



Naar een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl

Thesis Fred Schrande, MBA 2009-2011

Aanbevelingen voor bestuurders van
VVT zorginstellingen inzake een inhoudelijk
ontwikkelingstraject naar een nieuwe
generatie coöperatief bedrijfsmodel.



Voorwoord

Fred Schrande (1961) is werkzaam als secretaris raad van bestuur/facilitair manager van TriviumMeulenbelt-Zorg (TMZ), een VVT organisatie actief in Almelo, Borne, Hengelo, Twenterand en Tubbergen. Ruim 2.000 medewerkers en 1.000 vrijwilligers verzorgen dagelijks 800 intramurale en 1.400 extramurale cliënten/bewoners.

In haar strategische beleidsnotitie 2010-2015 heeft TMZ het volgende opgenomen inzake een coöperatief bedrijfsmodel:

“TMZ wil graag een alternatief introduceren voor het in de zorg dominante Angelsaksische model van rechten en plichten. In lijn met het Rijnlandse model, gebaseerd op solidariteit, wil TMZ het idee van het coöperatieve bedrijfsmodel ontwikkelen. Hierin participeren bijvoorbeeld familie en mantelzorgers actief in de zorgverlening en voelen zich medeverantwoordelijk voor de continuïteit van de organisatie. Ondernemerschap is in dit model gericht op het behalen van maatschappelijk rendement voor de samenleving.”

In de Jaarroute 2011 is vervolgens de volgende doelstelling opgenomen:

“In 2011 wordt verder vorm en inhoud gegeven aan het idee van de coöperatieve vereniging door het opstellen en uitvoeren van een praktijkgericht onderzoek. Eind 2011 dient er een beleidsvoorstel te liggen dat kan leiden tot implementatie van een coöperatief bedrijfsmodel.”

De voor u liggende thesis is in het kader van de strategische beleidsnotitie en de Jaarroute 2011 geschreven.

Mijn dank gaat uit naar Prof. dr. ing. Gert Van Dijk, directeur van The Neth. Instit. For Cooperative Entrepreneurship en als hoogleraar verbonden aan de Wageningen Universiteit en Nyenrode Business Universiteit, met wie ik twee keer per maand in Wageningen om tafel heb gezeten en die mij wijze lessen leerde over inhoud en opbouw van het coöperatief bedrijfsmodel. Hierbij bedank ik mijn thesis begeleider dr. Elly Breedveld, programmadirecteur Master of Health Business Administration.

Last but not least spreek ik mijn dank uit aan Peter Weda, voorzitter van de Raad van Bestuur van TMZ, die mij én op het spoor van de MBA zette én op het spoor van het coöperatief bedrijfsmodel.

Een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl als uitdagend alternatief.

De Nederlandse overheid heeft ingezet op een overgang van een centraal naar een decentraal sturingsmodel met geregleerde marktwerking. In dit sturingsmodel is een sleutelrol voor zorgverzekeraars weggelegd. Een belangrijk deel van de zorgregie wordt aan hen toevertrouwd. Onderliggende gedachte van marktwerking in de gezondheidszorg is dat zoveel mogelijk vrije keus in een vrije markt naar mening van het Ministerie van VWS zal leiden tot kostenverlaging en kwaliteitsverhoging.

De kritiek op marktwerking in de gezondheidszorg neemt toe, maar velen willen deze regie ook weer niet bij de overheid neerleggen. Een coöperatief bedrijfsmodel is dan een mogelijk uitdagend alternatief: een derde weg.

Het coöperatief bedrijfsmodel heeft een lange traditie. In 2010 is een volgende generatie ontwikkeld; een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl, dat beter aansluit op de huidige maatschappij.

Inhoud

1 Inleiding	
1.1 Achtergrond van het onderzoek: waarom onderzoek naar een coöperatief bedrijfsmodel?	6
1.2 Doelstelling en vraagstelling	7
1.3 Onderzoeksmodel	9
1.4 Opbouw van de thesis	10
2 Maatschappelijke context	
2.1 Voor één miljoen ouderen gaat het 'Zwitserleven Gevoel' niet op	11
2.2 Toegang tot zorg wordt in ernstige mate bedreigd	12
2.3 Keuzes van de overheid om de zorgkloof te dichten: marktwerking en dominantie van het Angelsaksisch model	13
2.4 Trends in de samenleving: reacties op overheidsbeleid	15
2.5 De reactie van zorginstellingen op de veranderingen in de samenleving en het overheidsbeleid	16
2.6 Veranderende maatschappelijke opvatting over solidariteit	17
2.7 Samenvattend: het coöperatief bedrijfsmodel in de maatschappelijke context	18
3 Het coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl als uitdagend alternatief	
3.1 De ontwikkeling van het coöperatief bedrijfsmodel in de tijd	20
3.2 De coöperatie nieuwe stijl: een twee-lagen organisatie met een drie-lagenmodel. Gedisciplineerde toetsing door voice én verantwoordelijkheid.	21
3.3 Maatschappelijk ondernemen in een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl	22
3.4 Een nieuw element in het coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl: libertair paternalisme als basis voor de keuzearchitectuur van een coöperatieve organisatie.	22
3.5 De ontwikkeling naar een nieuwe generatie van het coöperatief bedrijfsmodel	23
4 Het Betrokkenheid, Wederkerigheid en Community model	
4.1 De ontwikkeling (van stichting) naar een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl	25
4.2 De zes bouwstenen van het Betrokkenheid, Wederkerigheid en Community model	26
5 Condities voor een coöperatief bedrijfsmodel: besturingsfilosofie	36
6 Veldonderzoek	
6.1 Inleiding en uitvoering van het onderzoek	42
6.2 Resultaten interviews en analyse	43
6.3 Analyse van de samenhang tussen bouwstenen en besturingsfilosofie	51
7 Resultaten, beschouwing en aanbevelingen	
7.1 De resultaten van het onderzoek	56
7.2 Beschouwing van de resultaten van het veld- en bureauonderzoek	59
7.3 Negen aanbevelingen voor bestuurders van VVT zorginstellingen	62
Slotwoord	64
Literatuurlijst	65

1 Inleiding

1.1 Achtergrond van het onderzoek: waarom onderzoek naar een coöperatief bedrijfsmodel?

Een **coöperatie** is een onderneming die in de rechtsvorm van de vereniging is gegoten. Een coöperatie is erop gericht om de doelstelling van de onderneming te laten bepalen door de leden. In een coöperatie werken mensen samen om zichzelf van een bepaalde dienst te voorzien. Hiermee verzekeren ze zich van een dienst waar ze zich individueel niet van zouden kunnen verzekeren. Ze verkrijgen zo toegang tot intensieve, complexe zorg voor zichzelf en hun naasten. Vooral daar waar de markt kwalitatief of kwantitatief verstek laat gaan. En dat niet op de voorwaarden van de al of niet aan aanwezige alternatieve aanbieder, maar op hun eigen voorwaarden.

De coöperatieve principes kunnen onder bepaalde voorwaarden binnen elke rechtsvorm worden toegepast. In dat geval is er sprake van een **coöperatief bedrijfsmodel**, dat wil zeggen een organisatie met het karakter van de coöperatieve vereniging. Waarin cliënten/bewoners als leden c.q. eigenaren worden gepositioneerd en waarin een levendige verbinding tussen hen en de onderneming is gewaarborgd. Het past in de coöperatieve principes om het bedrijfsmodel van onderaf op te bouwen, in samenspraak met interne en externe stakeholders. Gaande de ontwikkelingen kan aangesloten worden bij hun behoeften en verwachtingen. Op deze wijze wordt een voor elke organisatie uniek coöperatief bedrijfsmodel ontwikkeld dat past bij de kernwaarden van de zorginstelling. Een eventuele omvorming van stichting naar coöperatie is derhalve bij voorkeur sluitstuk van het veranderingsproces.

Een coöperatief bedrijfsmodel kan dus toegang bieden tot zorg. En dat is nodig ook want **toegang tot zorg** kan in de nabije toekomst een groot probleem gaan worden. Vergrijzing en andere factoren zorgen voor een sterk stijgende vraag. Het aantal ouderen dat niet meer thuis kan blijven wonen, loopt in de komende 20 jaar op tot meer dan één miljoen. Deze groep kwetsbare ouderen heeft zoveel lichamelijke, psychische en sociale problemen dat ze vier tot vijf keer meer kans hebben om in een verpleeghuis terecht te komen dan hun gezondere leeftijdsgenoten. De overheid geeft echter aan dat het beschikbare macrobudget niet evenredig zal meegroeien met de stijgende zorgvraag. De verwachting bestaat tevens dat er onvoldoende arbeidskrachten beschikbaar zullen zijn om aan de vraag te voldoen.

De overheid heeft deze 'kloof' voorzien en heeft ingezet op een overgang van een centraal naar een decentraal sturingsmodel met gereguleerde marktwerking. In dit sturingsmodel is een sleutelrol voor zorgverzekeraars weggelegd. Een belangrijk deel van de zorgregie wordt aan hen toevertrouwd. Onderliggende gedachte van marktwerking in de gezondheidszorg is dat zoveel mogelijk vrije keus in een vrije markt naar mening van het Ministerie van VWS zal leiden tot kostenverlaging en kwaliteitsverhoging. Het overheidsbeleid en de reacties daarop van de zorgsector hebben geleid tot een **groeïend consumen-tistisch gedrag van én zorginstellingen én het cliëntsysteem** (cliënten/bewoners, familie, mantelzorgers, etc). Zorgaanbieders zien zorgvragers steeds meer als klant; managers van zorginstellingen zoeken hun referentie in het bedrijfsleven.

De (familie van) de cliënt/bewoner gedraagt zich steeds meer als zorgconsument. Zorgverleners ervaren steeds meer een consumentistische houding van 'daar heb ik recht op' en 'ik wil waar voor mijn geld'. Het oordeel over de kwaliteit baseert men op incidenten en men vervalt snel tot opportunisme. Men komt relatief weinig op bezoek bij vader of moeder in het verpleeghuis. En als ze komen is het een soort kwaliteitscontrole: krijgen we wel waar we 'recht' op hebben? De focus ligt steeds vaker op het verzilveren van 'rechten'. Het gedrag is dan niet productief, maar consumptief.

De kritiek op marktwerking in de gezondheidszorg neemt toe, maar velen willen deze regie ook weer niet bij de overheid neerleggen. Een coöperatief bedrijfsmodel is dan een uitdagend alternatief: **een derde weg**. Deze derde weg zal aansluiting moeten vinden bij de huidige maatschappij die steeds meer kenmerken vertoont van een netwerkmaatschappij. Kenmerkend voor de nieuwe generatie coöperatieve bedrijfsmodellen is dat er op alle niveau's van de organisatie een permanente interactie plaatsvindt tussen de zorgverlenende organisatie, cliënten/bewoners, medewerkers, vrijwilligers, mantelzorgers en overige stakeholders. Het coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl wordt op basis van een permanente dialoog, naar eigen inzicht van interne en externe stakeholders opgebouwd.

In dit verband is een interessant boek verschenen van de Amerikaanse gedragseconomen Thaler en Sunstein, genaamd '**Nudge**'. De auteurs gaan in op de betrekkelijkheid van de 'vrije keus' die ons in de vrije markt geboden wordt. In theorie heeft de moderne consument inderdaad een vrije keus. Maar in de dagelijkse praktijk is de consument "een nieuweling, die communiceert in een wereld die bevolkt wordt door ervaren professionals die dingen aan hem/haar probeert te verkopen" (Sunstein en Thaler, 2008). De overheid maakt een terugtrekkende beweging en zet in op marktwerking. Het standaardbeleidsadvies is mensen zoveel mogelijk keuzes bieden, zodat ze de optie kunnen kiezen die hen het meeste aanstaat (met zo min mogelijk bemoeienis van overheid of anderen). Deze denkwijze is en wordt toegepast als een simpele oplossing voor allerlei complexe problemen: van treinvervoer tot energievoorziening en gezondheidszorg.

Burgers moeten zelf kiezen, ook in een context waarin ze niet over de juiste informatie, ervaring en feedback beschikken. Steeds meer mensen '**zien door de bomen het bos niet meer**' en worden angstig en onzeker over de keuzes die ze moeten maken op gebieden waar ze niet thuis zijn. Ook Thaler en Sunstein pleiten in Nudge voor een **derde weg**.

Een coöperatief bedrijfsmodel is een mogelijke derde weg. In dat model worden cliënten/bewoners gepositioneerd als leden die mede verantwoordelijkheid dragen voor de gemeenschappelijke onderneming, met oog voor de langere termijn. Het cliëntsysteem is zowel helper als geholpene. Het cliëntsysteem staat relatief dicht bij de besluitvorming en heeft zicht op wat er gebeurt.

Er is als het ware sprake van een 'twee-lagen onderneming'. In een coöperatief model ben je zowel verantwoordelijk voor de gemeenschappelijke onderneming (de zorginstelling), als voor je eigen huishouding. Coöperatief ondernemen is dan een hefboom om gemeenschappelijke problemen door samenwerking op te lossen.

Maar hoe ziet een dergelijk coöperatief model nieuwe stijl er dan uit? Wat zijn de voor- en nadelen van een coöperatief model dat tot de nieuwe generatie behoort? Uit welke bouwstenen bestaat dat model? En wat zijn de condities waaronder dat model optimaal tot zijn recht komt? Welke besturingsfilosofie geeft optimaal ruimte aan een coöperatief bedrijfsmodel? En aan welke juridische vormgeving kun je denken? Op deze vragen wordt antwoord gegeven in de voorliggende thesis.

1.2 Doelstelling en vraagstelling

De volgende doelstelling is geformuleerd:

Het doen van aanbevelingen aan VVT zorginstellingen inzake een inhoudelijk ontwikkelingsstraject naar een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl.

Het onderzoek betreft een praktijkgericht onderzoek en richt zich op de branche Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT).

Er zijn drie vormen van coöperaties:

- ☆ **bedrijfscoöperatie: zorgaanbieders vormen samen een coöperatie om schaalvoordelen te realiseren zonder de zelfstandigheid te verliezen.**
- ☆ **werknemerscoöperatie: werknemers werken met elkaar samen.**
- ☆ **gebruikerscoöperatie: cliënten/bewoners (en familie) werken samen om zichzelf van een dienst te voorzien.**

De thesis gaat uitsluitend in op de laatst genoemde vorm: **cliënten/bewonerscoöperatie**, en hoe bij hen (en niet bij andere stakeholders) voice én verantwoordelijkheid gecreëerd kan worden.

Als uitgangspunt voor een inhoudelijk ontwikkelingstraject naar een coöperatief bedrijfsmodel is het Betrokkenheid, Wederkerigheid en Community model gekozen (Verhees, Sergaki en Van Dijk, 2010). In de voorliggende thesis wordt niet onderzocht of dit model het meest effectief is en of er wellicht andere modellen bestaan. Tevens wordt niet onderzocht hoe de veranderingen ingevoerd kunnen worden.

In de voorliggende thesis wordt onderzocht hoe een VVT instelling invulling kan geven aan het model en welke besturingsfilosofie daaraan een optimale bijdrage levert.

Betrokkenheid, Wederkerigheid en Community model



Het Betrokkenheid, Wederkerigheid en Community model is in 2010 ontwikkeld door onder meer Gert van Dijk van de Nyenrode Universiteit. Er is sprake van een nieuwe generatie van coöperatief bedrijfsmodellen. In hoofdstuk 4 wordt een nadere toelichting gegeven; tevens wordt toegelicht waarom voor dit model is gekozen.

Het Betrokkenheid, Wederkerigheid en Community model biedt een kapstok om het coöperatief bedrijfsmodel van onderaf op te bouwen. Het model bestaat uit 6 bouwstenen. Het coöperatief bedrijfsmodel moet volgens auteur Gert van Dijk van onderaf opgebouwd worden: 'de onderste bouwsteen eerst'. Uit onderzoek is gebleken dat betrokkenheid en de bereidheid om actief in de organisatie te functioneren van bijvoorbeeld familie langs een aantal tussenstappen verloopt. Zoals in het model is weergegeven is loyaliteit van het cliëntsysteem een belangrijke voorwaarde voor 'active membership'. Loyaliteit is een uiting van vertrouwen dat onder meer ontstaat als gevolg van open communicatie door de organisatie met cliënten/bewoners. Vertrouwen is een noodzakelijke voorwaarde voor betrokkenheid en betrokkenheid leidt vervolgens tot de bereidheid van het cliëntsysteem om activiteiten ten behoeve van de organisatie te vervullen, zoals een toetsende rol en/of actief participeren in de zorgverlening.

Het model is in 2010 ontwikkeld en nog niet toegepast op een coöperatief bedrijfsmodel voor een VVT zorginstelling. In de voorliggende thesis wordt beschreven hoe een VVT zorginstelling optimaal invulling

kan geven aan elke bouwsteen c.q. ontwikkelingsfase van het model.

Daarnaast wordt in de voorliggende thesis beschreven welke besturingsfilosofie een optimale bijdrage levert aan het realiseren van de coöperatieve principes c.q. het optimaal functioneren van een coöperatief bedrijfsmodel. De raad van bestuur maakt keuzes op het terrein van visie/missie, kernwaarden, strategie, structuur, cultuur, prestatie maatstaven en beloningstructuur/incentives. Het geheel van keuzes wordt de besturingsfilosofie genoemd. Leiderschap speelt in een coöperatief bedrijfsmodel een centrale rol.

De centrale onderzoeksvraag luidt als volgt:

Hoe kan een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl inhoudelijk worden vormgegeven bij een VVT zorginstelling?

Deze centrale onderzoeksvraag leidt tot de volgende **subvragen**:

1. Wat is een coöperatief bedrijfsmodel van de nieuwe generatie?
2. Op welke maatschappelijke vragen geeft het coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl een antwoord?
3. Hoe wordt een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl opgebouwd?
4. Welke methodieken en instrumenten zijn voorhanden om invulling te geven aan de bouwstenen?
5. Welke besturingsfilosofie draagt optimaal bij aan het functioneren van een coöperatief bedrijfsmodel van de nieuwe generatie?
6. Hoe wordt bij best practices in de VVT vorm en inhoud gegeven aan de bouwstenen?
7. Welke besturingsfilosofie wordt bij de best practices gehanteerd?
8. Wat zijn naar aanleiding van het onderzoek de aanbevelingen over de opbouw c.q. ontwikkeling van een coöperatief bedrijfsmodel in de VVT branche, voor de besturingsfilosofie en de juridische vormgeving?

1.3 Onderzoeksmodel

In deze thesis is sprake van een ontwerpende analyse. Er worden aanbevelingen gegeven voor de ontwikkeling, inrichting en aansturing van een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl. Vanwege de beperkte omvang van het onderzoek wordt gesproken over aanbevelingen en niet over ontwerpvariabelen.

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is de volgende werkwijze gehanteerd.

Door (1) bestudering van artikelen en theorieën en (2) verkennende gesprekken met prof. Gert van Dijk is een vragenlijst gemaakt die is voorgelegd aan vier bestuurders van VVT zorginstellingen die (op bepaalde terreinen) als 'best practice' gekwalificeerd kunnen worden. Een vergelijking van de resultaten leidt vervolgens tot aanbevelingen voor VVT zorginstellingen.

In de eerste fase van het onderzoek is ruim tijd genomen voor een oriëntatie op nieuwe concepten voor VVT zorginstellingen. Met ingang van november 2010 bezocht ik elke twee weken in Wageningen prof. Gert van Dijk van de Nyenrode Business Universiteit, 'goeroe' op het gebied het coöperatief bedrijfsmodel.

Mijn **onderzoeksstrategie** is een mengvorm van twee strategieën:

- bureauonderzoek
- semigestructureerde diepte-interviews

In principe ga ik uit van een kwalificerende en interpreterende benadering waarbij beschouwend wordt gerapporteerd. Ik zal gebruik maken van door anderen geproduceerd materiaal en zal trachten via reflectie en raadplegen van literatuur tot nieuwe inzichten te komen. Het bureauonderzoek wordt aangevuld met semigestructureerde interviews bij vier V&V zorginstellingen.

1.4 Opbouw van de thesis

De thesis bestaat uit 7 hoofdstukken en start na de inleiding met **hoofdstuk 2** waarin de maatschappelijke context wordt beschreven. Op grond van trends in de samenleving, het overheidsbeleid en de reacties daarop van de zorgsector neemt de afstand tussen zorginstellingen en het cliëntsysteem alleen maar toe. En dat terwijl partijen elkaar in de komende jaren hard nodig zullen hebben. Uit recent onderzoek blijkt namelijk dat het aantal zorgvragers met complexe problemen sterk zal toenemen, terwijl tegelijkertijd het macrobudget niet evenredig zal toenemen en er een tekort aan gekwalificeerd personeel dreigt.

In **hoofdstuk 3** wordt het coöperatief bedrijfsmodel van de nieuwe generatie beschreven als uitdagend alternatief, als derde weg. Beschreven wordt welke mogelijkheden dit model biedt om zorgvragers ook in de toekomst te verzekeren van goede zorg.

In **hoofdstuk 4** wordt een model gepresenteerd dat het mogelijk maakt een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl (van onderop) op te bouwen. Er wordt nader ingegaan op een recente theorie: libertair paternalisme.

