

Wie is verantwoordelijk voor de zorg voor onze ouderen?

Keuzes en kansen van zorgbestuurders in de zoektocht naar een toekomstbestendige ouderenzorg



Thesis Marloes Berkelaar MhBA-20, Erasmus Centrum voor Zorgbestuur

Erasmus University Rotterdam

Begeleider: Kor Grit

Tweede lezer: Oemar van der Woerd

6 mei 2024

Inhoudsopgave

<i>Voorwoord</i>	3
Dankwoord	3
<i>Samenvatting</i>	4
<i>Summary</i>	5
1. <i>Inleiding</i>	6
1.1. Probleemstelling	6
1.2. Doelstelling	9
1.3. Vraagstelling	9
1.4. Relevantie	9
2. <i>Beleidscontext</i>	11
2.1. Het macroperspectief: De ontwikkeling van de verzorgingsstaat door de jaren heen	12
2.2. Het mesoperspectief: portfoliokeuzes in de dienstverlening	13
2.3. Het microperspectief: voorbereiden op je oude dag	14
3. <i>Theoretisch kader</i>	16
3.1. Omgaan met bestuurlijke dilemma's	16
3.2. Ethisch leiderschap in (ouderen)zorgorganisaties	16
3.3. Ethisch leiderschap in breder perspectief	17
3.4. Verantwoordelijkheid nemen en verantwoordelijk maken	19
3.5. Sensitizing concepts	22
4. <i>Methode</i>	23
4.1. Kwalitatief onderzoek	23
4.2. Respondentselectie	23
4.3. Wijze van dataverzameling	23
4.4. Analyseren van data	24
4.5. Kwaliteit van de resultaten	25
4.6. Ethiek van het onderzoek	25
5. <i>Bevindingen</i>	26
5.1. Een transitie in de ouderenzorg (?)	26
5.2. Het macroperspectief: de rol van de overheid	27
5.3. Het mesoperspectief: de rol van de ouderenzorgorganisatie	29
5.4. Microperspectief: organisatiedilemma's	33
5.5. Rolinvulling van de ouderenzorgbestuurder anno 2024: nieuwe dilemma's?	34
5.6. Kennisvraag	36
6. <i>Discussie</i>	37
7. <i>Conclusie</i>	39
7.1. Deelvragen	39
7.2. Hoofdvraag	42
8. <i>Aanbevelingen</i>	44
8.1. Voor de wetenschap	44
8.2. Voor de praktijk	44
9. <i>Reflectie</i>	47
<i>Bijlage 1: respondentenoverzicht</i>	48
<i>Bijlage 2: topiclijst</i>	49
<i>Bijlage 3: codeboom</i>	51
<i>Bronnenlijst</i>	52
Literatuur	52
Andere bronnen	53

Voorwoord

Voor u ligt het eindresultaat van mijn inmiddels derde thesis binnen tien jaar. Na bijna twee jaar van inspirerende opleidingsdagen, verwerkingsopdrachten en fijne bijeenkomsten bij Villa Heidebad ben ik bijna aan het einde gekomen van een bijzondere periode.

Als jongste deelnemer was ik op een haar na niet aan deze MhBA-opleiding begonnen, omdat er in eerste instantie geen plek meer was. Maar liefst drie dagen voor de eerste bijeenkomst kreeg ik het telefoontje dat ik toch mocht komen als ik dat nog zou zien zitten. Zonder daar verder al te lang bij stil te staan ben ik ervoor gegaan. Daar ben ik ondanks de hectiek en druk van met name het laatste half jaar van deze opleiding nog steeds heel blij mee. Ik ben dankbaar en heb genoten van alles: de waardevolle contacten die ik heb opgedaan, de verschillende perspectieven die voorbij zijn gekomen in de modules, ingekleurd door ervaringen van medestudenten en het schrijven van de thesis.

Tijdens het volgen van de MhBA-opleiding, heb ik grote stappen gemaakt in mijn werk en functie bij Vilans. Het was steeds heel fijn om wat ik in die ontwikkeling allemaal tegenkwam te kunnen delen met de MhBA-groep. Ook heb ik gemerkt, dat ik het schrijven van de thesis als een prettige afwisseling naast mijn werk heb ervaren. Het echt duiken in een onderwerp en individueel de tijd nemen om daarop te kauwen: dat zit er in het dagelijkse werk als programmaleider toch minder in en ik heb gemerkt dat een kant van mij daar ook echt blij van wordt.

Echter, het was niet alleen maar leuk. Ik heb gemerkt dat een thesis schrijven in de avonden en in het weekend echt niet hetzelfde is als fulltime. De lat ligt hoog bij mij, en ik had steeds het gevoel dat het beter kon en ik meer kon doen als ik meer tijd zou hebben. Ik heb geleerd om dat gevoel wat meer los te laten en om te accepteren dat je nou eenmaal de tijd te verdelen hebt die er is. Daarin heb ik een gezonde balans moeten vinden. Ik heb ook geleerd dat een bepaalde focustijd voor verdieping mij heel erg goed doet, dus wie weet neem ik dat nog mee in de toekomst. Nu eerst weer tijd voor andere dingen, al die uren die vanaf deze zomer weer vrijkomen moeten natuurlijk gevuld worden met een nieuwe uitdaging. Ik kijk uit naar wat er dan weer op mijn pad gaat komen en zal het altijd jammer blijven vinden dat er maar 24 uur in een dag zit.

Dankwoord

Een woord van dank is op zijn plaats voor in de eerste plaats Vilans, omdat zij mij als organisatie heeft aangemoedigd deze opleiding te volgen. Ik realiseer me hoe bijzonder het is dat de organisatie mij deze kans gegeven heeft. Daarnaast wil ik graag mijn collega's bedanken, die moesten dealen met mijn afwezigheid tijdens de opleidingsdagen en die me altijd gesteund hebben bij het combineren van opleiding en werk. Zij hebben ook met mij meegedacht tijdens de thesis en mij in contact gebracht met respondenten. Mijn respondenten wil ik bedanken voor hun bereidheid om met mij in gesprek te gaan en hun openheid tijdens deze gesprekken. Kor Grit, dankjewel voor je prettige begeleiding vanuit de opleiding tijdens het thesistraject. Na elk gesprek van ons had ik weer nieuwe inzichten om op voort te borduren.

Ten slotte mijn medestudenten: zoals ik altijd heb gezegd zijn jullie allemaal toppers. Door jullie voelde het thesisproces toch iets minder eenzaam.

Samenvatting

Iedereen heeft op een bepaalde manier met de ouderenzorg te maken en dat maakt dat het een wezenlijk onderdeel van onze samenleving is. Maar wie is eigenlijk verantwoordelijk voor de zorg van onze ouderen? Dit vraagstuk is op dit moment bijzonder actueel door de beweging naar het langer thuis wonen van ouderen en de schaarste van mensen en middelen in de sector.

Een toekomstbestendige ouderenzorg vraagt om een heroverweging van de verantwoordelijkheidsverdeling in het vraagstuk 'wie zorgt voor onze ouderen?'. De zoektocht van (bestuurders van) ouderenzorgorganisaties naar de invulling van die verantwoordelijkheden is en blijft een uitdagend en continu proces. De rol van de bestuurder vraagt daarbij om constant balanceren tussen de interne bedrijfsvoering (denk bijvoorbeeld aan motivatie van medewerkers en financiële gezondheid) en de maatschappelijke opgave (als samenleving zorgen voor een toekomstbestendige ouderenzorg). Dat zorgt voor schuring en spanning in belangen en leidt tot dilemma's. De onderzoeksvraag die in deze thesis centraal staat is dan ook: Hoe gaan bestuurders in de ouderenzorg om met de opkomende dilemma's in hun (interne en externe)

verantwoordelijkheden in de mogelijke transitie naar een toekomstbestendige ouderenzorg?

Met behulp van de theoretische concepten ethisch leiderschap, *collaborative governance* en *responsibilization*, zijn diepte-interviews met elf bestuurders van ouderenzorgorganisaties gehouden. De bevindingen zijn geordend op drie verschillende niveaus: het macroperspectief (de veranderende rol van de overheid), het mesoperspectief (de strategische keuzes en rolopvatting van de ouderenzorgorganisatie en bestuurder in het bijzonder) en het microperspectief (de nieuwe relatie tussen oudere en zorgverlener, met een grotere rol voor eigen regie en informele zorg).

De resultaten laten zien dat bestuurders in de ouderenzorg allemaal op hun eigen manier bezig zijn met de transitie in de ouderenzorg, maar dat de manier waarop zij zich verantwoordelijk voelen voor deze transitie erg verschilt. Zij zijn erover eens dat hulpvragen van ouderen niet altijd meer door de zorg opgelost hoeven te worden, maar in hoeverre zij als ouderenzorgorganisaties deze beweging zelf aanjagen verschilt. Dilemma's die zij tegenkomen in het werken aan de maatschappelijke opgave enerzijds en de belangen van de interne organisatie anderzijds, zijn als volgt samen te vatten: Overnemen versus afschuiven; Luisteren versus lef; Huis op orde versus buitenspelen; Alleen ga je sneller versus samen kom je verder; Waarderen versus transformeren; Maakbaarheid versus vrijblijvendheid.

Concluderend zie je dat bestuurders in de ouderenzorg met nieuwe dilemma's geconfronteerd worden die hun werk nog dynamischer maken. De manier waarop zij hiermee omgaan is uiteraard uiteenlopend, toch kan ik een aantal opvallende zaken aanhalen in de beantwoording van deze onderzoeksvraag. Ten eerste is het opvallend dat alle bestuurders het belang van een visie op de toekomst van de ouderenzorg en de plek van de eigen organisatie daarin benadrukken. Ten tweede zie je dat bestuurders vooral inzetten op het zoeken van verbinding en het bouwen van coalities, zowel intern als extern. Ten derde zijn bestuurders opvallend genoeg overwegend optimistisch over de toekomst. Er is weinig sprake van doemdenken en zwartkijken, ondanks 'het ravijn' (tussen zorgvraag en -aanbod) dat op ons afkomt, aldus sommige respondenten.

Samenvattend betekenen de inzichten in termen van ethisch leiderschap dat er een ambiguïteit te herkennen is in de manier waarop bestuurders te dealen hebben met de verantwoordelijkheden voor een toekomstbestendige ouderenzorg. Enerzijds staan zij voor een uitdagende opgave met een hoge onzekerheidsfactor die tot constante worsteling leidt in confrontatie met onoplosbare dilemma's. Anderzijds maakt dat het werk voor de bestuurders leuk en boeiend en halen zij ook energie en zingeving uit de worsteling van het steeds zoeken naar welke keuzes te maken en wie je daarbij nodig hebt. Eén ding is zeker: een van boven opgelegde 'papieren' verantwoordelijkheidsverdeling is niet (voldoende) helpend.

De aanbeveling die uit dit onderzoek volgt is logischerwijs dat er bestuurders in de ouderenzorg nodig zijn die lef hebben en tegelijkertijd onzekerheid kunnen omarmen en anderen daarbij kunnen betrekken. Daarnaast is het belangrijk om als kennisorganisatie bestuurders te ondersteunen bij hun zoektocht en balanceer act tussen interne en externe verantwoordelijkheden.

Summary

Everyone is connected to elderly care in some way, making it an integral part of our society. But who is actually responsible for the care of our seniors? This issue is particularly relevant now due to the trend towards elderly people living at home longer and the scarcity of resources in the sector.

A sustainable elderly care system requires a reevaluation of the distribution of responsibilities in the question of "who cares for our elderly?" The search for (management of) elderly care organizations in defining these responsibilities is and remains a challenging and ongoing process. The role of the director requires constant balancing between internal management (consider, for example, staff motivation and financial health) and the societal task (ensuring sustainable elderly care as a society). This leads to conflicts and tensions in interests and results in dilemmas.

The central research question of this thesis is therefore: How do directors in elderly care deal with emerging dilemmas in their (internal and external) responsibilities in the possible transition to sustainable elderly care? Using the theoretical concepts of ethical leadership, collaborative governance, and responsabilization, in-depth interviews were conducted with eleven directors of elderly care organizations. The findings are organized on three different levels: the macro perspective (the changing role of the government), the meso perspective (the strategic choices and role perception of the elderly care organization and director in particular), and the micro perspective (the new relationship between the elderly and caregiver, with a greater emphasis on self-regulation and informal care).

The results show that directors in elderly care are all dealing with the transition in elderly care in their own way, but their sense of responsibility for this transition varies greatly. They agree that not all elderly care needs necessarily have to be addressed by professional care, but the extent to which they as elderly care organizations drive this movement themselves varies. Dilemmas they encounter in working towards the societal task on one hand and the interests of the internal organization on the other hand can be summarized as follows:

- Taking over versus delegating
- Listening versus courage
- Order at home versus playing outside
- Going alone gets you there faster versus going together gets you further
- Appreciation versus transformation
- Feasibility versus voluntariness

In conclusion, directors in elderly care are confronted with new dilemmas that make their work even more dynamic. The way they deal with these dilemmas varies, yet there can be highlighted some remarkable points in answering this research question. Firstly, it is remarkable that all directors emphasize the importance of a vision for the future of elderly care and the role of their own organization in it. Secondly, you can see that directors mainly focus on seeking connection and building coalitions, both internally and externally. Thirdly, remarkably enough, directors are predominantly optimistic about the future. There is little talk of doom and gloom, despite 'the abyss' (between care demand and supply) that some respondents mention.

In summary, the insights into ethical leadership imply an ambiguity in how directors deal with the responsibilities for sustainable elderly care. On one hand, they face a challenging task with a high level of uncertainty, leading to a constant struggle when confronted with unsolvable dilemmas. On the other hand, this makes the work enjoyable and engaging for directors, as they derive energy and meaning from the struggle of constantly seeking which choices to make and whom to involve. One thing is certain: a top-down, paper-based distribution of responsibilities is not (sufficiently) helpful.

The recommendation arising from this research is logically that we need directors in elderly care who have courage and at the same time can embrace uncertainty and involve others in the process. Additionally, it is important for knowledge organizations to support directors in their search and balancing act between internal and external responsibilities.

1. Inleiding

Iedereen heeft op een bepaalde manier met de ouderenzorg te maken en dat maakt dat het een wezenlijk onderdeel van onze samenleving is. Hoe we met onze ouderen omgaan, zegt iets over onze mate van beschaving. Maar wie is eigenlijk verantwoordelijk voor de zorg van onze ouderen?

Er zijn verschillende partijen die een rol hebben in het zorgen voor onze ouderen: zorgorganisaties, de overheid, zorgverzekeraars, vrijwilligers, welzijnsorganisaties en natuurlijk burgers zelf. De context van ouderen die steeds langer thuis blijven wonen, de roep om zorgzame gemeenschappen en het zogenoemde 'zorginfarct' vragen mogelijk om een heroverweging van de verdeling van verantwoordelijkheden bij al deze partijen. Is er een transitie nodig om de ouderenzorg toekomstbestendig te maken? En wat betekent die mogelijke transitie voor de manier waarop ouderenzorgorganisaties hun verantwoordelijkheden invullen?

Het vraagstuk: 'wie is verantwoordelijk voor de zorg voor onze ouderen?' is in deze thesis bekeken vanuit de rol van de ouderenzorgorganisatie, omdat die een aanjagende rol heeft in de mogelijke transitie. Daar komen de partijen immers bij elkaar. Hoe gaan ouderenzorgbestuurders met deze vraag om en met de dilemma's die daarbij komen kijken? Die vraag staat centraal in deze thesis.

1.1. Probleemstelling

De aanleiding tot een onderzoek naar de vraag: 'in hoeverre voelen ouderenzorgbestuurders zich verantwoordelijk voor de toekomstbestendigheid van de sector?', is onder andere ingegeven door de beweging naar het langer thuis wonen van onze ouderen. Dat levert nieuwe vraagstukken op over wie bijvoorbeeld verantwoordelijk is voor de eenzaamheid van deze doelgroep en wat voor rol niet-zorgpartijen in de gemeenschap daarin kunnen innemen. Die ontwikkelingen leiden weer tot een mogelijk nieuwe rolopvatting van de ouderenzorgorganisaties. Een extra noodzaak tot het in beweging komen, vormt de schaarste van met name zorgpersoneel. De huidige manier van het verdelen van de schaarste is niet langer toekomstbestendig, schrijft de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) (2021, 1). De overheid zou duidelijker keuzes moeten maken en prioriteiten moeten stellen in de verdeling van mensen en middelen in de gezondheidszorg. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) onderschrijft dit standpunt en gaat daarbij nog een stap verder in haar rapport 'Met de stroom mee' (2023). Zij pleit voor een wijziging van het zorgstelsel, omdat "de funderende principes van het zorgstelsel niet meer passen bij de veranderende maatschappelijke context waarin de zorg zich bevindt. Dat gaat ten koste van de meest basale publieke waarden waarop de zorg zich van oudsher richt: toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Maar ook de rechtvaardigheid en de legitimiteit van het stelsel staan onder druk (p. 18-19)." Betekent dat dat er een de transitie in de zorg nodig is?

Een voorbeeld van bestuurder Marian Kaljouw van de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZa) illustreert in NZa-magazine deze constatering. Zij geeft aan dat de manier waarop het stelsel is georganiseerd, niet helpend is bij deze opdracht, omdat er sprake is van een verkeerde prikkel. Organisaties worden betaald voor geleverde zorg (productie) en niet voor bijvoorbeeld het goede gesprek met een cliënt over wat diegene belangrijk vindt in het leven, als diegene uiteindelijk niet in zorg komt, en diens vraag anders oplost (VWS, 2021).

Bovenstaande roept de vraag op of het nog wel haalbaar is om van het zorgstelsel en daarmee de overheid en systeempartijen te verwachten dat er voor alle ouderen gezorgd kan worden. Waar eindigt de verzorgingsstaat en waar begint de eigen verantwoordelijkheid van mensen? Hoe zou die verdeling er in de toekomst uit moeten zien en wat betekent dat voor de rol van zorgorganisaties zoals we die nu kennen?

De bestuurders van ouderenzorgorganisaties hebben een sleutelrol in deze opgaven, omdat zij eindverantwoordelijk zijn voor het beleid van de ouderenzorgorganisatie en de strategische keuzes maken die daarbij komen kijken (de Koeijer-Gorissen & van der Scheer, 2022).

Hun rolopvatting en de invulling van hun (ethisch) leiderschap bepalen in hoeverre zij met hun eigen organisatie verantwoordelijkheid nemen voor het zorgen voor ouderen en voor welk deel zij bijvoorbeeld andere actoren (zoals burgers zelf, de overheid, of welzijnsorganisaties) aanspreken op hun verantwoordelijkheid en erop sturen om die verantwoordelijkheid ook ergens anders te beleggen. Hoe zij dat doen, wordt in deze thesis gezien in het licht van het theoretisch concept *responsibilization* (Skarli, J.B., 2021, Ahola-Launonen, 2016 en Eggers et al., 2019).

Bestuurders in de ouderenzorg komen voor moeilijke beslissingen te staan, als gevolg van de schaarste aan personeel en bezuinigingen vanuit de overheid (Van der Priem, 2023). Zorgbestuurders hebben daarbij op twee borden te schaken: ze hebben te maken met interne druk en externe druk. Intern opereren ze in een professionele organisatie waar professionals werken en waar soms sprake is van een strakke organisatiestructuur met rigide werkprocessen. Anderzijds hebben zij te maken met externe druk van verschillende stakeholders, bijvoorbeeld het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), zorgverzekeraars, lokale overheden, media en anderen partijen. Dat kan zorgen voor botsende belangen. Bijvoorbeeld als het bijdragen aan de maatschappelijke opgave betekent dat je als ouderenzorgorganisatie zou moeten gaan krimpen en meer mensen door zou moeten verwijzen naar welzijnswerk, waardoor je inkomsten misloopt.

Het krachtenveld waarin zorgorganisaties zich bewegen is dynamisch en altijd veranderlijk in de tijd, omdat maatschappelijke waarden en normen ook veranderen. De positie van deze organisaties is daarmee geen constante. Het werk van zorgbestuurders is uitdagend geworden, omdat het speelveld en de verantwoordelijkheden zijn toegenomen, maar de invloed en sturingsmogelijkheden zijn niet altijd even groot (Grit en Meurs, 2005). Grit en Meurs (2005) duiden het kernprobleem in het werk van zorgbestuurders als 'het spanningsveld tussen mogelijkheden en verantwoordelijkheden en het gebrek aan maatschappelijke consensus over de inhoud en inrichting van de zorg' (p. 32). In deze thesis gaat het over het gebrek aan maatschappelijke consensus over precies die vraag: wie is verantwoordelijk voor de zorg voor onze ouderen?

Als gevolg van dit gebrek aan consensus stellen Grit en Meurs (2005) dat bestuurders steeds vaker te maken krijgen met ethische dilemma's, omdat zij zelf vanuit eer en geweten invulling moeten geven aan de verantwoordelijkheidsvraag: wat is de reikwijdte van de publieke verantwoordelijkheid van een zorginstelling (p. 10)?

Weber (2001) zei daar al over dat zorgbestuurders *stewardship responsibility* hebben voor de schaarse beschikbare bronnen voor de dienstverlening in de zorg. Hij stelt dat de gezondheidszorg een publiek goed is dat bestuurd moet worden op zo'n manier dat het aan de behoeften van de community tegemoet komt. Het gaat om de verdeling van het aanbod van zorg op een passende manier (p.5). Daarmee spelen verschillende stakeholders een rol in het ethische leiderschap van deze zorgbestuurders. Denk aan de overheid en burgers binnen de community waarin de zorgorganisatie zich bevindt (p. 9). Kan het bijvoorbeeld ook zo zijn dat je bepaalde (zorg)taken als ouderenzorgorganisatie weer delegeert naar de community in de omgeving, of bijvoorbeeld mantelzorgers? Bestaat je werk als professionele zorgorganisatie dan vooral nog uit het ondersteunen en trainen van deze mantelzorgers en het overdragen van taken? Kan het dan zo zijn dat je als ouderenzorgorganisatie vooral nog mensen in zorg zou moeten nemen die juist geen sociaal netwerk hebben en vaak veel zorg intensiever zijn? Terwijl je voor de zorg voor deze mensen juist minder betaald krijgt als organisatie, want voor het sociale aspect bestaat geen betaaltitel. In hoeverre ben je als zorgbestuurder dan verantwoordelijk voor (jouw stukje in) de maatschappelijke opgave als je ook 'een bedrijf te runnen hebt'? Dit soort vragen vormen de kern van de probleemstelling van deze thesis.

Een voorbeeld van een ouderenzorgorganisatie die gepoogd heeft om andere partijen meer verantwoordelijk te maken, is ouderenzorgorganisatie Vierstroom. Zij hebben naast nadrukkelijk een rol gegeven in de zorgverlening door hun het dringende advies te geven minimaal vier uur per maand vrijwillig mee te komen helpen in het verpleeghuis. Het verantwoordelijk maken van anderen, in dit geval burgers en naasten zelf, wordt in de literatuur ook wel *responsibilization* genoemd:

“Mantelzorg wordt in alle zestien verzorgings- en verpleeghuizen van zorgorganisatie Vierstroom uit Gouda moreel verplicht. Familie, vrienden of burens krijgen het dringende advies minimaal vier uur per maand een bijdrage te leveren aan het welzijn van de bewoners. Het afgelopen jaar heeft Vierstroom, dat duizend bewoners verzorgt in zestien woonlocaties, in drie huizen onderzocht of naasten verplicht kunnen worden te helpen als hun ouder of partner wordt opgenomen. Een verplichting opleggen is onmogelijk, zo is gebleken. Als iemand een indicatie heeft, dan mag een instelling niet weigeren. Vierstroom heeft het daarom over een iets andere boeg gegooid. Familie van de achttien nieuwe bewoners op de drie proeflocaties is gezegd dat mantelzorg een gewoonte is. Ze kregen het dringende advies iets te doen in de huiselijke sfeer: wandelen, koffie schenken, spelletjes, koken.”

