstellenden te vinden. De Ondernemingsraad (OR) wordt regelmatig betrokken (als de organisatie groot genoeg is om een OR te hebben). Hoewel overal het bestuur eerste aanspreekpunt voor de CR en OR is, hebben deze ook tenminste eenmaal per jaar contact met de RvT. Aangegeven wordt dat de CR en de OR voor sommige aangelegenheden zoals selectie van nieuwe leden van de RvT integraal bij de procedure betrokken worden.

Vaak wordt ook gekeken naar 'peers' of collega-organisaties om te kijken hoe die de zaken aanpakken en er zo nodig van te leren.

Het jaarverslag wordt door besturen en toezichthouders gezien als het meest geschikte middel om verantwoording af te leggen.

#### 4. Inrichting governance

Bestuur en toezicht dienen volgens de Code beide te zorgen voor naleving van de Code. De ondervraagden signaleren dat opgepast moet worden dat de RvT niet op de stoel van het bestuur komt te zitten.

Geen enkele ondervraagde organisatie kent een 'commissie van wijzen' die een bindend oordeel kan uitspreken bij geschillen tussen bestuur en toezicht (Code art. 4.1.6). Dit wordt te bureaucratisch gevonden. Doet zich een conflict voor, dan wordt een ad hoc-oplossing gezocht. Sommige instellingen hebben een regeling met een extern mediation bureau dat in voorkomende gevallen kan worden ingeschakeld.

Gesprekken tussen bestuur en toezichthouder zijn er regelmatig. Ook wordt, meestal 1 x per jaar, een functioneringsgesprek met de directie gevoerd. Dit soort contacten wordt voldoende bevonden om goed van elkaar op de hoogte te zijn. Van een formeel gesprek over de samenwerking RvB en RvT (tenminste tweejaarlijks) is door geen enkele ondervraagde instelling melding gemaakt.

#### 5. Goed bestuur

Elke organisatie heeft goed geregeld en vastgelegd over welke zaken het bestuur goedkeuring van de RvT dient te hebben. Daaraan zegt men zonder uitzondering zich keurig te houden.

Ook geeft men aan dat business cases uitgebreid besproken worden met afweging van de pro's en contra's. De RvT wordt uitgebreid geïnformeerd, heeft – uiteraard – soms extra vragen en toegang tot alle informatie.

Een bestuurder merkt op dat de Code na de eerste drie hoofdstukken eigenlijk alleen nog maar open deuren intrapt of, volgens een andere bestuurder, alleen maar dingen noemt die 'normaal' zijn.

In Nederland is men gewend aan een Rijnlands model, hetgeen door vrijwel alle ondervraagden als een goed model ook voor de zorg wordt gezien, maar een 'one tier' model wordt door een enkele ondervraagde instelling ook goed toepasbaar geacht. Het voordeel zou zijn dat RvT en bestuur dan meer hand in hand werken. Bij een zuivere en heldere werkrelatie kan dit uitstekend, aldus een bestuurder.

#### 6. Verantwoord toezicht

Leden van de RvT worden in het algemeen op basis van een helder omschreven profiel geselecteerd hoewel ook voorkomt dat zij simpelweg toezicht houden namens de aandeelhouders van een private instelling.

Bij slechts één ondervraagde instelling bestaat een procedure met bindende voordracht van de CR. Hier wordt de CR tevens betrokken bij de kandidaat voor het voorzitterschap van de RvT. De overige instellingen kennen geen bindende voordracht. Dat wil niet zeggen dat de CR niet betrokken wordt, integendeel. CR en OR worden overal standaard betrokken bij de invulling van elke vacature voor de RvT en de selectie van kandidaten.

Een toezichtvisie is bij geen enkele instelling aangetroffen. Daaraan blijkt geen behoefte te bestaan.

Doordat de Wet normering topinkomens bindende richtlijnen geeft voor de maximale beloning van toezichthouders in de publieke sector, is volgens de instellingen de Code op dit punt minder van belang geworden.

Op een kleine private instelling na wordt de externe accountant steeds benoemd door de RvT. Reguliere contacten met de externe accountant lopen veelal via het bestuur.

## 7. Continue ontwikkeling

Bestuur en RvT overleggen bij alle ondervraagde instellingen regelmatig met elkaar en ook is er eenmaal per jaar een functioneringsgesprek met het bestuur. Van stelselmatige (jaarlijkse) evaluatie van het eigen functioneren van de RvT is op één uitzondering na geen sprake. Voor zover van evaluatie sprake is, worden hiervan geen verslagen opgesteld.