Hoofdstuk 5 beschrijft de condities waaronder een coöperatief bedrijfsmodel optimaal functioneert.

Weliswaar wordt een coöperatief bedrijfsmodel naar haar aard van onderop (in overleg met interne en externe stakeholders) opgebouwd, maar leiderschap vervult een centrale rol.

In **hoofdstuk 6** worden de resultaten van de interviews weergegeven. Tenslotte worden de resultaten in een analyse in verband gebracht met het bureauonderzoek en de verkennende gesprekken met prof. Gert van Dijk en de RvB van TMZ.

Hoofdstuk 7 wordt afgesloten met aanbevelingen voor zorgaanbieders die een coöperatief bedrijfsmodel willen ontwikkelen c.q. in stand houden.

2 Maatschappelijke context

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de maatschappelijke context beschreven waarbinnen VVT instellingen nu en in de toekomst functioneren. Er wordt beschreven dat er een 'zorgkloof' ontstaat als gevolg van de stijgende zorgvraag, de krapte op de arbeidsmarkt en het beperkte macrobudget.

Er wordt ingegaan op de keuzes die de overheid maakt om deze zorgkloof te overbruggen: de overheid zet in op een overgang van een centraal naar een decentraal sturingsmodel met geregleerde marktwerking en een sleutelrol voor zorgverzekeraars. Er wordt ingegaan op trends in de samenleving. Kenmerkend is een versterkte consumptivistische houding van de 'zorgvrager met zaakwaarnemer' die behoort tot de protestgeneratie. Beschreven wordt dat VVT zorginstellingen (onbewust) bijdragen aan deze consumptivistische, niet-productieve houding van het cliëntsysteem. Door professionalisering, fusies en de keuze voor het RvT-RvB model is namelijk de afstand tussen bestuur/toezicht van VVT zorginstellingen en cliënten/bewoners fors toegenomen.

Er wordt ingegaan op de veranderende maatschappelijke opvattingen over solidariteit. Het solidariteitsbegrip is aan verandering onderhevig. Zien we aan de ene kant dat de solidariteit lijkt te verminderen, daartegenover zien we ook dat de 'screenager' generatie (geboren na 1980) veel meer dan de oudere generaties bereid is informele zorg aan hun ouders te verlenen. In tijden waarin de overheid collectieve voorzieningen afbouwt en de burger meer voor zichzelf moet zorgen, is een opleving te zien van het coöperatieve gedachtegoed. Om de zorgkloof te overbruggen is dat ook nodig, want bij ongewijzigd beleid wordt de toegang tot zorg in zeer ernstige mate bedreigd. Om toegang tot zorg te garanderen, moeten nieuwe wegen, nieuwe manieren gevonden worden. Eén daarvan is het coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl.

2.1 Voor één miljoen ouderen gaat het 'Zwitserleven Gevoel' niet op

"Het beeld van de ouderdom blijft verbijsterend eenzijdig" (Braam, 2011).

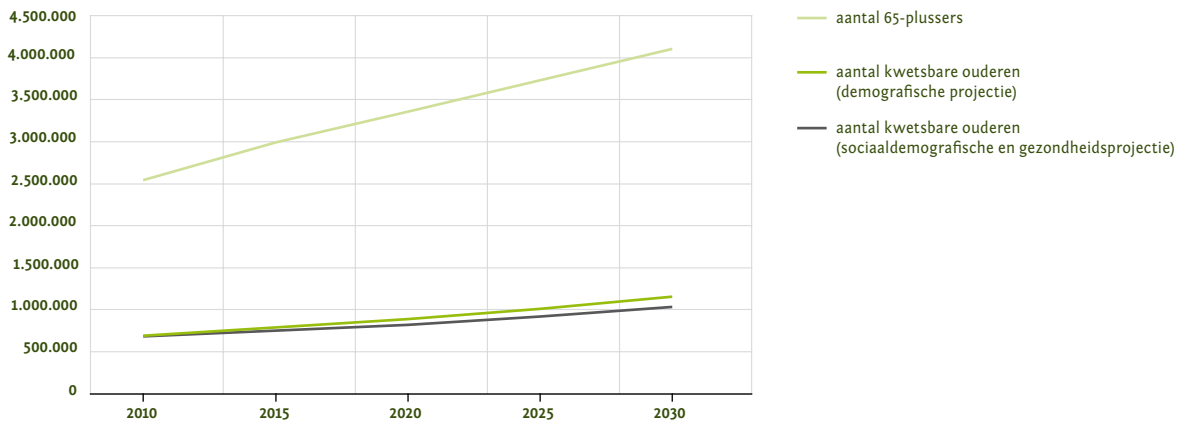
"Alsof ze nooit ziek worden en nooit sterven. De ouderdom wordt vaak als florissant beschreven. Ze reizen wat af. Ze leven niet alleen langer, maar ook gezonder. Ze hebben meer geld dan ooit. De golfbaan staat er vol mee. Ze leiden een 'Zwitserleven'".

Dit zijn volgens prof. Geert Braam voor een groot deel misleidende eenzijdigheden. Zijn mening wordt onderschreven door een recente studie van het Sociaal en Cultureel Planbureau (Van Kampen, 2011).

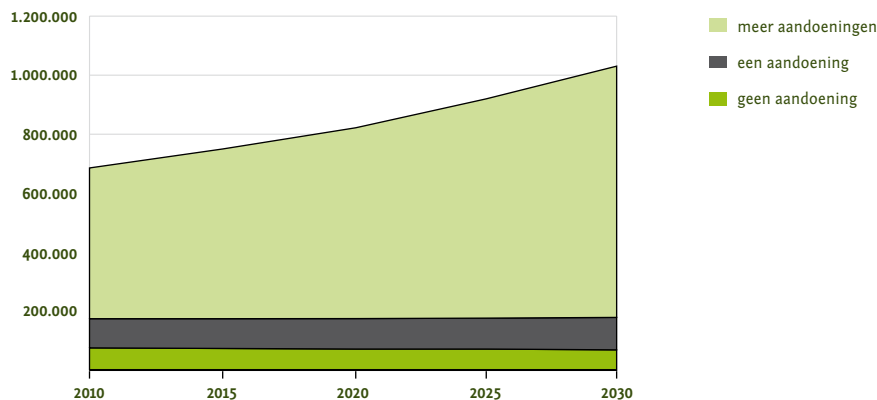
Miljoen ouderen is zo kwetsbaar dat thuis wonen niet meer mogelijk is

Het aantal ouderen dat niet meer thuis kan blijven wonen loopt in de komende 20 jaar op tot meer dan één miljoen, zo blijkt uit het hierboven weergegeven rapport van het SCP. Deze groep kwetsbare ouderen heeft zoveel lichamelijke, psychische en sociale problemen dat ze vier tot vijf keer meer kans hebben om in een verpleeghuis terecht te komen dan hun gezondere leeftijdsgenoten. Ook lopen ze een groot risico om binnen drie jaar na het begin van de problemen te overlijden. De meeste kwetsbare ouderen zijn 75 jaar of ouder, veelal vrouwen die hun partner hebben verloren, veelal met een lage opleiding en een laag inkomen. Doorslaggevend is dat ze meer dan één aandoening hebben (multimorbiditeit) en matige of ernstige functiebeperkingen (bewegen, zelfverzorging en huishoudelijk werk). Deze groep zal dan – uitgaande van het voortbestaan van de huidige regelingen op dit gebied – gebruik maken van collectief gefinancierde zorg: AWBZ en/of WMO.

Aantal kwetsbare ouderen in de bevolking van 65 jaar en ouder, 2010-2030 (in absolute aantallen)



Aantal aandoeningen in de kwetsbare bevolking van 65 jaar en ouder, 2010-2030 (in absolute aantallen)



Het beeld in Overijssel sluit aan bij het landelijk beeld

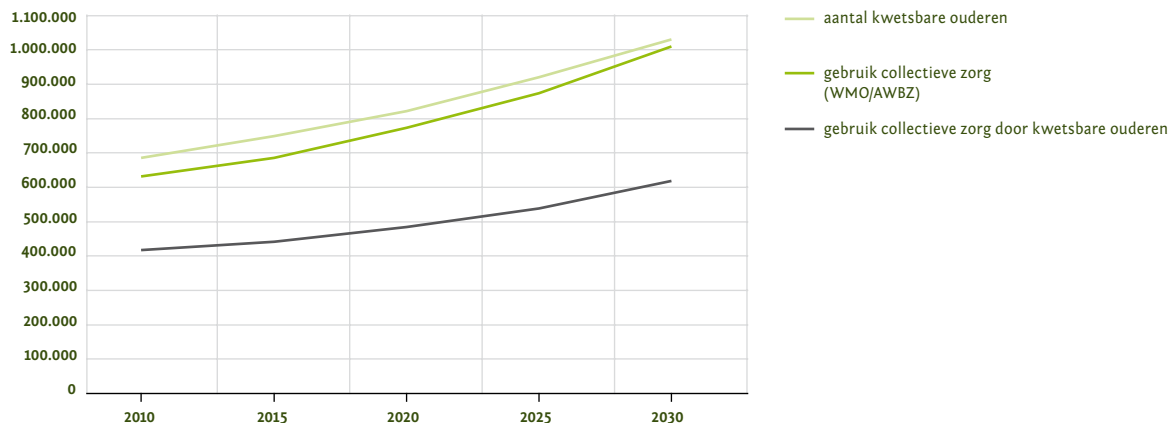
Het hierboven weergegeven landelijke beeld geldt ook voor Overijssel (de provincie waarin TMZ actief is). Er is een groeiende groep welvarende ouderen in Overijssel. Tegelijk is er een groep ouderen die het niet breed heeft. Ze hebben een laag inkomen en hebben minder makkelijk toegang tot netwerken en opleiding. In 2030 stijgt het aantal dementerenden in Overijssel met 60% tot 25.000 mensen. Er moet worden nagedacht over nieuwe vormen van mantelzorg (noaberschap). De inzet van sociale media kan een manier zijn om belasting van mantelzorgers te verminderen. Belangrijk uitgangspunt blijft een warme, hechte relatie (Trendbureau Overijssel, januari 2011).

2.2 Toegang tot zorg wordt in ernstige mate bedreigd

Het zorggat: vraag naar zorg overtreft macrobudget

In 2030 zal volgens het SCP een kwart van de oudere bevolking kwetsbaar zijn, ongeveer 1 miljoen personen (Van Campen, 2011). Naar verwachting zullen 600.000 ouderen een beroep doen op verpleging en verzorging. Dat is een stijging van 50% ten opzichte van 2010.

Ontwikkeling in het aantal kwetsbare ouderen en het gebruik van verpleging en verzorging in de bevolking van 65 jaar en ouder, 2010-2030 (in absolute aantallen)



De overheid heeft aangegeven dat de kosten voor gezondheidszorg niet evenredig mogen stijgen met de toename van het aantal ouderen dat een beroep doet op verpleging en verzorging. De vraag naar zorg zal uiteindelijk groter zijn dan geleverd kan worden op basis van het beschikbare macrobudget. In het hieronder weergegeven figuur wordt duidelijk gemaakt dat er een groeiend zorggat gaat ontstaan.

Visie op de toekomst van de ouderenzorg



De arbeidskloof: toekomstige zorgvraag overtreft beschikbare arbeid ruim

In 2007 werkte 14% van de beroepsbevolking in de zorg. Het gaat hier om een miljoen voltijdbanen, los van alle banen die indirect bijdragen aan het zorgen, zoals in de farmacie en technologie (Idenburg en Van Schaik, 2010).

Het aanbod van arbeidskrachten in het algemeen en in het bijzonder in de zorg zal afnemen vanaf 2012. Zonder maatregelen dreigt er in 2025 een tekort van 450.000 werknemers in de zorg.

2.3 Keuzes van de overheid om de zorgkloof te dichten: marktwerking en dominantie van het Angelsaksisch model

Gereguleerde marktwerking; introductie van zorgzwaartepakketten (ZZP's)

Om de hierboven geschetste kloof te dichten, zet het Ministerie van VWS in op een overgang van een centraal naar een decentraal sturingsmodel met gereguleerde marktwerking. In dit sturingsmodel is een sleutelrol voor zorgverzekeraars weggelegd. Een belangrijk deel van de zorgregie wordt aan hen toevertrouwd.

De functiegerichte bekostiging wordt geleidelijk vervangen door een stelsel van inkoopcontracten tussen verzekeraars en zorginstellingen. Deze contractering vindt plaats op basis van zorgzwaartepakketten (ZZP's). De contracteerplicht komt te vervallen.

Een decentraal sturingsmodel met gereguleerde marktwerking met een regierol voor zorgverzekeraars leidt tot een verhoogd financieel risico voor zorgaanbieders:

- ☆ **Onderproductie leidt direct tot vermindering van opbrengsten. Opbrengsten zullen sterker dan voorheen fluctueren.**
- ☆ **Zorgverzekeraars zijn professionele inkopers van zorg. Zij beheren geen budget maar kopen op professionele, zakelijke wijze zorg in. Voor hen is het beperken van de schadelast een belangrijk doel. Ze zien de diensten van V&V instellingen als routineproducten en streven naar een beperkt aantal leveranciers met een groot assortiment.**
- ☆ **Zorgverzekeraars gaan zich focussen op de zorgverzekeringsmarkt (zorgverzekeraar – consument) en minder op de zorginkoopmarkt (zorgverzekeraar – zorgaanbieder). Zorgaanbieders moeten steeds meer ‘opboksen’ tegen zorgverzekeraars en (cliënten)organisaties, die meer gezamenlijk gaan optrekken.**

Onderliggende gedachte van marktwerking in de gezondheidszorg is dat zoveel mogelijk vrije keus in een vrije markt naar mening van het Ministerie van VWS zal leiden tot kostenverlaging en kwaliteitsverhoging. De auteurs van het boek Nudge gaan in op de betrekkelijkheid van de ‘vrije keus’ en gebruiken het woord ‘keuzearchitectuur’: louter door de manier waarop je mensen keuzes aanbiedt, oefen je al invloed uit (Thaler en Sunstein, 2009). De keuzearchitectuur in het bedrijfsleven is vooral gericht op het aanzetten tot consumentisme, omzet en winstmaximalisatie.

Een zorginstelling heeft echter de pretentie om meer te leveren. Naast het bedrijfsmatige aspect zou het bij een zorginstelling moeten gaan om het ontdekken en voortdurend toetsen van de belangen van de cliënten/bewoners en andere stakeholders.

Nieuwe wetgeving versterkt consumentisme

Om het permanent toetsen van de belangen van interne en externe stakeholders mogelijk te maken, heeft ex-minister Hirsch Ballin van Justitie in juli 2010 het Wetsvoorstel tot wijziging van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek houdende regels voor de vereniging of stichting tot instandhouding van een maatschappelijke onderneming naar de Tweede Kamer gestuurd. De nieuwe rechtsvorm was bedoeld voor woningcorporaties, zorginstellingen, scholen en alle andere instellingen zonder winstoogmerk die een maatschappelijk belang nastreven. Naast een bestuur heeft de maatschappelijke onderneming een raad van toezicht en een zogeheten belanghebbendenvertegenwoordiging die bijvoorbeeld uit huurders, cliënten en vertegenwoordigers van het bedrijfsleven kan bestaan. Het bestuur vertegenwoordigt de maatschappelijke onderneming. De raad van toezicht controleert en benoemt het bestuur. De belanghebbendenvertegenwoordiging heeft het recht advies te geven, heeft de bevoegdheid om toezichthouders voor te dragen en kan bestuurders ontslaan. Hiermee onderscheidde de maatschappelijke onderneming zich van de commerciële onderneming. In het eerste kwartaal van 2011 heeft het kabinet Rutte het wetsvoorstel echter **ingetrokken** op grond van te weinig politieke steun.

In tegenstelling tot het hierboven genoemde wetsvoorstel, wordt het wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg niet ingetrokken. Het wetsvoorstel heeft een andere insteek. In lijn met het Angelsaksisch denken richt het voorstel zich op het versterken van de rechtspositie van de cliënt. De focus ligt op de rechten van de cliënt en de verplichtingen van de zorgaanbieder. De wet geeft de cliënt (individuele) rechten, die hij zelf kan afdwingen op basis van de klachtenregeling, de geschilleninstantie of de burgerlijke rechter.

2.4 Trends in de samenleving: reacties op overheidsbeleid

In de samenleving zijn de hieronder weergegeven trends waar te nemen.

Versterkte consumentistische houding

Onze wereld is groter geworden en die wereld werkt indringender op individuen en zorginstellingen. Mensen functioneren in meer domeinen en beschikken over meer kennis en keuzes; ze zijn 'kritischer' geworden. Het individu staat anders in de wereld dan vroeger en dus ook in een zorginstelling. Hij is minder geworteld en keuzes zijn geen keuzes voor het leven. Betrokkenheid is geen vanzelfsprekendheid. Versterkt daarentegen is de consumentistische houding dat men als zorgconsument 'waar voor zijn geld' verwacht (Van Dijk, 2010). *Steeds meer mensen 'zien door de bomen het bos niet meer'.*

Steeds meer individuen hebben het gevoel dat de wereld te groot en te complex is geworden om nog invloed op uit te oefenen. Mogelijk dat de moderne burger als consument van bepaalde goederen 'zijn mannetje' staat, maar het domein waarbinnen dat gebeurt lijkt eerder kleiner dan groter geworden. Hij kan kiezen, maar wordt veelal door een onzichtbare hand gestuurd door de professionals van de verkopende partij. De tijd, rust en beschutting ontbreken om verder te kunnen ingrijpen. De wereld waarop je grip denkt te hebben, wordt daarmee in wezen kleiner. Steeds meer mensen zien op de markt 'door de bomen het bos niet meer', raken in verwarring en voelen zich in de steek gelaten.

Cocooning en regionalisering

Een belangrijke reactie op hierboven weergegeven globalisering en individualisering zijn dan ook cocooning en regionalisering. Mensen trekken zich terug in het 'huisje, boompje, beestje'. Men 'stemt' vooral op one-issue organisaties en laat het aan de overheid over om het algemeen belang te dienen. Infrastructuur is een mooi voorbeeld: terwijl men alom protesteert als die in de eigen omgeving wordt aangelegd, wordt het diezelfde overheid verweten als diezelfde infrastructuur ontoereikend blijkt.

Een ander voorbeeld komt uit de voetbalwereld. De stadions hebben nog nooit zo vol gezeten als thans. Bijna alle clubs hebben hun capaciteit verdubbeld en nog zijn er wachtlijsten. Tegen de verwachting in zijn veel mensen zich gaan binden aan een voetbalclub in hun eigen omgeving, vooral de provinciale clubs groeien onevenredig hard.

Het is wat ongenueanceerd verwoord, maar we leven in een tijd van niet-vervangen ideologieën, in een tijd van een terugtrekkende overheid, en een alom gepredikt besef dat de samenleving niet maakbaar is; in een tijd vol gevoel over onveiligheid en een fatalistisch idee over de onafwendbaarheid van 'de' ontwikkelingen.

Marktsegment 'zorgvrager met zaakwaarnemer' bestaat uit protestgeneratie

Eerder werd reeds vermeld dat de gemiddelde leeftijd van cliënten/bewoners in het verpleeghuis rond de 80 jaar ligt. Zij zijn van de vooroorlogse generatie of de stille generatie. De **vooroorlogse generatie** is getekend door de crises van de jaren dertig en de Tweede Wereldoorlog. Om die reden staan economische zekerheid, gezagsgetrouwheid en een sterk arbeidsethos hoog in het vaandel. 'Niet klagen, maar dragen' is hun motto. De **stille generatie** groeit op ten tijde van de wederopbouw. Zij leeft sterk vanuit het burgerlijke waardepatroon en ontvangt duidelijk meer kansen dan de vooroorlogse generatie.

De belangen van verpleeghuis cliënten/bewoners worden in de dagelijkse praktijk behartigd door de kinderen, mantelzorgers of vrijwillige zaakwaarnemers. Zij onderhouden de contacten met het personeel dat de cliënt/bewoner verzorgt, verpleegt en behandelt. Zij hebben zitting in cliëntenraden. In marketingtermen gaan het dan om het marktsegment 'zorgvragers met zaakwaarnemers'. Deze zaakwaarnemers behoren tot de **protestgeneratie**. Ze zijn relatief hoog opgeleid en assertiever. Ze zijn sterker gericht op democratisering, individuele ontplooiing en inspraak (Hoogenbirk, januari 2011). Kenmerkend is dat deze behoefte aan inspraak zich niet zozeer richt op strategisch beleid van de organisatie, maar veel meer op de dagelijkse gang van zaken in het verpleeghuis rondom diegene waarvoor zij de zaken behartigen.

2.5 De reactie van zorginstellingen op de veranderingen in de samenleving en het overheidsbeleid

Hierboven is weergegeven dat de toegang tot zorg in ernstige mate wordt bedreigd en dat de overheid marktwerking heeft geïntroduceerd om de zorgkloof te dichten. In deze paragraaf wordt beschreven hoe VVT zorginstellingen daarop reageren.

Door toegenomen schaalgrootte en fusies staat de top van een VVT organisatie te ver af van kerntaken. Klantwaarde neemt af in plaats van toe.