Figuur 1, Voorbeeld Vierstroom, uit Trouw, 19 augustus 2013

Dit voorbeeld illustreert de schuring met verschillende belangen. De bestuurder heeft vanuit de maatschappelijke opgave geredeneerd en vanuit de eigen organisatie een nieuwe kans gezien. Toch worden de uitdagingen duidelijk uit het voorbeeld: Vierstroom heeft deze morele verplichting alleen ingevoerd bij nieuwe bewoners, en daar bleek één nieuwe bewoner alsnog te kiezen voor een andere zorgorganisatie, omdat de zoon er geen zin in had en meerdere families twijfelden. Uit het onderzoek dat medewerkers onder de huidige bewoners en hun naasten hadden gedaan, bleek dertien procent minder open te staan voor het idee en zes procent oordeelde ronduit negatief (Trouw, 2013). Uit dit voorbeeld zou je kunnen opmaken dat het dus nog niet zo eenvoudig is om burgers meer verantwoordelijkheid voor onze ouderenzorg te laten dragen. Het is de vraag of iedereen een bijdrage kan leveren en daar ook op zit te wachten. Daarnaast roept het de vraag op wat de professionals ervan vinden, dat wordt niet duidelijk uit het voorbeeld. Het vraagt ook investering vanuit de zorgorganisatie om medewerkers mee te nemen en het gesprek aan te gaan. Niet alle professionals zullen daar bijvoorbeeld competent voor zijn. Bovendien staat er geen directe financiële prestatie tegenover vanuit de zorgverzekeraar.

Onderstaande afbeelding komt uit een publicatie van kennisorganisatie Vilans (2023) over precies die spanning tussen eigen organisatie en maatschappelijke opgave. Medewerkers die zowel in de eigen organisatie werkzaam zijn, als daarbuiten verbonden zijn aan andere organisaties in netwerken zijn hier afgebeeld als bijtjes. Je ziet dat de eigen organisatie binnen bijvoorbeeld een regio samen met actoren ('bijtjes') uit andere organisaties de puzzel legt voor de regionale maatschappelijke opgave. Echter moet het 'bijtje' ook steeds weer terug zijn eigen organisatie in, om besluiten uit de (regionale) samenwerking (uitgebeeld met de bolletjes), af te stemmen met de interne organisatie (uitgebeeld met het organogram). Collega's en leidinggevenden van het 'bijtje' kunnen soms andere ideeën hebben bij de afspraken die het 'bijtje' in het samenwerkingsverband heeft gemaakt, ten behoeve van de maatschappelijke opgave.

Daarnaast verwijst de nieuwe Governancecode Zorg (2022) ook steeds naar de maatschappelijke doelstelling van de zorgorganisatie en de maatschappelijke positie van de organisatie waar je als bestuurder verantwoording over af te leggen hebt.



Figuur 2 Vilans, Zo regel je samenwerken in netwerken, 2023

1.2. Doelstelling

Een toekomstbestendige ouderenzorg vraagt om een heroverweging van de verantwoordelijkheidsverdeling in het vraagstuk 'wie zorgt voor onze ouderen?'. De zoektocht van (bestuurders van) ouderenzorgorganisaties in de invulling van die verantwoordelijkheden is en blijft een uitdagend en continu proces. De rol van de bestuurder vraagt daarbij om constant balanceren tussen de interne bedrijfsvoering (denk bijvoorbeeld aan motivatie van medewerkers en financiële gezondheid) en de maatschappelijke opgave (als samenleving zorgen voor een toekomstbestendige ouderenzorg). Dat zorgt voor schuring en spanning in belangen. Daarmee hebben bestuurders in die zoektocht constant te maken met dilemma's. Het doel van deze thesis is om te onderzoeken hoe bestuurders omgaan met de dilemma's die zij tegenkomen bij de invulling van die verantwoordelijkheidsverdeling, om vervolgens aan te geven wat zij nodig hebben van burgers en de overheid om hun nieuwe rol goed te kunnen vervullen.

1.3. Vraagstelling

Hoofdvraag

Hoe gaan bestuurders in de ouderenzorg om met de opkomende dilemma's in hun (interne en externe) verantwoordelijkheden in de mogelijke transitie naar een toekomstbestendige ouderenzorg?

Deelvragen

- Hoe zien bestuurders van ouderenzorgorganisaties de noodzaak van een transitie naar een toekomstbestendige ouderenzorg en daarbinnen de verantwoordelijkheden van hun organisatie?
- Hoe geven bestuurders in de ouderenzorg invulling aan hun rol in deze verantwoordelijkheidsverdeling en (hoe) beleggen ze verantwoordelijkheden bij andere actoren?
- Wat zijn de dilemma's waar bestuurders mee te maken krijgen in deze nieuwe verantwoordelijkheden en hoe gaan zij daarmee om?

1.4. Relevantie

Dit is een maatschappelijk relevant thema, omdat we aanlopen tegen de grenzen van het zorgstelsel. Al in 2009 erkende het ministerie van VWS in Zorgvisie dat het huidige zorgstelsel niet langer houdbaar is (Redactie Zorgvisie, 2009). Zoals de WRR (2021, 2) schrijft, zijn daarbij de fundamentele waarden onderliggend aan het systeem van groot belang om enige discussie te kunnen voeren over alternatief beleid of een alternatief stelsel (p.13). De beweging die nodig is om de ouderenzorg houdbaar te kunnen houden in de toekomst is een ingewikkelde opgave. Ik verwijs daarbij naar de paragraaf verderop met de beschrijving van de beleidscontext vanuit macroperspectief. Het maatschappelijk debat zet nu vooral in op systeem- en structuuroplossingen en de overheid vraagt het veld om met alternatieven te komen vanuit dat perspectief: kijk bijvoorbeeld naar het Integraal Zorg Akkoord (IZA). Daar zitten de oplossingen weer in een andere manier van 'organiseren' (regionaal), in plaats van dat de fundamentele ethische vraag wordt beschouwd: welke actor is verantwoordelijk voor welk stukje van de maatschappelijke puzzel? Welke rol kunnen burgers daarin spelen? De overheid verwacht veel van burgerinitiatieven en tegelijkertijd lopen deze initiatieven vaak tegen systeembelemmeringen aan van diezelfde overheid. Er is een heroverweging van de verantwoordelijkheidsvraag en het ethisch leiderschap van bestuurders nodig als bijdrage aan dit maatschappelijk debat. Als je de zoektocht naar het intrinsieke en collectieve verantwoordelijkheidsgevoel verwaarloost, dan sla je een belangrijke stap over en zal de organisatorische oplossing uiteindelijk ook onvoldoende opleveren.

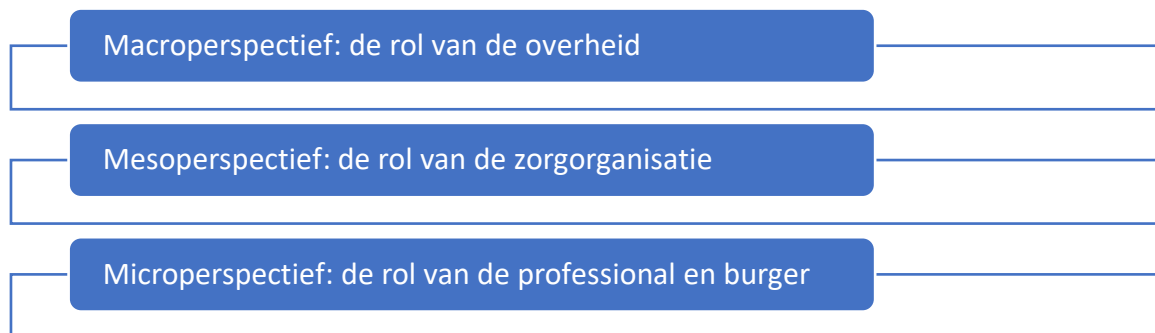
Wetenschappelijk is dit een relevant thema omdat er de afgelopen decennia veel geschreven is over de (veranderende) rol van de overheid. Onder termen als onder andere *governmentalism*,

governmentality en *new public management* (Martin, en Warin, 2018; Agranoff en McGuire, 2011; Ansell, en Gash, 2008; Rhodes, 1996) is het een blijvende zoektocht hoe de interactie tussen overheid en haar burgers werkt. Ook is er veel geschreven over ethisch leiderschap in de context van het op een ethische manier je beroep uitoefenen als professional (Koskinen en Kaldestad, 2022). Echter, er is weinig gepubliceerd over de invulling van ethisch leiderschap als ouderenzorgorganisatie in de veranderende context in relatie tot je verantwoordelijkheid als organisatie in die context. Omdat ethisch leiderschap een passende theoretische bril is om door te kijken bij het beschouwen van de verantwoordelijkheidsvraag, zal dit concept worden gebruikt in dit onderzoek. De resultaten leveren een bijdrage aan verdere uitwerking van dit theoretische concept.

Persoonlijk vind ik dit een interessant thema, omdat ik het vanuit mijn bestuurskundige achtergrond en politieke interesse belangrijk vind om na te denken over de balans: zorgen voor kwetsbare mensen en het verdelen van schaarste. Het is uiteindelijk een politieke, maar ook morele keuze hoe we onze maatschappij willen inrichten. Wat is de reikwijdte van de verantwoordelijkheid van de verschillende partijen die een rol spelen in het zorgen voor de ouderen in onze samenleving en wie mag je vervolgens waarop aanspreken? Er is op dit moment politieke discussie over hoe het huidige stelsel de benodigde transitie kan faciliteren. Terwijl het vraagstuk over de verdeling van verantwoordelijkheid voor de ouderenzorg en wat mij betreft nog onderbelicht is. Dit onderwerp verdient een nadere analyse om bestuurders die mogelijk in een spagaat zitten, verder te helpen de transitie te maken.

2. Beleidscontext

In deze thesis staan de volgende vragen centraal: wat zijn de nieuwe verantwoordelijkheden van ouderenzorgorganisaties om naar een toekomstbestendige ouderenzorg te bewegen? Welke rol van de zorgbestuurder en welke dilemma's komen daarbij kijken en wat hebben deze organisaties nodig van de overheid en burgers om die rol goed te kunnen vervullen? Om een beeld te geven van hoe die toenemende complexiteit van de externe druk waar bestuurders mee te maken hebben eruitziet, worden in dit beleidshoofdstuk een aantal relevante maatschappelijke ontwikkelingen geduid. In deze thesis worden verschillende beleidsniveaus gehanteerd om de bevindingen te duiden:



Figuur 3 beleidsniveaus

Macroperspectief: de rol van de overheid: de rol van de overheid mag in dit perspectief breed opgevat worden. Het gaat om wet- en regelgeving, door respondenten later ook wel aan gerefereerd als 'het systeem' of 'het stelsel'. Dit niveau heeft zowel betrekking op het ministerie van VWS als op uitvoeringsorganisaties zoals bijvoorbeeld zorgkantoren, de NZa, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en bijvoorbeeld gemeenten.

Mesoperspectief: de rol van de zorgorganisatie: de rol van de zorgorganisatie gaat in dit perspectief om de rol die de bestuurder zichzelf en de organisatie toedicht in het beschreven vraagstuk. In de praktijk kan dat gaan om het handelen van de bestuurder zelf, maar ook om bijvoorbeeld medewerkers die plaatsnemen in samenwerkingsverbanden.

Microperspectief: de rol van de professional en burger: in dit onderzoek wordt in het microperspectief de relatie beschreven tussen de professionele zorgverlener van de ouderenzorgorganisatie en de burger zelf. De burger zelf mag op dit niveau ook in brede zin beschouwd worden: het gaat zowel om de cliënt, als zijn naasten en mantelzorgers, maar ook over de informele zorg (bijvoorbeeld vrijwilligersorganisaties) en de omwonenden van de zorgorganisatie in algemene zin.

Hieronder volgt van deze ontwikkelingen op de verschillende niveaus een korte schets, als achtergrond voor de thesis.

2.1. Het macroperspectief: De ontwikkeling van de verzorgingsstaat door de jaren heen

Zoals in de inleiding beschreven is, wordt het door verschillende partijen (o.a. WRR en RVS) betwist of het huidige stelsel van de gezondheidszorg nog wel passend is voor de situatie waar we in terechtkomen: een situatie met minder professionele zorgmedewerkers en veel meer mensen met zorgvragen. Politiek en besturen gaat over het maken van keuzes in schaarste en dus heeft de overheid hier een belangrijke rol. Mensen rekenen er op dit moment over het algemeen nog erg op dat alles door de staat 'geregeld' is, mochten zij zorg nodig hebben. Als we naar de geschiedenis kijken, is dit echter niet altijd zo geweest. Sinds er een zorgstelsel is, is er sprake geweest van een continue zoektocht naar de balans tussen eigen verantwoordelijkheid, solidariteit en rechtvaardigheid (RVS, 2023, p. 47).

De WRR (2021, 2) heeft de ontwikkeling van de verzorgingsstaat van de afgelopen decennia beschreven. Daaruit blijkt dat de rol van de overheid sinds de invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in 1968 steeds groter is geworden: eerst om toegankelijkheid te borgen, daarna om kosten te reduceren. Zelfs toen in de jaren '80 marktwerking het nieuwe credo werd in de zorg en de daarmee gepaard gaande deregulering en privatisering de boventoon gingen voeren, trok de overheid zich niet echt terug uit de sector. Het stimuleren van effectieve zorg gebeurt vooral door dreiging vanuit staatsinterventie, als de kosten uit de hand zouden lopen. Die sturing bestaat dus nog wel degelijk, alleen is het instrumentarium veranderd. In 2006 werd ons huidige stelsel ingevoerd. Inzichten voor de toekomst van het stelsel die de WRR (2021, 2) presenteert zijn als volgt:

- De gezondheidszorg is complex en lastig te sturen. Het zorgveld heeft weerstand tegen te veel overheidsbemoeienis en de maatschappelijke en culturele normen spelen een grote rol. Daarom zijn transformaties van het stelsel in de geschiedenis altijd incrementeel geweest.
- De rol van de overheid is met de introductie van gereguleerde marktwerking niet kleiner geworden, maar anders.
- De fundamentele waarden onderliggend aan het systeem zijn van groot belang om enige discussie te kunnen voeren over alternatief beleid of een alternatief stelsel.

Deze beleidscontext is op twee manieren relevant voor de onderzoeksvraag die centraal staat in deze thesis:

Ten eerste zie je dat de verantwoordelijkheid van de overheid in de afgelopen jaren een andere invulling heeft gekregen en dat de beleidskeuzes niet zozeer leidend zijn voor de maatschappelijke norm, maar eerder volgend zijn aan wat er aan opvattingen in de samenleving leeft. Daarom is het relevant om in deze thesis aanbevelingen te doen aan de overheid over hoe zij zorgorganisaties kan faciliteren in hun nieuwe rol vanuit de behoeften van het veld en alle betrokken actoren bij de zorgbehoevende oudere van nu en de toekomst (WRR, 2021, 2).

Ten tweede schetst het feit dat transformaties van het stelsel altijd incrementeel zijn en bijna nooit intentioneel planmatig vanuit de staat zelf komen een belangrijke context in beantwoording van de vraag of we voor mogelijke (stelsel)verandering wel naar de overheid moeten kijken, of dat we niet veel meer als maatschappij zelf aan zet zijn. Dat laatste heeft consequenties voor de rol van de ouderenzorgorganisatie: wat wordt hun rol in het aanjagen van de beweging richting een maatschappij waarbij we meer voor elkaar zorgen?

2.2. Het mesoperspectief: portfoliokeuzes in de dienstverlening

Voor ouderenzorgorganisaties geldt dat zij in de context van hun dienstverlening constant keuzes moeten maken in de veranderende omgeving. Een voorbeeld is WOZO (Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen), het programma waarbij minister Conny Helder heeft aangekondigd voorlopig geen nieuwe verpleeghuisplekken bij te bouwen, omdat 'thuis als het kan' het adagium is. De visie die daarin gepresenteerd wordt is de volgende: *"Ouderen kunnen terugvallen op een voldoende groot netwerk omdat het tijdig gelukt is hier - met ondersteuning - in te investeren. Dit leidt onder andere tot meer veerkracht, meer levensgeluk en minder eenzaamheid. We kijken naar elkaar om en iedereen pakt hierin een verantwoordelijkheid: van burens en naasten tot de overheid en private partijen (=samenredzaamheid)"* (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en sport, 2022).

De vraag wie die ondersteuning dan moet bieden, wordt vooralsnog niet eenduidig beantwoord. Daar heeft de ouderenzorgorganisatie zelf een interpretatie aan te geven.

Door ontwikkelingen zoals enerzijds de krappe arbeidsmarkt en anderzijds politieke bewegingen zoals het Integraal Zorg Akkoord (en de verkiezingsuitslag van 2023 die radicaal anders is dan de huidige coalitie), moeten ouderenzorgorganisaties zich constant bezinnen op hun *raison d'être* en daarmee hun portfoliomix. Dat vraagt van de zorgbestuurder om strategische overwegingen, maar zoals ik Weber (2001) in de inleiding al aanhaalde ook *stewardship responsibility*: de ethische vraag in hoeverre je je als ouderenzorgorganisatie verantwoordelijk voelt voor jouw aandeel in (oplossingen voor) de beweging naar een toekomstbestendige ouderenzorg. Bijvoorbeeld bij het verdelen van avond-, nacht- en weekenddiensten als de eigen organisatie die prima op orde heeft, maar je voor het maatschappelijk belang toch aan extra diensten gaat meedoen in de regio om andere organisaties te ondersteunen. Ouderenzorgorganisaties moeten in de eerste plaats dus constant die externe omgeving in de gaten houden.

Een voorbeeld daarvan is dat sommige ouderenzorgorganisaties hun primaire dienstverlening gaan inrichten op sec specialisatie: zij zijn er voor de mensen die het meest kwetsbaar zijn en die zichzelf echt niet meer op een andere manier kunnen redden. De consequentie daarvan is bijvoorbeeld dat je je als organisatie alleen nog maar richt op mensen met een hogere indicatie. Bijvoorbeeld in ouderenzorgorganisatie het Heymanscentrum:

"De plekken in verpleeghuizen zijn straks voorbehouden aan mensen met dementie. Dignis-bestuurder Pesch: 'In de toekomst worden we een soort intensive care voor psychogeriatrische cliënten.'"

Figuur 4, Ouderenzorg gaat op de schop: Zorg is niet vanzelfsprekend meer, RTV Noord, 7 december 2023

Een andere keuze is dat je je als ouderenzorgorganisatie juist meer gaat richten op het samenwerken met andere organisaties om de populatie in je omgeving zoveel mogelijk te helpen gezamenlijk met bijvoorbeeld welzijnsorganisaties of vrijwilligersinitiatieven.

Deze diversiteit aan invullingen, waarbij bestuurders op verschillende manieren omgaan met dilemma's, illustreren de variatie aan keuzes die ouderenzorgorganisaties daarin kunnen maken. Deze keuzes getuigen van diverse reacties vanuit organisaties op de maatschappelijke ontwikkelingen en laten zien dat er verschillende antwoorden mogelijk zijn op de uitdagingen die zij in de dagelijkse praktijk tegenkomen. De vraag hoe bestuurders van ouderenzorgorganisaties die nieuwe rol invullen, vormt de kern van deze thesis. Daarom is het relevant om te realiseren vanuit welke overwegingen de visie op die rol tot stand komt en hoe bepaalde keuzes daarbij gemaakt worden.

2.3. Het microperspectief: voorbereiden op je oude dag

In het beantwoorden van de vraag wie verantwoordelijk is voor de zorg van onze ouderen, focust deze thesis zich op de ouderenzorgorganisatie en in het bijzonder op de rol van de bestuurder. Echter speelt de zorggebruiker, of de burger, daarin zelf ook een belangrijke rol. In de interactie met de zorgverlener wordt die verantwoordelijkheidsverdeling in de praktijk gebracht. Deze paragraaf belicht daarom de ontwikkelingen in hoe we naar deze relatie kijken. De relatie tussen cliënt, zorgverlener en naaste(n) is de laatste decennia aan verandering onderhevig geweest: de cliënt centraal en eigen verantwoordelijkheid van de cliënt is de nieuwe focus. Dat vertaalt zich naar concepten zoals 'samen beslissen' en 'positieve gezondheid'.

Samen beslissen (ook wel bekend als *shared decision making*) is een manier om cliënten te ondersteunen bij het maken van keuzes en het nemen van beslissingen over hun gezondheid (Pel-Littel, 2020, via vilans.nl). Op deze manier zijn de oudere en professional al meer samen verantwoordelijk voor een passend behandelplan. Naast dat de oudere veel meer betrokken wordt bij beslissingen over de behandeling, maakt het ook de relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger gelijkwaardiger, waardoor in de basis de verantwoordelijkheid voor keuzes rondom zorg en gezondheid steeds bij allebei ligt en de beweging wordt ondersteund dat ouderen deze verantwoordelijkheid niet helemaal uit handen geven aan de ouderenzorgorganisatie.

Positieve gezondheid wordt ook steeds meer toegepast in de relatie tussen cliënt en zorgverlener. Positieve gezondheid is een bredere kijk op gezondheid, die de mens als geheel beschouwt en niet enkel op de aandoening concentreert waarvoor men bij de zorgverlener aanklopt. Met die bredere benadering kan worden gekeken waar mensen in hun leven echt behoefte aan hebben om hun gezondheid te verbeteren. Zo draag je als zorgverlener bij aan het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan en om zoveel mogelijk eigen regie te voeren (Institute for Positive Health, 2023).

In de context van bovenstaande termen wordt het begrip 'verantwoordelijkheid' ingevuld als wie er gaat over de beslissingen in behandelmogelijkheden en wat belangrijk is in de zorg voor een individu. Dat is een smallere opvatting dan het begrip dat in deze thesis wordt gehanteerd bij de interpretatie van het begrip verantwoordelijkheid, namelijk daadwerkelijk zorgen dat er zorg geleverd wordt. Echter, het feit dat er samen met de oudere naar aanknopingspunten wordt gezocht die niet altijd binnen het (medische) domein liggen van de ouderenzorgorganisatie zelf, laat de beweging zien dat verantwoordelijkheid voor gezondheid breder beschouwd wordt en dus minder 'enkel en alleen' thuishoort bij zorgorganisaties.

In de spreekkamer heeft de burger dus steeds meer 'eigen regie' en ook in de ouderenzorg is *reablement* al langere tijd de trend. Dat gaat over de trainbaarheid van ouderen, om hen weer meer zelf te laten kunnen, waardoor er minder een beroep op zorg hoeft te worden gedaan (Kamp en Dybbroe, 2023). In Scandinavische landen is dit al steeds gebruikelijker en in Denemarken zelfs een onderdeel van nationale wetgeving sinds 2015 (Rostgaard, 2018).

Wat er bij bovenstaande concepten nog ontbreekt, is de rol van vrijwilligers en burgers in de samenleving. Ouderen moeten gezien deze trends dus steeds meer zelf doen, maar ook anderen kunnen helpen: in plaats van zorgen voor jezelf, meer zorgen voor elkaar. Zorgzame gemeenschappen zijn daarom erg in opkomst. Ouderen wonen dan bij elkaar in bijvoorbeeld een 'woonhof', waar ze elkaar kunnen ondersteunen. Vaak komt dit tot stand vanuit burgerinitiatieven (van den Berg, 2024). Zij die hulp nodig hebben, kunnen op hun beurt anderen soms helpen op een ander vlak.

Deze niet-professionele zorg wordt ook wel informele zorg genoemd. Informele zorg is zorg en ondersteuning die wordt gegeven door mensen die dat niet als hun beroep doen. Ze helpen omdat ze een persoonlijke band hebben met degene met de hulpvraag, uit liefde, vriendschap of vanuit een idealistisch motief. Het zijn mantelzorgers, naasten uit het persoonlijke netwerk en vrijwilligers. Hier is een belangrijke rol voor zorgprofessionals weggelegd, omdat die de banden met de informele zorg kunnen verstevigen, en de wensen, verwachtingen en grenzen bespreekbaar kunnen maken (Vilans,

2019, p. 4-5). Daarnaast kunnen ouderenzorgorganisaties wellicht heel goed een rol vervullen in het op hun beurt ondersteunen van de informele zorgverleners, zodat die bijvoorbeeld gebruik kunnen maken van bepaalde expertise of training. Daarom wordt in deze thesis de focus gelegd op de zorgorganisatie en wordt vanuit de bestuurder onder andere bekeken hoe zij burgers (willen) betrekken.