Introductieprogramma's voor nieuwe leden van de RvT bestaan niet in geformaliseerde vorm; wel is regelmatig sprake van een op maat gemaakt programma afhankelijk van het profiel en de wensen van het toetredende lid (elke organisatie).

## 8. Samenvatting

Per saldo volgen alle geïnterviewde instellingen het gros van de aanbevelingen van de Code op. Sommige bepalingen worden echter bewust niet nageleefd. Daarin zijn de zorginstellingen opvallend eensgezind. Vrijwel nergens is er een 'commissie van wijzen' (Code art. 4.1.6) opgetuigd voor het oplossen van problemen tussen directie en raad van toezicht. Natuurlijk spreken beiden elkaar regelmatig, maar een formele evaluatie van de samenwerking en het functioneren van de samenwerking vindt nergens plaats, laat staan dat die schriftelijk wordt vastgelegd. Geen enkele raad van toezicht (of raad van commissarissen; door elkaar gebruikt in dit artikel) heeft de moeite genomen een 'toezichtvisie' (Code art. 6.4.2) te ontwikkelen. Een geïnstitutionaliseerd introductieprogramma voor nieuwe toezichthouders (Code art. 7.3.3) is eveneens nergens te bekennen. De cliëntenraden (CR) hebben hun recht op bindende voordracht van een van de leden van de raad van toezicht of commissarissen standaard ingeruild voor een algemeen inspraakrecht bij elke benoeming (Code art. 6.3.1); dat vinden ze veel nuttiger voor het uitoefenen van invloed dan hun rechten op één specifieke benoeming te richten.

## Meningen over de Code

In het algemeen zijn de ondervraagde bestuurders en toezichthouders van mening dat de Code niet bijdraagt aan verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening. Een bestuurder merkt zelfs op: 'Een keurmerk verbetert per definitie niet het eindproduct.' Een goede governance is niet rechtstreeks bepalend voor de kwaliteit van de zorg, maar slecht bestuur kan een negatief effect hebben op de zorgkwaliteit. Indirect draagt de Code dus wel bij aan betere zorg omdat goed bestuur zorgt voor goede randvoorwaarden.

Diverse bestuurders merken op dat de Code helpt als een check op het inrichten van de eigen organisatie en geven aan dat de Code

helpt om het eigen handelen te spiegelen aan best practices. Anderzijds wordt er te veel en te gedetailleerd nadruk gelegd op de vorm waarin het bestuur en toezicht zijn gegoten, terwijl het gaat om een goede output, namelijk het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Die komt naar algemene opvatting in de Code te kort.

De Corporate Governance Code (de code Tabaksblat, 2003) is veelal het vertrekpunt geweest voor de aandacht die in Nederland voor governance bestaat. Daarnaast zijn zeker 20 sector- c.q. branche- specifieke codes gemaakt. Enkele bestuurders vragen zich af of één algemene code niet zou volstaan. Sommige codes wijken in essentie niet veel van elkaar af en soms wordt een code veel te

gedetailleerd en daarmee onwerkbaar. De toegevoegde waarde van een op de zorg toegesneden code wordt gering geacht, nu de inhoud en kwaliteit van de zorg in de Code Governance Zorg toch nauwelijks aan de orde komt.

Impliciet zijn de meeste bestuurders en toezichthouders het erover eens dat de Code minder regel- en bedilzucht moet bevatten en de sector een groter vertrouwensvoorschot moet geven. De indruk bestaat dat de Code te veel op de stoel van de zorginstellingen gaat zitten.

#### Enkele uitspraken:

- Cliënten en medewerkers zijn interessant vanuit het oogpunt van management en organisatie maar minder relevant voor de governance.
- Geen grote visie, maar gewoon goede inhoud: daar gaat het om.
- Minstens zo belangrijk is: wat doen je peers? Moeten we elkaar in de branche daar niet meer op gaan aanspreken?
- Het moet wel werkbaar blijven. Het klanttevredenheidscijfer is eigenlijk belangrijker.
- Wil je echt goede governance, verbiedt dan te grote instellingen (bijv. groter dan 100 mln. omzet).
- Binding met de samenleving reduceert ontsparing.
- Je moet niet op alle incidenten met een kanon reageren, met hagel het bedrijf in en nieuwe regels invoeren. Dat creëert veel te veel en onnodig onrust.
- De leiderschapsstijl in de organisatie is allesbepalend. Accreditatie van bestuurders (NVZD) kan nuttig werken.