De introductie van marktwerking heeft geleid tot meer kansen, maar ook meer risico's voor zorginstellingen. Om risico's te beheersen, hebben veel zorgorganisaties de laatste jaren gekozen voor fusie en professionalisering. Besturen zijn in verregaande mate geprofessionaliseerd. De afstand tussen hen en zorgvragers is letterlijk en figuurlijk groter geworden. Managers zoeken hun referentie in het bedrijfsleven. Cliënten/bewoners voelen zich steeds meer 'klant' en gaan zich ook zo gedragen.

Zorginstellingen stellen zich nog te veel op als beheerders in plaats van ondernemers

In het recente verleden schreef de overheid 'tot achter de komma' voor waar het zorgbudget aan moest worden besteed. Het was aan de zorgbestuurder om deze voorschriften uit te voeren en 'goed op de centen te passen'. Kortom, hij was beheerder en geen ondernemer. Inmiddels is de wetgeving drastisch gewijzigd en staat het de zorginstelling vrij eigen normen te ontwikkelen voor vastgoed en de verdeling van middelen over de verschillende organisatieonderdelen. Dat blijkt voor veel zorginstellingen moeilijk en men grijpt nieuw overheidsbeleid aan om te kunnen blijven beheren. Zo hebben vele zorginstellingen de invoering van de zorgzwaartebekostiging aangegrepen om de ZZP tot norm te verheffen voor de inhoud en omvang van de zorg- en dienstverlening. Men heeft niet beseft of niet aangedurfd om zelf keuzes te maken en zelf normen vast te stellen voor de inzet van verzorgenden, verpleegkundigen, medici, paramedici, etc.

Twee soorten reacties in de VVT op het consumentisme

Hierboven is geschreven dat de overheid inzet op een gereguleerde marktwerking met een sleutelrol voor zorgverzekeraars. Laatstgenoemde gaan zorgaanbieders contracteren op basis van ZZP's (zorgzwaartepakketten). In de VVT branche wordt daar grofweg op twee manieren op gereageerd:

- 1 Door additionele diensten te beschrijven en deze in rekening te brengen bij cliënten. Een voorbeeld: in het basispakket zijn twee douchebeurten per week opgenomen. Voor een extra douchebeurt wordt dan een tarief in rekening gebracht. Zorgverleners hebben een handpalmje waarop zij de extra diensten kunnen registreren. Verleende zorg wordt in minuten bijgehouden. Het cliëntensysteem houdt scherp in de gaten of ze krijgt waarop ze 'recht' heeft. Deze manier van werken wordt gestimuleerd door de introductie van de ZZP (zorgzwaartepakketten), het wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg en de standaard-zorgverleningsovereenkomst met leveringsvoorwaarden van ACTIZ (de brancheorganisatie).
- 2 Er zijn zorginstellingen die een compleet andere weg inslaan. Additionele diensten worden niet in rekening gebracht. De indeling van een cliënt/bewoner in een ZZP (door het Centraal Indicatie Orgaan) wordt niet tot norm verheven voor de zorg- en dienstverlening. Zorginstellingen formuleren zelf normen voor inzet van mensen en middelen. De inhoud van de zorg- en dienstverlening komt bij deze zorginstellingen tot stand in overleg tussen zorgprofessionals en het cliëntensysteem. Het beleid van de zorginstelling is erop gericht betrokkenheid en loyaliteit op te wekken bij het cliëntensysteem. Ervan uitgaande dat betrokkenheid leidt tot de bereidheid om blijvend een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van leven van hun familielid en overige cliënten en medewerkers van de zorginstelling. Deze bijdrage vindt plaats in 'natura' door structureel aanwezig te zijn in de zorginstelling, regelmatig een handje te helpen en door opbouwende kritiek te leveren.

Afstand tussen bestuur/toezicht en zorgvragers neemt toe door dominante rechtsvorm en bestuursmodel. Het RvT/RvB-model knelt, want het 'eigenaarschap' is niet gedefinieerd.

De vraag naar de wenselijkheid van verschillende bestuursmodellen leeft in de zorgsector anno 2011 veel minder dan in de profitsector. De discussie over bestuur-directie, algemeen-dagelijks bestuur of RvT/RvB-model is verrassend snel beslecht in het voordeel van het laatste model. De in het grotere bedrijfsleven opgelaaide discussie over een 'one-tier'- versus 'two-tier'-model van toezicht, naar aanleiding van de vraag of de RvC niet te zeer op afstand staat om bepaalde deconfitures te voorkomen, speelt bepaald nog niet in de zorgsector. In de zorg is het proces van meer afstand nemen nog in volle gang (Toolkit Toezicht Zorg-instellingen, pag. 16-17).

Het RvT/RvB-model kent echter een legitimatieprobleem, want van wie is de stichting eigenlijk?

Met andere woorden, het 'eigenaarschap' is niet gedefinieerd. Het RvT/RvB-model is overgenomen uit het bedrijfsleven vanuit een veronderstelde gelijkenis met de profitsector. In een bedrijf is er echter sprake van een 'eigenaar' of aandeelhouders, waaraan de RvT verantwoording dient af te leggen. Deze verantwoording ontbreekt in een VVT organisatie. De positionering van de RvT is dan onduidelijk: vertegenwoordigt de RvT de maatschappij? Vormt de RvT een brug naar de maatschappij? Naar wie verantwoordt de RvT zich? (Zuurbier, college MBA 2009-2011).

Rechtsvorm van de stichting is meest gesloten rechtsvorm en wellicht niet meer de meest geschikte rechtsvorm

De stichting is naar haar aard de meest 'gesloten bestuursvorm' en wellicht niet meer de meest geschikte rechtsvorm voor een VVT organisatie. In een stichting wordt namelijk niet voorzien in de verankering van de organisatie in de groep van interne en externe stakeholders. Of en in hoeverre deze stakeholders een 'stem' hebben is niet gewaarborgd, maar vooral afhankelijk van de bestuurders en de toezichthouders. 'Hebben zij het lef om hun eigen oppositie op te roepen en zich de maat te laten nemen door de stakeholders?' (Van Dijk, 2010).

In vacatures wordt voorzien door coöptatie. Weliswaar worden steeds vaker advertenties geplaatst waarin kandidaten worden opgeroepen om te solliciteren, maar het feit blijft dat uitsluitend de RvT zelf beslist wie wordt benoemd tot lid van de RvT.

2.6 Veranderende maatschappelijke opvatting over solidariteit

De maatschappelijke context waarbinnen VVT zorginstellingen opereren, wordt mede beïnvloed door de maatschappelijke opvatting over solidariteit. "Solidariteit is één van de pijlers van ons stelsel van collectieve voorzieningen. Tegenwoordig staat deze solidariteit onder druk. Is er een grens aan de bereidheid om voor onze medemens te zorgen en/of te betalen? Kunnen en willen Nederlanders elkaar nog bijstaan in ongezonde tijden?

Solidariteit is hierin tweeledig:

- ☆ **Informeel: we doen iets voor de ander omdat we dat zelf willen of omdat de ander dat vraagt.**
- ☆ **Formeel: deze vorm van solidariteit is afgedwongen door de overheid. Denk aan WAO, AOW en AWBZ. Er zijn vier varianten: inkomenssolidariteit, risicosolidariteit, intergeneratiesolidariteit en geslachts-solidariteit" (Idenburg en Van Schaik, 2010).**

In het kader van de onderhavige thesis ga ik nader in op intergeneratiesolidariteit omdat de jongere generaties gevraagd wordt te betalen voor de (hogere) zorgkosten voor de oudere generaties.

Intergeneratiesolidariteit

Oudere generaties consumeren meer zorg dan jongere. Een vorm van solidariteit uit welgemeend eigenbelang, want uiteindelijk breekt voor een ieder de laatste levensfase met de hogere zorgkosten aan. Deze vorm van solidariteit lijkt tegenwoordig onder druk te staan. Zorgverzekeraars adverteren bijvoorbeeld

met zorgverzekeringen voor jongeren tegen een lagere premie. Zijn jongere generaties nog wel bereid te betalen voor de oudere generaties met het 'Zwitserleven Gevoel' (een verbijsterend eenzijdig beeld, zoals hierboven al is weergegeven)?

Van de jongere generatie wordt nogal eens beweerd dat individualisme hoogtij viert. Maar familie en vrienden zijn voor deze generatie heel belangrijk en ze lijken de oude solidaire normen van grootouders te omarmen. Sjoerd Hoogenbirk is theoloog en bestuurskundige en beschrijft de generatie die geboren is na 1980 als de 'screenagers'. Typend voor deze generatie is: authenticiteit, delen/verbinden, multitasken en keuzes open houden (Hoogenbirk, januari 2011). Uit onderzoek is ook gebleken dat juist de jongere generaties bereid zijn informele zorg aan hun ouders te verlenen. Veel meer dan de oudere generaties bereid zijn voor hun ouders te zorgen. Er gloort dus hoop voor het solidaire gedachtegoed!

Op weg naar een nieuwe balans tussen wij en ik

In tijden waarin bespaard moet worden, staat solidariteit onder druk en is het solidariteitsbegrip aan verandering onderhevig. Zien we aan de ene kant dat de solidariteit lijkt te verminderen, daartegenover zien we ook dat er initiatieven genomen worden om het eigen belang te behartigen. De organisatiegraad van ouderen en chronisch zieken wordt steeds hoger. Er ontstaan initiatieven van burgers die samen een woonvoorziening ontwikkelen: voor hun oude dag of voor hun gehandicapte kind (Idenburg en Van Schaik, 2010). Daarbij kunnen persoonlijke financiën, maar ook nationale tekorten initiatieven stimuleren om voor elkaar te zorgen. Sociale binding berust op wederkerigheid: als je iets voor een ander doet, kun je iets terug verwachten. Het is het 'morele cement van de samenleving' (Arts, 2009).

De ervaring van het coöperatief bedrijfsmodel is logisch nu de overheid collectieve voorzieningen afbouwt en de burger voor zichzelf moet zorgen. Dat kan hij alleen doen, maar ook gezamenlijk in coöperatief of verenigingsverband: 'samen in zaken, samen in zorg'.

2.7 Samenvattend: het coöperatief bedrijfsmodel in de maatschappelijke context

In hoofdstuk 2 is de maatschappelijke context beschreven waarin een VVT zorginstelling functioneert. Het overall beeld ziet er kort samengevat als volgt uit.

Over 20 jaar zullen er ruim **één miljoen ouderen zijn met complexe problemen** die niet zelfstandig kunnen wonen en voor wie het 'Zwitserleven Gevoel' niet opgaat. De toekomstige vraag naar zorg overtreft enerzijds het macrobudget en anderzijds de beschikbare arbeid ruim. Als gevolg daarvan wordt de **toegang tot zorg bedreigd** en dreigt er een '**zorgkloof**' te ontstaan.

Om deze kloof te overbruggen zet **de overheid** in op een overgang van een centraal naar een decentraal sturingsmodel met gereguleerde **marktwerking**. In dit sturingsmodel is een sleutelrol voor **zorgverzekeraars** weggelegd.

De introductie van marktwerking heeft geleid tot meer kansen, maar ook meer risico's voor **zorginstellingen**. Om risico's te beheersen, hebben veel zorgorganisaties de laatste jaren gekozen voor **fusie en professionalisering**. Besturen zijn in verregeende mate geprofessionaliseerd. De **afstand** tussen hen en zorgvragers is letterlijk en figuurlijk groter geworden. Managers zoeken hun referentie in het bedrijfsleven. Cliënten/bewoners voelen zich steeds meer 'klant' en gaan zich ook zo gedragen.

Op basis van veronderstelde gelijkenis met het bedrijfsleven is het RvT/RvB-model het dominante bestuursmodel geworden. **Het RvT/RvB-model kent echter een legitimatieprobleem**, want van wie is de stichting eigenlijk? Met andere woorden, het 'eigenaarschap' is niet gedefinieerd. De stichting is naar haar aard de meest '**gesloten rechtsvorm**' en wellicht niet meer de meest geschikte rechtsvorm voor een VVT organisatie.

De **kritiek op marktwerking groeit**. Steeds meer mensen 'zien door de bomen het bos niet meer' op de vrije markt en trekken zich terug in hun eigen, kleine, veilige wereld (cocooning en regionalisering). Er is relatief weinig behoefte om mee te praten over het strategisch beleid van de organisatie. Er is wel een groeiende behoefte om invloed uit te oefenen op de dagelijkse gang van zaken in een zorginstelling. De belangen van verpleeghuis cliënten/bewoners worden in de dagelijkse praktijk behartigd door de kinderen, mantelzorgers of vrijwillige zaakwaarnemers. In marketingtermen gaat het dan om het marktsegment '**zorgvragers met zaakwaarnemers**'. Deze zaakwaarnemers behoren tot de **protestgeneratie**. Ze zijn sterker gericht op democratisering, individuele ontplooiing en **inspraak**. Kenmerkend is dat deze behoefte aan inspraak zich niet zozeer richt op strategisch beleid van de organisatie, maar veel meer op de dagelijkse gang van zaken in het verpleeghuis rondom diegene waarvoor zij de zaken behartigen. Betrokkenheid van cliënten/bewoners en hun familie bij de zorginstelling en bereidheid tot actieve participatie zijn geen vanzelfsprekendheid. Versterkt echter is de consumentistische houding dat men als zorgconsument 'waar voor zijn geld' verwacht. **Solidariteit staat onder druk**: zijn jongere generaties nog wel bereid te betalen voor de oudere generaties?

VVT zorginstellingen zullen binnen deze maatschappelijke context hun weg moeten vinden om te kunnen voldoen aan hun maatschappelijke opdracht: voorzien in kwaliteit van leven van ouderen en chronisch zieken, ook in de situatie waarin de zorgvraag de komende jaren sterk stijgt en het macrobudget niet evenredig meegroeit.

Bij ongewijzigd beleid wordt deze doestelling niet gehaald. Er moet daarom gekeken worden naar nieuwe wegen, nieuwe manieren. Eén daarvan is het **coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl**. Een nieuwe generatie van coöperatieve bedrijfsmodellen die voorzien in legitimering en de afstand tussen RvT/RvB en het cliëntsysteem verkleinen. Het voorziet tevens in de behoefte aan inspraak van de protestgeneratie. Het stimuleert de eigen verantwoordelijkheid van het cliëntsysteem en leidt tot co-creatie. De zorgkloof kan daarmee deels gedicht worden.

3 *Het coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl als uitdagend alternatief*

In het vorige hoofdstuk is beschreven dat een coöperatief bedrijfsmodel een bijdrage kan leveren aan het dichten van de zorgkloof. Maar hoe ziet een dergelijk coöperatief model er dan uit? Welke ontwikkeling heeft dat model in de loop der tijd doorgemaakt? Welke organisatieprincipes liggen aan het model ten grondslag? Wat is de meerwaarde van een coöperatief model boven een puur profit model? Welke nieuwe elementen bevat de nieuwe generatie coöperatieve bedrijfsmodellen? Op deze vragen wordt antwoord gegeven in het voorliggende hoofdstuk.

3.1 De ontwikkeling van het coöperatief bedrijfsmodel in de tijd

De oorsprong: samen in zaken om toegang tot de markt te krijgen

“Coöperaties ontstonden in een tijd waarin een sterke ongelijkheid groeide in de samenleving. Een kleine, zeer rijke groep mensen had de macht, terwijl zeer veel armen geen enkele invloed en positie hadden. Er was een situatie ontstaan van ongelijkheid in markttoegang en marktmacht. Onder invloed van de Industriële Revolutie, vanaf het begin van de negentiende eeuw, ontstonden ideologieën waarin samenwerking een belangrijker plaats innam dan uitbuiting (Van Dijk en Klep, 2005). Diverse initiatieven werden ontplooid, vooral in Engeland, om een alternatieve samenleving in te richten: in het begin waren ze niet bijster succesvol. Het eerste succesvolle experiment vond plaats in Rochdale, halverwege de negentiende eeuw. De tot dan toe zelfstandige wevers en spinners verloren de concurrentie van de in opkomst zijnde stoomfabrieken en zagen zich genoodzaakt tegen een laag loon in de fabrieken te gaan werken. Een aantal van hen koos voor een alternatief en zij stichtten een eigen winkel, waar hun eigen producten werden verkocht. De ‘leden’ (de wevers en de spinners) van die winkel (de coöperatie) zegden hun lidmaatschap van de vakbond op en investeerden dat contributiebedrag in de nieuw opgerichte ‘verbruikscoöperatie’. De winst van die winkel werd geïnvesteerd in wonen en werken. Dit voorbeeld vond navolging in Scandinavië, Nederland en Duitsland.” (Brady, Kieboom en Lagraw, 2010).

Ontwikkeling in de twintigste eeuw: stilstand

Gedurende deze eeuw zijn corporaties meebewogen met de ontwikkeling van de samenleving. Ze zijn gegroeid in de naoorlogse periode van wederopbouw.

In de periode vanaf de jaren tachtig werden coöperaties minder zichtbaar. Enerzijds ten gevolge van de dominantie van het Angelsaksisch model en het marktdenken. Anderzijds vanwege de ontwikkeling van de verzorgingsstaat. De verstatelijking van verzorgingsarrangementen betekende in de praktijk een uitholling van één van de pijlers van de coöperatie. De solidariteitsgedachte werd in die periode als het ware gemonopoliseerd door de overheid (Camps, 2010).

De financiële, economische en morele crisis van 2008-2009: herwaardering van coöperatieve principes

Uit analyses van de 2008-2009 crisis is duidelijk geworden dat de principes van de coöperatie nog steeds springlevend zijn. Zowel profit gedreven als maatschappelijke ondernemingen zoeken naar een balans tussen samenleving, rendement en solidariteit. Zij zijn allen op zoek naar nieuwe besturingsmodellen die recht doen aan wensen en behoeften van klanten/bewoners en andere stakeholders (Camps, 2010). Het

coöperatief bedrijfsmodel biedt in dat kader een uitdagend alternatief. Dit model biedt de mogelijkheid om omgevingsrelaties in te weven in de besturingsvorm.

Het coöperatieve bedrijfsmodel heeft een herwaardering ondergaan. De coöperatie, die lange tijd als soft en weinig zakelijk werd beoordeeld, wordt anno 2011 gezien als mogelijkheid om vormen van binding tussen onderneming en omgeving te creëren. De 'checks and balances' die een coöperatie in zich heeft, zorgt ervoor dat zowel bestuurders als toezichthouders als overige stakeholders voortdurend in een horizontale dialoog met elkaar staan. Die horizontale, permanente dialoog maakt de kans kleiner zich te vervreemden van de leefwereld van cliëntsystemen en andere stakeholders.

Opkomst van een nieuwe generatie coöperatieve bedrijfsmodellen

In de nieuwe generatie coöperatieve bedrijfsmodellen vindt er niet alleen op het niveau van bestuurders/toezichthouders en stakeholders een permanente dialoog plaats, maar is er op alle niveau's van de organisatie sprake van een permanente interactie tussen alle lagen van de zorgverlenende organisatie, haar medewerkers, cliënten/bewoners en overige stakeholders. Er is geen strikte scheiding tussen leden en de organisatie.

De nieuwe generatie coöperatieve bedrijfsmodellen wordt niet van bovenaf ingericht en gestructureerd, maar van 'onderaf opgebouwd', naar eigen inzicht van interne- en externe stakeholders.

De nieuwe generatie coöperatieve bedrijfsmodellen sluit aan bij de huidige maatschappij, waarin de hiërarchische ordening (bevelshuishouding) door de overheid heeft plaatsgemaakt voor een zogenaamde netwerkordening (onderhandelingshuishouding).

Coöperatief bedrijfsmodel oud



Nieuwe generatie coöperatieve bedrijfsmodellen



3.2 De coöperatie nieuwe stijl: een twee-lagen organisatie met een drie-lagenmodel. Gedisciplineerde toetsing door voice én verantwoordelijkheid.

In de coöperatieve traditie wordt niet gesproken over 'klanten'. Een coöperatie heeft leden, die samenwerken om een gemeenschappelijk doel in de markt te realiseren. De leden zijn en blijven verantwoordelijk voor de gemeenschappelijke organisatie. Het is een vorm van zelfhulp waarbij de leden zowel de rol van helper als van geholpene hebben. De strikte scheiding tussen consument en producent heeft plaats gemaakt voor verbinding. *En dan kan consumptief gedrag samengaan met productief gedrag.*

De coöperatie is wel getypeerd als een twee-lagen onderneming: je bent én verantwoordelijk voor de gemeenschappelijke organisatie én voor je eigen huishouding. En de leden bepalen collectief hoe die twee elementen zo goed mogelijk met elkaar in verbinding worden gebracht. Deze constructie heeft in het verleden bijna altijd geleid tot een onderlinge disciplinerende met veel oog voor de lange termijn (Van Dijk, 2010).

Gedisciplineerde toetsing met een drie-lagenmodel

Het coöperatieve organisatiemodel is volgens Van Dijk een drie-lagenmodel:

- er is een ondernemingsbestuur,
- en toezicht daarop,
- en toetsing.