Het eigen sociale netwerk van de zorgvrager en de mantelzorger komen daarmee steeds meer in beeld bij beleidsmakers, maar ook in de strategie van ouderenzorgorganisaties zelf. In de transformatieagenda 'Ouder Worden 2040' staan leefstijlprogramma's en preventie centraal en heeft de ouder wordende burger een grote eigen verantwoordelijkheid om mee te blijven doen (BeBright, 2022). De vraag is: kan iedereen dat wel? Kunnen we verwachten dat burgers zich verdiepen in hun oude dag, zich daarop zelf (met hulp van vrienden en familie) voorbereiden en heeft iedereen de vaardigheden om zelf de 'regie te houden'? Willen en kunnen burgers wel informele zorg verlenen? 'Burgers' zijn namelijk een diverse groep mensen. Niet iedereen heeft een uitgebreide sociale kring bijvoorbeeld, sommige mensen hebben geen (contact met) familie en sommige mensen hebben de vaardigheden niet om bijvoorbeeld meer eigen regie te nemen. Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) publiceerde in 'De sociale staat van Nederland 2020' dat de ervaren gezondheid voor praktisch opgeleiden (voorheen 'lager opgeleiden') veel lager ligt dan voor mensen met een theoretische opleiding (voorheen 'hoger opgeleiden') en een hoger inkomen. De opleiding als scheidslijn in gezondheid gerelateerd gedrag wordt verklaard door verschillen in gezondheidskennis, financiële mogelijkheden, werkomstandigheden, sociale netwerken, culturele leefstijlverschillen en context (SCP, 2014). RVS (2020) duidt dat deze sociaaleconomische gezondheidsverschillen de laatste decennia zijn toegenomen en stelt dat het huidige gezondheidsbeleid te individualistisch is. Zij pleiten voor een bredere blik op de maatschappelijke veerkracht om gezondheidsverschillen en samenhangende achterstanden te verkleinen. De voorzitter van de Sociaal-Economische Raad (SER) vraagt in maart 2023 ook om aandacht voor de gezondheidskloof:

"De kloof is in Nederland misschien wel het grootst en meest onrechtvaardig als het gaat om levensverwachting en gezondheid. Hoger opgeleide mensen met een (meer) theoretische opleiding worden vier jaar ouder. Zij leven bovendien ook nog veertien jaar langer in goede gezondheid dan praktisch geschoolden en ongeschoolden. We hebben het hier over het gemiddelde. Kijk je naar de pieken, dan lopen de verschillen volgens CBS-cijfers nog veel hoger op: tot maar liefst negen levensjaren en 25 jaren in goede gezondheid. Hoe kan het dat we er al decennialang niet in slagen om die kloof te verkleinen? Sterker nog: hoe kan het dat ondanks alle beleidsinspanningen de verschillen tussen winnaars en verliezers steeds groter worden?"

Figuur 5, Kim Putters, SER: Zicht op de gezondheidskloof, maart 2023

Het is dus de vraag of het leunen op burgers wel evenredig verdeeld kan worden en of iedereen aan die verwachting kan voldoen. Sommige burgers zullen daar meer ondersteuning bij nodig hebben dan anderen. Die ondersteuning zou dan weer vanuit zorgorganisaties of de overheid kunnen komen. De vraag voorafgaand of zelfs onderliggend aan het feit dat misschien niet alle burgers meer zelf kunnen doen, is de morele afweging of we dat wel moeten willen vragen van de ouderen zelf. Meer zorg en ondersteuning overlaten aan mensen zelf levert ook ethische dilemma's op. Automatisch wordt er dan een situatie gecreëerd van ongelijkheid, bijvoorbeeld. Je ziet nu al de situatie ontstaan, dat ouderen die kapitaalkrachtiger zijn zich betere zorg kunnen veroorloven, door dat zelf in te kopen. Terwijl in dezelfde regio een grote groep ouderen op een wachtlijst staat en zich in schrijnende thuissituaties bevindt. Of ouderen die bijvoorbeeld wel nog zelf hun boterhammen kunnen smeren, die alsnog een even grote bijdrage moeten betalen voor hun zorg, ook al maken zij daar minder gebruik van dan hun buurman. Vinden we dat die verschillen mogen bestaan? De verantwoordelijkheid van burgers gezien vanuit ouderenzorgorganisaties wordt ook betrokken bij deze thesis, omdat eigen regie en informele zorg een rol kan spelen zoals beschreven.

3. Theoretisch kader

De ontwikkelingen beschreven in de beleidscontext op de verschillende niveaus laten zien op welke niveaus bestuurders van ouderenzorgorganisaties moeten schakelen als het gaat om de rol die zij hebben in de ontwikkeling die mogelijk nodig is richting een toekomstbestendige ouderenzorg. Zoals ik Grit en Meurs (2005) eerder aanhaalde, leidt deze context tot spanningen en schuring bij zorgbestuurders die enerzijds een interne verantwoordelijkheid hebben en anderzijds een externe verantwoordelijkheid die veel diffuser is.

De Koeijer-Gorissen en van der Scheer (2022) onderscheiden als één van de zes rollen van de zorgbestuurder de 'tussenpersoon' die verbindingen legt tussen binnen- en buitenwereld. Die rol is relevant voor dit onderzoek en lijkt met het oog op de maatschappelijke opgave steeds aan belang te winnen. De verbinding met binnen- en buitenwereld wordt ook wel 'tweebenigheid' genoemd (Janssen, 2017), en kan dilemma's veroorzaken. Deze dilemma's kunnen door de bril van ethisch leiderschap bekeken worden: hoe geven bestuurders in de ouderenzorg invulling aan hun verantwoordelijkheden in de beweging naar een toekomstbestendige ouderenzorg en hoe gaan zij om met dilemma's die daarbij komen kijken? In dit hoofdstuk worden een aantal theoretische concepten beschreven die helpend zijn bij het beantwoorden van deze vraag.

3.1. Omgaan met bestuurlijke dilemma's

De dilemma's worden opgeroepen door de noodzaak om enerzijds de bedrijfsvoering op orde te hebben en anderzijds tijdig te reageren op veranderende omstandigheden (Janssen, 2017). Deze omstandigheden spelen zich steeds meer af in de context van schaarste en leiden ertoe dat bestuurders keuzes moeten maken. Die dilemma's zijn steeds ingewikkelder geworden om een aantal redenen: Grit en Meurs (2005) beschrijven dat bestuurders vaker morele dilemma's tegenkomen in hun werk, omdat er een gebrek is aan een gedeeld normenkader over hoe die keuzes 'goed' te maken. Er is geen gedeeld beeld van wat het juiste is. Daarnaast is de span of control van bestuurders steeds groter geworden, wat leidt tot nieuwe besturingsvragen en bijbehorende dilemma's (Van der Scheer, 2013). Bestuurders geven zelf aan dat het goed om kunnen gaan met dilemma's essentieel is om hun rol als bestuurder goed uit te kunnen voeren (Bijloos en van der Scheer, 2017).

Als het gaat over hoe bestuurders in de zorg omgaan met die dilemma's in de praktijk, beschrijven Grit en Meurs (2005) dat er relatief weinig bewuste keuzes worden gemaakt. Door externe factoren of een gebrek aan tijd en geld worden bepaalde voornemens niet uitgevoerd. Keuzes worden dus meer impliciet gemaakt, of op andere plaatsen dan aan de bestuurstafel. Keuzes worden dan vaak vermeden, uitgesteld of doorgeschoven. Een alternatief is dat men zich verschuilt achter procedures of landelijke afspraken. Je ziet bijvoorbeeld vaak dat er gewezen wordt naar de zorgverzekeraar of het ministerie van VWS. Grit en Meurs vonden ook dat er vaak geen duidelijke gezamenlijke visie omtrent keuzes maken in de zorg, noch beleid voor het nemen van beslissingen bestaat. Bij het omgaan met dilemma's zijn er volgens hen twee zijden aan het spectrum: enerzijds de ideologische, visionaire kijk en anderzijds de pragmatiek van de waan van de dag. In de realiteit zijn beiden altijd aanwezig, ook binnen één bestuurder of organisatie. Met andere woorden: tussen droom en daad staan wetten in de weg en praktische bezwaren.

3.2. Ethisch leiderschap in (ouderen)zorgorganisaties

Omdat de verdeling van verantwoordelijkheden en het antwoord op de vraag 'wie zorgt er voor onze ouderen?' niet een uitgemaakte zaak is, en hier dus geen gedeelde norm over bestaat en die ook niet eenduidig gaat komen, worden bestuurders in de ouderenzorg met morele dilemma's geconfronteerd. Dit vraagstuk vraagt dus blijvend aandacht. Eén van de manieren waarop je naar deze morele dilemma's kunt kijken bij zorgbestuurders, is het perspectief van ethisch leiderschap.

Het gaat nu niet om wie juridisch precies waar verantwoordelijk voor is, omdat dat volgt uit het stelsel dat je kiest. Het gaat er in deze thesis om welke verantwoordelijkheden er gevraagd worden als je kijkt naar de uitdagingen die in de ouderenzorg op ons afkomen. Om die verkenning open in te gaan is het ethisch/moreel perspectief passend.

Literatuur over ethisch leiderschap beperkt zich nog heel erg tot de relatie tussen cliënt en medewerker, of de relatie tussen bestuurder en diens medewerkers. Kortom: het is nog vaak intern gericht. Koskinen en Kaldestad (2022) hebben bijvoorbeeld een model ontwikkeld om *ethical competence* te verbinden aan een multiprofessioneel holistisch perspectief op zorg. Dat interpreteert multiprofessioneel nog steeds als ‘binnen de eigen organisatiemuren’, maar er valt wel een inzicht uit te halen wat betreft de attitude van de zorgbestuurder. Koskinen en Kaldestad (2022) benoemen namelijk het aspect van ethisch leiderschap van voorbeeldgedrag: ethisch leiderschap betekent dat het de verantwoordelijkheid is van de leider om de medewerkers mee te nemen in een breder perspectief. Dat betekent dat de leider, of bestuurder in dit geval, intern richting zijn medewerkers het verhaal zou moeten vertellen van bijvoorbeeld de maatschappelijke opgave en hoe de organisatie een bijdrage levert aan regionale samenwerkingen die pogen oplossingsrichtingen te formuleren. Dat zou je als het bredere perspectief kunnen zien. Daarvoor helpt het als de leider dicht op de praktijk staat, zodat die zich beter in kan leven in zowel de grotere context als de cliënt die centraal staat (p. 1011).

3.3. Ethisch leiderschap in breder perspectief

De onderzoeksvraag plaatst echter ethisch leiderschap in een breder perspectief, buiten de eigen organisatiemuren: wat is ethisch leiderschap als je de rol van een ouderenzorgorganisatie beschouwt in relatie tot de transitieopgave? Wat is ethisch leiderschap dan en hoe ziet dat eruit? Zoals eerder benoemd, poneert Weber (2001) *stewardship responsibility*. Hij stelt dat de gezondheidszorg een publiek goed is dat bestuurd moet worden op zo’n manier dat het aan de behoeften van de community tegemoet komt. Het gaat om de verdeling van het aanbod van zorg op een passende manier (p.5). Dat aanbod wordt steeds schaarser en dat is onderdeel van het bredere perspectief waar we het over hebben. Zorg is een dienst die wordt geleverd onder het *stewardship* van iedereen die een rol speelt in het systeem van de gezondheidszorg. Weber (2001) vertaalt daarmee de term *business ethics* die vaak in een context van grote commerciële bedrijven wordt gebruikt, naar de zorgsector met de term *stewardship*: bestuurders zien daarin individuele cliënten als onderdeel van de community die zij bedienen. Daarmee hebben deze bestuurders *stewardship responsibility* over de beperkte bronnen die aanwezig zijn om zorg te leveren. Dat betekent ook dat zij beslissingen moeten nemen over prioriteringen van de beschikbare zorg. In het kader van deze onderzoeksvraag zou dat bijvoorbeeld kunnen gaan over welk deel van de capaciteit van de thuiszorg je beschikbaar stelt voor samenwerken in de regio. Weber stelt daarmee dat het niet voldoende is om alleen te kijken naar de cliënten die je als organisatie bedient, maar dat je tevens ‘sociaal verantwoordelijk’ bent als organisatie. Dat betekent ook dat je een verantwoordelijkheid hebt om zuinig om te gaan met deze bronnen. Dat zie je bijvoorbeeld ook terug bij Zorginstituut Nederland, dat onlangs de term ‘passende zorg’ introduceerde: zorg moet waarde gedreven, cliëntgericht, op de juiste plek en vanuit gezondheid in plaats van ziekte bekeken worden (2022). Dat kan dus betekenen dat je met jouw organisatie de zorg moet afschalen als het ineffectief blijkt voor het grotere geheel.

Als bestuurder van een ouderenzorgorganisatie, kan dat soms tegenstrijdig lijken met wat naar de letter van de wet verplicht wordt gesteld. Strikt genomen zou je kunnen zeggen dat met het leveren van zorg op een effectieve, efficiënte manier en het gebruik maken van alle beschikbare plekken in je organisatie, je als ouderenzorgorganisatie aan je wettelijke verplichting voldoet. In de literatuur zijn er ook theorieën die organisaties aanspreken op het verder kijken dan hun strikt wettelijke verplichtingen. Middels het concept *corporate social responsibility (CSR)*, een term die ook veel wordt gebruikt in het bedrijfsleven, deden Molnár et al. (2021) onderzoek naar de invloed van

ethisch leiderschap op de mate waarin medewerkers acties uitvoerden voor een betere samenleving, voorbij slechts wat verplicht is vanuit wetgeving. Het gaat dan om de economische, wettelijke, ethische en filantropische plicht voor een organisatie richting alle diverse stakeholders (p. 4). In deze thesis is CSR een belangrijk concept, omdat het de verantwoordelijkheid van in dit geval ouderenzorgorganisaties aanspreekt om verder te kijken dan slechts de wettelijke taak. De diverse stakeholders zouden hier ingevuld kunnen worden als de burgers die zorg gebruiken, de potentiële zorggebruikers en de indirecte zorggebruikers (naasten en mantelzorgers die ondersteuning ontvangen), maar ook andere zorgorganisaties. Het op zo'n manier handelen dat de maatschappelijke opgave het best bediend wordt, kan dan ook betekenen dat dat in het voordeel van concurrentieorganisaties is. Dat kan spanning en dilemma's opleveren als organisaties bijvoorbeeld in de regio gezamenlijk aan een toekomstbestendige ouderenzorg werken.

In het ethisch leiderschap zijn er bij die verantwoordelijkheid voor een betere samenleving die je als zorgorganisatie hebt, aldus Ho en Pinney (2016) drie verschillende levels van belang: het microlevel dat de professional-cliënt relatie omvat, het mesolevel waarmee zij op het systeem doelen en het macrolevel, waarmee zij doelen op de populatie (burgers). Dat is een andere indeling dan in deze thesis gehanteerd wordt, maar het maakt wel duidelijk dat ethisch leiderschap vanuit meerdere perspectieven te beschouwen is en bevestigt dat het zich afspeelt op een breder speelveld dan slechts binnen de eigen organisatie. De uitdagingen en maatschappelijke ontwikkelingen die zorgorganisaties beïnvloeden, spelen zich op al deze levels af.

De verschuiving naar een bredere opvatting van de term ethisch leiderschap betekent dat je als organisatie op het macrolevel bijvoorbeeld ook verantwoordelijk kan zijn voor de cliënten die je kan voorkómen, of voor toekomstige cliënten. Afhankelijk van dit soort elementen bepaal je dan op een andere manier hoe het geld verdeeld wordt of hoe diensten worden geprioriteerd. Het op die manier invullen van ethisch leiderschap zorgt er dan in praktische zin bijvoorbeeld ook voor dat je als zorgorganisatie meer bezig gaat houden met het in kaart brengen van de behoeften van de populatie. Dat zou kunnen betekenen dat deze behoeften niet direct overeenkomen met het huidige aanbod van de organisatie. Wat voor type ouderen wonen er in de omgeving van de organisatie? En wat hebben deze mensen nodig om zorg zo lang mogelijk uit te stellen? Dat betekent ook het intensiveren van samenwerkingen met andere partijen. Denk bijvoorbeeld aan de gemeente, welzijnsorganisaties en vrijwilligersorganisaties of de kerk. Het stimuleert langetermijnvisie en het ontwikkelen van programma's die daarop gebaseerd zijn. Zaken die niet vanzelf gaan en veel tijd en aandacht vragen. Veel transformaties of grote bewegingen, ook die richting een toekomstbestendige ouderenzorg, waar deze thesis zich op richt, vragen om een lange adem en dat wordt alleen maar versterkt als je te maken hebt met meerdere betrokken partijen. Het samenwerken met verschillende partners aan een maatschappelijk vraagstuk brengt allerlei spanningen, dilemma's en uitdagingen met zich mee als het gaat over de verantwoordelijkheidsvraag (Ho en Pinney, 2016). In de volgende paragraaf ga ik daar uitgebreider op in (o.a. met behulp van de term *collaborative governance*).

Wat betekent het bredere perspectief op ethisch leiderschap voor het handelen van de bestuurder? Molnár et al (2021) noemt de rol van 'de leider' cruciaal als factor voor in hoeverre medewerkers CSR uitdragen en daarmee dus verder kijken dan de puur wettelijke taak van hun beroep. Ethisch leiderschap betekent dat je als bestuurder medewerkers stimuleert om een extra rol op zich te nemen en de ruimte te nemen (discretionair gedrag) om te doen wat nodig is in het kader van de maatschappelijke opgave, door sociale beïnvloeding en voorbeeldgedrag (Koskinen en Kaldestad, 2022). Dat betekent dat de bestuurder de professionals stimuleert, faciliteert en inspireert om ook buiten de 'kaders' te denken als het gaat om het bijdragen aan de maatschappelijk opgave, bijvoorbeeld door deel te nemen aan kennisnetwerken of de samenwerking op te zoeken met een burgerinitiatief in de buurt.

Een bonus effect hierbij is het zogenaamde '*reciprocity effect*' (effect van wederkerigheid), dat inhoudt dat als jij als medewerker ziet dat de bestuurder van je organisatie of jouw collega's zich

verantwoordelijk voelen voor bijvoorbeeld de gemeenschap waar de organisatie onderdeel van is, je voelt dat jouw organisatie de samenleving positief beïnvloedt en de ouderen beter geholpen worden in deze gemeenschap. Omdat jij zelf ook onderdeel van de samenleving bent, wil je zelf die initiatieven overnemen en ook meedoen (Molnár et al., 2012, p. 10). Daarmee groeit de binding van de medewerker aan de organisatie. Dat is in het kader van de personele schaarste in de ouderenzorg een mooie bijvangst.

Daarnaast is het belangrijk dat bestuurders als ethische leiders hun medewerkers niet alleen beoordelen op interne organisatiedoelstellingen, maar ook op hun bijdrage aan de maatschappelijke doelstelling. Dat vraagt een bredere kijk op resultaat en verantwoording. Daaruit volgt dan logischerwijs dat bestuurders medewerkers aanspreken op hun gedrag ten opzichte van de sociale omgeving, conform de ethische standaarden van de organisatie, zodat het duidelijk is dat 'wij met elkaar gaan voor een toekomstbestendige ouderenzorg op de manier waarop wij dat als organisatie invullen' (Ho en Pinney, 2016, Molnár et al., 2021).

Dit betekent ook iets voor externe verantwoording: het bredere begrip van ethisch leiderschap vraagt namelijk ook van de overheid om verschillende aspecten van zorg te coördineren en bij elkaar te brengen. Ho en Pinney (2016) concluderen dat zorgorganisaties verantwoordelijk zouden moeten worden gesteld voor de kwaliteit van zorg die geleverd wordt en voor het brede resultaat van het hele zorgsysteem dat zij uitvoeren (p.41). Met andere woorden: als de overheid van organisaties verwacht dat zij verder kijken dan de interne organisatieverantwoordelijkheid, helpt het als de verantwoordingssystematiek van bijvoorbeeld zorgverzekeraars, de NZa en de IGJ, ook de maatschappelijke opgave van bijvoorbeeld de regio of de regionale opgave voor een toekomstbestendige ouderenzorg daarbij als uitgangspunt nemen. Dan zullen bijvoorbeeld de financiële prikkels anders ingericht moeten worden.

Concluderend: omdat ouderenzorgorganisaties in hun doelen steeds meer afhankelijk zijn van externe factoren en afstemming, coördinatie en netwerkzorg daarin een steeds grotere rol spelen, heeft ethisch leiderschap een nieuwe betekenis gekregen: zorgbestuurders zijn niet alleen verantwoordelijk voor individuele relaties met cliënten, maar ook voor hoe het systeem is georganiseerd om kwaliteit van zorg te bieden aan de vastgestelde populatie (Ho en Pinney, 2016, p. 39).

3.4. Verantwoordelijkheid nemen en verantwoordelijk maken

Uit deze bredere invulling van ethisch leiderschap, volgt de vraag hoe die verantwoordelijkheid dan over meerdere partijen verdeeld wordt. In de vorige paragraaf werd beschreven hoe bestuurders binnen hun eigen organisatie ethisch leiderschap en maatschappelijk verantwoordelijkheidsgevoel uitdragen. Echter, de onderzoeksvraag gaat juist om de verantwoordelijkheidsverdeling tussen verschillende belanghebbenden die een rol hebben in de toekomstbestendigheid van de ouderenzorg. Hoe worden de stakeholders die allemaal vanuit de opgave een rol hebben, aangezet om die verantwoordelijkheden ook op zich te nemen?

Door de financieringssysteem zijn zorginkopers aan zet om te onderhandelen met zorgverzekeraars over gewenste zorg in de regio en bijbehorende keuzes en prioriteringen. In tijden van schaarste wordt vaak door bestuurders van zorgorganisaties naar de overheid gekeken voor sturing of een kader voor het maken van deze keuzes. Die prioritering over welke zorg voorrang krijgt in tijden van schaarste, zijn politiek-normatief van aard en juist die keuzes belanden nu vaak bij de bestuurders van zorgorganisaties. Sommige bestuurders stellen expliciet dat dit de verantwoordelijkheid is van de minister of het parlement, anderen vinden het wel hun eigen verantwoordelijkheid, maar lopen tegen legitimiteitsproblemen aan (Grit en Meurs, 2005, p. 91-91). Grit en Meurs (2005) beschrijven het schuiven met deze verantwoordelijkheden, wat dan vaak gebeurt: de overheid schuift ze naar de verzekeraar door middel van inkoopbeleid, de zorgverzekeraar vindt dat de aanbieder een belangrijke rol heeft vanuit ondernemerschap en

andersom vindt de aanbieder dat de verzekeraar zich anders op zou moeten stellen in datzelfde inkoopbeleid.

Zorgbestuurders kunnen meerdere motieven hebben om verantwoordelijkheid van hun eigen organisatie te reduceren: als het fout loopt, lopen zij minder risico en ten tweede kan het ook strategisch zijn, omdat het iets op kan leveren, namelijk dat de ander voor je gaat lopen.