#### Eigen observaties

Aan zorginstellingen wordt een zeer grote hoeveelheid algemene en specifieke wettelijke eisen gesteld, die onder meer zijn te vinden in de het Burgerlijk Wetboek, de Wet toelating zorginstellingen, de Wet marktordening

gezondheidszorg, de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), de Wet BIG en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. Dit alles wordt nog gecombineerd met een reeks aan keurmerken, certificeringen, kwaliteitsverklaringen en kwaliteitsstatuten voor de zorg. De zorgverzekeraars oefenen met hun inkoop- en contracteerbeleid een steeds grotere sturende invloed uit. Via wettelijke verantwoordingsverplichtingen, inspecties, controles en handhavingsmaatregelen wordt ook van buitenaf permanent toezicht uitgeoefend. Dit alles zorgt voor een enorme extra werkbelasting en werkdruk.

In de zorgsector is het vrijwel onmogelijk om geheel aan alle regelgeving te voldoen, zo concludeerde Louise Blume in haar proefschrift 'Tools or Rules? The Utility and limitations of guidelines in Dutch hospitals' (proefschrift Universiteit Tilburg, 2017). Slechts 42% van de ziekenhuisbestuurders zegt dat volledig compliance management en implementatie van richtlijnen haalbaar is. Begrijpelijk als ziekenhuizen bij 45 ziekten en ingrepen informatie moeten verstrekken over 1500 kwaliteits-indicatoren. Louise Blume geeft aan dat volledige naleving van richtlijnen door ziekenhuisbestuurders een 'mission impossible' is. Zij pleit ervoor om de focus te leggen op verbetering van de zorg en leren in plaats van op non-compliance en falen.

De Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) vraagt ook veel van de zorginstellingen. Hoe goed de doelstelling ook is om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, naleving leidt vaak tot hoge extra kosten en veel bureaucratie. Bij een onderzoek in 2016 naar 150 verpleegzorginstellingen constateerde de IGZ nog dat 22% van de instellingen onvoldoende scoorde op kwaliteit en veiligheid, dat 43% het cliëntdossier onvoldoende op orde had, dat 23% niet voldoende deskundige medewerkers inzette, bij 46% de medicatieveiligheid niet op orde was en 31% van de instellingen niet voldeed aan de regels die voor vrijheidsbeperking gelden (IGZ, 2016).

Uit de sector van de woningcorporaties bleek (Sira Consulting, 2017) dat alleen al de jaarlijkse verantwoording 190 interne uren en €12.200 aan externe kosten meebrengt. Eens in de vijf jaar komt daar nog de verplichte visitatie bij die gemiddeld 140 interne uren en een bedrag van €37.000 aan externe kosten veroorzaakt. In de zorg zal dit niet anders zijn.

Een al wat ouder onderzoek naar de brandveiligheid van zorginstellingen (VROM-inspectie, Arbeidsinspectie, inspectie Jeugdzorg en inspectie Gezondheidszorg, 2011) concludeert dat bij 30% van de onderzochte zorginstellingen sprake is van ernstige bouwkundige tekortkomingen. Ingrijpen werd noodzakelijk geacht.

Het beeld dat ontstaat, is dat aan de ene kant de eisen die aan zorginstellingen worden

gesteld torenhoog zijn en een grote belasting en druk met zich brengen terwijl het, desondanks of juist daarom, aan de andere kant in de praktijk onmogelijk blijkt om op alle fronten aan al die eisen te voldoen.

Het is de vraag, welke rol de Code speelt en behoort te spelen binnen dit krachtenveld van steeds hogere eisen en de feitelijke onmogelijkheid om aan al deze eisen te voldoen.

Een vergelijking tussen de Code 2010 en de Code 2017 laat zien dat de Code zich sluipend ontwikkelt tot een allesomvattend draaiboek voor inrichting en bedrijfsvoering. Het gaat langzamerhand niet alleen om het bieden van kaders voor governance, maar de Code is een voortdurende 'wake up call', of het in zijn totaliteit wel gaat zoals het hoort te gaan.