Bijzonder aan het coöperatieve organisatiemodel is de derde laag: toetsing. In een twee-lagen onderneming voelt de cliënt/bewoner zich mede verantwoordelijk. Doordat de toetsing plaatsvindt vanuit loyaliteit, betrokkenheid en verantwoordelijkheidsgevoel is de toetsing niet consumentistisch van aard, maar 'gedisciplineerd'. Dat wordt dan **gedisciplineerde toetsing** genoemd.

Uitgedrukt in termen van de twee-lagen onderneming gaat het niet alleen om de vraag of de organisatie wel vaart bij het gevoerde beleid maar uitdrukkelijk ook – in wezen zelfs primair – om de vraag of de huishouding van de leden c.q. de cliënten/bewoners er wel bij varen.

Uit onderzoek is gebleken dat continuïteit van een organisatie meer gebaat is bij 'voice', dat wil zeggen door de mogelijkheid van stakeholders om zich duidelijk uit te drukken over de kwaliteit en mogelijkheden tot verbetering, dan door 'exit', dat wil zeggen het 'van organisatie veranderen' (Van Dijk, 2010).

'Voice' wil zeggen dat een organisatie steeds wordt getoetst door de cliëntsystemen die gebruik maken van de diensten van de organisatie. Met toetsing wordt bedoeld dat de cliënten zich de vraag stellen of de organisatie nog voldoet aan de doelstellingen waartoe ze was opgericht. Levert zij de waarde die zij ervan mogen verwachten? Een organisatie waarin cliëntsystemen, medewerkers en stakeholders op gedisciplineerde wijze hun mening kritisch aan het bestuur en management kenbaar maken, blijkt volgens Van Dijk meer succes te hebben en meer continuïteit te genieten.

Uit onderzoek is daarnaast gebleken dat zorgvragers meer behoefte hebben aan voice opties dan aan exit (Van de Bovenkamp, Grit en Bal, 2008). Toetsing is het organiseren van welwillende weerstand en opbouwende kritiek.

3.3 Maatschappelijk ondernemen in een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl

Het creëren van ledenwaarde is de kerntaak van de coöperatie. Daartoe is de toetsende taak van essentiële betekenis. Deze toetsende taak ontstaat niet vanzelfsprekend. Niet alleen in de markt, maar ook bij verenigingen zijn cliënten steeds meer consumptief gedrag gaan vertonen. Ze zijn geneigd tot oppervlakkige beoordeling en tot opportunistisch gedrag. Het veranderen van dit gedrag van de achterban is een taak geworden van het bestuur. Daarbij zijn betrokkenheid en loyaliteit belangrijke assets geworden (Van Dijk, 2010). Een coöperatie organisatie heeft de pretentie méér te leveren dan een pure profit organisatie. Maar waaruit bestaat dat meerdere dan?

Bij een coöperatieve onderneming gaat het naast het bedrijfsmatige aspect voor een belangrijk deel om het **ontdekken en voortdurend toetsen van de belangen van de leden c.q. de cliëntsystemen**. Daar moet men actief naar op zoek en dat 'zoeken' moet structureel ingebouwd worden in de organisatie. Dat is niet alleen een kwestie van raadplegen, maar ook van meedenken, ideeën aandragen en respons oproepen. Voice is dan de basis voor de besluitvorming inzake de diensten die de leden c.q. het cliëntstelsel aangeboden krijgen. Toezichthouders en bestuurders kunnen dan niet vervallen in een paternalistische benadering dat professionals het beste zouden weten wat goed voor de cliënten/bewoners is.

3.4 Een nieuw element in het coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl: libertair paternalisme als basis voor de keuzearchitectuur van een coöperatieve organisatie.

Hierboven is bewust geschreven over de mogelijke negatieve rol van paternalisme. Zeker in de huidige tijd waarin de protestgeneratie de zaakwaarnemer van de cliënt/bewoner van het verpleeghuis is, zou het niet

verstandig zijn tot paternalistisch gedrag te vervallen.

Maar daar staat tegenover dat elke onderneming niet alleen keuzes maakt voor wat betreft de diensten die worden aangeboden, maar ook voor wat betreft **de wijze waarop** diensten worden aangeboden.

De wijze waarop bijvoorbeeld etenswaren in de restaurants van de verpleeghuizen wordt aangeboden, is sterk van invloed op de keuzes die cliënten/bewoners maken. Wat staat op ooghoogte en wat helemaal onderaan in het schap? Op welke artikelen wordt korting gegeven en op welke niet? De wijze waarop de producten worden aangeboden, wordt wel de **keuzearchitectuur** genoemd. Een keuzearchitect is iemand die verantwoordelijk is voor het organiseren van de context waarbinnen mensen beslissingen nemen. In het concrete voorbeeld de facilitair manager die verantwoordelijk is voor de exploitatie van de restaurants in de verpleeghuizen.

Wie van mening is dat de consumptie van 'gezonde' producten gestimuleerd moet worden, zal zeggen dat deze op ooghoogte in het schap moeten liggen tegen een scherpe prijs. Wie dat zegt wordt door de schrijvers van het boek Nudge (Thaler en Sunstein, 2008) welkom geheten bij de nieuwe beweging van het **libertair paternalisme**.

De schrijvers beseffen dat deze termen mensen niet onmiddellijk enthousiast zullen maken. Beide woorden zijn nogal ontmoedigend, beladen met culturele stereotypen en politieke associaties die veel mensen onaantrekkelijk vinden. En toch gebruiken de schrijvers deze impopulaire, tegenstrijdig lijkende concepten omdat 'ze blijken geven van gezond verstand en samen veel aantrekkelijk zijn dan afzonderlijk'.

Het libertaire aspect zit hem in het feit dat mensen over het algemeen vrij moeten zijn om te doen wat ze willen. Libertair betekent dus dat **keuzevrijheid wordt gerespecteerd**.

Het paternalistisch aspect zit hem in de claim dat het legitiem is te proberen het gedrag van mensen zodanig te beïnvloeden dat ze langer, gezonder en beter leven. De facilitair manager van de restaurants kan door de schapindeling invloed uitoefenen op wat cliënten/bewoners eten. Hij/zij kan hen volgens Thaler en Sunstein een **duwtje in de juiste richting** geven (een 'nudge').

De schrijvers pleiten voor bewuste inspanningen van onder meer zorginstellingen om keuzes van mensen zodanig te sturen dat de kwaliteit van leven toeneemt.

Hiermee kunnen maatschappelijke ondernemingen zich duidelijk onderscheiden van profit organisaties.

De keuzearchitectuur van een pure profit organisatie is immers overwegend gericht op omzet- en winst-maximalisatie.

In dit kader is maatschappelijk ondernemen in een coöperatief bedrijfsmodel als volgt te beschrijven: het bepalen van je keuzearchitectuur niet op basis van winstmaximalisatie, maar op basis van een betere kwaliteit van leven van de cliënten/bewoners.

3.5 De ontwikkeling naar een nieuwe generatie van het coöperatief bedrijfsmodel

Hierboven is weergegeven dat voice een belangrijke vorm van wederkerigheid is van de kant van cliënten/leden. De ontwikkeling van het bestaande organisatiemodel naar een coöperatief model kan plaatsvinden via de gewenste verandering van organisatie gebaseerd op wederkerigheid. Daarover gaat het volgende hoofdstuk.

Samenvatting

Het coöperatief bedrijfsmodel heeft zich in de loop van de tijd ontwikkeld tot een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl, dat een antwoord kan geven op belangrijke maatschappelijke vragen. Het model nieuwe stijl sluit aan bij de netwerkdiening van de huidige maatschappij en kenmerkt zich door gedisciplineerde toetsing door cliënten/bewoners, familie en andere stakeholders. Zij hebben invloed op (uitvoering van) het beleid én oefenen deze invloed uit vanuit betrokkenheid en verantwoordelijkheidsgevoel. Daardoor is het gedrag veel minder consumptivistisch, maar meer gericht op de continuïteit van

de organisatie. Door deze gedisciplineerde toetsing is de organisatie beter in staat klantwaarde te creëren. Een nieuw element in het coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl is de introductie van het libertair paternalisme. Libertair betekent dat mensen ten allen tijde vrij zijn in het maken van keuzes, doch dat maatschappelijke ondernemingen de keuzearchitectuur zodanig bepalen dat de kwaliteit van leven toeneemt. Daarmede onderscheiden ze zich van pure profit organisaties, waarbij de keuzearchitectuur overwegend gericht is op omzet- en winstmaximalisatie.

4 Het betrokkenheid, wederkerigheid en community model

In dit hoofdstuk wordt het Betrokkenheid, Wederkerigheid en Community model beschreven, alsmede de zes bouwstenen waarmee het model het is opgebouwd.

4.1 De ontwikkeling (van stichting) naar een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl

De ontwikkeling van het bestaande bedrijfsmodel naar een ander, coöperatief bedrijfsmodel 'kan plaatsvinden via de gewenste veranderingen van organisatie gebaseerd op wederkerigheid' (Van Dijk, 2010). Het vorm geven aan wederkerigheid is één van de basisvoorwaarden voor de organisatievernieuwing waarop het voorgestelde nieuwe bedrijfsmodel is gestoeld.

Betrokkenheid en de bereidheid om actief in de organisatie te functioneren van het cliëntsysteem (bijvoorbeeld familie van cliënten/bewoners) verloopt langs een aantal tussenstappen.

“Zoals in het model van figuur 1 is aangegeven is één van de belangrijke voorwaarden voor het functioneren van leden/cliënten in de organisatie dat deze loyaliteit aan de organisatie, ten toon spreiden. Loyaliteit is een uiting van vertrouwen van de kant van cliënten of leden. Deze kan positief worden beïnvloed door open communicatie van de organisatie met cliënten. Vertrouwen is een noodzakelijke voorwaarde voor betrokkenheid en betrokkenheid leidt vervolgens tot de bereidheid om activiteiten ten behoeve van de organisatie te vervullen, zoals een toetsende rol vervullen en uiteindelijk te komen tot nieuwe vormen van zorg waarin cliënten zelf of hun familieleden een essentiële rol spelen. Allerlei vormen van vrijwilligheid in taken kunnen daar eveneens – desgewenst – in worden opgenomen” (Van Dijk, 2010).

Betrokkenheid, Wederkerigheid en Community model



In hoofdstuk 3 is weergegeven dat het model in 2010 is ontwikkeld door Verhees, Sergaki en Van Dijk en behoort tot een nieuwe generatie van het coöperatief bedrijfsmodel. Zij hebben zich laten inspireren door twee Deense auteurs Gunnar Svendsen en Gert Svendsen (Svendsen and Svendsen, 2002). In de nieuwe

generatie coöperatieve bedrijfsmodellen vindt er niet alleen op het niveau van bestuurders/toezicht-houders en stakeholders een permanente dialoog plaats, maar is er op alle niveau's van de organisatie sprake van een permanente interactie tussen alle lagen van de zorgverlenende organisatie, haar medewerkers, cliënten/bewoners en overige stakeholders. Er is geen strikte scheiding tussen leden en de organisatie.

Het Betrokkenheid, Wederkerigheid en Community model biedt een kapstok om het coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl van onderaf op te bouwen. Het model bestaat uit 6 bouwstenen, waarbij geldt: 'de onderste bouwsteen eerst'.

Collectieve principes kunnen binnen elke rechtsvorm worden toegepast

De coöperatieve principes kunnen onder bepaalde voorwaarden binnen elke rechtsvorm worden toegepast. Het is niet per se noodzakelijk de rechtsvorm te wijzigen van stichting naar coöperatieve vereniging. Het past in de coöperatieve principes om het bedrijfsmodel van onderaf op te bouwen, in samenspraak met interne en externe stakeholders. Gaande de ontwikkelingen kan aangesloten worden bij hun behoeften en verwachtingen. Op deze wijze wordt een voor elke organisatie uniek coöperatief bedrijfsmodel ontwikkeld dat past bij de kernwaarden van de zorginstelling. Een eventuele omvorming van stichting naar coöperatie is derhalve bij voorkeur sluitstuk van het veranderingsproces. De nieuwe structuur is dan "gestold gedrag".

4.2 De zes bouwstenen van het Betrokkenheid, Wederkerigheid en Community model

Vanuit het perspectief van een VVT zorginstelling bestaat het Betrokkenheid, Wederkerigheid en Community model uit zes bouwstenen. Invulling van elke bouwsteen leidt tot bepaalde voordelen voor het cliëntsysteem én voor de zorginstelling. In onderstaande tabel is dat weergegeven:

Zes bouwstenen	Voordelen cliëntsysteem	Voordelen zorginstelling
Open communiceren	Basis voor vertrouwen	Basis voor vertrouwen
Vertrouwen creëren	Zorg voldoet aan verwachting	Loyaliteit van cliëntsysteem
Betrokkenheid creëren	Zorg voldoet aan verwachting	Gedisciplineerde toetsing. Bereidheid om actief te participeren.
Bereidheid creëren om actief te participeren in de zorgverlening	Zorg voldoet aan verwachting	Gedisciplineerde toetsing. Co-creatie: cliëntsysteem participeert in zorg.
Bereidheid creëren tot actief lidmaatschap en het dragen van mede-verantwoordelijkheid	Zorg voldoet aan verwachting. Toegang tot zorg.	Gedisciplineerde toetsing. Co-creatie: cliëntsysteem participeert in zorg. Cliëntsysteem voelt zich mede verantwoordelijk voor zorg.
Bereidheid creëren tot mede besturen van de organisatie	Zorg voldoet aan verwachting. Toegang tot zorg.	Cliëntsysteem is en voelt zich mede verantwoordelijk voor continuïteit van organisatie.

Hierna wordt nader ingegaan op elk van de bouwstenen. Bij elke bouwsteen wordt nader ingegaan op instrumenten die in de literatuur beschreven zijn, die bruikbaar zijn voor VVT zorginstellingen om invulling te geven aan de bouwstenen én die tot de vermelde voordelen leiden voor de cliënt/bewoner en de zorginstelling.

Bouwsteen 1: Open communiceren in een maatschappelijke VVT onderneming

Over communicatie valt veel te zeggen. In het kader van voorliggende thesis zal ik me moeten beperken tot een aantal relevante delen.

De communicatie moet 'open' zijn en gericht op het creëren van loyaliteit/vertrouwen en betrokkenheid bij bestaande cliënten/bewoners van VVT zorginstellingen. Dat betekent dat de communicatie gericht moet zijn op het creëren van verbinding (niet op afstand), het organiseren van een gezamenlijk belang en het concreet laten zien dat constructieve bijdragen worden gehonoreerd door concrete vernieuwingen (Van Dijk, 2010). Het gaat erom dat voor het gevoel van de cliënt/bewoner én medewerker er sprake is van tweerichtingsverkeer, van een permanente dialoog tussen partijen die beseffen dat ze elkaar nodig hebben om een gezamenlijk doel te realiseren.

Onderscheid wordt gemaakt tussen:

- communicatie met de individuele cliënt/bewoner (en familie).
- communicatie met doelgroepen op basis van marktsegmentatie.

Communicatie met de individuele cliënt/bewoner (en familie)

Het Kwaliteits Kader Verantwoorde Zorg (april 2010) beschrijft de volgende verplichtingen van zorginstellingen in het kader van communicatie met de individuele cliënt/bewoner:

- de zorgaanbieder draagt zorg voor een zorgverleningsovereenkomst met leveringsvoorwaarden.
- de zorgaanbieder draagt zorg voor een zorgleefplan dat in samenspraak met de cliënt/bewoner tot stand komt.
- de zorgaanbieder bevordert de dialoog door deelname van cliënt/bewoner aan het multidisciplinair overleg (MDO).
- de zorgaanbieder informeert de cliënt/bewoner over minimaal vastgestelde onderwerpen.

De informatie moet op verschillende manieren worden aangeboden: mondeling, schriftelijk en digitaal. Mondelinge communicatie blijft cruciaal. Hurts wijst op het belang van ervaringsmanagement in het dagelijkse contact met de cliënt. "De belangrijkste ervaring met een dienstenmerk is het moment van interactie tussen klant en medewerker. Veel organisaties besteden aan dat moment slechts routinematig aandacht" (Hurts, 2006).

Om je dienstverlening onmisbaar te maken dienen organisaties meer aandacht te schenken aan de klantbejegening. Er ligt een terrein braak voor belevenismarketing. Klanten dienen gezien te worden als participanten en dienen volgens Hurts te worden betrokken bij ontwikkelingen en verbeteringen.

Dan heeft de klant het gevoel dat hij er niet meer alleen voor staat (zie verder bouwsteen 3).

Het management moet zichtbaar aanwezig zijn voor het cliëntsysteem. Ook dat is 'open' communicatie. Hij/zij moet kantoor houden dichtbij het cliëntsysteem; het kantoor moet 'open' zijn, dat wil zeggen met grote ramen die niet volgeplakt zijn, zodat het afdelingshoofd niet meer zichtbaar is.

Als het gaat om schriftelijke informatie, dan dient deze informatie toegankelijk en gebruiksvriendelijke te zijn, afgestemd op het marktsegment dat bediend wordt.

De **sociale media** worden langzamerhand ook door de VVT ontdekt als mogelijk nieuw middel om te communiceren met de cliënt/bewoner en diens familie.

Het internet heeft een belangrijke plaats in de maatschappij gekregen. Circa 90% van de huishoudens in Nederland heeft toegang tot internet. Het internet heeft ervoor gezorgd dat de informatiekloof tussen burger en professional is verkleind. Maar liefst een kwart van de internetgebruikers gebruikt fora of discussiegroepen op het gebied van gezondheid en zorg. Aanvankelijk gebeurde dit via websites van patiëntenverenigingen, nu in toenemende mate via online communities als Hyves en Facebook. Vooral chronisch zieken onderhouden lotgenotencontact. Zorgvragers hechten veel meer waarde aan de mening van elkaar dan bijvoorbeeld aan reclame.

"De maatschappelijke ontwikkeling die burgers met name door het gebruik van sociale media op het gebied van gezondheid en zorg dicht bij elkaar brengt, wordt gevat in het begrip '**Gezondheid 2.0**'.

Gezondheid 2.0 kenmerkt zich door participatie tussen cliënten/bewoners onderling, tussen professionals

onderling en tussen cliënten/bewoners en professionals. Nieuwe technologieën, als wiki's en online communities, ondersteunen daarmee zowel persoonlijke als professionele besluitvorming over gezondheid en zorgaangelegenheden, informatie-uitwisseling, samenwerking en community-building, gericht op het verbeteren van het eigen functioneren en van het zorgsysteem als geheel. Voor de overheid betekent een meer betrokken zorgconsument iemand die meer preventieve maatregelen neemt, meer therapietrouw is en meer aan zelfmanagement doet. Dit heeft een gunstig effect op de ontwikkeling van de zorgkosten, het vraagt immers een lagere inzet van professionals. Tegelijkertijd draagt het bij aan het verminderen van het dreigende arbeidstekort in de zorg" (RVZ, 2010).

Zorgaanbieders doen er goed aan te bezien hoe zij sociale media kunnen inzetten om het contact met hun cliëntsystemen te optimaliseren. Cliënten/bewoners hebben behoefte aan betrouwbare informatie en verwachten dat zorgaanbieders deze bieden. "Gelet op de kansen die Gezondheid 2.0 biedt, doen zorginstellingen er goed aan de nieuw geboden kansen te benutten. Zij dienen in hun communicatie- en informatiestrategie te bepalen hoe sociale media ingezet moeten worden om hun (beleids)doelen te realiseren. Dit betekent bijvoorbeeld dat zij moeten bezien hoe zij burgers/verzekerden/patiënten betrekken bij nieuw beleid en hoe zij transparant kunnen zijn teneinde het vertrouwen van de cliënt/bewoner te behouden of te (her)winnen" (RVZ, 2010).

Communicatie met doelgroepen op basis van marktsegmentatie

Sociale media kunnen ook ingezet worden voor doelgroepgericht communicatiebeleid.

"Voor zorgaanbieders wordt het steeds belangrijker om alle communicatie, ook via de informele kanalen, te volgen en hierop snel en adequaat te reageren of liever nog te anticiperen door een doel- en doelgroepgericht communicatiebeleid" (Boonekamp en Van de Brink, 2008).

Doelgroepgericht communiceren is een instrument om communicatie te verbeteren. In dat kader is een publicatie van de Raad voor de Volksgezondheid van belang.

De Raad voor de Volksgezondheid heeft verschillende situaties beschreven die uitnodigen tot verschillend gedrag van cliënten/bewoners als zorgconsument (RVZ, 2003). De RVZ beschrijft 5 marktsegmenten die, om verlies van aansluiting met de doelgroep te voorkomen, elk een verschillende aanpak vereisen.

Gedacht kan worden aan de volgende (marketing) activiteiten (Boonekamp en Van de Brink, 2008) om de communicatie te verbeteren:

- behoefteherkenning: zoek cliënten/bewoners op en ga in gesprek; maak ze bewust van behoeften en oplossingen.
- maak informatie toegankelijk: benut alle media om de organisatie te profileren; zorg voor gebruiksvriendelijkheid.
- stuur op verwachtingen: maak helder wat cliënten/bewoners mogen verwachten en zorg ervoor dat de verwachtingen uitkomen.
- maak het cliënten/bewoners zo makkelijk mogelijk; vermijd bureaucratie.
- werk met actief referenten: vraag bestaande cliënten naar hun ervaringen en maak ze tot ambassadeur van de organisatie.
- goede after sales en klachtenafhandeling: 'vertrouwen komt te voet en gaat te paard'.