Vanuit literatuur zijn er aanknopingspunten te vinden in *collaborative governance*. In *collaborative governance* gaat het er immers over dat er meerdere publieke en private partijen nodig zijn om overheidsbeleid, bijvoorbeeld in de ouderenzorg, uit te voeren. Het gaat daarmee verder dan formele uitvoering van overheidsbeleid, maar echt over gezamenlijke besluitvoering en daarmee gezamenlijke verantwoordelijkheden (Frankowski, 2019). Belangrijke kenmerken van *collaborative governance* voor deze onderzoeksvraag zijn bijvoorbeeld de wederzijdse afhankelijkheid, gedeelde verantwoordelijkheden en coproductie. Als het gaat om een toekomstbestendige ouderenzorg, zijn zoals ik eerder benoemde namelijk meerdere partijen aan zet en inspanningen op meerdere niveaus nodig. Het succes van het resultaat van al deze inspanningen hangt daarmee af van hoe goed de verschillende belangen, verantwoordelijkheden en verdeling van middelen op verschillende niveaus op elkaar aansluiten. Dat betekent voor het beantwoorden van deze onderzoeksvraag dat die verantwoordelijkheidsverdeling op het micro-, macro- en mesoniveau in balans moet zijn met elkaar. Het gaat hierbij om de overheid die vanuit het macroniveau verantwoordelijkheden delegeert naar andere partijen (in dit geval bijvoorbeeld ouderenzorgorganisaties, welzijn, vrijwilligersorganisaties), vanuit overtuiging en vrijwillige betrokkenheid, in plaats van via formele oplegging van taken. Dat betekent dat er een bestaande motivatie voor actie bij de partijen moet bestaan en het gezamenlijke platform (dat kan ingevuld worden door bijvoorbeeld een bestuurlijke tafel of netwerkoverleg) open en dynamisch moet zijn om zich aan te passen rondom de deelnemende partijen, zodat de deelnemers zich steeds herkennen in de (doelen van) de samenwerking (Frankowski, 2019). Er is veel geschreven over bevorderende factoren om die gemeenschappelijke verantwoordelijkheid en intrinsieke motivatie te stimuleren. Ik bespreek er hier een aantal die behulpzaam kunnen zijn in het verantwoordelijk maken van verschillende partijen voor de opgave van een toekomstbestendige ouderenzorg:

- Zorgen voor gemeenschappelijke doelstellingen, intenties en strategieën. Het bouwen aan identiteit en consensus door het *framen* en *re-framen* van issues behoeft constant aandacht. Als je dit goed doet bereik je 'willen' in plaats van 'moeten'. Het gaat dus om het verleiden van partijen om mee te doen vanuit intrinsieke motivatie, in plaats van om het inzetten van macht (Evans, 2016, Frankowski, 2019).
- Bouwen aan sterke relaties tussen de partnerorganisaties door het perspectief van de ander te zien. Omarm diversiteit en flexibiliteit, zorg voor korte lijnen tussen de niveaus en openheid naar nieuwe deelnemende partijen. Een samenwerkingsverband is dus geen vaststaande entiteit, maar constant in beweging (Evans, 2016, Ansell en Gash, 2018).
- Betrek op het microlevel de uitvoering actief, zodat medewerkers ook de gemeenschappelijke verantwoordelijkheden voelen en begrijpen. Dat kan bijvoorbeeld betekenen dat cliënten en zorgverleners van de verschillende organisaties als één team rondom de zorgvraag samenwerken (Evans, 2016).
- Signaleer en agendeer naar partijen op het macroniveau die buiten de invloedssfeer van de samenwerking acteren. Samen werken aan systeemoplossingen waar het systeem nog niet helpend is, draagt bij aan het gemeenschappelijke verantwoordelijkheidsgevoel (Evans, 2016).
- Eigenaarschap aanwakken door de macht te delen. Denk dus na over wie welke rol heeft in bijvoorbeeld besluitvormingsprocessen en agendasetting (Evans, 2016).
- Continue verbetering van de samenwerking door reflectie en evaluatie (Evans, 2016).

Terugkomend op de onderzoeksvraag: om op deze en andere randvoorwaarden te kunnen sturen, is bestuurlijk leiderschap nodig. Het zijn vaak de grotere organisaties in de regio die vanuit historie

eerder een grotere verantwoordelijkheid voelen voor de regionale opgave en daarmee ook de handschoenen oppakken om andere partnerorganisaties op te roepen hun bijdrage te leveren. Zij faciliteren dan vaak de informatie-uitwisseling en bijeenkomsten van een samenwerkingsverband (Chrifou, et al, 2023).

Toch blijkt in de praktijk dat *collaborative governance* in zorgnetwerken zeker niet vanzelf gaat en spanningen vaak een rol spelen. Belrhiti et al. (2024) heeft een literatuuronderzoek uitgevoerd naar de redenen die ervoor zorgen dat we vaak zien dat de implementatie van integrale zorgnetwerken zorgt voor vertraagde besluitvorming, het ontbreken van strategische afstemming en matig tot geen onderling vertrouwen tussen de verschillende leden van het netwerk. Zij vonden dat het vaak mis gaat op het gebied van betrokkenheid bij het netwerk, gedeelde motivatie en de capaciteit van gezamenlijke activiteiten. Je moet je voorstellen dat het samenwerken aan de opgave die misschien niet direct in je organisatiedoelstellingen staat beschreven, maar waar je je wel verantwoordelijk voor voelt, ook tijd kost. Als bestuurder of als professional komt dat boven op je toch al drukke werkagenda en schaarse tijd. Daarnaast blijkt het ook lastig om gezamenlijk te komen tot een passende manier om aan de maatschappelijke opgave te werken, waarbij top-down versus bottom-up aansturing goed in balans is. Als organisaties bijvoorbeeld samen de wijkverpleging effectiever willen regelen in een regio, betekent dat dat er besloten moet worden welke organisaties in het gebied nog wijkverpleging mogen leveren. Daar zal een besluit over moeten komen. Bestuurders zullen daar samen uit moeten komen, met in dit voorbeeld ook nog de regelgeving van de ACM (Autoriteit Consument en Markt) in het achterhoofd, omdat in het Nederlandse zorgmodel niet alle samenwerking vanuit concurrentiewetgeving mogelijk is. Echter, als het gaat om het ontwikkelen van experimenten van het beter inzetten van informele zorg, dan werkt het waarschijnlijk beter om bottom-up de ideeën te laten ontstaan. De vorm moet dus bij de inhoud passen, en omdat *collaborative governance* geen vaste set regels heeft, vergt het aandacht en tijd om eraan te werken en zijn relaties en de (politieke) context des te bepalender (Belrhiti et al., 2024). Het delen van de risico's en het creëren van wederzijdse afhankelijkheid zijn spannende processen en kunnen schuring en dilemma's opleveren. Dat maakt ook dat er steeds per vraagstuk overwogen moet worden of samenwerken echt nodig is, of dat er ook onderdelen als individuele organisatie opgepakt kunnen worden.

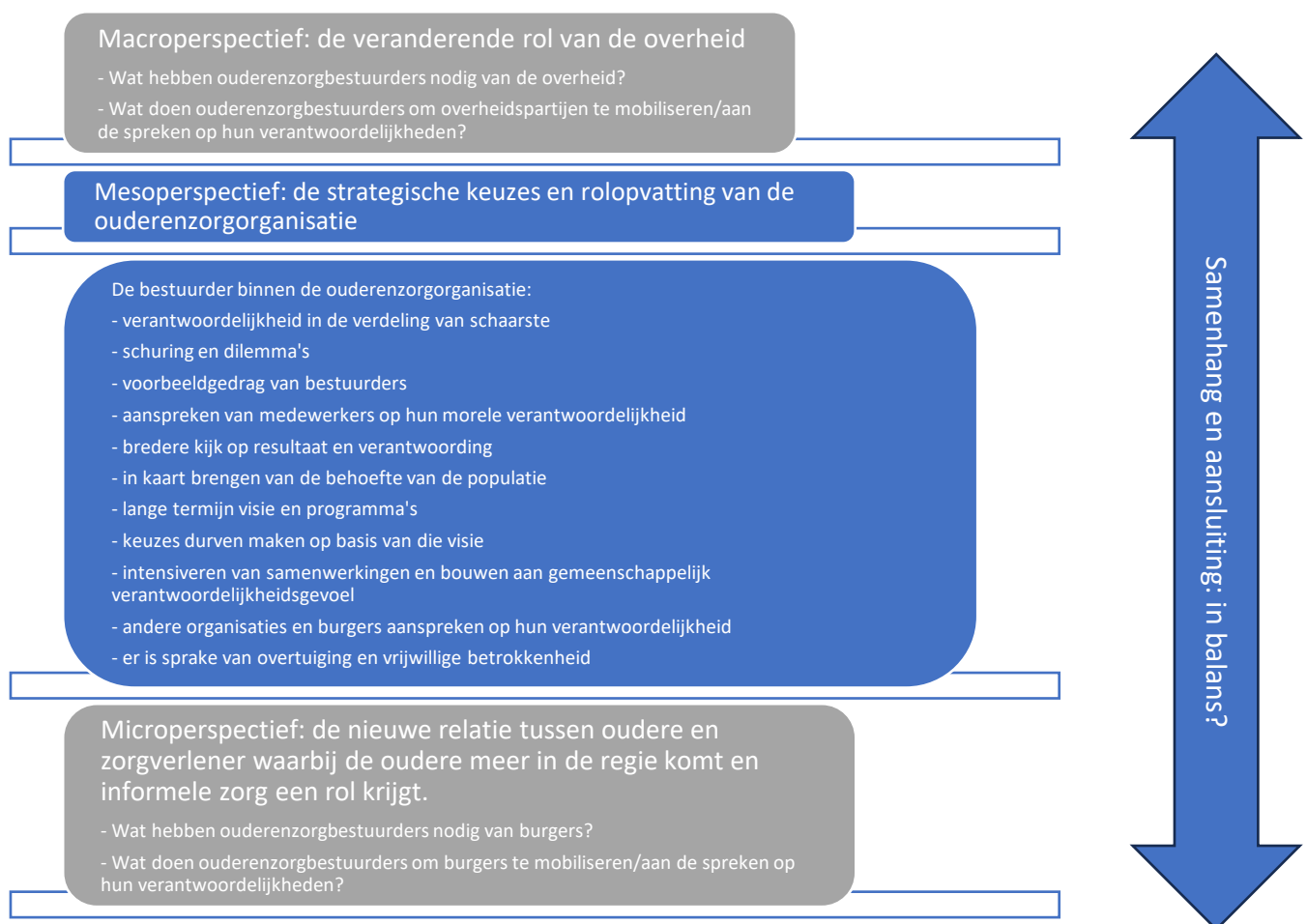
Een tweede begrip dat helpend is in de discussie over verschuiving van verantwoordelijkheid is *responsibilization* en gaat over het verplaatsen van verantwoordelijkheid van organisaties en aanbieders naar individuen. Dat betekent dat de verantwoordelijkheid van je eigen gezondheid door individuele keuzes en gedrag worden bepaald (Skarli, J.B., 2021). In dit geval gaat dat over het beleggen van verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid of voor het zorgen voor de eigen oude dag bij burgers zelf. Deze notie kan twee kanten in zich dragen, die Skarli (2021) beschrijft: enerzijds kan *responsibilization* een positieve connotatie hebben, omdat het burgers in staat stelt om hun eigen 'regie' te nemen, zoals in het beleidshoofdstuk ook is beschreven, een steeds grotere trend. Anderzijds, zoals eerder benoemd, gaat *responsibilization* ook gepaard met bepaalde verwachtingen van mensen waar zij niet altijd de capaciteiten hebben om die waar te maken. Eerder werd al de zorgkloof beschreven waarin gezondheidsverschillen tussen mensen van verschillende opleidingsachtergronden bijvoorbeeld heel groot zijn. *Responsibilization* is een belangrijk begrip in het beantwoorden van de onderzoeksvraag, omdat in sommige gevallen het verplaatsen van verantwoordelijkheid naar burgers voor verschillende actoren andere waarde kan hebben, positief of negatief. Ahola-Launonen (2016) expliciteert het risico van *responsibilization* in relatie tot de ontwikkelingen in het Finse zorgstelsel. Zij ziet dat in tijden van schaarste de reactie ontstaat om de risico's op en daarmee verantwoordelijkheid voor ziekten die leefstijl gerelateerd zijn af te wentelen op individuen. Het is interessant of in de ouderenzorg, waar dit verantwoordelijkheidsvraagstuk in deze thesis wordt onderzocht ook sprake is van *responsibilization*. Vooral, omdat ook bij het verantwoordelijk maken van burgers zelf, de vraag blijft bestaan wat de rol van de ouderenzorgorganisatie daarin is. Is zij degene die de burgers verantwoordelijk maakt en die

verantwoordelijkheid ook communiceert naar burgers? De rol van zorgprofessionals wordt dan wellicht veel meer ondersteunend in het zoeken naar oplossingen in het eigen sociale netwerk, bijvoorbeeld. Volgens Eggers et al. (2019) zijn daar twee benaderingen in aan te wijzen: enerzijds het zelfdeterminatie principe, waarbij de overheid, of in dit geval de zorgorganisatie een grote rol speelt in het promoten van de eigen verantwoordelijkheid en het activeren van burgers. Anderzijds bestaat er het zelf-afhankelijkheidsprincipe, waarbij de staat, of in dit geval de zorgorganisatie, een hele kleine rol speelt en burgers automatisch meer op zichzelf aangewezen zijn. Het is nooit het ene uiterste of het andere, dus als we verwachten dat burgers zelf meer verantwoordelijk gaan worden voor hun eigen gezondheid, wie ondersteunt hen dan daarbij? Hoever gaat daar de rol van de ouderenzorgorganisatie daarin?

Kortom: in tijden van moeilijke keuzes in schaarste, wordt er graag naar de ander gewezen. Of dat nou een andere organisatie is, een systeempartij of het individu zelf, en daar worden verschillende mechanismen voor ingezet, die hierboven beschreven zijn.

3.5. Sensitizing concepts

Op basis van de beschreven theorie is een aantal *sensitizing concepts* gedestilleerd die meegenomen worden bij de analyse van de resultaten. Omdat de (bestuurders van de) ouderenzorgorganisaties in dit onderzoek de hoofdrol spelen, zitten de concepten op het niveau van het mesoperspectief. Het macroperspectief en het microperspectief zijn randvoorwaardelijk van belang, en spelen een rol in de invulling van de verantwoordelijkheid van de ouderenzorgorganisaties. Echter, de ethische vraagstukken en (morele) dilemma's zitten bij de bestuurders en daarom zullen daar de *sensitizing concepts* gebruikt worden.



Figuur 6 Sensitizing concepts

4. Methode

De onderzoeksvraag is: hoe gaan bestuurders in de ouderenzorg om met de opkomende dilemma's in hun (interne en externe) verantwoordelijkheden in de mogelijke transitie naar een toekomstbestendige ouderenzorg en wat betekent dat voor hun werk?

4.1. Kwalitatief onderzoek

Ik heb kwalitatief onderzoek gedaan om deze onderzoeksvraag te beantwoorden. Dit past bij de onderzoeksvraag, omdat het gaat om het onderzoek naar de betekenisgeving van actoren aan de term verantwoordelijkheid, hoe zij die in (willen) vullen en wat zij daarvoor nodig hebben. Dat past bij de interpretatieve wijze waarop kwalitatief onderzoek naar de wereld kijkt (Mortelmans, 2020, p. 19). Kenmerkend voor de kwalitatieve methode en voor de aanpak van deze thesis is om niet alles op voorhand vast te leggen, maar theorie als kompas te gebruiken bij het onderzoek (Mortelmans, 2020, p. 22).

4.2. Respondentselectie

De vraag kan beantwoord worden op verschillende niveaus, die ook in het voorgaande hoofdstuk zijn beschreven:

- Macroniveau- vertaald naar het systeem en in deze thesis naar de rol van de overheid
- Mesoniveau- vertaald naar partijen in het veld en in deze thesis naar de rol van de ouderenzorgorganisaties
- Microniveau- vertaald naar individuele actoren en in deze thesis naar de rol van de burger en professional

Om de vraag te beantwoorden zijn zoals eerder benoemd de bestuurders van ouderenzorgorganisaties de kernactoren en daarom zijn deze geïncorporeerd in het onderzoek. Er zijn elf bestuurders van ouderenzorgorganisaties geselecteerd via een combinatie van enerzijds *purposeful sampling*, omdat ik bewust op zoek ben gegaan naar een divers palet aan bestuurders in de ouderenzorg. Anderzijds zou je kunnen zeggen dat ik gebruik heb gemaakt van pragmatische *sampling*, omdat ik respondenten via mijn eigen netwerk heb benaderd (Mortelmans, 2020, p. 170). Ik ben uitgegaan van een zo gevarieerd mogelijke steekproef binnen de selectiecriteria (bestuurder in de ouderenzorg die met mij wilde en kon spreken binnen de afgebakende periode) (Mortelmans, 2020, p. 163).

De steekproef was gevarieerd met betrekking tot de volgende punten:

- Omgeving van de organisatie: verspreid over Nederland en variatie in stedelijk gebied/plattelandsgebied
- Leeftijd
- Gender
- Aantal jaren ervaring als bestuurder
- Omvang organisatie
- Type ouderenzorgorganisatie (dienstenmix en kenmerken cliënten)

Een respondentenoverzicht is terug te vinden in bijlage 1.

4.3. Wijze van dataverzameling

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, ben ik op zoek naar betekenisgeving en dilemma's. De vraag gaat namelijk over een beoogde verandering of transitie en het proces daarnaartoe (Mortelmans, 2020, p. 121). Het afnemen van diepte-interviews past daar als methode het beste bij. De respondenten zijn allemaal individueel online geïnterviewd. De interviews duurden gemiddeld een uur.

In deze thesis zijn een aantal concepten geformuleerd in het theoretisch kader, die als *sensitizing concepts* zijn gebruikt in het onderzoek (zie voorafgaand hoofdstuk). De concepten zijn niet volledig

uitgewerkt, maar bieden een richting aan de gesprekken die gevoerd worden en zijn opgenomen in de topiclijst: soms expliciet, soms zijn ze meer impliciet aan de orde gekomen. Na analyse bleek of deze concepten ook daadwerkelijk een rol spelen in de bevinden en zo ja, hoe dan (Mortelmans, 2020, p. 115).

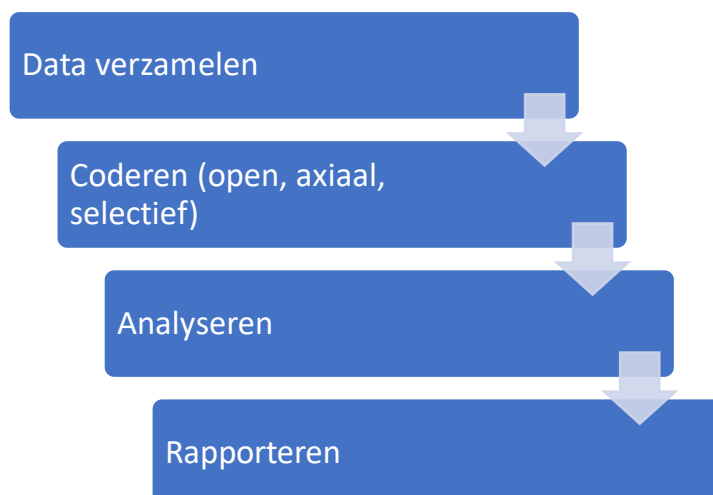
In bijlage 2 is de concept topiclijst opgenomen. Onderwerpen die aan bod kwamen zijn opgedeeld in een aantal inleidende vragen: de gevoelde urgentie van een transitie naar een toekomstbestendige ouderenzorg en wat voor visie diegene heeft op de benodigde transitie. Daarna zijn de vragen ingedeeld op basis van de verschillende niveaus. Om te beginnen onderscheid ik het mesoniveau: de verantwoordelijkheden van de ouderenzorgorganisatie komt aan bod, de rol van de bestuurder en de dilemma's die diegene daarbij tegenkomt en hoe diegene daarmee omgaat. Ten tweede onderscheid ik het macroniveau: wat heeft men nodig van de overheid om deze rol als ouderenzorgorganisatie goed te kunnen vervullen? Welke dilemma's komen bestuurders daarin tegen en hoe gaan zij daarmee om? Wat zijn voorbeelden van hoe zij spanningen aangaan en mogelijk beslechten? Ten derde bespraken we het microniveau, waarbij wordt ingegaan op wat dat betekent voor het werk van de medewerkers en hoe de bestuurder dat faciliteert. Ten slotte is gevraagd naar andere mogelijke partijen die een rol kunnen spelen in de transitie naar een toekomstbestendige ouderenzorg, zoals burgers zelf.

4.4. Analyseren van data

De interviews zijn opgenomen en getranscribeerd. De data zijn daarna anoniem geanalyseerd op basis van de methode van kwalitatieve inhoudsanalyse, waarbij de data is gecodeerd en geïnterpreteerd (Mortelmans, 2020, p.371). Er werd gebruik gemaakt van abductie. De *sensitizing concepts* zijn zoals besproken meegenomen in de gesprekken, maar niet getoetst als vaststaande hypothesen (Mortelmans, 2020, p. 378). Deze thema's zijn wel als uitgangspunten gebruikt voor de codeboom, waarbij er daarnaast ook open gekeken werd naar mogelijke andere thema's die een rol speelden bij het beantwoorden van de onderzoeksvraag, maar die nog niet in de *sensitizing concepts* terugkwamen.

Er zijn labels gebruikt bij het analyseren van de data die uiteindelijk hebben geleid tot een codeboom (zie bijlage 3). Het labelen is een iteratief proces geweest, waarbij steeds nieuwe labels toegevoegd zijn, en irrelevante labels losgelaten (Mortelmans, 2020 p. 380).

De stappen die in dit codeerproces gevolgd worden, zijn hieronder weergegeven:



Figuur 7 stappenplan analyse, ontleend aan Mortelmans, 2020, p. 387

4.5. Kwaliteit van de resultaten

Om kwaliteit van de resultaten te waarborgen wordt aandacht besteed aan de verschillende kwaliteitscomponenten van kwalitatief onderzoek.

Om interne inhoudsvaliditeit zo hoog mogelijk te houden, is de topiclijst steeds bijgesteld na de gesprekken om de aansluiting van het beantwoorden van de onderzoeksvraag en het instrument zo goed mogelijk te krijgen (Mortelmans, 2020, p. 467).

Om de betrouwbaarheid zo groot mogelijk te maken, zijn alle gesprekken door dezelfde onderzoeker gevoerd (Mortelmans, 2020, p. 467). Echter, men heeft bij kwalitatief onderzoek altijd een eigen perspectief op de werkelijkheid en daarmee zou het onderzoek, als het door iemand anders uitgevoerd wordt, ook andere resultaten opleveren.

Generaliseerbaarheid of externe validiteit gaat over het feit of de resultaten toepasbaar zijn op andere situaties of personen buiten de respondenten. Het doel van de thesis is wel om de onderzoeksvraag te beantwoorden over ouderenzorgorganisaties, dus ook buiten de ouderenzorgorganisaties die ik gesproken heb. Daarom is gepoogd bij de respondentselectie rekening te houden met een gevarieerde selectie van verschillende typen ouderenzorgorganisaties, geografisch verspreid over het land met een mix van stedelijke- en plattelandsgebieden, zoals beschreven.

4.6. Ethiek van het onderzoek

In lijn met de codes voor wetenschappelijke integriteit heb ik er als onderzoeker alles aan gedaan om de anonimiteit van de respondenten zoveel mogelijk te waarborgen. Daarnaast heb ik altijd duidelijk aangegeven in mijn uitnodiging hoe er met de resultaten omgegaan wordt en heb ik voorafgaand aan het gesprek altijd nogmaals toestemming gevraagd voor het interview en het gebruik van de interviewdata (Mortelmans, 2020, p. 144). Er worden pseudoniemen gebruikt in de weergave van de bevindingen en de geciteerde quotes zijn vooraf ter member check voorgelegd aan de betreffende respondenten (eveneens ter vergroting van de validiteit). Ten slotte is het goed te vermelden dat ik zelf binnen een grootschalig regionaal samenwerkingsprogramma als programmaleider werk, en ik ook voortdurend midden in het onderzoeksthema acteer. In de reflectie kom ik hier nog op terug.

5. Bevindingen

In dit hoofdstuk worden de bevindingen gepresenteerd. Er wordt gestart met de bevindingen over de toekomstbestendigheid van de ouderenzorg en het perspectief van de respondenten op de noodzaak van een transitie. Daarna zijn de bevindingen ingedeeld aan de hand van de eerdergenoemde ordening: het macroniveau (wat is er nodig van het stelsel/de overheid), het mesoniveau, wat de kern van de onderzoeksvraag raakt (de ouderenzorgorganisatie en de bestuurder die daar verantwoordelijk voor is) en het microniveau (de relatie tussen cliënt en professional).