Uit de inleidingen bij de Codes:

2010	2017
<b>Professionaliseren bestuur en toezicht</b>	Goed bestuur en toezicht als voorwaarde voor goede zorg
<b>Bundeling van opvattingen over goed bestuur, toezicht en verantwoording</b>	Governance dient goede zorg te waarborgen
<b>Normenkader voor goed bestuur en toezicht</b>	Richtinggevend document voor sector
<b>Nadenken over eigen functioneren RvB en RvT</b>	Stimuleren tot reflectie en gesprek over eigen functioneren RvB en RvT
<b>Transparantie en verantwoording</b>	Zelfregulering
<b>Bijdragen aan vertrouwen in de zorgorganisatie</b>	Randvoorwaarden bieden voor 'goede zorg' aan 'de cliënt'
<b>Code levert ingrediënten voor goed bestuur en toezicht</b>	'best practices' waar anderen van kunnen leren
<b>Richtsnoer voor bestuurlijk handelen</b>	Goede inrichting van governance in concrete gevallen

Uit deze vergelijking blijkt dat de focus verschuift van kader naar inhoud. De makers van de Code hebben kennelijk, met de beste bedoelingen, een extra stap willen maken en zijn verder gegaan dan louter een kader voor goed bestuur en toezicht te geven. In dat verband komt ook aandacht voor 'best practices' waar anderen van kunnen leren en wordt, met de instelling van een *Governance*

*innovatie- en adviescommissie* (ingesteld 8 juni 2017), ook gezorgd voor de verspreiding van *best practices*. De speelruimte voor zorginstellingen om het op hun eigen manier te doen wordt aldus steeds kleiner. Deze ontwikkeling is te vergelijken met het 'in control statement' dat de Amerikaanse beurstoezichthouder SEC oplegt aan beursgenoteerde ondernemingen.

Implementatie hiervan dringt door in de haarvaten van de organisatie, maar vormt geen garantie tegen fout gedrag.

De Raad State signaleerde in zijn jaarverslag 2017 (p. 36-37): 'Overheidsbestuur zoals wij dat kennen, is "verslaafd" aan regels vanwege de zekerheid die zij schijnen te bieden. Zekerheid voor de wetgever die zijn verantwoordelijkheid laat zien, zekerheid voor uitvoerende diensten die daarmee weten geen fouten te maken of willekeur te plegen, zekerheid voor de rechter die zich voor zijn oordeel daarop beroept, zekerheid voor burgers en ondernemingen die weten waar zij aan toe zijn. Alleen bij snel toenemende complexiteit dreigt de zekerheid in haar tegendeel te verkeren.'

Deze trend is ook in de zorg duidelijk zichtbaar.

Uit het onderzoek blijkt dat bestuurders en toezichthouders met deze 'overkill' worstelen en vinden dat de Code te veel op hun stoel gaat zitten. Een aantal van hen liet blijken de Code niet nodig te hebben om het (nog) beter te gaan doen, mede omdat de kern van goede zorgverlening volgens hen in factoren zit die in de Code juist niet aan bod komen, zoals cultuur, leiderschapsstijl en de kwaliteit van de intermenselijke verhoudingen binnen de organisatie. Met andere woorden: of een instelling het goed doet hangt niet af van de Code en haar naleving, maar van de ziel van de instelling. In zo'n context bestaat het risico dat de Code wordt gereduceerd tot een verplicht afvinklijstje, dat wordt afgewerkt door een daartoe aangewezen functionaris, eigenlijk alleen maar dient om de statuten en reglementen op hun conformiteit met de Code

te controleren, en waar niemand gelukkig van wordt. Via dit afvinklijstje wordt weliswaar bewerkstelligd dat de protocollen op orde zijn en hoopt men zich nog beter ingedekt tegen de buitenwereld, tegelijk bestaat het besef dat het geen zekerheid biedt ten aanzien van de factoren die werkelijk bepalen of de zorgverlening succesvol is.

Zo dreigt de Code ondanks alle goede bedoelingen steeds meer een alles overweldigende papieren tijger te worden, die eerder afleidt dan toevoegt. Bestuurders en toezichthouders van zorginstellingen laten blijken de voorkeur te geven aan een Code die zich beperkt tot de kern, namelijk het leveren van criteria voor een besturingsmodel dat voldoet aan redelijke eisen van governance. Daarnaast vinden zij 'best practices' op zichzelf nuttig, maar alleen als inspiratie voor eigen keuzes en niet als dwingend voor te schrijven modellen. Voor het overige weten zij al lang wat wet- en regelgeving van hen vergen en vragen zij vooral om vertrouwen.

Per saldo:

- Stop met verdere detaillering en bedilzucht. Keer terug naar de kern en beperk de Code tot governance in de eigenlijke zin, namelijk goed bestuur en toezicht. Maak er geen allesomvattend toetsingskader voor zorginstellingen van.
- Geef vertrouwen aan de bestuurders en toezichthouders. Wantrouwen in combinatie met de Code leidt tot afvinkgedrag en is contraproductief, omdat het afleidt van de factoren die succesvolle zorg bepalen.