De hierboven vermelde (marketing) activiteiten zijn effectief als zij onderdeel zijn van een strategisch marketing beleid. Daarover gaat het hieronder bij de tweede bouwsteen.

Bouwsteen 2: creëren van vertrouwen in de maatschappelijke onderneming door strategische zorgmarketing

Het vertrouwen in een organisatie staat of valt met het waarmaken van de kernbelofte.

De eerste stap in strategisch marketingmanagement is het doen van een kernbelofte. Maar beloften moeten ook worden waargemaakt. Het vertrouwen van de cliënt/bewoner staat of valt daarmee.

"De driehoek hieronder laat de driedelige essentie zien van strategische marketing bij dienstverlenende

organisaties (Boonekamp en Woldendorp, 2006):

1. Externe marketing: beloften doen aan klanten/doelgroepen ofwel verwachtingen wekken.
2. Medewerkers moeten de externe belofte kennen en gefaciliteerd worden om ze waar te maken.
Dit is interne marketing.
3. 'The proof of the pudding is in the eating': tijdens de interactie tussen medewerker en klant moeten beloften waargemaakt worden. Dit is waar de klant de organisatie op afrekent. We spreken hier van interactieve marketing."



Elke zijde van de driehoek kan niet zonder de andere. Om **vertrouwen te wekken** bij de cliënten/bewoners dient de driehoek in balans te zijn.

Belangrijk voor het slagen van een strategische marketingstrategie is een aantal randvoorwaarden.

Zo vraagt strategische marketing veelal een andere besturingsfilosofie die onder meer gericht is op het proactief ontdekken en inspelen op behoeften van cliënten/bewoners en het inrichten van werkprocessen op basis van klantgroepen. In hoofdstuk 5 van deze thesis wordt nader ingegaan op de gewenste besturingsfilosofie.

Strategische zorgmarketing en maatschappelijk ondernemerschap

"Zorginstellingen zijn geen gewone ondernemingen waarop marketingconcepten uit het bedrijfsleven rechtstreeks kunnen worden losgelaten. Het zijn 'maatschappelijke ondernemingen' met een aantal wezenlijke verschillen ten opzichte van commerciële bedrijven. Het begint al met de vraag 'wie is de klant'" (Boonekamp en Woldendorp, 2006).

Kenmerken van een maatschappelijke onderneming zijn (De Waal e.a., 2003, pag. 39):

- een juridisch en bestuurlijk autonome organisatie.
- met de core business in het publieke domein.
- met als basisdoelstelling het dekkend beantwoorden van maatschappelijke hulpvragen.
- met als strategische hulpbronnen: de overheid c.q. door de overheid gemachtigden (zoals het zorgkantoor), burgers en bedrijven.
- met aandacht voor marktactiviteiten vanwege enerzijds goed rentmeesterschap over publieke middelen en anderzijds het scheppen van financiële ruimte voor het beantwoorden van maatschappelijke vragen.
- met sturing op maatschappelijk rendement, dus met een streven naar zowel effectiviteit als efficiency.
- onder aflegging van verantwoording aan zowel de externe als de interne omgeving.
- met een zowel gewetensvolle als initiatiefrijke mentaliteit.

Maatschappelijk ondernemen in de VVT sector is geen eenvoudige opgave. Er zijn zeer veel stakeholders met wie rekening gehouden moet worden en waarop marketingactiviteiten gericht moeten worden. De zorgvrager ontvangt bijvoorbeeld wel de zorg, maar betaalt daar niet rechtstreeks voor. Dat doet de zorgverzekeraar. Die beslist weer niet over de kwantiteit en kwaliteit van de zorg; dat doet het Centraal Indicatie Orgaan. De zorgverzekeraar legt de verplichting op tot ketenzorg, terwijl de overheid middels NMA en NZA bepaalde vormen van samenwerking strikt verbiedt. "Zorginstellingen krijgen dubbele signalen van stakeholders: zij moeten concurreren, maar ook samenwerken. Zij bevinden zich daarmee continu in het spanningsveld tussen consensus zoeken en concurreren" (Boonekamp en Woldendorp, 2006). "Dit spanningsveld leidt tot hybride gedrag. Een groot risico van dit hybride gedrag is dat zorginstellingen 'stuck in the middle' raken of in gewoon Nederlands 'vlees noch vis' worden: men kijkt vooral naar elkaar en niet naar de klant. Niet de wensen van de klant noch de eigen mogelijkheden en competenties zijn het vertrekpunt. Kopiëren van anderen wordt de dominante strategie" (Boonekamp en Woldendorp, 2006).

Het maken van verbinding tussen eigen kracht én de fundamentele behoeften en kernwaarden van cliënten/bewoners

"Je kunt niet alles zijn voor iedereen" (Porter, 1985). Om een eigen, herkenbaar gezicht te krijgen, zullen zorginstellingen ervan overtuigd moeten raken dat ze zelf medevormgevers zijn van de context waarin ze opereren. En dat ze keuzes moeten maken inzake doelgroepen en diensten. Kern van deze zienswijze is "het maken van verbinding tussen de eigen kracht en de fundamentele behoeften van klanten (en stakeholders) en van daaruit op zoek gaan naar creatieve oplossingen. De oplossingen, daarin moet het onderscheid met anderen naar voren komen" (Boonekamp en Woldendorp, 2006). Strategische zorgmarketing biedt mogelijkheden om tot die oplossingen te komen.

Het begint met het formuleren van een 'kernbelofte': in welke wezenlijke behoefte van welke doelgroep wordt voorzien? Welke essentiële verwachting belooft de organisatie in te vullen? Wat je belooft, moet je vervolgens ook waarmaken. Dat lukt uitsluitend als het personeel daartoe in staat en bereid is. In de VVT sector ontstaat de kwaliteit van de dienstverlening met name in de directe relatie tussen zorgvrager en zorgverlener.

Bouwsteen 3: creëren van betrokkenheid door het ontwikkelen van serviceconcepten

Bij de vorige bouwsteen ging het om creëren van vertrouwen bij de cliënten/bewoners in de zorginstelling. Vertrouwen is een noodzakelijke voorwaarde voor betrokkenheid en betrokkenheid leidt weer tot de bereidheid om te participeren in de organisatie en zich verantwoordelijk te voelen voor de zorgverlening en de continuïteit van de organisatie.

De sleutel voor het creëren van betrokkenheid ligt niet in het imago of in de producten, maar in het serviceconcept. Succesvolle bedrijven "weten precies wat hun klanten beweegt, zowel voor, tijdens als na de feitelijke transactie. Door cliënten/bewoners te helpen zaken makkelijker, sneller, beter of voordeliger te regelen, worden fouten voorkomen, ergernissen weggenomen, mogelijkheden vergroot en voorkeur gecreëerd" (Hurts, 2006). Volgens Hurts is innovatief denken daarbij belangrijk. Daarbij gaat het niet om het toepassen van vernieuwende technologie, maar om 'anders kijken naar de behoefte van de klant'.

Innovatie is dus niet alleen een taak van R&D, maar ook van de marketingafdeling.

Meer diensten of betere kwaliteit van diensten leiden niet automatisch tot een hogere waardering van de klant. Volgens Hurts is een dienst vaak opgezet vanuit de positie en beleving van de dienstverlener. Een goed serviceconcept bestaat echter uit een (vanuit positie en beleving van de klant) samenhangend geheel van diensten en geeft gevraagde en ongevraagde antwoorden op manifeste én latente behoeften van de klant. "Het ontwikkelen van een serviceconcept is niet een kwestie van een workshop van enkele dagen of een veranderingsprogramma, maar is een kwestie van mentaliteit. De verandering kan al binnen één dag beginnen bij een groep van vijf bestuurders. Maar het realiseren van het gehele potentieel duurt meestal jaren. De ontwikkeling doorloopt doorgaans een aantal stadia" (Hurts, 2006).

In het nevenstaande schema zijn deze stadia verkort weergegeven.

Organisatieperspectief	Cliëntenperspectief
<i>Dove dienstverlening:</i> De klant wordt geacht zich aan te passen aan interne standaarden en tradities van het bedrijf. Klanten die dat niet willen of kunnen, worden gezien als lastig en zijn een 'noodzakelijk kwaad'.	De klant herkent zijn behoeften niet in het aanbod en zoekt een alternatief. Zijn betrokkenheid is nihil.
<i>Indifferentie dienstverlening:</i> Het accent ligt op eigen kwaliteitsnormen, aan de wensen van de klant wordt alleen aandacht besteed voor zover dat de interne processen niet verstoort. De klant wordt gezien als de 'te overtuigen tegenpartij'.	De dienstverlening miskent de behoeften van de klant en hij vindt het moeilijk een keus te maken omdat alle aanbieders onvoldoende op zijn vragen/behoeften ingaan. Hij doet concessies bij elke keuze.
<i>Efficiënte dienstverlening:</i> ISO-normen worden gebruikt om de interne kwaliteit te omschrijven en stap voor stap te verbeteren, maar op aanvullende service wordt het liefst bezuinigd. Marktconform werken is het uitgangspunt. De klant wordt gezien als 'efficiënt te behandelen account'.	De klant voelt zich niet gebonden aan de organisatie. Bij elke aankoop maakt hij een keuze uit verschillende aanbieders.
<i>Responsieve dienstverlening:</i> De dienstverlening wordt regelmatig herijkt op basis van marktonderzoek. Aanvullende services krijgen enige aandacht, maar worden vooral gezien als extra's die het imago versterken. De klant wordt gezien als een belangrijke relatie.	De klant heeft enige voorkeur en kiest meestal voor dezelfde aanbieder, omdat die hem goed begrijpt en bedient. De klant kijkt ook wel eens elders.
<i>Onmisbare dienstverlening:</i> Medewerkers worden gestimuleerd zich in te leven in de situatie van de klant. Kwaliteit wordt gebaseerd op objectieve normen en beleving van de klant. Klanten worden gezien als participanten en worden betrokken bij ontwikkelingen en verbeteringen.	De dienstverlening is praktisch onmisbaar. Alle manifeste en latente vragen worden beantwoord. De klant heeft het gevoel dat hij er niet alleen voor staat, en dat de dienstverlener hem begrijpt en versterkt.

Bouwsteen 4: de bereidheid creëren om actief te participeren

Bij de vorige bouwsteen ging het om creëren van betrokkenheid van cliënten/bewoners bij de zorginstelling. Volgens het Betrokkenheid, Wederkerigheid en Community model leidt betrokkenheid weer tot de bereidheid om te participeren in de organisatie. Welke instrumenten worden in de literatuur beschreven die door VVT instellingen gebruikt kunnen worden om de participatie van cliënten/bewoners te versterken?

In het Betrokkenheid, Wederkerigheid en Community model wordt gesproken over co-creatie.

Bij co-creatie worden producten en diensten samen met derden (klanten, eindgebruikers) ontwikkeld en verbeterd. Het gaat erom dat het ontwikkelen en verbeteren van diensten hierdoor een gezamenlijke activiteit wordt, waardoor organisaties meer inzicht in de wensen en behoeften van hun stakeholders kunnen krijgen en de kans op succes wordt vergroot. Hieronder worden een drietal vormen van co-creatie weergegeven die bruikbaar zijn voor VVT zorginstellingen. Daarna wordt een theoretisch concept beschreven dat co-creatie en actieve betrokkenheid van cliënten/bewoners en andere stakeholders stimuleert: het Planetree concept.

Niet praten over, maar met de cliënt/bewoner. Van MDO naar cliëntbespreking.

In het multidisciplinair overleg (MDO) spreken professionals onderling over belangrijke zaken die te maken hebben met de verzorging, verpleging, behandeling en het welzijn van de cliënt/bewoner. De cliënt/bewoner wordt vooraf en achteraf wel betrokken, maar deel uitmaken van het overleg gebeurt niet.

“De laatste tijd vindt er een kentering plaats van organisaties die het MDO ‘openstellen’ voor de cliënt/bewoner c.q. zijn familie onder het mom: niet praten over, maar met de cliënt/bewoner. Voorspelbare gevolgen van een ‘geïsoleerd MDO’ uiten zich in klachten van cliënten/bewoners die te maken hebben met

miscommunicatie, verschillende verwachtingen over en weer, afstemmingsproblemen, het niet nakomen van afspraken enzovoort” (Van der Meulen, december 2008).

Om het gedachtegoed van de centrale positie van de cliënt/bewoner handen en voeten te geven, kan het MDO als ‘arena’ worden gezien: “Een centrale plek in het hulpverleningsproces waar cliënt/bewoner en alle relevante disciplines elkaar ontmoeten om de zorg- en dienstverlening te evalueren. **Dus een ideale plek om met elkaar aan het werk te gaan**” (Van der Meulen, december 2008). Van der Meulen schrijft over een pilotproject bij een zorginstelling waarbij onder meer de volgende resultaten zijn opgetreden:

- cliënten/bewoners voelen zich serieus genomen.
- cliënten/bewoners uiten minder klachten.
- meer input om zorg- en dienstverlening uit te breiden.

Nieuwe vormen van zorg door familieparticipatie

Als naasten hun familielid in een verpleeghuis verzorgen of vertegenwoordigen wordt dat familieparticipatie genoemd: de familie als deelgenoot in zorg en welzijn.

Theo Royers, seniormedewerker bij Vilans, schrijft in een artikel over een konvooi: het netwerk van familie en vrienden dat in de levensloop met iemand meereist. “Hoe ouder mensen worden, hoe meer hun konvooi krimpt. De praktijk leert dat dit konvooi achterblijft als iemand in een instelling gaat wonen. Hoewel de familie nooit echt is weggeweest, erkennen steeds meer zorgorganisaties dat in het beleid en in de alledaagse praktijk het sociale netwerk van hun cliënten buiten beeld blijft. Familieleden komen wel op bezoek, maar hebben er geen vaste plaats. Op organisatieniveau lijkt familieparticipatie nog geen item te zijn, maar veel locatiemanagers en zorgverleners zelf zeggen dat de tijd rijp is om met de familie om tafel te gaan zitten. Ook blijkt uit onze verkenning dat maar weinig organisaties een proactief beleid voeren op het gebied van familiebetrokkenheid. Meestal komt het pas ter sprake als er zaken uit de hand zijn gelopen en miscommunicatie hersteld moet worden” (Theo Royers, 2009).

De ouderensector kan leren van de VG-sector en de jeugdzorg. Daar wordt zogenaamde driehoekmodel gehanteerd waarin familieleden een erkende plaats krijgen in het beleid, naast zorgverleners en de cliënt. Vanuit de jeugdzorg kan de ouderensector kennis maken met het model Familieconferenties (‘Eigen Kracht’) waarin families ervaren hoe het is om hun eigen verantwoordelijkheid te nemen en zelf hun problemen oplossen. Centraal in deze is dat de familie de belangrijkste contactbron van de cliënt is. “Zorgverleners en managers leren om een stap terug te zetten naar de tweede (ondersteunende, faciliterende) ring en ruimte te geven aan de familie om weer in de directe (sociale, emotionele) cirkel van de cliënt te treden. Belangrijk daarbij is dat zorgverleners en hun managers een meervoudig perspectief leren innemen. Dit meervoudige perspectief houdt de erkenning in van het eerder genoemde konvooi waarin mensen van allerlei pluimage figureren. Een voorbeeld van die ‘erkenning’ zijn digitale toepassingen om in een voor de buitenwereld afgeschermd site de hele familie op de hoogte te houden van het wel en wee van de cliënt, met foto’s, berichten en vragen. Familieleden kunnen ieder op hun beurt ook foto’s, filmpjes, suggesties en andere wetenswaardigheden op deze site plaatsen” (Theo Royers, 2009).

Co-creatie communities

“Co-creatie communities, een specifiekere vorm van co-creatie waarbij online communities worden ingezet, is de laatste 2 jaar vooral een trend, omdat op deze manier in plaats van met focusgroepen en enquêtes de ‘crowd’ ook met elkaar aan de ontwikkeling van producten en diensten kan werken” (MartijnStaal.nl, 2009).

Planetree als zorgconcept

Hierboven zijn drie vormen van co-creatie beschreven die bruikbaar zijn voor VVT zorginstellingen. Het zogenaamde Planetree model kan daarbij als fundament dienen om co-creatie te bevorderen.

“Planetree is een belevingsgericht zorgconcept dat in 1987 in de VS is ontstaan uit onvrede met de tot dan toe geavanceerde medische zorg in ziekenhuizen. De medische zorg werd middels het Planetree zorgconcept

uitgebreid met een mensgerichte zorgverlening, waarin meer aandacht was voor de individuele zorgbehoefte van de aanvrager. Het Planetree concept werd de afgelopen jaren succesvol toegepast in verschillende ziekenhuizen” (Frampton & Charmel, 2009). Patiënten voelen zich duidelijk meer betrokken bij de zorgverlening en zijn duidelijk meer tevreden over de ontvangen zorg en de persoonlijke betrokkenheid van de medewerkers (Martin et al., 1998).

Planetree helpt zorginstellingen met het waarmaken van zorg waarbij cliënten en familie centraal staan. Door de cliënt actief te betrekken en te informeren, zijn cliënten in staat om zelf keuzes te maken. Planetree stimuleert veiligheid en verbondenheid voor cliënt en professional, waardoor gezonde relaties kunnen ontstaan.

De zorgbehoefte van de cliënten/bewoners kunnen beter herkend worden wanneer zorg wordt verleend volgens 12 aandachtsgebieden die gericht zijn op de lichamelijke, emotionele, sociale en spirituele behoeften van het cliëntsysteem. Deze 12 aandachtsgebieden zijn verdeeld over drie clusters: betere zorg, helende omgeving en gezonde organisatie: zie figuur Planetree.



In het kader van bouwsteen 4 van het Betrokkenheid, Wederkerigheid en Community model wordt hieronder nader ingegaan op het tweede cluster: de helende omgeving.

Een helende omgeving is een omgeving die wordt gekenmerkt door een vriendelijk, rustgevend gebouw en inrichting met aandacht voor kunst, water, licht en ruimte. Een sociale omgeving door betrokkenheid van familie en gemeenschap, met grote aandacht voor situatie en medewerker en collegialiteit. Als het gaat om een helende omgeving zijn volgens het Planetree zorgconcept drie componenten van belang:

1. *Menswaardige technologie*

De ontwikkeling, het ontwerp, de keuze voor en het gebruik van de technologie gaat uit van de mens en werkt niet vervreemdend. Belangrijk is dat de technologie zodanig wordt gebruikt, dat de verbinding van de cliënt met zichzelf en zijn sociale omgeving optimaal blijft. Vriendelijk design, gebruik van kleuren en eenvoudig in gebruik, voorlichtingsfilmmpjes op tv, digitaal contact met dierbaren en menukeuzen zijn gebruikelijk.

2. *Architectuur en interieur leveren bijdrage aan gezondheid en heling*

De fysieke omgeving is belangrijk voor gezondheid en welbevinden. De menswaardigheid staat voorop bij het ontwerp. Er is aandacht voor geluid, goede ventilatie, natuurlijk daglicht, contact met natuur, muziek

en positieve afleiding. Door het wegnemen van architectonische grenzen, zoals balies, stimuleert het interieur de betrokkenheid van cliënt en familie. Ruimtes zijn zo ingericht dat er zowel plek is voor rust en reflectie, als voor sociale activiteiten en contacten, zoals aquaria, bibliotheken, keukens, ontmoetingsruimtes, kapelletjes, tuinen, labyrinten en slaapkamers voor familie. Daarnaast leiden heldere verwijzingen tot zekerheid.

3. Vrienden, familie en gemeenschap spelen een positieve rol

Ondersteuning door familie, vrienden, mantelzorgers en gemeenschap is essentieel voor een goede fysieke en geestelijke gezondheid. Planetree organiseert en stimuleert de betrokkenheid van de omgeving zoveel mogelijk. Mensen staan het liefst midden in het leven ondanks ziekte of ouderdom. Cliëntgestuurde bezoektijden, familie en vrienden zijn welkom, ook bij ingrijpende procedures en reanimatie. Het mantelzorg programma zorgt ervoor dat de mantelzorgers intensief deelnemen aan de zorg van de cliënt tijdens en na de opname. Samenwerking met scholen, verzorgingshuizen, kerken en andere partijen (zoals zangkoren, toneel- en muziekgroepen, winkels en restaurants) in de gemeenschap maken het mogelijk om deel te nemen aan het 'gewone' leven.

Vrijwilligers spelen, ieder met hun eigen talent, een belangrijke rol in het realiseren van Planetree, bijvoorbeeld bij het begeleiden van cliënten/bewoners bij een herstelprogramma, voorlezen, muziek maken, cliëntenvervoer (binnen en buiten), activiteiten begeleiden, gedichten schrijven, schilderen, wandelen en levensverhalen optekenen. Het is duidelijk dat de gemeenschap graag dingen doet voor mensen in kwetsbare situaties.

Bouwstenen 5 en 6: creëren bereidheid tot actief lidmaatschap, het dragen van mede verantwoordelijkheid en mede besturen

Welke mogelijkheden heeft een VVT zorginstellingen om cliënten/bewoners zover te krijgen dat ze actief lid worden van de organisatie en mede verantwoordelijkheid willen dragen voor enerzijds de dagelijkse gang van zaken en anderzijds voor de continuïteit van de organisatie (dat wil zeggen: besturen)?