5.1. Een transitie in de ouderenzorg (?)

Alle bestuurders geven aan dat de ouderenzorg niet toekomstbestendig is als we op de bestaande voet doorgaan. Niet alle respondenten noemen dit direct een 'transformatie' of 'transitie', maar zij zijn het erover eens dat er iets moet veranderen. De aanleiding tot de benodigde verandering is verschillend. Grofweg kunnen deze aanleidingen in twee categorieën worden ingedeeld: enerzijds is deze vanuit schaarste ingegeven, het 'zorginfarct' wordt daarbij ook genoemd (o.a. respondent 2). Anderzijds wordt ook het perspectief benoemd dat vanuit de veranderende populatie er andere wensen komen vanuit de doelgroep, omdat er 'een nieuwe generatie ouderen' aankomt die dichtbij huis of in hun eigen huis een fijn en betekenisvol leven willen leiden, waarbij zorg niet de kern, maar een onderdeel van is (Respondent 7).

Respondenten denken dat meer mensen langer thuis zullen wonen in de toekomst (respondent 1, 10) en dat daardoor meer samengewerkt moet worden met bijvoorbeeld huisartsen, waarbij preventie van intensievere zorg voor ouderen steeds belangrijker wordt en de rol van de ouderenzorgorganisatie het faciliteren van korte trajecten is, waarbij een professional 'ingevlogen wordt' vanuit bijvoorbeeld medische expertise na een ziekenhuisopname (respondent 3, 11).

Respondent 4 noemt ook als transitieopdracht de eerste lijn versterken.

De scope van de verandering verschilt ook. Een aantal bestuurders ziet de beweging naar een houdbare ouderenzorg breder en noemt het een maatschappelijke opdracht waar de ouderenzorg een onderdeel van is:

"De transitie in de maatschappij is aan de orde. En als wij te veel focussen op de noodzakelijke verandering in de ouderenzorg, als we niet oppassen, dan wordt de verandering in de maatschappij ons probleem." (Respondent 6)

Daarmee geeft deze respondent aan dat de vergrijzing en demografische ontwikkelingen in Nederland niet alleen 'van de ouderenzorg' als sector zijn om op te reageren. Als de ouderenzorg daar vol op inzet, bestaat het risico dat anderen zich minder aangesproken voelen.

Respondenten noemen namelijk ook dat anderen aan zet zijn, dus niet alleen zorgorganisaties, maar ook welzijnsorganisaties en vooral de burgers zelf (respondent 2, 6, 7, 8, 9, 11). Respondent 3 noemt dat bijvoorbeeld 'meer naar elkaar omkijken'. Daarvoor is het volgens respondent 8 ook nodig dat we op een andere manier naar ouderenzorg gaan kijken, in plaats dat we ervan uitgaan dat mensen op leeftijd niks meer kunnen en we daarom alles overnemen:

"In die zin dat wij er blijkbaar nog heel erg vanuit gaan dat ouderen als ze eenmaal zorg nodig hebben, ze ook ongeveer niks meer kunnen. En dat je op alle niveaus ziet dat we enorm aan het overnemen gaan. En dat zie je zowel thuis als in de verpleeghuizen. Die hele beweging van wat kunnen mensen nog zelf en wat kan de familie en waar stappen wij dan in? Die staat echt nog aan het begin volgens mij." (Respondent 8)

Het is ook de vraag of deze 'transitie' wezenlijk anders is dan andere maatschappelijke veranderingen. De werkelijkheid verandert altijd, alleen moet je als ouderenzorg misschien nu iets sneller of meer veranderen vanwege de relatief grote uitdagingen. Respondent 9 haalt daarbij het dilemma aan dat er ook altijd een groep is die de noodzaak van verandering niet ziet zitten of het moeilijk vindt mee te veranderen:

“Ik zou hopen dat iedereen al in transformatie of transitie is. Ja, dat is alleen niet zo, want we hebben ook een hele grote groep die hangt achteraan die kar en die zegt, het moet allemaal zo blijven zoals het was. Ja, dat gaat niet gebeuren, want dat blijft nooit zoals het was.” (Respondent 9)

Een aantal respondenten geeft aan dat de benodigde transitie (mede door achterblijvers) nog niet zo hard gaat in de ouderenzorg (o.a. respondent 8 en 10). Respondent 8 geeft aan dat ze in de gehandicaptenzorg al veel langer bezig zijn met bijvoorbeeld het betrekken van familie.

In algemene zin geeft een aantal respondenten aan dat de tweebeinigheid altijd bij besturen hoort, en dat je naast een strategische koers en lange termijnvisie ook altijd wendbaar moet zijn voor verandering: ‘om toch te kijken, we moeten een stapje terug doen of toch naar links of rechts?’ (Respondent 4).

5.2. Het macroperspectief: de rol van de overheid

Aan de respondenten is ook gevraagd wat zij zien als verantwoordelijkheid van de overheid in de beweging naar een toekomstbestendige ouderenzorg. Wat bestuurders aangeven nodig te hebben van de overheid bij het werken hieraan is vooral (regel)ruimte om dingen anders te doen. Dan gaat het vooral over financiering. Respondenten geven de noodzaak aan van een structureel domeinoverstijgende betaaltitel, in plaats van de tijdelijke subsidies en projectgelden. Opvallend genoeg wordt er door de meeste bestuurders genoemd dat er niet per se meer geld bij moet, maar dat de mogelijkheden van het inzetten van middelen verruimd dient te worden. Bijvoorbeeld door het mogelijk te maken dat middelen uit de Wet langdurende zorg (Wlz) overgeheveld kunnen worden naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), om meer inzet te realiseren bij het voorkomen van intensievere zorg.

De bestuurders variëren sterk in de mate waarin zij de overheid of het stelsel verantwoordelijk houden voor de toekomstbestendigheid van de ouderenzorg. Sommige bestuurders stellen zich zo onafhankelijk mogelijk op en geloven dat de verandering uit het veld moet komen en de overheid zich volgend moet opstellen. Een respondent noemt dat ‘beleidsresistent’. Hij bedoelt daarmee dat hij voor bestuurders in de ouderenzorg ook een verantwoordelijkheid ziet om los van de overheid zelf visie te vormen op wat je vanuit morele overtuigingen nodig vindt om te werken aan toekomstbestendige ouderenzorg, om daar vervolgens binnen je eigen invloedssfeer ook gewoon mee aan te slag te gaan. Als je als bestuurder daarbij als het ware afwacht wanneer het stelsel verandert, dan word je daarvan afhankelijk en kan je minder doen. Juist door te doen, kan je het systeem weer beïnvloeden vanuit het veld. Dit type bestuurder ziet beleid als volgend op de praktijk:

“Tot op zekere hoogte ben je wel afhankelijk van anderen, maar ik denk dat de uitdaging voor bestuurders is om daarin zoveel mogelijk beleidsresistent te zijn en vooral een eigen moreel kompas te ontwikkelen. Ik zie landelijk daar wel de bewegingen in, maar ik zie ook nog heel veel bestuurders die zeggen: ja, maar wij kunnen niks voordat de NZa of de IGJ of het Zorginstituut of de financier zich uitgesproken heeft. En dat vind ik een misvatting. Dan maak je jezelf wel heel erg afhankelijk van een beweging en dan frustreer je jezelf ook, want je weet dat dit soort systemen en systeemorganisaties natuurlijk traag gaan.” (Respondent 2)

Anderen vinden dat zij geen verantwoordelijkheid hebben en dat de overheid aan zet is: de enige echte oplossing is een stelselwijziging, alles wat de ouderenzorgorganisatie kan doen is zo efficiënt mogelijk zoveel mogelijk bedden vullen (respondent 3).

“Het stelsel, dat is mijn beleving, houdt echt anders, echt innovatief aanpakken, gewoon tegen. [...] Ik kan weinig betekenen als ik vol lig. Dus ik denk inderdaad dat er andere dingen moeten gebeuren in Nederland om te zorgen dat wij anders worden aangestuurd en andere dingen moeten doen.” (Respondent 3)

Als bestuurders last hebben van regels van het systeem die in de weg zitten, geven ze vaak aan het via de persoonlijke relaties op te lossen. Bijvoorbeeld met een goed contact bij de zorgverzekeraar,

of een bekende wethouder. Concluderend lijkt het volgens de meeste bestuurders meer een wisselwerking te zijn tussen overheid en het veld, waarbij de overheid steeds leert van het veld en in het beste geval beleid weer bijstelt. Echter, de koplopers lopen in de praktijk altijd voor op het beleid en in bijvoorbeeld het experimenteren van vernieuwende manieren van zorg, geven ouderenzorgbestuurders aan daar last van te hebben. Meestal omdat zij afhankelijk blijven van tijdelijke experimenteerruimte, waardoor succesvolle initiatieven niet binnen de bestaande kaders geborgd kunnen worden.

De respondenten zijn het er ook over eens dat de overheid zich meer zou mogen uitspreken over de veranderende rol die de burgers ten opzichte van de zorg krijgen in de toekomst. De samenleving moet meer zelf gaan doen en met het eigen netwerk. Het uitdragen van die boodschap zou niet alleen bij de zorg zelf moeten liggen:

“Want dat is waar ik mijn hoofd ook regelmatig over breek, want uiteindelijk: bij ons wordt echt de urgentie gevoeld [van het personeelstekort], dus vanuit daar is het logisch dat we daar ook iets mee doen. En tegelijkertijd zou het natuurlijk veel krachtiger zijn als een gemeente daar een rol in neemt, omdat het uiteindelijk over alles heen haar burgers zijn. Nou, dat vind ik een lastige.” (Respondent 5)

Respondent 5 doelt hier op de rol van de gemeente bij het uitdragen van de boodschap dat inwoners meer naar elkaar om moeten kijken en dat de gemeente een rol heeft in het ondersteunen van inwoners daarbij.

Een andere frustratie van respondenten is de ‘transformatiedrukke’, waar ook wel aan gerefereerd wordt als ‘projectificatie’. Overal moeten projecten voor aangevraagd worden, met tijdelijk geld. Omdat er in korte tijd volgens een aantal respondenten te veel tijdelijke middelen zijn vrijgemaakt, vragen alle zorgorganisaties dat nu snel aan. Respondenten voelen de druk om mee te doen aan programma’s van VWS, zoals WOZO (Wonen en zorg voor ouderen), IZA (Integraal Zorgakkoord), GALA (Gezond en Actief Leven Akkoord) en de Visie Eerstelijnszorg. Deze beleidsinitiatieven zijn allemaal ingezet met het oog op de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg in de toekomst. Daarnaast hebben bestuurders vaak ook nog te maken met nog allerlei regionale initiatieven die daar al dan niet een uitvloeisel van zijn, terwijl de capaciteit om projecten uit te voeren beperkt is en de plannen voor hun gevoel niet altijd op elkaar aansluiten of elkaar versterken. De projecten zijn daardoor veelal tijdelijk en los van elkaar. Dat resulteert er volgens sommige respondenten ook in dat we het ‘bestaande’ blijven verbeteren, in plaats van wezenlijk iets anders gaan doen.

Een ander probleem van deze projectificatie is: de overheid verwacht nieuwe, innovatieve manieren van zorg verlenen die echt een doelmatigheidsslag opleveren, terwijl de randvoorwaarden (bijvoorbeeld methoden van verantwoording) nog ‘traditioneel’ zijn. Transitie vraagt om een periode van chaos en ‘niet weten’, voordat ‘het nieuwe’ kan ontstaan, en dat staat volgens respondenten op gespannen voet met die oude standaarden. Bestuurders geven aan dat op deze manier innovatie niet tot stand komt. Respondent 2 refereert aan de spanning om tot vernieuwing te moeten komen terwijl je op basis van ‘oude’ kritieke prestatie-indicatoren (KPI’s) wordt afgerekend met de term ‘maakbaarheidsdenken’. Hij beschrijft hoe de overheid als het ware een maatschappelijke beweging in wil zetten door het proces op een controlerende, lineaire manier te regisseren: “Dat [de maatschappelijke verandering] is niet een programma waarin je zes projecten draait met KPI’s en doelstellingen om over twee jaar de wereld veranderd te hebben. Zo wordt die wel aangevlogen.” Daar komt veel frustratie vandaan die ook ter sprake komt bij de andere respondenten. Het zou volgens respondent 2 juist veel lucht kunnen geven als we met elkaar het idee loslaten dat dé oplossing voor het vraagstuk bestaat.

Ten slotte maken respondenten zich ook zorgen over de politieke ontwikkelingen en wat een nieuw kabinet voor visie gaat hebben op de ingezette transformatie naar ‘langer thuis’ en meer ‘eigen regie’. Het bijbouwen van verzorgingshuizen (ook voor de lagere Zorgzwaartepakketten [ZZP]) wordt unaniem als een slecht idee en onhaalbaar gezien:

“Stel dat de [ZZP] twee en de drie terugkomen. Dat wordt één grote teleurstelling. Dat kan helemaal niet.” (Respondent 11)

5.3. Het mesoperspectief: de rol van de ouderenzorgorganisatie
Het tweede niveau is in hoeverre de bestuurders aangeven zich als ouderenzorgorganisatie verantwoordelijk te voelen voor een toekomstbestendige ouderenzorg.

Verantwoordelijkheid nemen en geven

De mate van verantwoordelijkheid die de ouderenzorgorganisatie volgens de respondenten heeft, verschilt enorm. Aan het ene uiterste van het spectrum vind je: “mijn organisatie heeft geen maatschappelijke opgave”: Respondent 3 erkent bijvoorbeeld wel dat er een ‘tsunami’ aan wachtlijsten aan komt, vanwege de zorgkloof. Hij erkent ook dat hij als organisatie de verantwoordelijkheid heeft om zo efficiënt en effectief mogelijk te presteren. Maar met die verbetercapaciteit verwacht hij niet een doorslaggevende bijdrage te kunnen leveren:

“Ik vind dat [naam eigen organisatie] eigenlijk geen maatschappelijke opdracht heeft. Kijk, in het stelsel zijn wij een zorgaanbieder, één van de 400. En ik vind in zijn algemeenheid, dat zorgaanbieders, ook van Actiz denk ik wel eens van: ja, het lijkt wel of je op de stoel van VWS zit. Dus als er wachtlijsten zijn, heel zwart-wit, is dat probleem van VWS, niet van mij. Het is heel erg voor de burgers, maar als de zorgaanbieder geld krijgt en ik heb alle bedden volledig bezet, wat moet ik meer doen dan alle bedden bezetten? Wat moet ik meer doen?” (Respondent 3)

Deze bestuurder zit dus wel op het efficiënter inrichten van zijn bedrijfsvoering, waardoor hij wel voor een gedeelte bijdraagt aan de opgave om zoveel mogelijk zorg te kunnen leveren, maar voor de stelselverandering stelt hij de overheid verantwoordelijk.

Aan het andere uiterste van het spectrum zitten een aantal bestuurders die aangeven dat zij zich ‘persoonlijk verantwoordelijk’ voelen voor de toekomst van de zorg, vanwege hun positie. Dat zorgt soms voor kopzorgen:

“Omdat ik, en dat is dan mijn persoonlijke drive: mij ongelooflijk verantwoordelijk voel voor het toegankelijk en organiseerbaar en betaalbaar houden van de zorg. Niet alleen nu, maar ook over 10 of 20 jaar en daar zit echt stress op. Stress, die nu al voelbaar is. Niet alleen maar op ons afkomt, maar die nu al voelbaar is en die alleen maar groter gaat worden in de komende jaren. Dus dat is een opgave waar ik een persoonlijk commitment op voel.” (Respondent 2)

Er wordt door alle respondenten erkend dat er meer zorg- en ondersteuningsvragen naar het voorliggend veld zullen moeten gaan, waarbij zij zowel de informele zorg (mantelzorgers en andere vrijwilligers) en welzijnsorganisaties benoemen. De positie die ouderenzorgorganisaties daarin zelf innemen verschilt. De respondenten maken hier bewuste keuzes in. Sommige focussen zich alleen nog op de hoog complexe zorg, bijvoorbeeld de hele intensieve zorgvragen in de laatste levensfase en de kortdurende, tijdelijke, intensieve zorgvragen. Vaak zijn dit organisaties in stedelijke gebieden waar meerdere aanbieders zitten (respondent 8).

Anderen verbinden zich veel meer met de bewoners in de omgeving door bijvoorbeeld samen te werken met bewonersinitiatieven. Opvallend genoeg zijn dit vooral de vrouwelijke respondenten die veelal zelf oorspronkelijk verpleegkundige zijn geweest en buiten de randstad actief zijn. Hun opvatting is dat de ouderenzorg aansluit bij de domeinen van welzijn, informele zorg en preventie, vanuit het idee dat dat voor de cliënt ook veel makkelijker is (respondent 5). Daarmee wordt soms de eigen organisatie zelfs onderschikt gemaakt aan de maatschappelijke opgave. Bijvoorbeeld door respondent 7, die duidelijk aangeeft dat het haar opdracht is om voor de mensen in de gemeenschap te zorgen en niet zozeer voor haar eigen organisatie *an sich*:

“[naam eigen organisatie], zal over een aantal jaren wellicht niet meer bestaan als zelfstandige organisatie, maar onderdeel uitmaken van een coöperatie van [woonplaats] en daarmee ook bestaansrecht behouden naar de toekomst. Ik zie het als mijn opdracht om daar maar even een

voorschotje op te nemen: Niet zozeer om [naam eigen organisatie] in de lucht te houden, maar te zorgen dat we hier een infrastructuur houden, voor de mensen die hier wonen. En die ertoe doet om dicht bij huis, in het eigen netwerk op een goede manier langdurige zorg te ontvangen en ondersteuning of gewoon een gelukkig leven te kunnen leiden. En daar maakt langdurige zorg onderdeel van uit.” (Respondent 7)

Dat betekent dat alle respondenten een grotere rol voor het voorliggend veld ziet, maar dat sommige meer gaan afbakenen en ‘afschuiven’ naar andere partijen, zonder daar zelf een rol in te pakken en anderen lijken er bijna een groter stuk bij te pakken (preventie, bijvoorbeeld) om de transitie aan te jagen en hun expertise te delen met anderen. Respondent 1 geeft bijvoorbeeld aan dat hij ervoor zou kunnen kiezen om ‘een luie bestuurder’ te worden die alleen op bedbezetting en productiviteit gaat zitten. Maar hij geeft aan dat in het licht van de maatschappelijke opgave ouderenzorgorganisaties bestaan om de vraag van cliënten zo goed mogelijk op te pakken, en dat begint al bij het voorkómen van de vraag. Hij ziet daarbij dus ook een rol weggelegd voor zijn organisatie -in samenwerking met welzijn en wonen- in preventie, “waarmee je eigenlijk zegt dat je wel moet samenwerken, anders laat je de emmer overlopen en dat vind ik maatschappelijk niet verantwoord.” (Respondent 1)

Dat betekent ook dat deze ouderenzorgorganisaties zich niet alleen maar bezighouden met eigen cliënten, maar ook en juist met de inwoners van hun werkgebied, en dus een populatieverantwoordelijkheid op zich nemen, zou je kunnen zeggen. Respondent 9 geeft hier een voorbeeld van:

“Vorig jaar hebben wij voor het eerst een fietsvierdaagse georganiseerd. En dan kun je zeggen: een ouderenzorgorganisatie, die een fietsvierdaagse organiseert? Doelgroep: de iets oudere inwoner en precies de doelstelling waar we net over hebben: bewustwording, van denk er eens over na, blijf in beweging, ontmoeten, samen eten. Want ontmoeten, bewegen en goede voeding, zijn de drie grootste beïnvloeders in het spinnenweb van Machteld Huber, dus dat is niet voor niks zo gekozen. Er deden zo'n 100 mensen mee de eerste keer, want we durfden niet heel veel reclame te maken. Want stel dat er heel veel mensen kwamen en dan wisten we niet of het allemaal werkte. En tenminste 3 daarvan kwamen alleen. En aan het eind van die week gingen ze met zijn drieën de hele avond fietsen en allerlei dingen doen en die dames zien elkaar nu nog steeds. Nou, dit is precies wat wij willen gaan bewerkstelligen. En dat is soms met een hulpmiddel als een fietsvierdaagse. Soms maak je misschien wel een kookgroepje in een buurthuis. Soms help je misschien wel bij het kunstcentrum, dat er geboetseerd kan worden. Maar dat er ontmoeting ontstaat en mensen ook vanuit vrije keuze weer een nieuw netwerk met elkaar kunnen maken. En dit is veel breder, want dat zijn geen mensen die met ons een zorgrelatie hebben. Wij krijgen daar ook niet voor betaald. In ieder geval vooralsnog niet. Maar waarom doen wij het toch? Dat is tweeledig: Dat heeft ook met die maatschappelijke context te maken. Maar dat vinden mensen vaak wel wat idealistisch en dat is ingewikkelder. En dan zeg ik er ook maar bij: ‘dat helpt de druk op de wachtlijsten te verkleinen’. ‘Oh ja’, denkt iedereen dan, ‘dat snappen we dan wel’. Dus dat vanuit preventie en vanuit als je het samen wel redt, dan hoef je geen vragen te stellen. Maar voor mij zit veel meer dat ideële motief er ook onder. Namelijk: ik denk dat we een mooiere maatschappij worden als we weer een beetje naar elkaar omkijken.”

Figuur 8 Voorbeeld populatieverantwoordelijkheid middels preventie (respondent 9)

Respondent 9 laat hiermee zien dat zij juist vanwege haar eigen morele overtuiging en haar ideaal van hoe de samenleving eruit zou moeten zien ervoor kiest om de verantwoordelijkheid van haar ouderenzorgorganisatie breder te zien. Dit gaat dus verder dan populatieverantwoordelijkheid, maar gaat echt over ethisch leiderschap en wereldbeeld, omdat deze activiteit geen formeel onderdeel is van de taakstelling van haar organisatie en er geen financiële vergoeding voor bestaat. Interessant is dat met het op deze manier bijdragen aan de maatschappelijke opgave, deze bestuurder intern op weerstand stuit als zij het ideële motief te berde brengt. Bij medewerkers resoneert de motivatie van het verkleinen van wachtlijsten blijkbaar meer dan de morele overtuiging.

Ten slotte wordt er ook een nieuw vraagstuk aangestipt als het gaat om de beweging naar 'langer thuis' en meer in de gemeenschap oplossen, in plaats van alles als een zorgvraag oppakken, namelijk eenzaamheid. Respondent 11 wijst op de behoefte van een aantal mensen met kwetsbare sociaaleconomische status, die zelf over een klein netwerk beschikken of helemaal geen sociaal netwerk hebben. Voor deze groep is het gemeenschappelijk wonen in een verzorgingshuis of bejaardenhuis, wat we juist aan het afbouwen zijn, een behoefte. Wie is verantwoordelijk voor het opvullen van dat gat? Het bovenstaande voorbeeld van respondent 9 raakt al aan dit thema, omdat het evenement bijdraagt aan het bouwen van sociale netwerken van inwoners. Echter, niet alle respondenten lijken dit aspect al zo concreet als onderdeel van hun verantwoordelijkheid te voelen, omdat zij dat meer overlaten aan bijvoorbeeld welzijnsorganisaties of informele zorgverleners.