Om dat te bewerkstelligen dienen organisaties de vijf ontwikkelingsstadia te doorlopen van het Betrokkenheid, Wederkerigheid en Community model. Open communicatie leidt tot vertrouwen en vertrouwen leidt tot betrokkenheid. Betrokkenheid leidt tot de bereidheid tot actieve participatie. De vijfde en zesde bouwsteen vormen de top van de piramide.

In het verleden werden veel burgers 'automatisch' lid van een kruisvereniging. Van welke je lid werd, was afhankelijk van de zuil waartoe je behoorde. Zo bestonden het Groene Kruis, Het Oranje Kruis, etc. Leden betaalden een beperkte jaarlijkse bijdrage voor het lidmaatschap. Daartegenover stond dat je kon rekenen op middelen en materialen bij zwangerschap, botbreuken, etc.

Tegenwoordig worden burgers niet meer automatisch lid van dergelijke verenigingen. De zuilen zijn uiteen gevallen. Het individu staat anders in de wereld dan vroeger en dus ook in een vereniging. Hij is minder geworteld en keuzes zijn geen keuzes voor het leven. Betrokkenheid is geen vanzelfsprekendheid meer. In de komende jaren zal door de vergrijzing de toegang tot zorg een probleem gaan worden. En dan zal het lidmaatschap wellicht weer aantrekkelijker gaan worden. Immers, dan is toegang tot zorg weer gegarandeerd. Dat betekent nog niet dat de leden dan ook bereid zijn tot actieve participatie en verantwoordelijkheid dragen.

Om mensen zover te krijgen dat ze én lid worden én actief participeren, moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan (Van Dijk en Klep, 2010):

- **Een werkelijke belangstelling voor de leden.** Niet het statutaire doel, maar de leden zijn het uitgangspunt van de vereniging. Zij verdienen respect en er moet naar hen geluisterd worden. Als leden emotionele overwegingen hebben, zijn dat óók overwegingen. En als leden verlangens hebben die met elkaar conflicteren, dan moet dat gewoon op tafel komen.
- **Het koesteren van oppositie.** Tegenstand is een van de belangrijkste middelen om het bestuur op het

rechte pad te houden. Geef stakeholders de ruimte: sta emotie en experiment toe. Dat is de beste manier om potentiële doelen en nieuw kader voor morgen boven water te krijgen. En ook een goede manier om de andere leden te prikkelen zich af te vragen wat ze nou precies belangrijk vinden.

- **Geloof in wat een vereniging is en draag dat uit.** Een vereniging is een samenwerking van leden die bepaalde afspraken maken. Het zal ongetwijfeld zo zijn dat de samenleving niet maakbaar is. Een vereniging is dat per definitie wel. De ultieme reden om een vereniging op te richten is uiteindelijk dat de leden geen zin hebben om op alle fronten mee te gaan met de maatschappelijke ontwikkelingen!
- **Relativeer professionaliteit.** Geen regime begint eraan om een 'diploma moeder' te eisen. Ieder kan voor zichzelf invullen waarom dat is. Waar wij in elk geval voor pleiten is dat je in de setting van een vereniging uiteindelijk zelf mag invullen wat belangrijk is en wat niet.
- **Democratie is moeilijk.** Het kan zijn dat bovenstaande punten een voortdurend 'ja, maar' oproepen. Er zijn statuten en er zijn gevestigde belangen. De leden zijn individualistisch en consumentistisch. De concurrentie is hard. Ruzie is niet leuk. Allemaal waar. Maar ben je een vereniging of niet?" (Van Dijk en Klep, 2003).

Bij de vijfde en zesde bouwsteen komt de nadruk mede te liggen op de bestuurders die hun eigen oppositie moeten creëren en een werkelijke belangstelling voor de leden moeten tonen. Het besturen van een organisatie met een coöperatief bedrijfsmodel vraagt een bepaalde besturingsfilosofie. Daarover gaat het volgende hoofdstuk.

5. *Conditie voor een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl: besturingsfilosofie*

De ontwikkeling en instandhouding van een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl vraagt een bepaalde besturingsfilosofie van een VVT zorginstelling. De besturingsfilosofie van een organisatie bestaat uit een aantal onderdelen: normen en waarden, beloningsstructuur, strategievorming en budgettering (planning), prestatiemeting (control), resultaatverantwoordelijke eenheden en interne verrekening. De keuzes die de organisatie hierin maakt, worden ook wel aangeduid als de besturingsfilosofie (Atkinson, 2010).

In het voorliggende hoofdstuk wordt beschreven welke besturingsfilosofie volgens de literatuur een optimale bijdrage levert aan het realiseren van de coöperatieve principes c.q. het optimaal functioneren van een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl.

Als het gaat om de besturingsfilosofie op hoofdlijnen dan kan onderscheid gemaakt worden tussen de zogenaamde **Rijnlandse stijl** en de **Anglo-Amerikaanse stijl**. Het zijn twee vormen van kapitalisme: de ene op basis van **solidariteit**, de andere op basis van **individualisme**.

“De Rijnlandse variant bevindt zich in het midden van het staatskapitalisme (bijvoorbeeld in China) en het Anglo-Amerikaanse kapitalisme. Misschien moeten we de Duitse econoom Wilhelm Ropke wel alle eer geven. Als eerste waarschuwde hij voor zowel extreem socialisme als het ‘laissez faire’ kapitalisme in zijn befaamde boek *Die lehre von der Wirtschaft*. “**Dieser dritte** weg der Wirtschaftspolitik ist vor allem auch ein Weg des Masses und der Proportion”. Hij sprak over economisch humanisme waarbij centralisering, standaardisering, overorganisatie en groot, groter, grootst nooit de juiste weg konden zijn. We zullen terug moeten naar de menselijke maat, het spontane, het natuurlijke en de verscheidenheid” (Peters en Weggeman, 2010).

In navolging van Amerika is in Europa (en daarmee ook in Nederland) lange tijd marktwerking als dé oplossing gezien voor veel (maatschappelijke) problemen. Inmiddels neemt de kritiek op marktwerking toe, ook in politieke kringen.

“Nederland kan – aldus professor Marc Chavannes – tegenspel geven wanneer er hier weer een helder beeld ontstaat over wat in essentie overheidstaken zijn en wie die het beste kunnen uitvoeren.

Yves Leterme, ex eerste minister van België, sluit hierbij aan: “Precies omdat het Rijnlands model alle stakeholders voor ogen heeft, de samenwerking voorop stelt en de sociale bescherming essentieel acht, is het geïnteresseerd in goede arbeidsverhoudingen, hecht het belang aan collectieve successen door samenwerking en niet alleen aan individuele competitie”. **Vertrouwen, loyaliteit en samenwerking vormen belangrijke waarden** (red. FS)” (Peters en Weggeman, 2010).

Anglo- Amerikaans	Rijnlands
Wie de baas is, mag het zeggen	Wie het weet, mag het zeggen
Individualisme	Solidariteit
Doelstelling als vertrekpunt	Hier en nu als vertrekpunt
Organisatie is geldmachine	Organisatie is werkgemeenschap
Zelf willen schitteren	Samen schitteren; teamplay
Regelgedreven	Principegedreven
Regels zijn regels	Contextgevoelig
Functiesplitsing als norm	Vakmanschap als basis
Coördinatie van bovenaf	Coördinatie vanaf de werkvloer

Anglo- Amerikaans	Rijnlands
Staf aangestuurd	Primair proces staat centraal
Standaardisering/voorspelbaarheid	Maatwerk/emergente strategie als norm
Weten is meten (alleen wat we kunnen meten is waar)	Metten is weten (als je iets kunt meten, weet je meer)

Kijkend naar de door Peters en Weggeman hierboven weergegeven verschillen tussen het Rijnlandse denken en het Anglo-Amerikaanse, kan gezegd worden dat de Rijnlandse stijl een goede basis biedt voor het ontwikkelen en in stand houden van een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl. Het gaat bij het Rijnlands model niet uitsluitend om de belangen van de shareholders, maar ook om die van de andere stakeholders. En belangrijke waarden als samenwerking, vertrouwen en loyaliteit zijn nodig om de verschillende ontwikkelingsstadia van het Betrokken, Wederkerigheid en Community model te doorlopen.

In het kader van de voorliggende thesis is het model van Atkinson vrij vertaald en is gekeken naar de verschillende aspecten van de besturingsfilosofie. Per aspect wordt kort ingegaan op de Rijnlandse stijl en wordt ingezoomd op de bijdrage die deze stijl kan leveren met betrekking tot het realiseren van de coöperatieve principes c.q. het in stand houden en realiseren van een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl.

1. Kernwaarden

Kernwaarden zijn de belangrijkste ('kern') waarden binnen een organisatie. Het begrip waarde komt, net zoals de begrippen principes en normen, uit de ethiek en de sociologie.

Een standaard sociologische definitie van waarden is: '... centrale maatstaven met behulp waarvan men het eigen gedrag en dat van anderen beoordeelt' (Van Doorn en Lammers, 1976). Het gaat om zaken die men collectief goed en juist vindt, die men graag wil, en waarnaar men streeft. Waarden zijn dus morele doelen of idealen die mensen nastreven, waarderen en motiveren. Waarden hebben emotionele lading: 'daar gaan mensen voor'. Enkele voorbeelden: eerlijkheid, respect, trouw, betrouwbaarheid, betrokkenheid, liefde, moed en rechtvaardigheid.

Waarom zijn kernwaarden van belang? De organisatie, haar cliënten/bewoners, medewerkers en stakeholders zijn gebaat bij het delen van dezelfde waarden. De definitie van strategische marketing is volgens Kotter (1996): "Social process by which individuals and groups obtain what they need and want through creating and exchanging products and values".

In de kernwaarden van de organisatie zou derhalve plaats moeten zijn voor waarden die aansluiten bij de coöperatieve principes: betrokken, betrouwbaar, coöperatief, wederkerig en verantwoordelijk.

2. Strategievorming

Als het gaat om strategie spelen drie factoren een rol:

A. De dominante klantgerichtheidstrategie van de organisatie: kostenleiderschap, customer intimacy of productleiderschap?

Een valkuil voor V&V instellingen is dat zij extern communiceren dat 'customer intimacy' de dominante klantgerichtheidstrategie is, maar dat niet waar kunnen maken. Als gevolg daarvan daalt het vertrouwen van de interne en externe stakeholders in de organisatie.

De AWBZ zorg heeft nu eenmaal zijn beperkingen. Kostenleiderschap is een meer voor de hand liggende dominante klantgerichtheidsstrategie voor VVT instellingen. Maar welke de organisatie ook kiest, het gaat erom dat deze dominante strategie tot in de haartjes van alle interne en externe stakeholders is doorgedrongen. Dan wordt de belofte aan de stakeholders ook waargemaakt en groeit het vertrouwen en daarmee de betrokkenheid en de bereidheid tot actieve participatie.

B. Emergente strategie is de norm; planning is een middel om doelstellingen te realiseren.

De gerealiseerde strategie is meer gebaseerd op emergente strategieën dan op de beoogde strategie. Besluiten worden genomen in complexe processen, waarbij de beoogde strategie wordt aangepast aan de

(veranderende) wensen en behoeften van interne en externe stakeholders.

“Rijnlands veranderen is meer incrementeel/evolutionair veranderen (in plaats van radicaal/revolutionair) en Rijnlands veranderen is meer een ontwikkelbenadering dan een ontwerpbenadering zoals in het Anglo-Amerikaans model, waarbij designteams de blauwdruk maken voor de toekomst, die vervolgens wordt uitgerold over de hoofden van de medewerkers” (Peters en Weggeman, 2010).

C. Strategisch Marketingmanagement.

“Strategisch marketingmanagement vergt een besturingsfilosofie die gericht is op:

- Flexibiliteit van de bedrijfsvoering.
- Klantgerichte bedrijfsvoering (proactief inspelen op nieuwe wensen en behoeften).
- Erkenning van differentiatie van cliëntbehoeften.
- Gedifferentieerde dienstverlening (cliëntprofielen bepalend voor inrichting werkprocessen).
- Nadruk op dienstverlening en procesinnovatie.
- Partnerschap met andere complementaire zorgorganisaties (realiseren van zorgketens).”

(Woldendorp en Boonekamp, 2006).

3. Structuur

Als het gaat om structuur spelen drie zaken een rol: rechtsvorm, besturingsmodel en organisatiestructuur.

A. Rechtsvorm

Verreweg de meeste VVT zorginstellingen hebben van oudsher de rechtsvorm van de stichting. De stichting is echter naar haar aard de meest ‘gesloten bestuursvorm’ en wellicht niet meer de meest geschikte rechtsvorm voor een VVT organisatie. In een stichting wordt namelijk niet voorzien in de verankering van de organisatie in de groep van interne en externe stakeholders. Of en in hoeverre deze stakeholders een ‘stem’ hebben is niet gewaarborgd, maar vooral afhankelijk van de bestuurders en de toezichthouders. “Hebben zij het lef om hun eigen oppositie op te roepen en zich de maat te laten nemen door de stakeholders?” (Van Dijk, 2010).

In vacatures wordt voorzien door coöptatie. Weliswaar worden steeds vaker advertenties geplaatst waarin kandidaten worden opgeroepen om te solliciteren, maar het feit blijft dat uitsluitend de RvT zelf beslist wie wordt benoemd tot lid van de RvT. Een coöperatieve vereniging heeft meer waarborgen voor het creëren van betrokkenheid en verantwoordelijkheid, doch heeft een wat oubollig en stoffig imago.

B. Het besturingsmodel

De vraag naar de wenselijkheid van verschillende bestuursmodellen leeft in de zorgsector anno 2011 veel minder dan in de profitsector. De discussie over bestuur-directie, algemeen-dagelijks bestuur of RvT/RvB-model is verrassend snel beslecht in het voordeel van het laatste model. De in het grotere bedrijfsleven opgelaaide discussie over een ‘one-tier’- versus ‘two-tier’-model van toezicht, naar aanleiding van de vraag of de RvC niet te zeer op afstand staat om bepaalde deconfitures te voorkomen, speelt bepaald nog niet in de zorgsector. In de zorg is het proces van meer afstand nemen nog in volle gang (bron: Toolkit Toezicht Zorginstellingen, pag. 16-17).

Het RvT/RvB-model kent echter een legitimatieprobleem: want van wie is de stichting eigenlijk?

Met andere woorden: het ‘eigenaarschap’ is niet gedefinieerd. Het RvT/RvB-model is overgenomen uit het bedrijfsleven vanuit een veronderstelde gelijkenis met de profitsector. In een bedrijf is er echter sprake van een ‘eigenaar’ of aandeelhouders, waaraan de RvT verantwoording dient af te leggen. Deze verantwoording ontbreekt in een VVT organisatie. De positionering van de RvT is dan onduidelijk: vertegenwoordigt de RvT de maatschappij? Vormt de RvT een brug naar de maatschappij? Naar wie verantwoordt de RvT zich? (Zuurbier, presentatie MBA 2009-2011).

“De governance in de zorg is teveel geënt op het raad-van-commissarissenmodel in het bedrijfsleven. Daardoor focussen Raden van Toezicht zich teveel op het financiële belang van de zorgorganisatie en hebben ze te weinig oog voor publieke belangen en de betrokkenheid van stakeholders als patiënten, familie en medewerkers. Maar in de zorg hebben toezichthouders een veel bredere en complexere rol. Ze gaan ook over de publieke belangen: de kwaliteit, toegankelijkheid en de betaalbaarheid van zorg.

Ze moeten ook toezien op de betrokkenheid van patiënten, families en medewerkers” (Goodijk 2011). Een ander punt van aandacht is dat privaat en publiek steeds meer door elkaar gaat lopen en dat de aansturing van zorginstellingen steeds complexer wordt. Samenwerkingsverbanden worden steeds vaker ondergebracht in BV's. “Die raken aan het toezicht van Raden van Toezicht onttrokken. RvT's hebben er nauwelijks bemoeienis mee. Daardoor hebben ze vaak geen zicht op de financiële risico's bij investeringen in private activiteiten als vastgoed. ... Raden van Toezicht ontkomen er niet aan hun tentakels uit te steken in de organisatie. ... Daarmee gaan ze echt niet op de stoel van de bestuurder zitten” (Goodijk, 2011).

C. De organisatiestructuur: inrichting van de organisatie op basis van het Rijnlandse of het Angelsaksische model?

“Je kunt organisaties op verschillende manieren structureren oftewel inrichten. Je kiest dan voor verschillende uitgangspunten. Wat stel je centraal? Het primaire (maak)proces of de beurs?

Een Anglo-Amerikaans bedrijf zal zijn organisatie zo inrichten dat bedrijfsonderdelen op de beurs makkelijk te verhandelen zijn. Rijnlands organiseren is gebaseerd op het verbeteren van de kwaliteit van het werk voor de klant, voor de medewerker, voor de financier en voor de omgeving (milieu, buurtbewoners, etc). Daarom worden taken vaak niet of tenminste minder opgeknipt in allerlei deelwerkzaamheden, maar juist samengevoegd om tot een juiste integratie te komen. De klant wordt niet van het kastje naar de muur gestuurd en de kwaliteit van de arbeid van de medewerker en de arbeidstevredenheid stijgen. Rijnlands organiseren kent de volgende uitgangspunten:

- decentralisatie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden
- uitgaan van de intrinsieke behoeften van de medewerkers (wat willen ze eigenlijk?)
- nadruk op samenwerking van organisatieonderdelen
- laat personeel op 'laag niveau' coördineren (en niet op hoger hiërarchisch niveau) - zij hebben het inzicht
- leiderschap gericht op het ontwikkelen van taakvolwassenheid
- vaardigheden en persoonlijke kwaliteit naast materiedeskundigheid (inhoudelijke kennis van zaken)
- een structuur waarin veel wordt overgelaten aan het initiatief van medewerkers
- borging van organisatieontwikkeling naast persoonlijke ontwikkeling
- een organisatie die heeft geleerd te leren, die leert van eerder gemaakte fouten en de routines daarop aanpast
- maakt laterale communicatie belangrijker dan verticale” (Peters en Weggeman, 2010).

4. Bedrijfscultuur

Het concept van het culturele web van Johnson en Scholes (1992) is een representatie van het paradigma van een organisatie en de fysieke uitingen van de organisatiecultuur. Er zijn zes elementen die door hun invulling het paradigma raken: procedures/routines, verhalen, symbolen, machtsverdeling, formele structuur en sturing/beheersingssysteem. Hierboven is reeds ingegaan op de formele structuur van de organisatie. Hieronder (zie punt 5) wordt nader ingegaan op het sturings/beheersingssysteem c.q. prestatie maatstaven/meting en beloningstructuur.

In het kader van de thesis wordt hier stil gestaan bij de machtsverdeling binnen de organisatie. Bestuurders en toezichthouders van een organisatie met een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl moeten bereid zijn de macht te delen met interne en externe stakeholders. Er wordt een bepaalde leiderschapstijl verwacht, die hieronder kort wordt beschreven.

“Bij een Rijnlandse stijl gaat het om dingen voor en door mensen voor elkaar te krijgen (in plaats van het Anglo-Amerikaanse ‘managing is getting things done through people’). Iemand die de Rijnlandse stijl omarmt:

- durft te twijfelen
- is erudiet, intelligent
- is diplomatiek, weinig dominant
- is bescheiden, onopvallend in de media en van onbesproken gedrag
- werkt aan succes op de lange termijn
- kent de vakwereld beter dan die van het geld

In het Rijnlandse denken speelt de scheiding werk/privé minder een rol. Je bent een vakman en dat ben je 24 uur per dag; dat is je identiteit. Een verpleegkundige zal te allen tijde optreden als iemand onwel wordt. Veel mensen vinden dat het nadeel van het Rijnlands model. Je bent je beroep en je bent zinvol bezig omdat je lol hebt in je vak en daarbij in het ondersteunen van de ander. Je doet dat zo goed mogelijk en daarom mag er best goed worden verdiend. Maar genoeg is genoeg” (Peters en Weggeman, 2010).

“Een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl vereist een bestuurstijl waarbij de bestuurder met oplossingen komt ‘die uit te leggen zijn’ aan de cliëntsystemen en overige stakeholders. Om dat te kunnen, moet de bestuurder voeling blijven houden met de cliëntsystemen en weten wat er leeft. Het betekent ook een tweezijdige verantwoordelijkheid. De bestuurder is geen belangenbehartiger die draait wat de cliënten/bewoners vragen, maar iemand die namens hen probeert een goed professioneel oordeel te vormen over de wenselijke ontwikkelingen binnen de organisatie, en vervolgens ook de verantwoordelijkheid neemt om dat naar de cliënten/bewoners ‘uit te leggen’. Een dubbelrol dus: naar de organisatie toe een vertegenwoordiger van het belang van de cliënten/bewoners. Maar naar de cliënten/bewoners toe wordt de bestuurder verondersteld een leider te zijn” (Van Dijk en Klep, Eigen zorg in eigen hand, 2004).

Een voorbeeld ter illustratie uit de landpolitiek. Een politicus als Wilders van de PVV manifesteert zich vooral als ‘belangenbehartiger’ die geen regeringsverantwoordelijkheid neemt en geen impopulaire maatregelen hoeft ‘uit te leggen’ aan de kiezers. Politici van de gevestigde partijen nemen deze verantwoordelijkheid wel, maar weten te weinig wat er leeft onder de achterban en komen niet met oplossingen die uit te leggen zijn.

Wat voor bestuurders geldt, geldt ook voor het management en het middenkader (afdelingshoofden van zorgafdelingen). Ook zij moet haar beleid in coöperatieve termen kunnen verantwoorden. En een toets daarvoor is dat ze het uit moet kunnen leggen. Ook hier is dat de uitleg van een docent die even uitlegt hoe het zit, maar het “uitleggen van iemand die eigen deskundigheid en verantwoordelijkheid moet zien te sluizen in het belang van de ander” (Van Dijk en Klep, Eigen zorg in eigen hand, 2004).

Bestuurders en management zijn dan ‘libertair paternalisten’ die de keuzearchitectuur voor hun organisatie vaststellen én dat kunnen uitleggen aan de cliënten/bewoners.

Verhalen van bestuur en management moeten gaan over het maatschappelijk nut en rendement van de organisatie voor ouderen en chronisch zieken. Geboekte successen moeten worden toegeschreven aan het collectief en niet aan individuen.

“Een belangrijke aanbeveling voor Rijnlanders is om vakjargon niet te vervangen door het zogenaamde managementdiscours, buiten dat managerial taalgebruik te blijven” (Peters en Weggeman, 2010).

De besturingsfilosofie van zorginstellingen met een coöperatief bedrijfsmodel is niet regelgedreven, maar principe gedreven. Kwaliteitssystemen als HKZ en/of ISO zijn niet leidend zijn voor de organisatie. Een kwaliteitssysteem is slechts een hulpmiddel en geen garantie voor kwaliteit. Medewerkers zijn contextgevoelig, hebben oog voor de samenhang. Regels zijn daaraan ondergeschikt.

5. Prestatiemaatstaven/meting en beloningstructuur

Waarop wordt gestuurd? Op intern gemeten effecten (productiviteit, kosten) of bij de klant gemeten effecten (waardering, klachten, voorkeuren)? In een coöperatief bedrijfsmodel zou de nadruk moeten liggen op de bij de stakeholders gemeten effecten.

Het sturings- en beheersingssysteem in een coöperatief bedrijfsmodel zou gericht moeten zijn op service (Wat verwacht de cliënt? Hoe waardeert hij/zij de dienstverlening? Waar klaagt hij/zij nog over?). En de doelstellingen van de organisatie zouden gericht moeten worden op het organisatiebreed verbeteren van de cliënttevredenheid. Teamwork is steeds belangrijker.

“Veel organisaties hebben zo veel mogelijk prestaties geïndividualiseerd: via beloningen, maar ook via opleidingen (bijvoorbeeld management development). De Rijnlandse insteek is zoveel mogelijk kiezen voor collectieve ambities. Zo zijn er bedrijven die een ambitiestatement hebben gemaakt dat individueel is

onderschreven op verzoek van de medewerkers zelf. Dat vergroot de betrokkenheid en onderlinge samenwerking” (Peters en Weggeman, 2010).

In een coöperatief bedrijfsmodel is niet functiesplitsing de norm, maar wordt vakmanschap gestimuleerd én beloond. “Mensen voelen zich nuttig als ze een bijdrage kunnen leveren die anderen belangrijk vinden. Mensen willen zelf bijdragen aan het verhaal van hun organisatie. Mensen gedragen zich onafhankelijk en taakvolwassen als ze vakmanschap bezitten” (Peters en Weggeman, 2010).

De ontwikkeling en instandhouding van een coöperatief bedrijfsmodel wordt positief gestimuleerd als het maatschappelijk nut van de zorginstelling op een heldere manier zichtbaar wordt gemaakt. Zowel op organisatieniveau als op team- en medewerkerniveau (‘Dragen mijn organisatie, team en ikzelf daadwerkelijk bij aan de kwaliteit van leven van onze cliënten/bewoners?’). Zorginstellingen kunnen een ‘duwtje’ (een nudge) in de goede richting geven door geleverde bijdragen op een toegankelijke manier zichtbaar te maken.

Samenvatting/slotbeschouwing

In dit hoofdstuk is weergegeven dat de ontwikkeling en instandhouding van een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl een bepaalde besturingsfilosofie vraagt van bestuur en management van een VVT zorginstelling. Kijkend naar de weergegeven verschillen tussen het Rijnlandse denken en het Anglo-Amerikaanse, kan gesteld worden dat de Rijnlandse stijl een betere basis biedt voor een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl. Het past in de coöperatieve principes om het Betrokkenheid, Wederkerigheid en Community model in samenspraak met interne en externe stakeholders van onderaf op te bouwen (bottom-up). Tegelijk speelt leiderschap een belangrijke rol: bestuur en management moeten bereid zijn de macht te delen en stakeholders de ruimte te geven om in vrijheid keuzes te maken. Libertair paternalisme lijkt dan een geschikte basis. De structuur van de organisatie dient aan te sluiten c.q. een positieve bijdrage te leveren aan het coöperatief bedrijfsmodel. Dat kan door rechtsvorm, besturingsmodel en organisatiestructuur aan te passen. In onderstaand model wordt een en ander schematisch weergegeven.

In het volgende hoofdstuk wordt het veldonderzoek beschreven. Er wordt beschreven hoe vier VVT zorginstellingen inhoud hebben gegeven aan de invulling van één of meer bouwstenen van het Betrokkenheid, Wederkerigheid en Community model en welke besturingsfilosofie zij hanteren.



6 Veldonderzoek

6.1 Inleiding en uitvoering van het onderzoek

In de voorgaande hoofdstukken is aan de hand van literatuurstudie en een oriëntatie op nieuwe concepten voor VVT zorginstellingen ingegaan op de volgende vragen:

1. Wat is een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl?
2. Op welke maatschappelijke vragen geeft het coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl een antwoord?
3. Hoe wordt een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl opgebouwd?
4. Welke methodieken en instrumenten zijn voorhanden om invulling te geven aan de bouwstenen van het model?
5. Welke besturingsfilosofie draagt optimaal bij aan het functioneren van een coöperatief bedrijfsmodel van de nieuwe generatie?

In hoofdstuk 6 wordt vervolgens een antwoord gegeven op de volgende vragen:

6. Hoe wordt bij 'best practices' in de VVT vorm en inhoud gegeven aan de bouwstenen?
 7. Welke besturingsfilosofie wordt bij de best practices gehanteerd?
- De beantwoording van de hierboven weergegeven vragen zal uiteindelijk leiden tot een slotbeschouwing in hoofdstuk 7 met aanbevelingen over de opbouw c.q. ontwikkeling van een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl in de VVT branche en de meest optimale besturingsfilosofie.

De onderzoeksstrategie

De onderzoeksstrategie is een mengvorm van twee strategieën: bureauonderzoek en semi-gestructureerde diepte-interviews. Het bureauonderzoek wordt aangevuld met semi-gestructureerde interviews bij vier V&V zorginstellingen, waarbij op exploratieve wijze wordt geïnventariseerd welke instrumenten zij gebruiken om invulling te geven aan de bouwstenen van het Betrokkenheid, Wederkerigheid en Community model en welke besturingsfilosofie zij hanteren. Doel van het onderzoek is derhalve niet het toetsen hoe de vier zorginstellingen presteren ten opzichte van de theorie, maar om een overzicht te krijgen van instrumenten die bij de geïnterviewde instellingen worden gebruikt om invulling te geven aan de coöperatieve principes en de bijbehorende besturingsfilosofie.

Verzameling van het onderzoeksmateriaal

De geïnterviewde organisaties zijn vier VVT zorginstellingen die (op deelgebieden) tot de 'best practices' gerekend mogen worden. De respondenten zijn geselecteerd op basis van hetgeen de organisaties reeds hebben laten zien als het gaat om het invullen van de bouwstenen van het coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl. Twee organisaties zijn aanbevolen door Gert van Dijk respectievelijk Elly Breedveld. De resterende organisaties zijn door mij geselecteerd. Eén in verband met het feit dat deze organisatie een vereniging exploiteert en van daaruit services aanbiedt aan duizenden leden. De tweede organisatie in verband met het feit dat uit diverse publicaties is gebleken dat deze zorginstelling vooroploopt met de ontwikkeling van een nieuw elektronisch zorgdossier en daar een landelijke innovatieprijs voor heeft gewonnen. Dit nieuwe zorgdossier wijkt af van de bestaande dossiers door te focussen op verbetering van de communicatie tussen zorgverlener en client/bewoner.

Door (1) bestudering van artikelen en theorieën, (2) verkennende gesprekken met Gert van Dijk van de Nyenrode Business Universiteit en Elly Breedveld van de Erasmus Universiteit en (3) het theoretisch kader dat schematisch is samengevat in het slot van hoofdstuk vijf, is een vragenlijst gemaakt. De vragenlijst is voorgelegd aan en besproken met drie bestuurders respectievelijk de manager van de vereniging die

services aanbiedt aan duizenden leden. Er is gekozen voor een interview met de bestuurders, omdat gevraagd werd naar de keuzes die de bestuurder heeft gemaakt als het gaat om de besturingsfilosofie. Er is gekozen voor een gesprek met de manager, omdat ik gegevens wilde verzamelen over de instrumenten en besturingsfilosofie van de betreffende vereniging. De interviews namen twee uur per interview in beslag. De resultaten worden geanonimiseerd weergegeven.

Verwerken en analyseren van de gegevens

De onderzoeksgegevens worden hieronder (6.2) verwerkt en geanalyseerd op basis van het model dat in de afsluiting van hoofdstuk vijf is weergegeven. Dat wil zeggen per bouwsteen van het coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl, aangevuld met de besturingsfilosofie per zorginstelling. In de laatste paragraaf (6.3) van dit hoofdstuk wordt de samenhang weergegeven tussen enerzijds de bouwstenen onderling en anderzijds de samenhang tussen de bouwstenen en de besturingsfilosofie.

6.2 Resultaten interviews en analyse

In onderdeel één van deze paragraaf worden de resultaten van de interviews geanonimiseerd per bouwsteen van het Betrokkenheid, Wederkerigheid en Community model verwerkt.

In het tweede deel wordt de besturingsfilosofie van de vier VVT zorginstellingen kort beschreven.

Onderdeel één: resultaten met betrekking tot de zes bouwstenen van het Betrokkenheid, Wederkerigheid en Community model

Bouwsteen 1: Open Communiceren als basis voor vertrouwen

In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat de vier VVT zorginstellingen een expliciet beleid voeren voor wat betreft communicatie. De respondenten geven aan dat zij expliciet aandacht schenken aan de toegankelijkheid en lezersvriendelijkheid van de schriftelijke informatie. De meest recente uitgaven van de 'huisbladen' laten dat ook zien.

Eén zorginstelling spreekt over haar cliënten/bewoners als 'eigenaren' van de organisatie en communiceert vanuit die houding met hen. De deur van het kantoor van de bestuurder staat letterlijk open. Wat opvalt is dat de bestuurder ook zélf frequent direct contact heeft met cliënten/bewoners. De betreffende zorginstelling heeft de functie van Eerst Verantwoordelijk Ziekenverzorgende (EVV-er) als eerste contactpersoon c.q. belangenbehartiger afgeschaft. Men wil daarmee benadrukken dat de cliënt/bewoner zélf verantwoordelijk is voor zijn/haar eigen leven. De communicatie vindt thans plaats tussen het team van verzorgenden (in plaats van de EVV-er) en de cliënten/bewoners. Ook de uniformen zijn afgeschaft. De zorginstelling vindt dat uniformen niet leiden tot verbinding tussen medewerker en cliënt/bewoner maar afstand scheppen. En dat wil men voorkomen. De cliëntenraad wordt zeer serieus genomen. Er worden jaarlijks verkiezingen georganiseerd. De ambtelijke ondersteuning is goed geregeld. Onderwerpen worden al in de beleidsvoorbereidende fase aan de cliëntenraad voorgelegd ('voor in de trechter'). Er geldt een quorum voor de cliëntenraad: deze dient minimaal uit een bepaald aantal cliënten/bewoners te bestaan (en dus niet uit familieleden waarvan het familielid al lang niet meer in zorg is).

Een andere zorginstelling noemt haar cliënten/bewoners 'leden' en benadrukt in haar communicatie dat het grote aantal leden het mogelijk maakt om diensten te leveren van hoge kwaliteit tegen lage kosten. Verwachtingenmanagement staat hoog op de agenda als instrument om de cliënt tevreden te stellen.

Een andere zorginstelling heeft een innovatieve manier ontwikkeld om de communicatie met het cliënt-systeem te verbeteren. Zij gebruikt daarvoor een nieuw elektronisch zorgdossier (EZD). De meeste EZD's hebben inhoud en vorm gekregen vanuit administratief oogpunt (verantwoording afleggen aan verschillende partijen). De betreffende zorginstelling heeft echter een EZD laten ontwikkelen dat enerzijds veel meer uitgaat van de behoeften en wensen van het cliëntsysteem en anderzijds de communicatie tussen mede-

werkers en cliëntsysteem bevordert. De zorginstelling heeft daarvoor een landelijke prijs gewonnen (Best Practice Zorg, welzijn en wonen 2010 van Syntens).

Een andere zorginstelling voert bewust beleid om de afstand tussen bestuur en het cliëntsysteem te verkleinen, bijvoorbeeld door:

- directe benaderbaarheid ('de maat is één cliënt en één medewerker'),
- het zelf afhandelen van individuele klachten,
- meedraaien met diensten in zorgteams,
- het schrijven van persoonlijke berichten op het intranet.

Eén zorginstelling heeft een pilot uitgevoerd op het gebied van sociale media. De familie werd in staat gesteld om op digitale wijze met elkaar te communiceren. De activiteit wordt uit veiligheidsoverwegingen niet voortgezet. De zorginstelling 'twittert' nog wel en is alert op vermeldingen in de sociale media met een negatief karakter.

Samenvatting

De vier geraadpleegde zorginstellingen voeren een expliciet beleid voor wat betreft communicatie en hebben creatieve, verschillende manieren gevonden om open te communiceren met de cliënten/bewoners. Hoewel de cliënten/bewoners formeel geen 'eigenaar' of 'lid' zijn, worden ze bij twee zorginstellingen wel zo genoemd en/of gepositioneerd.

Bouwsteen 2: Vertrouwen creëren door strategische zorgmarketing

Strategische zorgmarketing staat al dan niet bewust bij alle vier de VVT zorginstellingen op de agenda van bestuur en management.

Bij de één is het onderwerp recent op de agenda gezet en dient gestart te worden met het maken van beleid. Anderen zijn al wat verder: één zorginstelling bevindt zich middenin het traject van het beantwoorden van de positioneringsvraag: wat is het duurzaam onderscheidend vermogen? Daarbij wordt de bestaande slogan 'Leven zoals je gewend bent' mede op initiatief van de medewerkers vervangen. De gemiddelde leeftijd van de cliënten in de verpleeghuizen is boven de 80 jaar; er is sprake van comorbiditeit en de gemiddelde verblijfsduur bedraagt 1,5 tot 2 jaar. Leven zoals je gewend bent gaat dus niet meer. De bestaande slagzin wordt aangepast aan de doelgroep in het verpleeghuis. Het accent wordt verlegd van 'gewoon leven in het verpleeghuis' naar klantgerichtheid in combinatie met deskundige ondersteuning. De zorginstelling heeft interne en externe stakeholders geïdentificeerd en bewust betrokken bij het wijzigen van de slogan.

Een andere zorginstelling legt de nadruk op het waarmaken van de belofte die is gedaan aan de cliënten/bewoners. 'Doen wat je belooft' is opgenomen in de kernwaarden van de organisatie.

Weer een andere zorginstelling laat zien dat zij zelf mede vormgever is van de context waarin zij opereert. Zij kopieert geen strategieën van een ander, maar maakt verbinding tussen de eigen kracht en de fundamentele behoeften van haar cliënten/bewoners. Zo worden supermarkten in kleine dorpen overgenomen en bemensd door jongere cliënten/bewoners. De doelgroep in de dorpen bestaat daarnaast veelal uit ouderen, waardoor er een creatieve, functionele verbinding ontstaat tussen de verschillende doelgroepen waarvoor de zorginstelling werkt.

Samenvatting

Het belang van strategische marketing wordt ingezien: elk van de best practices geeft op haar eigen manier daar invulling aan, al is de één veel verder dan de ander.

Bouwsteen 3: Betrokkenheid creëren door het ontwikkelen van serviceconcepten

Bij het ontwikkelen van een goed serviceconcept lopen VVT zorginstellingen aan tegen het feit dat de overheid het systeem van zorgzwaartepakketten heeft geïntroduceerd. Volgens dit systeem ontvangen zorginstellingen geld voor de geleverde prestatie per cliënt. De prestaties worden uitgedrukt in een zorg-

zwaartepakket (ZZP). De ZZP wordt afgegeven door het Centraal Indicatie Orgaan in de vorm van een indicatie, waarin het type cliënt en de omvang van de zorg (het aantal uren per functie) is beschreven. Hoewel de indicatie wordt afgegeven per individu, is het toepassen van de ZZP structuur tot op individueel niveau is niet verplicht. "De indicatie is 'het toegangsbewijs' tot een bepaald type zorg" (College voor zorgverzekeringen, 2011). Het CVZ schrijft dat het aantal uren in de indicatie een gemiddelde is, per periode kan verschillen en per cliënt/bewoner kan verschillen. Concrete afspraken wat dat betreft dienen vastgelegd te worden in een zorgleefplan. Veel meer dan de indicatie is het zorgleefplan dus leidend voor de kwantiteit en kwaliteit van de zorg- en dienstverlening.

De vier VVT zorginstellingen werken alle vier volgens het nieuwe bekostigingssysteem en passen de ZZP op individueel niveau toe. Over de kwantiteit van de zorg- en dienstverlening wordt door de zorginstellingen in principe niet met de cliënt/bewoner gediscussieerd, maar wordt verwezen naar het bureaucratisch orgaan (het Centrum Indicatiestelling Zorg) dat de ZZP voor de betreffende cliënt/bewoner heeft vastgesteld. Binnen deze bandbreedte wordt vervolgens getracht de dienstverlening zoveel mogelijk af te stemmen op de behoeften van de cliënt/bewoner. Het belang van verwachtingenmanagement wordt ingezien. Er zijn dienstenpakketten ontwikkeld die het cliënten/bewoners (tegen betaling) helpen zaken makkelijker, veiliger en goedkoper te regelen.

Eén van de geïnterviewde zorginstellingen beschikt over een separaat organisatieonderdeel dat meer dan 130 diensten c.q. cursussen aanbiedt aan haar cliënten/bewoners en aan duizenden leden. Het servicepakket is opgericht om aanvullende services te bieden die niet tot de basiszorg van de WMO of AWBZ horen en dus ook niet door de overheid betaald worden. Door het lidmaatschap van het servicepakket zijn mensen verzekerd van extra services. De inhoud van het servicepakket is gebaseerd op de vier domeinen van het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg: lichamelijk welbevinden en gezondheid, woon/leefsituatie, participatie en mentaal welbevinden. Dit kader is tot stand gekomen na overleg tussen de overheid, brancheorganisatie, Inspectie voor de Volksgezondheid, beroepsverenigingen én patiëntenorganisaties. In zoverre kun je stellen dat het dienstpakket is afgestemd op de wensen/behoefte van cliënten/bewoners. Het concrete aanbod van diensten in het servicepakket wordt verder gebaseerd op informatie die door thuiszorgmedewerkers wordt verstrekt en door 'trial-and-error'. Men is zoekende naar manieren om precies te weten te komen wat de manifeste en latente behoeften zijn van de leden en wat hen beweegt voor, tijdens en na de feitelijke transactie.

Een andere zorginstelling kwalificeert de periodieke verplichte meting van de cliënttevredenheid op basis van de zogenaamde CQ-index als te instrumenteel. Als alternatief 'speelt' deze zorginstelling twee keer per jaar het kwaliteitsspel van LOC Zeggenschap in Zorg met de cliëntenraad: een laagdrempelige manier om cliënttevredenheid te meten en te verbeteren (cliënten met cliënten laten praten over verbeteringen 'met de benen op tafel'). De Raad van Bestuur van deze zorginstelling tracht daarnaast middels direct contact met de cliënten/bewoners inzicht te verkrijgen in hetgeen hen beweegt en waaraan zij daadwerkelijk behoefte hebben (management by walking around).

Bij één van de vier wordt een pilotproject uitgevoerd waarbij cliënten/bewoners en medewerkers in een franchiseconstructie grote invloed krijgen op kwantiteit en kwaliteit van de zorg- en dienstverlening en als het ware zelf de norm vaststellen voor het betreffende organisatieonderdeel: zie ook bouwsteen 4.