Samenwerking en dilemma's

Er wordt door de bestuurders veel samengewerkt aan de maatschappelijke opgave met partners in de nabije omgeving. Alle respondenten participeren met hun organisatie wel in samenwerkingsverbanden en een aantal bestuurders gaf zelfs met zoveel woorden aan dat je het als organisatie 'alleen niet meer gaat redden' (o.a. respondent 10). Je ziet daarin grofweg twee vormen terugkomen: ten eerste de samenwerking met het voorliggend veld. Dat is om de verbinding met de gemeenschap aan te jagen en de ouderenzorg te verbinden aan bijvoorbeeld preventie, welzijn, burgerinitiatieven en daarmee meer vragen te kunnen beantwoorden die geen zorgantwoord behoeven. Dat sluit aan bij de voorafgaande paragraaf over preventie en een uitgebreide scope van de doelstelling van de ouderenzorgorganisatie richting een populatieverantwoordelijkheid voor de omgeving. Veel van de respondenten geven daarmee aan dat de ouderenzorgorganisatie ook een rol heeft in preventie, en die rol pakt een aantal van hen ook actief. Dat betekent dat zij hun verantwoordelijkheid breder opvatten dan dat het zich beperkt tot de eigen cliënten die (al) in zorg zijn. Een dilemma hierbij is het voorkomen dat 'de ouderenzorg het wel weer oplost', want die neiging kan de sector hebben. De uitdaging is volgens respondenten om in de gemeenschap van betekenis en van meerwaarde te zijn en tegelijkertijd een bescheiden houding aan te nemen:

"Want traditioneel trekken wij in de zorg alles naar ons toe. Denken we met heel veel zorgaanbod heel veel problemen op te kunnen lossen. Langzaamaan wordt natuurlijk in onze samenleving wel duidelijk dat dat maar zeer de vraag is of dat zo goed werkt. [...] En dat is waar we nu heel druk mee bezig zijn: Hoe kunnen we aansluiten bij de initiatieven hier in onze regio en hoe kunnen we onze rol daarin herdefiniëren?" (Respondent 5)

Een tweede samenwerkingsvorm is de regionale samenwerking die onder andere vanuit het IZA wordt gestimuleerd, en dat zijn vaak horizontale samenwerkingsverbanden, in dit geval dus binnen de VVT (Verpleging, Verzorging, Thuiszorg). Dan gaat het om ouderenzorgorganisaties die met collega-organisaties in de regio bepaalde vraagstukken oppakken of de ketensamenwerking met de eerste lijn gezamenlijk vormgeven. Dat zijn de meer traditionele samenwerkingspartners binnen de sector, zou je kunnen zeggen. Binnen deze regionale netwerken ligt de 'transitie-opdracht' besloten vanuit het ministerie van VWS, en zij heeft daar hoge verwachtingen van. Maar juist binnen deze regionale netwerkverbanden geven bestuurders aan dilemma's te ervaren waarbij de interne en externe verantwoordelijkheden op gespannen voet komen te staan. Deze zitten vaak op financieel vlak, niet alle samenwerkingen zijn rendabel te krijgen volgens respondenten en dat 'verhoudt zich niet altijd even goed tot elkaar als je ook nog verantwoordelijk bent voor je eigen huishoudboekje', aldus respondent 5. Hij beschrijft het dilemma dat door samenwerking de afbakening van bijvoorbeeld capaciteit steeds minder duidelijk wordt, en dat vertrouwen in de balans in geven en nemen daarbij belangrijk is. Toch blijft hij investeren in samenwerking, omdat hij gelooft dat het op langere termijn zichzelf wel terugverdient:

"Maar goed, het levert ook op, dus in die zin: soms investeer je in stenen en soms investeer je in samenwerkingen, denk ik dan maar. En uiteindelijk moet dat gaan renderen, als we daar een beetje mee kunnen bewerkstelligen dat we de zorginzet kunnen dempen (respondent 5)."

Oude patronen van concurrentie en macht spelen vaak nog een rol in deze ‘horizontale’ samenwerkingsverbanden tussen van oudsher concurrerende organisaties, ook al zijn er ‘voldoende’ klanten. Dat komt “omdat je eigenlijk van dezelfde taart eet en er zijn grotere en kleinere organisaties” (respondent 1). Als het dan bijvoorbeeld gaat om het beperken van het aantal organisaties dat in een bepaald gebied thuiszorg levert, ontstaat er toch direct ‘gemor’, aldus respondent 8. Of het gaat om concurrerende arbeidsvoorwaarden binnen een regio om personeel aan te trekken. Dit zorgt vaak ook voor schuring in de tweebenige opgave van bestuurders in de ouderenzorg. De vraag is of je dan bereid bent om over je eigen schaduw heen te stappen en bijvoorbeeld tien procent van je omzet in te leveren aan een ander, omdat dat goed is voor de samenleving. Respondent 3 ziet dat nog niet veel gebeuren:

“Het is ook wel begrijpelijk dat bijna alle bestuurders kiezen voor eigen tent en dan eventjes kijken of ik kan samenwerken en dan het liefst dat ik er nog wat beter van wordt.” (Respondent 3)

Die machtspositie van grotere organisaties die een groter deel van de spreekwoordelijke taart in de regio bezitten, zie je dan ook terugkomen, doordat deze grotere spelers het in de samenwerking vaak nog voor het zeggen hebben, of doordat bepaalde prestigeprojecten bij de zorgverzekeraar een rol spelen.

Soms zijn de dilemma’s ook inhoudelijk. Als er keuzes gemaakt moeten worden, hebben de bestuurders een duidelijke eigen visie, die niet altijd strookt met die in de regio, en dat kan wel eens spannend worden. Bijvoorbeeld als je als ouderenzorgorganisatie gelooft in het meer naar de voorkant te bewegen en samenwerken met het voorliggend veld, en andere collega-organisaties in de regio alleen maar het specialistische stuk oppakken. Voor innovatie van bijvoorbeeld de thuiszorg, heb je vaak gewoon massa nodig van al die organisaties die dat in de regio leveren (respondent 11). Bovendien zijn deze ‘horizontale’ samenwerkingsverbanden sector georiënteerd en daarom ontbreken samenwerkingspartners die misschien wel noodzakelijk zijn om te betrekken voor de benodigde transitie: “want het probleem wordt zo groot dat je misschien zelfs met verstandelijk gehandicaptenzorg en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) meer de verbinding aan zou moeten gaan”, aldus respondent 10.

Een punt dat ook aangestipt werd door bestuurders: je hebt ook maar zoveel uren in een dag en sommige bestuurders gaan steeds meer ‘naar buiten’, waar anderen hun ware taak echt binnen in de organisatie vinden liggen. Alle respondenten geven aan dat er tegenwoordig veel meer tijd voor extern overleg van hun agenda wordt gevraagd dan in het verleden. De meeste bestuurders geven daar vanuit hun eigen overtuigingen wel gehoor aan, maar het levert ook spanning op. Dat heeft te maken met de balans tussen de interne en externe opdracht: moet je ‘je eigen tent op orde hebben’, voordat je gaat ‘buiten spelen’? Daar wordt door geen van de respondenten een pasklaar antwoord op gegeven. Wat wel lijkt te gebeuren, is dat we hier met een soort schaarste-paradox te maken lijken te hebben: vanwege de toenemende schaarste moeten we meer fundamenteel gaan reflecteren op de inzet van middelen en verdeling van verantwoordelijkheden, maar vanwege diezelfde schaarste hebben veel organisaties daar nu geen tijd en capaciteit voor.

“Er wordt nog heel veel gesproken aan tafels van hotemetoten, zoals ik met mijn collega-bestuurders, maar in de uitvoering waar de werkelijke innovatie moet gaan plaatsvinden, komen mensen niet meer aan tafel, omdat ze productie moeten leveren.” (Respondent 6)

Een laatste aspect wat betreft samenwerken aan de maatschappelijke opgave is het volgende: voel je je ook verantwoordelijk richting collega organisaties in je nabije omgeving als die niet willen of kunnen meelopen in jouw visie op de beweging richting een toekomstbestendige ouderenzorg? Ook dit levert dilemma’s op. Sommige organisaties voelen zich vanwege hun grotere omvang verplicht om extra inspanningen te leveren om de ‘kleinere’ te helpen, een respondent noemt dat ‘noblesse oblige’ (respondent 8). Anderen vinden het ingewikkeld dat er achterblijvers zijn, die minder investeren in de maatschappelijke opgave en zien ook daarin voor hun eigen organisatie een

verantwoordelijkheid. Respondent 9 geeft aan dat zij het ingewikkeld vindt dat sommige organisaties er “op hun tandvlees een beetje achteraan zitten te hobbelen”. Zij voelt zich verantwoordelijk om dan ook hulp aan te bieden, maar dat wordt niet altijd geaccepteerd door die organisaties.

5.4. Microperspectief: organisatiedilemma's

De bestuurders zijn het erover eens dat eigen regie van de cliënt of meer verantwoordelijkheid aan de ouderen en hun naasten zelf overlaten een belangrijk thema is als het gaat om toekomstbestendigheid van de ouderenzorg. Deze paragraaf beschrijft wat dat volgens de respondenten betekent voor de oudere en professional in kwestie en welke dilemma's de bestuurders ervaren bij het verleggen van die verantwoordelijkheden. Vaak wordt benoemd dat niet iedereen al klaar is voor deze omslag en dat burgers zelf deze verantwoordelijkheid nog niet altijd kunnen of willen invullen. Niet iedereen wil die eigen regie nemen of moeten daaraan wennen:

“Wij hebben best wel strakke intakegesprekken. Waarbij mensen nu zeggen: oh, maar als we dat allemaal zelf moeten doen, dan komen we niet. Denk ik: oké, helemaal goed. Dus dat klopt, ja daar zitten we vrij strak in.” (Respondent 11)

Respondent 2 benoemt ook dat niet in alle wijken ‘burgercollectieven’ automatisch van de grond komen, als je je als zorgorganisatie terugtrekt. Deze bestuurder opereert in een divers gebied als het gaat om de achtergrond, sociaaleconomische status en gezondheidsvaardigheden. Hij geeft aan dat in sommige wijken deze burgerinitiatieven wel vanzelf tot bloei komen, omdat mensen daar goed geëquipeerd zijn om zichzelf te organiseren, maar in andere wijken moet er echt meer gebeuren om te stimuleren dat zo'n initiatief van de grond komt:

“Je hebt de mensen die heel erg geloven in het zelforganiserend vermogen van burgers. Die zeggen, joh, maar je moet niks doen. Blijf er vooral vanaf en laat het maar ontstaan. En, je hebt mensen die daar iets genuanceerder naar kijken, zoals ik. Die zeggen: ja, maar het is niet zo dat als je er maar vanaf blijft, het overal vanzelf ontstaat. Soms heeft een wijk dan ook iets nodig om daar van start te komen.” (Respondent 2)

De meeste respondenten zien een rol voor hun eigen organisatie weggelegd om deze ‘samenredzaamheid’ te stimuleren. Bestuurders organiseren zelf allerlei bijeenkomsten in de buurt bijvoorbeeld, om met burgers in gesprek te gaan over wat er nodig is om de kracht van de wijk meer te benutten. Dat initiatief komt dus wel vanuit de ouderenzorgorganisaties. Een dilemma daarbij is dat vanuit de maatschappij de ouderenzorgorganisatie soms wordt neergezet alsof zij haar verantwoordelijkheid afschuift, omdat zij zelf te weinig capaciteit heeft. Tegen dat beeld lopen sommige respondenten aan bij bijvoorbeeld de zorgverzekeraar. Zodra zij gaan differentiëren in bijvoorbeeld ontbijt wel of niet aanbieden op basis van zelfredzaamheid bij cliënten die wel dezelfde Wlz-indicatie hebben, worden ze op het matje geroepen (respondent 9). Hoe zorg je dat je eigen regie stimuleert, zonder dat je als ouderenzorgorganisatie werk afschuift? Een aantal respondenten geeft aan dat zij naar buiten treedt met de opiniestukken van een zorgzame samenleving, ten behoeve van een toekomstbestendige ouderenzorg, maar daar ervaart respondent 2 bijvoorbeeld ook wel negatieve reacties op:

“Zo van: ja, maar dit doe je om je eigen straatje schoon te praten, omdat je het in je eigen organisatie niet voor mekaar gebokst krijgt. En dus zit je als aanbieder al heel snel in het verdachte hoekje. Dus de boodschap wordt krachtiger als het een collectieve boodschap is met burgers, met overheden, met financiers. Dus dat proberen we.” (Respondent 2).

Veel van de gesproken bestuurders ervaren het als een dilemma om professionals meer uit handen te laten geven aan bijvoorbeeld het sociale netwerk rondom een cliënt. Dat betekent dat er ook gedifferentieerd wordt bij wie wat nog wel zelf kan en waar de professional wel inspringt. Dat vinden professionals soms lastig, omdat zij zelf de welzijnsactiviteiten nog wel altijd leuk vonden om te doen. Zoals respondent 9 beschrijft: “zij gingen rummikubben met die cliënt. Zij gingen buiten

wandelen. Zij gingen op vakantie of naar de orchideeënhoef. Nu moeten medewerkers juist zorgen dat het sociale netwerk dat doet met de cliënt, terwijl zij daar zelf heel veel lol aan hadden. Of professionals voelen zich in hun beroep aangetast, alsof hun beroepsidentiteit wordt ingeperkt. Professionals zijn zelfs soms bang dat ze overbodig worden, omdat er steeds meer taken naar vrijwilligers gaan. Soms maken professionals zich ook zorgen of zij het wel aankunnen: de hele dag alleen nog maar de meest zware, complexe zorg leveren voor de meest kwetsbare mensen in de laatste levensfase. Respondent 5 benoemt dat zijn medewerkers er niet naar uitzien dat zij alleen nog maar dat type cliënten gaan helpen in de toekomst: “maar dat betekent dus dat wij alleen nog maar keihard aan het zorg verlenen zijn en weinig echt contact meer met mensen kunnen maken. Eén, omdat ze in een fase van hun dementie zitten waarbij dat moeilijk is en twee, omdat ze hier nog maar kort zijn.”

Dit is een extra uitdaging als de urgentie bij de professionals nog niet echt gevoeld wordt om de dingen anders te doen, omdat personeelskrapte bijvoorbeeld nog niet zo speelt bij die specifieke organisatie.

Sommige bestuurders zorgen via opleidings- en scholingsprogramma's dat medewerkers vooral nog voor de hoog specialistische zorg zijn opgeleid. Andere bestuurders zetten helemaal in op de innovatiecultuur, waarbij medewerkers zelf meedenken en -doen in de veranderingen en bijvoorbeeld juist leren om holistisch te kijken en netwerkvaardigheden op te doen. Weer andere bestuurders proberen de professionals in de nieuwe denkwijze mee te nemen. Uiteindelijk past niet iedereen die nieuwe rol:

“Dat gaat nog wel eens een enkele keer verkeerd. Dan is het ‘maar ja, zo ben ik niet begonnen. Eerder kon ik echt lekker een kopje koffie drinken met de cliënt.’ Ja, maar dat is gewoon de baan niet meer. En dat is gewoon ingewikkeld. En soms moet je ook bij mensen meelopen en zeggen: als jij vindt dat dat echt anders moet, dan is misschien dit toch niet meer de baan voor je.” (Respondent 10)

Respondent 10 benoemt een recent voorbeeld van een teamleider die is vertrokken, vanuit de motivatie om in een kleinere setting in een particulier huis wel op de manier aandacht voor cliënten te hebben waar zij zelf in haar werk behoefte aan heeft. Deze bestuurder staat dan ook achter die overweging en steunt de medewerker.

Meerdere bestuurders geven aan dat het voor medewerkers ook kan voelen alsof ze hun werk in het verleden niet goed hebben gedaan, omdat het nu ineens anders moet. Sommige medewerkers doen hun werk al 30 jaar op dezelfde manier, en hebben daar ‘hun leven van gemaakt’. Daarom is het belangrijk om ook het oude te waarderen en te erkennen en daar bewust afscheid van te nemen. Respondent 6 geeft aan dat we voor dat ritueel, bekend vanuit de transitiekunde nog veel te weinig aandacht hebben.

5.5. Rolinvulling van de ouderenzorgbestuurder anno 2024: nieuwe dilemma's?

De meeste bestuurders voelen zich in hun rol persoonlijk verantwoordelijk om ook thema's te agenderen bij systeempartijen, of bijvoorbeeld bij de gemeente of in de media, om een verandering te forceren, zoals hierboven beschreven. Eén bestuurder noemde dat zelfs ‘het woord verkondigen’ (respondent 5). Dat wordt benoemd als extra element in leiderschapsstijl dat met die externe verantwoordelijkheid te maken heeft en relatief nieuw is. Respondent 7 doet dat bijvoorbeeld ook door in te spreken bij de gemeenteraad of aan te treden bij commissievergaderingen. Verder vraagt het meenemen van de eigen organisatie bij de externe ontwikkelingen ook een extra vertaling naar de werkvloer, met bijbehorende dilemma's zoals in bovenstaande paragraaf beschreven. Echter, dat wordt door sommige bestuurders niet als iets nieuws gezien. Het vertalen van visie en strategie naar de praktijk is altijd al onderdeel van het werk van de bestuurder geweest.

Wat nu door de respondenten wel werd aangegeven als ‘anders’ is het feit dat het verbinden van binnenwereld en buitenwereld (en daarmee de interne en externe opgave) belangrijker is dan ooit.

Het besturen van een ouderenzorgorganisatie anno nu betekent volgens de respondenten dat je een visie moet hebben op de toekomst van de ouderenzorg en dit verhaal ook goed moet kunnen vertellen. Meerdere respondenten benoemen het belang van hetzelfde verhaal intern vertellen als extern vertellen. Als dit verhaal dicht bij jezelf ligt als bestuurder en je daarmee authentiek bent, dan werkt dat het beste voor je geloofwaardigheid en effectiviteit als bestuurder. Het verhaal dat de ouderenzorgorganisatie niet alles (meer) op kan lossen en niet als enige verantwoordelijk is, is niet altijd populair en makkelijk om te vertellen:

“Het maakt wel dat het profiel van de bestuurder in 2024 een ander profiel is, dan het profiel in 2010. Je moet echt intrinsiek gedreven zijn door de maatschappelijke opgave. Je ego opzij kunnen zetten, ten faveure van die maatschappelijke opgave. En dat is voor veel bestuurders niet eenvoudig, want ook bestuurders willen de wereld redden. En de wereld redden door iets niet te doen, is veel minder stoer dan de wereld redden door dingen wel te doen.” (Respondent 2)

Dat vraagt bescheidenheid en luisteren, in plaats van zelf de waarheid in pacht denken te hebben. Het openstaan voor de perspectieven van andere organisaties en sectoren hoort daarbij. Aansluitend bij het statement dat door een aantal bestuurders werd gedaan over dat je het als organisatie ‘alleen niet meer redt’, zijn samenwerkingskwaliteiten ook voor bestuurders steeds belangrijker. Daar horen volgens de respondenten ook kwaliteiten zoals transparantie, openheid en humor bij, omdat samenwerken gaat om mensen en relaties. Wat ook van bestuurders wordt gevraagd is om te verduren dat de wereld niet zo maakbaar is en dat dit soort vraagstukken niet makkelijk op te lossen zijn. Dat vraagt creativiteit en flexibiliteit: ‘vernieuwen, experimenteren, exploreren, puzzelen, ontdekken, vallen en opstaan’ (respondent 4). Een hele duidelijke eigenschap die veel is genoemd door bestuurders om dit voor elkaar te krijgen is ‘lef’. Onderliggend is lef zowel nodig om je kwetsbaar op te kunnen stellen om een samenwerking te laten slagen, als om keuzes te maken binnen de eigen organisatie en om ondanks de dilemma’s rondom bijvoorbeeld financiering toch een vernieuwende, toekomstbestendige koers te kiezen. Ook al weet je niet van tevoren hoe het uit gaat pakken. Respondent 11 geeft aan dat zij voor veel plannen niet wacht op financiering. Bijvoorbeeld bij het opzetten van een acute tijdelijke opvang afdeling voor ouderen samen met het ziekenhuis. Daar was geen betaaltitel voor. Dat geldt ook voor een nieuwbouwproject waar zij nu mee bezig is:

“Lef is ook dat wij een nieuwbouw gaan bouwen. Dat zijn 55 m² appartementen. Dat kunnen we nooit financieren vanuit de nhc [normatieve huisvestingscomponent], dus we hebben daar een onrendabele top die eraf gaat. Maar wel met het idee: we gaan op een hele andere manier zorg verlenen. Dus wat voorop staat is wonen. Zorg voegen we slechts ten dele toe.” (Respondent 11)

Dit project is in eerste instantie niet financieel dekkend, maar de verwachting is dat de investering wordt terugverdiend.

Lef betekent ook keuzes maken en dat kan ook zijn: stoppen met iets. Wat bij een verandering vaak wordt vergeten, is het afbouwen van het oude. Meerdere respondenten refereerden aan het delicate proces van ‘stoppen’ en hoe je daar als bestuurder zelf ook nog veel in te leren hebt. Afbouwen is volgens respondent 2 echt hard werken, en bovendien niet gemakkelijk:

“Want dat betekent ‘kill your darlings’ en betekent dat ik zelf ook moet accepteren dat dingen die een jaar of 10 geleden gestart zijn en waar ik hartstikke trots op ben, maar waarvan je ook moet erkennen als je heel goed naar binnen kijkt: het heeft misschien zijn tijd wel gehad. Dat je de stekker ook trekt, uiteindelijk op een warme manier, uit je eigen ‘darlings’. En, dat geldt voor mij, dat geldt voor al onze directeurs, dat geldt voor al onze medewerkers.” (Respondent 2)

Dat stoppen om ruimte te creëren voor het nieuwe, wordt gezien als misschien nog wel de grootste uitdaging.

5.6. Kennisvraag

Er is ook gevraagd wat voor kennis en informatie bestuurders nog nodig hebben om hun rol in de verantwoordelijkheid voor een toekomstbestendige ouderenzorg beter te kunnen vervullen. De meeste respondenten waren hier redelijk eensgezind over en kwamen uit bij twee aspecten. Het eerste is de behoefte om van elkaar te leren door goede voorbeelden van innovatie uit te wisselen. Het tweede is de behoefte naar inzicht in de resultaten van het werken aan de maatschappelijke opgave door bijvoorbeeld regionale samenwerking. Het meten van impact van interventies zoals bijvoorbeeld meer inzet van welzijn en informele zorg missen zij nog. Om het nog ambitieuzer te stellen: zij zouden behoefte hebben aan het in kaart brengen van de effecten van de hele maatschappelijke beweging. Ten slotte gaf een respondent nog een aanvulling hierop en mist zij nog de praktische slag van veel beleid. Als het bijvoorbeeld gaat om de implementatie van het kwaliteitskompas zou zij wel willen weten hoe bijvoorbeeld NZa en IGJ omgaan met praktijksituaties.

6. Discussie

Kijkend naar de bevindingen van dit onderzoek vanuit het perspectief van het theoretisch kader, zien we dat bestuurders wel degelijk hun morele verantwoordelijkheid vanuit de theorie van ethisch leiderschap voelen. Dat uit zich in langetermijnvisies en deelname aan samenwerkingsprogramma's, zoals bijvoorbeeld al uit onderzoek van Ho en Pinney (2016) bleek. Het voorleven van de verandering in termen van voorbeeldgedrag (Koskinen en Kaldestad, 2022) is een belangrijke activiteit dat door alle bestuurders wordt uitgeoefend. Ook zien we ouderenzorgbestuurders bouwen aan gemeenschappelijk verantwoordelijkheidsgevoel, zoals in de *collaborative governance*-literatuur al werd genoemd door o.a. Frankowski (2019) en dat zij zich bezighouden met het aanspreken van andere organisaties en burgers op hun verantwoordelijkheden. Vanuit de literatuur over *responsibilization* blijkt het zelfdeterminatieprincipe leidend te zijn, waarbij de zorgorganisatie het promoten van eigen verantwoordelijkheid en het activeren en ondersteunen van burgers daarbij als haar taak ziet (Eggers et al., 2019). Uit de bevindingen blijkt dat de meeste bestuurders deze ondersteuning ook willen bieden. Je zou vanuit de vraag waar dit onderzoek mee begon, namelijk 'wie is er verantwoordelijk voor de zorg voor onze ouderen?' kunnen zeggen dat het een gedeelde verantwoordelijkheid is, waarbij ieder zijn eigen rol en taak heeft. Voor ouderenzorgorganisaties betekent dat dat zij wel degelijk verantwoordelijk zijn en blijven, alleen dat hun rol meer opschuift van het zelf zorg verlenen naar het ondersteunen van burgers om samen de hulpvragen voor ouderen te beantwoorden.

Echter, we zien ook veel schuring en dilemma's op verschillende niveaus, omdat er constant gezocht wordt naar gedeelde normen, zoals beschreven door Grit en Meurs (2005): wat vinden we een acceptabel niveau voor de zorg voor onze ouderen in de toekomst? Wie kunnen we verantwoordelijk stellen voor het zorgen voor onze ouderen? Doordat we midden in die zoektocht zitten en het lijkt alsof geen enkele partij daar exclusief de regie over pakt, is het handelen nog niet altijd in lijn met het verantwoordelijkheidsgevoel. Bestuurders willen wel, maar vinden het nog lastig om hun interne organisatie aan te passen aan de maatschappelijke opgave. Het aanspreken van professionals op hun inzet op de maatschappelijke opgave, in plaats van alleen op hun expliciete taak voor de eigen organisatie, lijkt nog redelijk onontgonnen terrein (o.a. Molnár et al., 2021). Daardoor werken bestuurders zelf heel hard aan het externe en interne verhaal, maar lijkt het soms toch een wat eenzame taak, waarbij zij als het 'bijtje' zoals in de publicatie van Vilans (2023) vooral veel tijd kwijt zijn aan het verbinden van de interne- aan de externe wereld.



Figuur 9 Vilans, Zo regel je samenwerken in netwerken, 2023

Dit heeft ongetwijfeld te maken met de analyse van Grit en Meurs (2005) dat er altijd meerdere werkelijkheden zijn: enerzijds de ideologische, visionaire kijk en anderzijds de pragmatiek en waan van de dag. Zorg kan nou eenmaal niet op pauze worden gezet en je kan ook niet gokken met de inzet van de gezondheid van je cliënten. Daar zijn bestuurders zich terdege van bewust en daarom kunnen zij geneigd zijn om als het puntje bij paaltje komt voor de veilige weg te kiezen, die niet altijd even progressief is.

Wel worden er voorzichtige stappen gezet met het in kaart brengen van de behoefte van de populatie in de omgeving (Ho en Pinney, 2016). De mooiste voorbeelden komen van bestuurders van organisaties met sterke wortels in de lokale gemeenschap. Denk bijvoorbeeld aan het organiseren

van de fietsvierdaagse voor ouderen. Daar zit vaak de echte kans tot innovatie, door het samen optrekken met niet-zorgpartijen.

Als je dan kijkt naar de samenhang tussen de verschillende niveaus (macro-, meso-, micro-), zie je dat bestuurders op nogal wat verschillende borden moeten schaken. Naast de eigen organisatie en de externe partners: domeinoverstijgend (met bijvoorbeeld wonen en welzijn) en horizontaal (met andere ouderenzorgorganisaties), hebben zij ook op de verschillende niveaus wat te doen. Je ziet dat bestuurders zich daar zeker van bewust zijn en allemaal wel op al die niveaus activiteiten verrichten om te werken aan hun invulling van verantwoordelijkheden. Dit is in lijn met wat Frankowski (2019) ook aangeeft over *collaborative governance*. Je zou kunnen zeggen dat het werk van een bestuurder in het kort behelst om steeds die niveaus met elkaar in lijn te brengen en te balanceren tussen het systeem, de eigen organisatie en uiteindelijk de plek waar de zorg daadwerkelijk plaatsvindt, namelijk in de relatie tussen degene met de ondersteuningsvraag en degene die ondersteuning biedt.

Wat ten slotte nog een opvallende bijvangst van het onderzoek is, is dat een aantal respondenten aangaven aan het denken gezet te zijn door de vragen over 'hoever gaat die verantwoordelijkheid dan?'. Ware dat de enige opbrengst van het onderzoek, dan zou dat de investering zeker al waard zijn geweest.

7. Conclusie

In de conclusie van dit onderzoek worden de resultaten gebruikt om antwoord te geven op de deelvragen en hoofdvraag.

7.1. Deelvragen

Hoe zien bestuurders van ouderenzorgorganisaties de noodzaak van een transitie naar een toekomstbestendige ouderenzorg en daarbinnen de verantwoordelijkheden van hun organisatie?

De noodzaak van een transitie in de ouderenzorg wordt gezien. Of het dan ook echt een transitie heet, of dat het inspelen op maatschappelijke ontwikkelingen is, wat altijd nodig is, daar verschillen de meningen over. De krapte aan professionals in de ouderenzorg en de veranderende kijk op zorg vanuit begrippen als positieve gezondheid en eigen regie, worden als katalysators voor een maatschappelijke verandering gezien. De ouderenzorg is daar een onderdeel van, maar wordt niet als de hoofdverantwoordelijke gezien en zeker niet als enige eigenaar. Er is overeenstemming over een verschuiving van verantwoordelijkheden naar het voorliggend veld, in de vorm van welzijnsorganisaties, informele zorg en de zorgvrager zelf. Echter, de mate van verantwoordelijkheidsgevoel van bestuurders voor de maatschappelijke opgave verschilt per respondent. Sommigen vinden echt dat de overheid aan zet is en dat zij vooral hun organisatie zo efficiënt mogelijk moeten runnen, terwijl een aantal bestuurders een persoonlijke verantwoordelijkheid voelt waar ze bij wijze van spreken slecht van slapen. Dit verschil geeft aan dat de mate waarin een ouderenzorgorganisatie haar bijdrage levert aan de maatschappelijke opgave voor een groot deel afhankelijk is van de persoonlijke ethische opvattingen van haar bestuurder.

Hoe geven bestuurders in de ouderenzorg invulling aan hun rol in deze verantwoordelijkheidsverdeling en (hoe) beleggen ze verantwoordelijkheden bij andere actoren?

De mate van verantwoordelijkheid die ouderenzorgorganisaties in deze opgave nemen, uit zich in verschillende invullingen van bestuurders. Sommige organisaties focussen zich alleen nog op hoog complexe zorg en laten meer aan andere partijen over, terwijl anderen zich actief naar voren bewegen om meer samen te gaan werken met partijen in het voorliggend veld. Deze bestuurders zien ook een verantwoordelijkheid voor hun eigen organisatie als het gaat om preventie. Veel ouderenzorgorganisaties zoeken daarbij de samenwerking op met bijvoorbeeld informele zorg of mantelzorgers en naasten in de gemeenschap. Dat betekent bijvoorbeeld ook zorgprofessionals de opdracht geven om minder tijd te investeren in dagelijkse activiteiten met bewoners en meer te investeren in relaties met informele zorgverleners die die activiteiten op zich kunnen nemen. Een uitdaging daarbij is om er puur vanuit expertise kortdurend 'in en uit te vliegen' met bijvoorbeeld advies of behandeling, in plaats van de vraag van de oudere weer over te nemen.

Er wordt ook veel samengewerkt in 'horizontale netwerken', dat wil zeggen in regionale samenwerkingsverbanden met andere ouderenzorgorganisaties om door samenwerking tot innovatieve oplossingen in de regio te komen. Zo kan de verantwoordelijkheid voor toegankelijke ouderenzorg in de regio meer gezamenlijk worden ingevuld.

De meeste bestuurders agenderen ook breder naar buiten toe de boodschap dat voor een toekomstbestendige ouderenzorg een hele beweging in de samenleving nodig is en dat inwoners ook zelf meer moeten gaan doen. Zij doen dat bijvoorbeeld via gemeenten of via de media. 'Het woord verkondigen', en daar consistent in zijn als bestuurder in je interne en externe rol is een belangrijke vaardigheid. Intern is de vertaling van de maatschappelijke opgave naar de eigen medewerkers niet altijd makkelijk, maar juist het uitspreken naar de externe omgeving wordt steeds belangrijker volgens respondenten.

Ten slotte dichtten bestuurders in de ouderenzorg ook een belangrijke rol toe aan de overheid. In de eerste plaats om de boodschap duidelijk te maken dat er meer voor elkaar gezorgd moet worden, in

plaats van dat zorgorganisaties alle vragen oppakken. Ten tweede hebben ouderenzorgorganisaties echt behoefte aan meer 'regelruimte' in met name de financiering van bovenstaande samenwerkingen. Zowel als het gaat om domeinoverstijgend samenwerken, met bijvoorbeeld welzijnspartijen, als wanneer het gaat om het samenwerken met concullega organisaties in de regio, lopen zij aan tegen financiële struikelblokken. Zij laten zich hier echter niet door tegenhouden en wachten niet af, maar agenderen dit wel steeds bij systeempartijen. Tegelijkertijd zetten bestuurders lef en creativiteit in om bijvoorbeeld via hun connecties bij zorgkantoren of relaties met wethouders e.e.a. voor elkaar te krijgen.

Wat zijn de dilemma's waar bestuurders mee te maken krijgen in deze nieuwe verantwoordelijkheden en hoe gaan zij daarmee om?

Bij het invullen van de verantwoordelijkheden en het beleggen van verantwoordelijkheden bij andere actoren, komen er een aantal dilemma's op bij bestuurders in de ouderenzorg:

OVERNEMEN VERSUS AFSCHUIVEN

Het eerste dilemma is, dat zowel zorgprofessionals als bestuurders als de ouderenzorg als sector in het algemeen, geneigd is om problemen naar zich toe te trekken en zelf op te lossen. Een risico van het werken aan de maatschappelijke opgave als sector en het vooruitlopen op een (uitblijvende) oplossing vanuit bijvoorbeeld de overheid is dat systeempartijen achterover gaan leunen en verwachten dat het veld het wel oplost. Het is logisch dat dat gebeurt, omdat het veld nu met directe problemen wordt geconfronteerd als gevolg van onder andere personele krapte. Voor bestuurders bestaat het risico van overnemen soms ook in samenwerking met concullega-organisaties. Door je samen verantwoordelijk te voelen voor de ouderenzorg in je regio kan het lastig zijn om om te gaan met de 'achterblijvers' die niet zo snel mee willen of kunnen in de benodigde verandering. Het risico bestaat dat je als grotere of meer proactieve organisatie daardoor meer werk op je gaat nemen om die ander te ontlasten.

Ook op microniveau is dit een risico. Als zorgprofessionals meer met de gemeenschap en bijvoorbeeld burgerinitiatieven gaan samenwerken, zouden zij zich alleen maar meer werk op de hals kunnen gaan halen. De bedoeling is juist dat zij meer vragen die geen zorgvragen zijn, gaan overlaten aan anderen, zoals informele zorgverleners. Daarmee kom ik op de andere kant van het dilemma: het beeld kan ontstaan dat als er meer overgelaten wordt aan niet-zorgpartijen, de ouderenzorg de problemen 'afschuift', omdat ze het zelf niet op kan lossen. Dit is juist het punt waar een nieuwe rol voor ouderenzorgorganisaties ontstaat: het wel verantwoordelijk blijven voor de zorg, maar deze verantwoordelijkheid invullen door burgers te ondersteunen en te helpen om het zelf te doen. Bestuurders bewegen zich constant op allerlei lagen binnen en buiten de organisatie om dit dilemma steeds tijdelijk te beslechten.

LUISTEREN VERSUS LEF

De vaardigheden van een bestuurder in de ouderenzorg anno nu zitten vooral op het vlak van samenwerking en verbinding. Dat vraagt een open houding en veel netwerkkwaliteiten. Het durven toegeven van het niet-weten is daarbij een belangrijke stap. Je moet als bestuurder dus voorzichtig zijn in je aanpak en sensitief zijn voor allerlei verschillende factoren en geluiden. Tegelijkertijd vraagt maatschappelijke verandering ook een bepaald lef om te experimenteren: vanuit visie 'gewoon gaan uitproberen' ook al heeft nog niemand het zo gedaan, draai je er misschien als organisatie verlies op en komt het met risico's. Je moet in eerste instantie dus wel het lef hebben om 'op pad te gaan', want als bestuurder ben jij aan zet. Deze balans tussen een bepaalde eigenwijsheid en durf om te handelen enerzijds en anderzijds steeds open staan voor andere en nieuwe perspectieven is niet makkelijk, maar wel de enige weg tot ontwikkeling. Dat is wat betreft leiderschapsstijl naar voren gekomen in dit onderzoek in relatie tot de transitie in de ouderenzorg.

HUIS OP ORDE VERSUS BUITENSPELEN

Een ander dilemma is de balans tussen eigen organisatie en de maatschappelijke opgave. Hier gaat het om de constante afweging tussen interne en externe belangen, bijvoorbeeld financiële belangen. Het kan ook gaan om hele praktische zaken. Bijvoorbeeld de verdeling van tijd en capaciteit over interne en externe zaken. Een paradox in dit dilemma is dat de sector krap in mensen en middelen zit, en daarom moet innoveren, maar voor het echte innoveren, nemen we niet de tijd omdat we er de mensen en middelen niet voor hebben. Dit is een worsteling die bij veel organisaties terug te zien is en waar bestuurders ook verschillend naar kijken. Sommigen vinden het een voorwaarde om de interne bedrijfsvoering op orde te hebben om serieus genomen te kunnen worden in de samenwerking, terwijl anderen de samenwerkingen nodig hebben om zelf overeind te kunnen blijven.

ALLEEN GA JE SNELLER VERSUS SAMEN KOM JE VERDER

Samenhangend met het voorafgaande dilemma, wordt geconstateerd dat door verschil in visie, maar ook door oude patronen van het marktdenken, samenwerken niet altijd lukt, terwijl dat wel een belangrijke voorwaarde is voor het beleggen van verantwoordelijkheden in een regio voor een toekomstbestendige ouderenzorg. Sommige organisaties kiezen er daarom voor om bepaalde projecten bijvoorbeeld eigenstandig op te pakken. Denk aan het organiseren van preventieprojecten, omdat de concullega-organisaties dat niet zien zitten. Dat kan heel goed werken, maar soms heb je simpelweg massa nodig. Bijvoorbeeld als je technologische veranderingen door wilt voeren in de wijkverpleging en er heel veel verschillende aanbieders van wijkverpleging in het gebied werkzaam zijn. Dan maak je meer impact als je dat samen oppakt, maar dan zal je eerst moeten investeren in het draagvlak bij andere bestuurders.

WAARDEREN VERSUS TRANSFORMEREN

Bij de urgentie en passie van bestuurders om te transformeren, wordt soms voorbijgegaan aan afscheid nemen van 'het oude'. Transformeren betekent altijd ook stoppen met de huidige werkwijze. Heel vaak wordt deze stap überhaupt overgeslagen en wordt er direct doorgestoomd naar het lonkende nieuwe perspectief. Bewust stoppen met iets is een grote uitdaging voor bestuurders. Daarbij is het regelmatig lastig om het verhaal van nieuwe manieren van werken, zoals het meer overlaten aan het eigen netwerk bijvoorbeeld, over te brengen aan professionals. De analyse van veel bestuurders is dat dat onder andere komt doordat zij in het enthousiasme vergeten om te waarderen hoe medewerkers 30 jaar lang hun werk hebben gedaan. Je kunt niet zomaar de oude manier van werken afschrijven als 'niet meer helpend' zonder deze waardevolle medewerkers het gevoel te geven dat zij het de afgelopen 30 jaar niet goed hebben gedaan. Het stilstaan bij dit feit en erkenning geven aan dat gevoel is heel belangrijk. Zeker als professionals de urgentie tot verandering minder voelen, omdat in hun organisatie de tekorten nog niet zo spelen, bijvoorbeeld. Anderzijds voel je als bestuurder misschien ook de druk om zo snel mogelijk door te zetten met de transformatie. Dat is een ingewikkeld dilemma.

MAAKBAARHEID VERSUS VRIJBLIJVENDEHEID

Ten slotte het dilemma dat maatschappelijk speelt en wordt aangedragen door de bestuurders: het dilemma tussen iets nieuws verwachten met oude randvoorwaarden. Vanuit goedbedoelde project- en transitiegelden worden logischerwijs resultaat-eisen en KPI's geformuleerd om te voorkomen dat er onzorgvuldig met deze gelden wordt omgesprongen. Echter, het wordt door veel bestuurders als een belemmering gezien voor daadwerkelijke innovatie dat zij van tevoren al weten dat zij zullen worden afgerekend op deze criteria, terwijl een belangrijk kenmerk van innovatie een periode van chaos en niet-weten is. Er bestaat geen blauwdruk voor de benodigde verandering. Bestuurders proberen via alternatieve wegen en goede relaties met zorgkantoren oplossingen te vinden, maar hebben ook grote vragen bij het monitoren van de beweging en het meten van de impact hiervan. Er is experimenteerruimte en een bepaalde vrijheid nodig om tot nieuwe oplossingen te komen.

Tegelijkertijd kan ‘experimenteren’ ook een bepaalde associatie met vrijblijvendheid oproepen en daarvoor is de druk om resultaat te bereiken gezien de grote urgentie te hoog. Voor de invulling van het ‘hoe’ moet dus enige ruimte bestaan, maar door de grote uitdagingen is deelname aan de transitie niet vrijblijvend.

Het is belangrijk om te vermelden dat deze dilemma’s niet voor niks dilemma’s zijn. De dilemma’s zijn niet technisch oplosbaar, maar vragen de bestuurder in kwestie om steeds de beste keuze te maken in de gegeven situatie na zorgvuldige afweging van de verschillende perspectieven. Voor het één kiezen, betekent immers ook altijd voor iets anders niet kiezen.

7.2. Hoofdvraag

Hoe gaan bestuurders in de ouderenzorg om met de opkomende dilemma’s in hun (interne en externe) verantwoordelijkheden in de mogelijke transitie naar een toekomstbestendige ouderenzorg?

Concluderend zie je dat bestuurders in de ouderenzorg met nieuwe dilemma’s geconfronteerd worden die hun werk nog dynamischer maken. De manier waarop zij hiermee omgaan is uiteraard uiteenlopend, toch kan ik een aantal opvallende zaken aanhalen in de beantwoording van deze onderzoeksvraag. Ten eerste is het opvallend dat alle bestuurders het belang van een visie op de toekomst van de ouderenzorg en de plek van de eigen organisatie daarin benadrukken. Je moet een goed, consistent verhaal hebben en dat authentiek kunnen overbrengen naar binnen en naar buiten. Ten tweede zie je dat bestuurders vooral inzetten op het zoeken van verbinding en het bouwen van coalities, zowel intern als extern. Dat betekent dat zij binnen hun organisatie constant op zoek gaan naar tegenspraak en nieuwe geluiden, meer dan vroeger aldus respondenten, en dat zij veel meer over de eigen organisatiegrenzen heen kijken. Het ‘spel’ van belangen schrikt hun niet af, maar biedt nieuwe kansen en ondanks de grote uitdagingen, lijkt de beweging van meer naar buiten treden veel op te leveren. Bestuurders geven aan dat zij veel meer leren van elkaar en met elkaar in contact staan, gestimuleerd door externe ontwikkelingen (denk ook aan covidpandemie, IZA en het schaarse vraagstuk).

Ten derde zijn bestuurders opvallend genoeg overwegend optimistisch over de toekomst. Er is weinig sprake van doemdenken en zwartkijken, ondanks ‘het ravijn’ (tussen zorgvraag en -aanbod) dat op ons afkomt, aldus sommige respondenten.

Ten vierde lijken zij het ook waardevol en leuk te vinden om in deze uitdagende tijd voor de ouderenzorg te werken. De gedrevenheid en intrinsieke motivatie spatte er vaak vanaf en veel bestuurders hebben juist in deze relatief moeilijke tijd voor de ouderenzorg gekozen omdat zij daar hun bijdrage willen leveren en impact willen maken.

Samenvattend betekenen de inzichten in termen van ethisch leiderschap dat er een ambiguïteit te herkennen is in de manier waarop bestuurders te dealen hebben met de verantwoordelijkheden voor een toekomstbestendige ouderenzorg. Enerzijds staan zij voor een uitdagende opgave met een hoge onzekerheidsfactor die tot constante worsteling leidt in confrontatie met onoplosbare dilemma’s. Anderzijds maakt dat het werk voor de bestuurders leuk en boeiend en halen zij ook energie en zingeving uit de worsteling van het steeds zoeken naar welke keuzes te maken en wie je daarbij nodig hebt. Voor de invulling van de rol van een bestuurder in de ouderenzorg betekent dat dat je enerzijds lef moet hebben en anderzijds een bepaalde onzekerheid moet omarmen en steeds opnieuw moet herkennen wanneer je anderen moet betrekken.

Ten slotte nog een laatste punt als het gaat over de vraag waarmee dit onderzoek startte: ‘wie is verantwoordelijk voor de zorg voor onze ouderen?’ Er kan geconcludeerd worden dat daar geen eenduidig antwoord op is, maar ook dat het niet (voldoende) werkt om deze verantwoordelijkheid op papier uit te tekenen, bij wet vast te leggen of van hogere hand op te leggen. We hebben ieders inzet nodig, vanuit een kader van zorgen voor elkaar, waarbij de overheid en zorgorganisaties een

taak hebben in het ondersteunen en faciliteren van mensen, zodat zij in staat gesteld worden om hun bijdrage daadwerkelijk te leveren.

Er worden vaak maritieme uitdrukkingen gebruikt in de zorg: één respondent (10) noemde het besturen in de ouderenzorg van deze tijd 'scherp aan de wind varen'. We weten niet hoe de toekomst van de ouderenzorg eruitziet en op open zee kan je nog alle kanten op. Tegelijkertijd moet je steeds anticiperen op onvoorziene omstandigheden die buiten je eigen invloedssfeer liggen, zoals een draaiende (politieke) wind of het veranderen van de spelregels. Dat vraagt om constant keuzes maken: blijf ik veilig dicht langs de kust, kies ik de weg met de minste weerstand en dobber ik met de stroom mee of blijf ik zoeken naar de route waar ik het snelst mijn (onderweg steeds bij te stellen) doel bereik?

En hoe doe je dat? Met een gemotiveerde en optimistische bemanning en een open vizier steeds bijsturen, afhankelijk van wat er op je afkomt, zonder daarbij je eigen koers te verliezen.



8. Aanbevelingen

Ten slotte wordt deze thesis afgesloten met een aantal aanbevelingen. Er zijn aanbevelingen voor verschillende doelen en doelgroepen, onderscheiden in aanbevelingen voor de wetenschap en voor de praktijk.

8.1. Voor de wetenschap

Ten eerste wordt een aantal aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek. Uit de resultaten van deze thesis komt heel duidelijk naar voren dat er bij de respondenten een behoefte ligt aan handvatten om de impact te meten van hun inspanningen om te werken aan de opgave van een toekomstbestendige ouderenzorg. Het op een passende manier in kaart brengen van de resultaten van bijvoorbeeld regionale zorgnetwerken is nog relatief onontgonnen gebied. Laat staan het meten van de optelsom van al deze (regionale) initiatieven bij elkaar. Onderzoek naar goede methoden om resultaten van samenwerking -specifiek in het kader van een toekomstbestendige ouderenzorg- te monitoren wordt naar aanleiding van dit onderzoek warm aanbevolen.

Daarnaast is deze thesis gebaseerd op het perspectief van bestuurders in de ouderenzorg. Er is gezocht naar een mix van bestuurders met verschillende achtergronden, die bij verschillende type organisaties van verschillende grootte werken in verschillende gebieden in Nederland. Vanwege de kleine aantallen en de aard van het onderzoek, zijn er geen conclusies te trekken over wat deze verschillen voor invloed hebben op de resultaten. Er zijn op basis van de bevindingen wel signalen dat het wel degelijk uitmaakt, met name in wat voor omgeving de ouderenzorgorganisatie opereert. Aan te bevelen is daarom om bij vervolgonderzoek nader in te zoomen op de verschillende elementen die een rol spelen bij de strategische keuzes die bestuurders maken binnen de beschreven dilemma's.

Echter, bestuurders zijn niet de enige actoren als het gaat om de toekomstbestendigheid van de ouderenzorg. Onderzoek naar hetzelfde vraagstuk vanuit aanvullende perspectieven is wenselijk. Het onderzoeken van het perspectief van ouderen en de samenleving zou een eerste vervolgstap zijn. Ook het perspectief van professionals en informele zorgverleners zou nog nader onderzoek verdienen.

Ten slotte zou het interessant zijn om nader te onderzoeken of de resultaten breder generaliseerbaar zijn in de publieke sector. Het is denkbaar dat bestuurders van bijvoorbeeld andere organisaties in het zorgdomein, zoals Jeugdzorg of de GGZ, maar ook van andere sectoren, zoals het UWV en de belastingdienst geconfronteerd worden met uitdagingen in de eigen organisatie enerzijds (denk aan capaciteitsproblemen, visie, personeelsbeleid en relatie met cliënten) en politieke sturing anderzijds. Het is nader onderzoek waard in hoeverre de dilemma's zoals beschreven in deze thesis ook voor deze andere bestuurders gelden en om te onderzoeken hoe zij daarmee omgaan. Sectoren kunnen immers van elkaar leren.

8.2. Voor de praktijk

Ten tweede volgt een aantal praktische aanbevelingen voor verschillende doelgroepen: de ouderenzorgorganisaties in de persoon van de bestuurder en raden van toezicht, de overheid, voor kennisorganisatie Vilans en tenslotte voor de samenleving in algemene zin.

Voor bestuurders in de ouderenzorg

Schuring en dilemma's blijken veelal voor te komen bij horizontale samenwerkingsverbanden. Dat wil zeggen meestal regionale samenwerkingsverbanden met concullega-organisaties. Bijvoorbeeld regionale VVT-tafels of IZA tafels. Deze spanningen lijken veel minder voor te komen bij domeinoverstijgende samenwerkingen, die veelal lokaal georiënteerd zijn. Als je kijkt naar de opgave die voor de ouderenzorg bestaat, komt uit de resultaten naar voren dat er ingezet moet worden op het voorkomen en anders oplossen van ondersteuningsvragen van ouderen. Er lijken daarom veel

kansen voor innovatie en verandering te liggen in juist die samenwerking met het voorliggend veld, informele zorg, welzijn, sociaal domein, etc. Word als zorgorganisatie onderdeel van de infrastructuur voor een zorgzame gemeenschap en pak op die manier je (bescheiden) verantwoordelijkheid in het aanjagen vanuit expertise. Dat betekent ook dat je je als zorgorganisatie dienend opstelt aan wat inwoners in de nabije omgeving van de organisatie nodig hebben om voor elkaar te zorgen. Denk bijvoorbeeld aan het opzetten van een loketfunctie samen met de gemeente voor inwoners die ondersteuning nodig hebben bij het zorgen voor zichzelf en elkaar. Deze route lijkt kansrijker dan de horizontale regionale bestuurlijke tafels als vehikel om de transitie aan te jagen. De oproep is om te kiezen welke onderwerpen je als bestuurder wel en niet samen oppakt aan de regiotafels. Kortom: Denk goed na over wat je met wie oppakt en wie de regie zou moeten nemen bij een initiatief. Zet daarbij vooral in op de nabije omgeving van de zorgorganisatie.

Voor raden van toezicht in de ouderenzorg

De conclusies uit deze thesis betekenen iets voor het type bestuurder dat nodig is in de ouderenzorg. Raden van toezicht zijn degenen die bestuurders werven en selecteren. De bestuurder anno 2024 heeft een stevige visie op de toekomst van de ouderenzorg, werkt aan verbinding van de interne en externe verantwoordelijkheden, heeft samenwerkingsvaardigheden en weet luisteren en lef met elkaar te combineren. De aanbeveling voor Raden van toezicht is dat zij bij het kritisch aanstellen van nieuwe bestuurders rekening houden met deze kwaliteiten en lef tonen bij het selecteren van bestuurders met een minder voor de hand liggend profiel. De noodzaak bij transitie van 'stoppen met het oude', betekent soms ook dat er nieuwe mensen op moeten staan die het 'oude denken' niet meer vertegenwoordigen, maar écht een nieuw perspectief inbrengen.

Voor de overheid

De behoefte aan meer regelruimte in beleid en financiering is een aantal keer benoemd door verschillende respondenten in deze thesis. Dit hangt samen met het feit dat er op statische wijze gekeken wordt naar iets wat per definitie dynamisch is, namelijk transformatie. De aanbeveling voor de overheid in het kader van wet- en regelgeving is dan ook om die maakbaarheidsgedachte wat meer los te laten. Er moet balans komen 'tussen normeren en 1000 bloemen bloeien' (respondent 2). De overheid kijkt nu naar 'het veld' om aan te geven wat er nodig is, en 'het veld' kan niet verder, omdat zij voor haar gevoel vastloopt in de regelgeving van de overheid. Een goede eerste stap zou zijn het toewerken naar een domeinoverstijgende betaaltitel waarin Wmo-, Zvw- en Wlz-zorg, geleverd door verschillende organisaties integraal bekostigd kan worden. Op die manier kan er daadwerkelijk geëxperimenteerd worden met hulpvragen van ouderen op een andere manier te beantwoorden.

Daarnaast is het belangrijk voor de overheid om zich te realiseren dat 'de regio' politiek is geworden. Het is een nieuwe bestuurlijke laag waar de overheid resultaat van verwacht, dat is in het Integraal Zorgakkoord ook geformaliseerd. Aan de andere kant is er geen doorzettingsmacht of overheidsorgaan verbonden aan het regioniveau en zijn de scheidslijnen van regio's of zelfs de definitie van een regio onduidelijk en onderhevig aan discussie. Dat betekent dat er in het licht van het schaarse vraagstuk politiek-normatieve keuzes gemaakt moeten worden door niet-politieke organen. Dat kan een mooie kans zijn, maar is ook ingewikkeld, aangezien deze morele keuzes nu overgelaten worden aan het veld (in sommige gevallen aan bestuurders, en soms zelfs aan individuele professionals). Het is de vraag of dat democratisch gezien geoorloofd is en of dit niet een simpele afwenteling van het probleem is door de overheid, omdat er geen politieke keuzes gemaakt worden. Dit kan mogelijk zelfs tot rechtsongelijkheid leiden, omdat er verschillen in bijvoorbeeld toegang van zorg en behandeling gaan ontstaan tussen regio's, voor zover dat nog niet al het geval is. De aanbeveling is in deze dan ook om expliciet te worden in wat er van 'de regio' verwacht wordt als het gaat om het maken van deze politiek-normatieve keuzes en welke speelruimte daarin is voor bijvoorbeeld diversiteit tussen regio's.

Voor Vilans

Je ziet veel bestuurders worstelen met de invulling van hun verantwoordelijkheid en daarom een grote verscheidenheid in aanpak. Met behulp van de theorie en dilemma's uit deze thesis zouden praktische sessies (bijvoorbeeld leernetwerken of workshops) kunnen worden aangeboden om bestuurders in de ouderenzorg samen in gesprek te laten gaan over de dilemma's door middel van het bespreken van stellingen. Zo worden zij ondersteund bij hun zoektocht door van elkaar te leren en kan er worden toegewerkt naar een bepaalde bandbreedte en breed gedragen toekomstvisie.

Voor de samenleving

Ten slotte nog een aanbeveling voor ons allemaal. 'De toekomst is grijs', zo liet ook de documentaireserie van Omroep Max zien. Dat vraagt iets van ons allemaal: ouderen en toekomstige ouderen. Ten eerste vraagt het om na te denken over je eigen oude dag, en je daar zelf op voor te bereiden: hoe wil je wonen, wat heb je dan nodig (Westerlaken, 2024)? Ten tweede vraagt het om ons allemaal wat meer verantwoordelijk te voelen voor de zorg voor onze ouderen. We spelen allemaal een rol binnen de zorgzame gemeenschap waarin ook ouderen wonen. Niet iedereen kan of wil vrijwilligerswerk of mantelzorg verlenen en niet iedereen kan 'zorg gerelateerde' handelingen verrichten. Echter blijkt het eenzaamheidsvraagstuk de grote omissie in de wens van ouderen langer zelfstandig thuis te laten wonen te zijn. En daar is niet één enkele partij verantwoordelijk voor, maar dat zijn we allemaal. Eén glimlach of een begroeting op straat kan al een opening vormen voor een praatje de volgende keer dat je je oudere buur tegenkomt. Dus denk wat vaker aan de Dalai Lama die al zei: "ieder van ons is verantwoordelijk voor de hele mensheid" (Lama, 2013).

9. Reflectie

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Ten eerste aan de kant van de dataverzameling: doordat er is gewerkt met het via-via benaderen van respondenten, kan dit tot een selectiebias hebben geleid. Hoewel er is gepoogd om tot een diverse populatie te komen (zie bijlage 1) kan dit toch de resultaten hebben beïnvloed. Daarnaast is er vanwege de beperkte doorlooptijd van het onderzoek gekozen voor een aantal van 11 interviews. Dat beperkt mogelijk de generaliseerbaarheid van de conclusies.

Ook is een punt van aandacht dat de keuze is gemaakt om het onderzoek uit te voeren vanuit het perspectief van de bestuurders. Dat betekent dat er geen check is gedaan bij de tactische of operationele laag in de organisaties om de betrouwbaarheid van de uitkomsten te vergroten. Dat zou bij vervolgonderzoek aan de orde kunnen komen.

Wat betreft de theoretische inbedding waren er oneindig veel mogelijkheden en richtingen om te kiezen met betrekking tot ethisch leiderschap en verantwoordelijkheid. Om pragmatische redenen is het theoretisch kader beperkt tot een aantal relevante auteurs en concepten.

Daarnaast is het relevant te vermelden dat de onderzoeker zelf een rol heeft in regionale samenwerking in de ouderenzorg, namelijk als programmaleider van een grootschalig beleidsprogramma, geïnitieerd vanuit VWS. Deze voorkennis heeft de gesprekken gekleurd en ook verrijkt en waarschijnlijk ook een rol gespeeld in de analyse van de resultaten. Dat betekent zoveel als dat het uitmaakt wie dit onderzoek uitvoert.

Bijlage 1: respondentenoverzicht

Respondent	Type omgeving	Omvang organisatie	Type organisatie
1	Platteland	Groot	Ouderenzorg: met en zonder verblijf, kort of langdurend
2	Stedelijk	Groot	Ouderenzorg, gehandicaptenzorg, jeugdzorg: met en zonder verblijf, kort of langdurend
3	Stedelijk	Middel	Ouderenzorg: met en zonder verblijf, kort of langdurend
4	Stedelijk	Groot	Ouderenzorg: met en zonder verblijf, kort of langdurend
5	Platteland	Klein	Ouderenzorg: met en zonder verblijf, kort of langdurend
6	Platteland	Groot	Ouderenzorg: met en zonder verblijf, kort of langdurend
7	Platteland	Klein	Ouderenzorg en gehandicaptenzorg: met en zonder verblijf, kort of langdurend
8	Stedelijk	Groot	Ouderenzorg: met en zonder verblijf, kort of langdurend
9	Platteland	Middel	Ouderenzorg: met en zonder verblijf, kort of langdurend
10	Platteland	Klein	Ouderenzorg: met en zonder verblijf, kort of langdurend
11	Platteland	Middel	Ouderenzorg: met en zonder verblijf, kort of langdurend

Bijlage 2: topiclijst

Introductie:

- Bedanken, inleiden (volgorde toelichten), toestemming voor de opname vragen
- Mezelf introduceren, MHBA toelichten, onderzoeksvraag toelichten:
(Toekomstbestendige ouderenzorg, wie heeft daarin welke verantwoordelijkheid: wie zorgt voor onze ouderen?)

Hoe gaan bestuurders in de ouderenzorg om met de opkomende dilemma's in hun (interne en externe) verantwoordelijkheden in de mogelijke transitie naar een toekomstbestendige ouderenzorg en wat betekent dat voor hun werk?

- Toelichten wat ga ik doen met de resultaten (geanonimiseerd, de gebruikte quotes nog voorleggen). Opname wordt verwijderd.
- Opname starten en vragen of respondent zich kan introduceren:
 - o Zichzelf voorstellen
 - o Iets over de organisatie vertellen
 - o Wat is het leukste aan je werk?

Een transitie in de ouderenzorg nodig?

- o In hoeverre is de ouderenzorg zoals die nu is, toekomstbestendig? Waarom?
- o De urgentievraag: is er wat u betreft een transitie nodig om de ouderenzorg toekomstbestendig te houden?
- o De visievraag: hoe ziet deze transitie eruit volgens u/wat is er nodig om daar te komen?

Wie is aan zet?

- o Het meso niveau- Hoe ziet u de rol van uw organisatie in die eventuele transitie? Wat is daarin de verantwoordelijkheid van de ouderenzorgorganisatie? Hoe ver reikt deze?
 - Lange termijn visie?
 - Wat verstaat u onder populatie/op wie richt u zich dan?
 - Welke samenwerkingen zijn daarvoor aangegaan?
- o Het macro niveau- wat heeft u nodig van de overheid/het ministerie van VWS/toezichthouders om als zorgorganisatie deze rol in te vullen en de verantwoordelijkheid te pakken? Wat is wat u betreft de verantwoordelijkheid van de overheid, passend bij de benodigde transitie?
- o Ligt er nog een rol/verantwoordelijkheid voor andere sectoren/partijen/organisaties in de omgeving en hoe zet u daarop in?
- o Wat is wat u betreft de verantwoordelijkheid van burgers? Hoe zet u daarop in als organisatie?
- o Hoe maak je anderen verantwoordelijk?

Bestuurlijke dilemma's

- o Wat is in deze mogelijke verandering uw specifieke rol als bestuurder? Wat doet dat met uw leiderschapsstijl?

- Welke dilemma's komt u tegen in het werken in deze context? Wat zijn moeilijke keuzes? Hoe gaat u daarmee om? Waar ligt u wakker van? Beschrijf een trade off in een van die keuzes. (interne/externe verantwoordelijkheden)
- Het micro niveau- wat vraagt dat van uw medewerkers/professionals? Wat doet u/gaat u doen als bestuurder om die verandering te faciliteren? Worden medewerkers in verantwoording ook verantwoordelijk gehouden in lijn met deze visie?

Afronding

- Welke kennis zou je nog nodig hebben om goed met deze dilemma's om te gaan?
- Ben ik nog iets vergeten te vragen, wil je nog iets anders vertellen?
- Bedanken
- Opname stoppen
- Ik laat weten welke quotes ik gebruik.

ATLAS.ti Report

MHBA thesis Marloes

Codes

Report created by Marloes Berkelaar on 29 Mar 2024

- Aan het denken gezet
- Concurrentie
- Introductie
- Introductie: Transitie?
- Kennisvraag
- Macht
- Macro
- Macro: Nodig van anderen
- Macro: Nodig van de overheid
- Meso
- Meso: Capaciteit
- Meso: Financieel
- Meso: Houding richting andere organisaties
- Meso: innovatie
- Meso: Keuzes
- Meso: Lef
- Meso: Rol als bestuurder
- Meso: Samenwerkingen
- Meso: Schuring & dilemma's
- Meso: Tent op orde
- Meso: Verantwoordelijkheid
- Meso: Visie
- Meso: Wendbaar
- Micro
- Micro: eigen regie
- Micro: informele zorg
- Micro: Relatie patient-professional
- opvallend
- Politiek
- Preventie
- Transformatiedrukte

Bronnenlijst

Literatuur

- Agranoff, R. en McGuire, M. (2011). The limitations of public management networks. *Public Administration*, 89(2), 265-284.
- Ahola-Launonen, J. (2016). Social responsibility and healthcare in Finland. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 25(3), 448–465. <https://doi.org/10.1017/s0963180116000098>
- Ansell, C. en Gash, A. (2008). Collaborative Governance in Theory and Practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*. 18, 543-571.
- Ansell, C. and Gash, A. (2018), “Collaborative platforms as a governance strategy”, *Journal of Public Administration Research and Theory*, Vol. 28 No. 1, pp. 16-32.
- Belrhiti, Z., Bigdeli, M., Lakhal, A., Dib, K., Zbiri, S., & Belabbes, S. (2024). Unravelling collaborative governance dynamics within healthcare networks: a scoping review. *Health Policy And Planning*. <https://doi.org/10.1093/heapol/czae005>
- Bijloos, S., van der Scheer, W., & van Veen-Berkx, L. (2017). *Bestuurders in beeld*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Chrifou, R., Stalenhoef, H., Grit, K., & Braspenning, J. (2023). Struggling with the governance of interprofessional elderly care in mandated collaboratives: A Qualitative study. *BMC Health Services Research*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09026-1>
- Eggers, T., Grages, C., & Pfau-Effinger, B. (2019). Self-Responsibility of the “Active Social Citizen”: Different Types of the Policy Concept of “Active Social Citizenship” in Different Types of Welfare States. *American Behavioral Scientist*, 63(1), 43–64. <https://doi.org/10.1177/0002764218816803>
- Evans, J., Daub, S., Goldhar, J., Wotjak, A. and Purbhoo, D.. (2016). “Leading health and social care systems: perspectives from research and practice”, *Healthcare Quarterly*, Vol. 18 No. 4, pp. 30-35.
- Frankowski, A. (2019). Collaborative governance as a policy strategy in healthcare. *Journal of Health Organisation and Management*, 33(7/8), 791–808. <https://doi.org/10.1108/jhom-10-2018-0313>
- Grit, K., & Meurs, P. (2005). *Verschuivende verantwoordelijkheden*. Uitgeverij Van Gorcum.
- Ho, A., & Pinney, S. J. (2015). Redefining ethical leadership in a 21st-century healthcare system. *Healthcare Management Forum*, 29(1), 39–42. <https://doi.org/10.1177/0840470415613910>
- Janssen, R. (2017, 24 november). *Noodzaak tot tweebeinig besturen in de zorg - Skipr*. Skipr. <https://www.skipr.nl/blog/noodzaak-tot-tweebeinig-besturen-in-de-zorg/>
- Kamp, A., & Dybbroe, B. (1977). Training the ageing bodies: New knowledge paradigms and professional practices in elderly care. *Sociology of Health & Illness*, 45. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13675>
- Koeijer, de-Gorissen, R. en Scheer, van der, W. (2022) *Bestuurders in beeld*. 20 jaar onderzoek naar het besturen van zorgorganisaties.

Koskinen, C., Kaldestad, K., Rossavik, B., Jensen, A. R., & Bjerga, G. H. (2022). Multi-professional ethical competence in healthcare – an ethical practice model. *Nursing Ethics*, 29(4), 1003–1013. <https://doi.org/10.1177/09697330211062986>

Martin, G., & Waring, J. (2018). Realising governmentality: pastoral power, governmental discourse and the (re)constitution of subjectivities. *The Sociological Review*, 66(6), 1292–1308. <https://doi.org/10.1177/0038026118755616>

Molnár, E., Mahmood, A., Ahmad, N., Ikram, A., & Murtaza, S. A. (2021). The interplay between corporate social responsibility at employee level, ethical leadership, quality of work life and employee Pro-Environmental behavior: the case of healthcare organizations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4521. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094521>

Mortelmans, D. (2020). Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden. In *Leuven : Acco eBooks*. <https://lib.ugent.be/nl/catalog/rug01:002080773>

Rhodes, R.A.W. (1996). The new governance: governing without government. *Political studies*, 44(4), 652-667.

Scheer, W. (2013). *Onder zorgbestuurders*. [Doctoral Thesis, Erasmus University Rotterdam]. Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR).

Skarli, J. B. (2021). Responsibilization and value Conflicts in Healthcare Co-creation: A Public Service Logic perspective. *Public Management Review*, 25(7), 1238–1259. <https://doi.org/10.1080/14719037.2021.2013070>

Weber, L. J. (2001). *Business Ethics in Healthcare: Beyond Compliance*. Houghton Mifflin Harcourt.

Andere bronnen

BeBright. (2022). *Ouder worden 2040, een transformatieagenda voor een ouder wordende samenleving*.

Governancecode Zorg 2022 - Governance Zorg. (2022, 29 september). Governance Zorg. <https://www.governancecodezorg.nl/>

Hulscher, E. (2023, 7 december). Ouderenzorg gaat op de schop: 'Zorg is niet vanzelfsprekend meer'. *RTV Noord*. <https://www.rtvnoord.nl/nieuws/1041892/ouderenzorg-gaat-op-de-schop-zorg-is-niet-vanzelfsprekend-meer>

Kooiker, S., & Hoeymans, N. (2014). Burgers en gezondheid. *Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. <https://rivm.openrepository.com/handle/10029/314968>

Lama, D. (2013). *De kunst van relaties*. Karakter.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021, 18 november). *Noodzakelijke veranderingen mogelijk binnen dit zorgstelsel*. NZa-Magazines. <https://magazines.nza.nl/nza-magazines/2020/07/noodzakelijke-veranderingen-mogelijk-binnen-dit-zorgstelsel>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, WOZO: Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen. 2022.

Nivel. (2023). Zorggebruikers ervaren dat er schaarste ontstaat in de zorg (Transparantiemonitor 2023) <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/zorggebruikers-ervaren-dat-er-schaarste-ontstaat-de-zorg-transparantiemonitor-2023>

Pel-Littel, R., *Stappenplan - samen beslissen met ouderen*. (2023, 10 november). vilans.nl. <https://www.vilans.nl/kennis/stappenplan-samen-beslissen-met-ouderen#:~:text=Bij%20samen%20beslissen%20bepalen%20pati%C3%ABnt,relatie%20tussen%20zorgverlener%20en%20pati%C3%ABnt>

Peters, H. L. C. M. M. J. (2023, 20 november). *Arbeidsmarktprofiel van zorg en welzijn in 2022*. Centraal Bureau voor de Statistiek. <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2023/arbeidsmarktprofiel-van-zorg-en-welzijn-in-2022>

Raad Volksgezondheid & Samenleving. (2020). *Gezondheidsverschillen voorbij: Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal*. Geraadpleegd op 28 december 2023, van <https://adviezen.raadvr.nl/gezondheidsverschillen-voorbij/>

Raad Volksgezondheid en Samenleving. (2023). *Met de stroom mee: Naar een duurzaam en adaptief stelsel van zorg en ondersteuning*. Geraadpleegd op 18 augustus 2023, van <https://www.raadvr.nl/documenten/publicaties/2023/06/20/met-de-stroom-mee>

Redactie Zorgvisie. (2009, 4 juni). *"Grenzen zorgstelsel zijn bereikt"* - Zorgvisie. <https://www.zorgvisie.nl/grenzen-zorgstelsel-zijn-bereikt-zvs005820w/>

Rostgaard, T., Reablement als oplossing voor toenemende zorgvraag. (2018, 25 september). Vilans.nl. <https://www.vilans.nl/actueel/nieuws/reablement-als-oplossing-voor-toenemende-zorgvraag>

SCP. (2014). *Een (on)gezonde leefstijl: Opleiding als scheidslijn*. <https://digitaal.scp.nl/leefstijl/gezondheidgerelateerd-gedrag-en-de-opleidingskloof/>

SCP. *De sociale staat van Nederland 2020*. (z.d.). <https://digitaal.scp.nl/ssn2020/gezondheid/>

Sociaal-Economische Raad. (2023). *Zicht op de gezondheidskloof: Verschil in gezondheid wordt alleen maar groter: Hoe zorgen we voor gelijke kansen voor iedereen?*

Van den Berg, J. (2024, 28 maart). *De groep ouderen blijft groeien, maar waar moeten ze wonen?* <https://www.volkskrant.nl/binnenland/de-groep-ouderen-blijft-groeien-maar-waar-moeten-ze-wonen~b0e92183/>

Van der Priem, M. (2023, 21 juni). *Stil drama in de ouderenzorg* - zorgvisie. <https://www.zorgvisie.nl/blog/stil-drama-in-de-ouderenzorg/>

Van Houten, M. (1962, 19 augustus). DPG Media Privacy Gate. *Trouw.nl*. Geraadpleegd op 10 december 2023, van <https://www.trouw.nl/nieuws/zorginstelling-maakt-mantelzorg-tot-plicht~b479bde3/?referrer=https://www.google.com/>

Van Rooij, D. en Van Der Poel, E. (2022, 29 augustus). *Samen zorgen voor een zorgzame samenleving* - Skipr. <https://www.skipr.nl/blog/samen-zorgen-voor-een-zorgzame-samenleving/>

Vilans (2019). *Wensen, verwachtingen en grenzen in de driehoek: Handreiking over gelijkwaardig samenwerken in de ouderenzorg tussen formele en informele zorg*.

<https://www.vilans.nl/kennis/wensen-verwachtingen-en-grenzen-in-de-driehoek>

Vilans (2023). Zo regel je samenwerken in zorgnetwerken.

<https://www.vilans.nl/actueel/verhalen/zo-regel-je-samenwerken-in-zorgnetwerken>

Wat is het? - Institute for Positive Health. (2023, 28 september). Institute for Positive Health. <https://www.iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/>

Westerlaken, A. (2024, 9 februari). *Opinie: De toekomst is grijs, maar laten we er geen donkere toekomst van maken.* <https://www.volkskrant.nl/columns-opinie/opinie-de-toekomst-is-grijs-maar-laten-we-er-geen-donkere-toekomst-van-maken~b5c98d52/>

Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid. (2021, 1). *Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak.*

Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid. (2021, 2). *Het Nederlandse zorgbeleid in historisch perspectief.*

Zorginstituut Nederland. (2022). *Kader passende zorg.*