Samenvatting

Binnen de kaders van de ZZP wordt de cliënt/bewoner als een belangrijke relatie gezien en wordt op verschillende manieren getracht inzicht te krijgen in de daadwerkelijke behoeften van de cliënten/bewoners. Het ontwikkelen van een goed serviceconcept (dat wil zeggen: een samenhangend geheel van diensten dat vanuit de positie en beleving van de cliënt/bewoner gevraagde en ongevraagde antwoorden geeft op manifeste en latente behoeften van de cliënt/bewoner) wordt bemoeilijkt door toepassing van het systeem van zorgzwaartepakketten tot op individueel niveau. Immers, over de kwantiteit van de zorg- en dienstverlening wordt met de cliënt/bewoner in principe niet gediscussieerd, maar wordt verwezen naar een bureaucratisch systeem (de indicatie van het CIZ).

Bouwsteen 4: Bereidheid creëren om actief te participeren in de zorgverlening

Alle vier de geïnterviewde zorginstellingen geven aan actief te zijn op het gebied van co-creatie.

Bij de instellingen is het Multidisciplinair Overleg (MDO) vervangen door de cliëntbespreking: de cliënt/bewoner c.q. de familie neemt deel aan het gesprek waarin relevante disciplines elkaar ontmoeten om de zorg- en dienstverlening te evalueren. De zorginstellingen spreken zich positief uit over de resultaten. Ook familieparticipatie staat hoog op de agenda. De volgende zaken vallen daarbij op.

Bij één van de zorginstellingen is het beleid op het gebied van familieparticipatie in ontwikkeling. Het streven is om steeds meer en bewuster gebruik te maken van participatie van familie. In 2010 heeft een onderzoek plaatsgevonden onder familie naar hun wensen met betrekking tot participatie. De uitkomsten van het onderzoek worden gebruikt om het beleid inzake familieparticipatie vast te stellen. De insteek is dat er meer 'samenspel' komt tussen de zorgprofessionals en de familieleden.

Een andere zorginstelling voert in 2011 een pilotproject uit om familieparticipatie met sprongen te verbeteren. De zorginstelling sluit in het kader van het pilotproject een franchisecontract met familie én medewerkers van een bepaalde locatie. Een franchisecontract is een contract waarin tussen twee zelfstandige partijen wordt afgesproken dat de franchisenemer gebruik mag maken van de merknaam en bijbehorende producten / systemen / diensten / inrichting / formule van de franchisegever. Kenmerkend is dat het franchisebedrijf geen eigendom is van de franchisegever, maar van de franchisenemer. Medewerkers en familieleden worden in de pilot gepositioneerd als 'eigenaren' van de locatie. De verwachting bestaat dat betrokkenheid en participatie fors zullen toenemen.

Eén zorginstelling heeft een pilotproject uitgevoerd op het gebied van een co-creatie community. Client-systemen werden digitaal gefaciliteerd om informatie uit te wisselen, met elkaar in gesprek te gaan over mogelijkheden om de dienstverlening te verbeteren en het oplossen van problemen. Bij de evaluatie is besloten de community niet voort te zetten. Een belangrijke overweging daarbij was de veiligheid.

Bij alle vier de zorginstellingen staat de helende omgeving op de agenda, met name voor wat betreft kleinschalig wonen. Eén zorginstelling heeft de locatie ingedeeld naar leefsfieren. Iedere woning of huiskamer heeft een eigen leef sfeer. De leef sfeer komt tot uitdrukking in de inrichting van de huiskamer, de dagindeling, de manier van omgaan met elkaar, de activiteiten op de huiskamer, wat en wanneer er wordt gegeten en gedronken, etc.. De leef sfeer biedt een gevoel van veiligheid en herkenbaarheid, juist voor bewoners die dement zijn is dit belangrijk. Als een cliënt in het verpleeghuis komt wonen, wordt in de eerste plaats gekeken waar de cliënt zich het meest thuis zal voelen. De zorginstelling ervaart een grotere betrokkenheid en participatie van het cliëntstelsel.

De zorginstelling ervaart wel problemen met de exploitatie vanwege de hogere personeelslasten.

Samenvatting

Samenvattend kan gesteld worden dat begrippen als co-creatie en de helende omgeving hoog op de agenda staan van de geïnterviewde zorginstellingen. Het MDO is bij alle vier vervangen door de cliëntbespreking. Op het gebied van familieparticipatie vinden interessante ontwikkelingen plaats. Partijen zijn zoekende naar manieren om de participatiegraad van familie te verhogen. Kleinschalig wonen wordt als één van de belangrijke middelen daartoe gezien. Het wordt als schrijnend ervaren dat de overheid niet bereid is de hogere lasten die daarmee samenhangen te compenseren.

Bouwsteen 5/6: Bereidheid creëren tot actief lidmaatschap, het dragen van mede verantwoordelijkheid en het mede besturen van de organisatie

Twee van de vier zorginstellingen positioneren hun cliënten/bewoners als 'eigenaren' c.q. 'leden' en zoeken naar manieren om hen én actief te laten participeren én actief lid te laten zijn. Zij trachten dat te doen door een wérkelijke belangstelling te tonen voor de cliënten/bewoners en oppositie te koesteren c.q. 'hun eigen weerstand op te roepen'. Eén van de zorginstellingen geeft aan dat het in de VVT branche nogal eens voorkomt dat bestuurders niet hun eigen interne weerstand creëren en mede als gevolg daarvan de

ruimte hebben om 'zonnekoning gedrag' te vertonen. Dat gedrag leidt volgens deze respondent tot een lagere bereidheid tot actief participeren in de organisatie.

Eén van de zorginstellingen levert services aan duizenden leden. In werkelijkheid zijn dit geen leden, maar contribuanten die jaarlijks een bedrag betalen in ruil waarvoor ze bepaalde diensten met korting en 'kwaliteitsgarantie' kunnen inkopen. Het aantal leden loopt terug. De zorginstelling zoekt naar manieren om dat te voorkomen en ziet in verdere professionalisering van de marketingfunctie toegevoegde waarde. Men overweegt de bestaande rechtsvorm (stichting) om te vormen naar een BV (in verband met de BTW problematiek). Over de plaats van de 'leden' is nog geen besluit genomen.

Weer een andere zorginstelling beschikte over een vereniging waar inwoners van de provincie lid van konden worden en die de leden een servicepakket aanbood. De vereniging is onlangs opgeheven.

Ratio: de ervaring leerde dat mensen pas lid werden als ze daadwerkelijk zorg nodig hadden en dan kan het financieel niet uit. De vereniging heeft ook veel leden nodig die wel een financiële bijdrage leveren, maar nog geen gebruik maken van de diensten.

Samenvatting

Resumerend kan gesteld worden dat de geïnterviewde zorginstellingen de bereidheid tot actief lidmaatschap, het dragen van mede verantwoordelijkheid en het mede besturen van de organisatie trachten te bewerkstelligen door de cliënten/bewoners te positioneren als 'leden' c.q. 'eigenaren' en door het koesteren van oppositie c.q. het creëren van 'weerstand' van interne en externe stakeholders.

Onderdeel twee: resultaten en analyse met betrekking tot de besturingsfilosofie en de samenhang met de bouwstenen

Hieronder wordt per geïnterviewde zorginstelling een korte beschrijving en analyse gegeven van de besturingsfilosofie.

De besturingsfilosofie van zorginstelling één

De zorginstelling is haar kernwaarden opnieuw aan het bepalen. In 2011 moet dat traject afgerond zijn.

Wat opvalt is dat onder regie van de ethische commissie wordt gewerkt aan bouwstenen voor nieuwe kernwaarden. Er wordt vanuit een ethische invalshoek gekeken naar de kernwaarden van organisatie en dat is bijzonder. Betrouwbaarheid zal naar verwachting één van de nieuwe kernwaarden gaan worden.

De zorginstelling heeft geen expliciet gekozen dominante klantgerichtheidstrategie. Men worstelt met de bestaande kernpropositie: 'leven zoals je gewend bent'. Die blijkt niet meer waargemaakt te kunnen worden. Er wordt in 2011 een nieuwe kernpropositie ontwikkeld. Men ervaart dat potentiële cliënten/bewoners pas een keuze maken voor een zorginstelling op het moment dat ze dringend zorg nodig hebben en er relatief weinig tijd is om verschillende aanbieders uitgebreid met elkaar te vergelijken.

Korte wachtlijsten, een goede reputatie en deskundig personeel zijn dan unique selling points. De nieuwe kernpropositie zal ook inhouden dat de zorginstelling haar grenzen aangeeft: wat doen we wel en wat doen we niet. De zorginstelling heeft bewust gezocht naar een partnerschap met een complementaire organisatie: het ziekenhuis. Deze geformaliseerde samenwerking legt een basis voor de instroom van nieuwe cliënten/bewoners in de VVT zorginstelling.

Wat opvalt is dat het bestuur van de zorginstelling de organisatie niet presenteert als een lijn- en staforganisatie, maar meer als een netwerkorganisatie. Laatstgenoemd systeem is minder hiërarchisch en meer gericht op gelijkwaardigheid.

De structuur van de organisatie is mede bepaald door de samenwerking met het ziekenhuis. De VVT zorginstelling en het ziekenhuis zijn beiden in de rechtsvorm van de BV gegoten en 'hangen' onder een holding. De Raden van Bestuur van het ziekenhuis en de VVT zorginstelling vormen samen de RvB van de holding. Deze structuur is gekozen uit oogpunt van overzichtelijkheid. Er is sprake van een RvT/RvB-model. Er zijn geen plannen om het bestuursmodel te veranderen.

Onder de RvB functioneren staffunctionarissen en lijnmanagers. Laatstgenoemden zijn niet gepositioneerd als integraal managers, maar als 'integrerend managers' die met RvB en staf deel uit maken van regiegroepen. Deze regiegroepen zijn verantwoordelijk voor de implementatie van nieuw beleid.

De leiderschapsstijl vertoont het volgende kenmerk: "de RvB besluit niet zelf, maar legitimeert hetgeen gebeurt in de organisatie of confronteert medewerkers die initiatieven ontplooiën die niet passen in de gezamenlijk geformuleerde kaders".

De zorginstelling stuurt op cliënt- en medewerkertevredenheid inzake de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening. De kwantiteit wordt gebaseerd op de zorgzwaarte per individu. Er wordt geëxperimenteerd met bijbetaling voor extra diensten. De instelling doet mee aan een pilot van de branchevereniging, waarbij een cliënt/bewoner een 'voucher' krijgt waarmee hij/zij zelf de zorg kan inkopen bij de zorginstelling.

Analyse van de besturingsfilosofie

De zorginstelling biedt ruim aandacht aan vernieuwing van haar kernwaarden en aan haar positionering. De wijze waarop dat gebeurt, sluit aan bij de coöperatieve principes en het Rijnlands model. Men verandert de strategie in die zin dat de kernbelofte wordt aangepast aan de doelgroep die nu en de komende jaren in het verpleeghuis aanwezig is. Rechtsvorm en besturingsmodel staan niet ter discussie. ZZP's worden in strijd met de coöperatieve principes individueel toegepast. De zorginstelling tracht de organisatie Rijnlands te organiseren, onder meer door de organisatie als netwerkstructuur te positioneren.

De besturingsfilosofie van zorginstelling twee

De zorginstelling heeft de volgende kernwaarden vastgesteld:

- Betrouwbaarheid door integriteit en het nakomen van afspraken;
- Verantwoordelijkheid: ieder neemt zijn aandeel, toont initiatief, werkt samen én kijkt over de grenzen van het eigen belang heen;
- Professionaliteit: medewerkers zijn deskundig, staan open voor nieuwe ideeën en blijven zich ontwikkelen;
- Innovatief: inspelen op ontwikkelingen én op de veranderende vraag van cliënten/bewoners.

Eind 2010 is een nieuw motto voor de organisatie gepresenteerd: 'Samen verder'. Dit motto heeft betrekking op hoe de organisatie met cliënten/bewoners en familie wil samenwerken en hoe de ondersteuning verbeterd kan worden. Samen verder betekent beter luisteren naar cliënt/bewoner en diens familie en op die wijze afspraken maken over de zorg- en dienstverlening. In 2011 wordt aan het motto concreet betekenis gegeven.

Bij deze zorginstelling is de emergente strategie de norm. De Raad van Bestuur spreekt over kansen benutten die zich voor doen, ook als daarmee doelen gerealiseerd worden die niet gepland zijn.

De zorginstelling is van mening dat de bestaande rechtsvorm en het besturingsmodel aan herijking onderworpen moeten worden. De RvB vindt de stichting een 'gesloten organisatievorm'. Men wil een organisatievorm introduceren waarin stakeholders, zoals cliënten/bewoners, familie en gemeenten participeren en directer betrokken zijn. De zorginstelling overweegt de coöperatieve rechtsvorm aan te nemen. In dat model worden cliënten/bewoners mede-eigenaar van de organisatie. Door een deel van het bedrijf te kopen of lid te worden, participeren zij in het bedrijf. In ruil hiervoor legt het bestuur verantwoording af aan haar leden of mede-eigenaren. Medewerkers als mede-eigenaren vindt de RvB 'een spannende gedachte'. De RvB ziet de coöperatieve rechtsvorm als een mogelijke manier om in de toekomst beter te opereren als maatschappelijke onderneming.

De RvB tracht invulling te geven aan het Rijnlands model door relatief veel aandacht te schenken aan het persoonlijk uitleggen van het beleid van de organisatie. De RvB tracht de dialoog te bevorderen door periodiek mee te draaien in diensten, klachten persoonlijk af te handelen en blogs te schrijven op het intranet (waarop gereageerd kan worden).

De organisatie stuurt op bij de klant én medewerker gemeten effecten in plaats van op HKZ of andere kwaliteitssystemen. De RvB kiest voor het belonen van collectieve ambities in plaats van individuele (zie de pilot inzake het franchisemodel).

Analyse van de besturingsfilosofie

De kernwaarden, de emergente strategievorming en het nieuwe motto sluiten aan bij de principes van het coöperatieve bedrijfsmodel nieuwe stijl. De besturingsfilosofie is (deels) gericht op strategisch marketing-management: er wordt proactief ingespeeld op nieuwe wensen en behoeften en er bestaat erkenning van differentiatie van cliëntbehoeften.

De bestuursstijl is erop gericht voeling te houden met de werkvloer en met oplossingen te komen die uit te leggen zijn. De organisatie overweegt de rechtsvorm en het besturingsmodel aan te passen en het coöperatieve bedrijfsmodel in te voeren.

De besturingsfilosofie van zorginstelling drie

De kernwaarden van deze zorginstelling zijn als volgt te omschrijven: Integer (eerlijk en oprecht, zeg wat je doet en doe wat je zegt), Energiek (open houding, initiatief), Duidelijk (helder), Eén geheel (alle afdelingen en diensten vormen één geheel en kunnen niet zonder elkaar) en Resultaatgericht (concrete haalbare gezamenlijke doelen). De beginletters van deze woorden vormen samen het woord 'IEDER'. Met andere woorden: alle medewerkers zijn op deze waarden aan te spreken.

De organisatie heeft een dominante klantgerichtheidsstrategie vastgesteld en deze tot in de haarvaten van de organisatie doorgevoerd.

De stichting als rechtsvorm staat niet ter discussie. Het bestuursmodel wel. De RvB vindt dat RvT/RvB-model in zijn algemeenheid onvoldoende functioneert: 'wie houdt toezicht op de toezichhouders?'. De RvB ervaart dat teveel bestuurders niet 'hun eigen weerstand' opbouwen in de RvT, OR en CR en derhalve de kans krijgen zich als 'zonnekoning' te gedragen. Narcisme viert met enige regelmaat hoogtij. Bestuurders krijgen soms 'carte-blanche' en kunnen een organisatie maken of breken.

De RvB verwacht dat de structuur van de eigen organisatie in de toekomst wordt aangepast op grond van extramuralisering, maar heeft daar nog geen concrete ideeën over. Het idee van cliënten/bewoners(organisaties) in de top positioneren spreekt aan.

De RvB verwacht dat de structuur van de eigen organisatie in de toekomst wordt aangepast op grond van extramuralisering, maar heeft daar nog geen concrete ideeën over. Het idee van cliënten/bewoners(organisaties) in de top positioneren spreekt aan.

De RvB is aanhanger van cel-theorie van Eckart Wintzen: 'Werken met kleine eenheden die ieder hun eigen verantwoordelijkheid nemen'.

De bestuurder stimuleert c.q. remt af door drempels te verhogen c.q. te verlagen (soms onbewust). Ze laat mensen wel vrij in hun keuze, maar tracht deze door 'duwtjes in de rug' te beïnvloeden. Voorbeeld: de opkomst bij verkiezingen voor de cliëntenraad wordt verhoogd door 'er een feestje' van te maken.

De afschaffing van uniformen is door de RvB rechtstreeks gecommuniceerd met medewerkers (dus niet door het middenkader). Daarmee liet de RvB het belang van de kwestie merken en hield zij het middenkader uit de wind. Bestuurders van zorginstellingen moeten zich volgens de bestuurder van deze zorginstelling verder professionaliseren ('MBA zou verplicht moeten zijn') én toch de taal blijven spreken van de cliënten/bewoners (afstand niet vergroten).

De organisatie ervaart een toenemende juridisering en formalisering in de maatschappij en dus ook in de V&V branche. De leveringsvoorwaarden van ACTIZ zijn daar een voorbeeld van.

De RvB is overwegend tevreden over de bestaande cultuur. Wel streeft de RvB naar een iets meer zakelijke c.q. professionele verhouding met medewerkers (bijvoorbeeld wat betreft ziekteverzuim) en cliënten/bewoners (bijvoorbeeld wat betreft inzet van personeel). De zorginstelling stuurt op financiële parameters en op medewerker- en cliënttevredenheid. De OR toont zich soms jaloers op de cliëntenraad ("de CR hoort vaak zaken eerder van de bestuurder dan wij", zegt de OR tegen de bestuurder). Een teken dat de cliëntenraad daadwerkelijk een belangrijke positie inneemt.

De RvB is ontevreden over de prestatiemeting middels de CQ-index en heeft een alternatief geïntroduceerd (zie de bouwsteen over communicatie).

De organisatie volgt de CAO en heeft als het gaat om beloningsstructuur/incentives niet een specifiek beleid. Als incentives worden genoemd: aandacht geven, serieus nemen, cursussen, congressen bijwonen, specialistische taken uitvoeren, etc.

Analyse van de besturingsfilosofie

De gekozen kernwaarden dragen positief bij aan de ontwikkeling en instandhouding van een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl. Zo draagt bijvoorbeeld de kernwaarde 'Integer' bij aan het vertrouwen dat cliënten/bewoners in de organisatie hebben. Wat opvalt is dat deze zorginstelling de kernwaarden vooral heeft bedoeld voor de medewerkers en zich niet expliciet richt op cliënten/bewoners en andere stakeholders. De organisatie stelt het bestaande bestuursmodel in de VVT ter discussie en opteert voor een model waarin cliënten/bewoners als 'eigenaren' worden gepositioneerd. De RvB kiest voor het inrichten van de organisatie op basis van het Rijnlands model door decentralisatie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden, de nadruk op samenwerking tussen organisatieonderdelen en een structuur waarin veel wordt overgelaten aan de medewerkers. In lijn met de coöperatieve principes stuurt de organisatie op cliënt- en medewerkertevredenheid. Onbewust behoort de bestuurder tot de libertair paternalisten door mensen vrij te laten in hun keuzes, maar hen met 'nudges' te beïnvloeden.

De besturingsfilosofie van zorginstelling vier

Dit zelfstandig onderdeel van een VVT zorginstelling levert diensten aan duizenden huishoudens in de regio waarin de zorginstelling actief is. Deze huishoudens worden gepositioneerd als 'leden van het servicepakket', maar zijn in werkelijkheid mensen die jaarlijks een bedrag van 18,50 euro betalen. In ruil daarvoor krijgt men korting op een aantal diensten/cursussen die worden geleverd door bedrijven die door de zorginstelling gecontracteerd zijn. De leveranciers worden periodiek mede door de 'leden van het servicepakket' geëvalueerd.

De oorsprong van deze organisatie is gelegen in een kruisvereniging, waarvan mensen in het verleden 'vanzelfsprekend' lid werden om zeker te zijn van directe, goedkope toegang tot zorg. Van welke kruisvereniging je lid werd, was afhankelijk van de zuil waartoe je behoorde. De praktijk leert dat als mensen éénmaal lid zijn geworden, ze het lidmaatschap niet gauw opzeggen. Mede door het wegvallen van de verzuiling, worden mensen tegenwoordig niet meer vanzelfsprekend lid van een dergelijke organisatie. De kernwaarden van de organisatie zijn niet expliciet geformuleerd. Men wil proactiever inspelen op latente en manifeste wensen en behoeften van cliënten/bewoners. Om die reden gaat men in 2011 en volgende jaren expliciet aandacht besteden aan strategische marketing. De kernbelofte van de organisatie wordt als volgt gekenmerkt: een groot aanbod, lage contributie, kortingen, gratis bemiddeling en voordeel, kwaliteitsbewaking, gemak, voor en door leden. Het aanbod van diensten is gebaseerd op de vier domeinen van het kwaliteitskader verantwoorde zorg. Omzet/winstmaximalisatie is niet het doel, maar de kwaliteit van leven van de 'leden'. Zij worden 'verleid' om gezond te eten en verantwoord te bewegen. Men voert onderzoek uit onder de leden naar hun behoeften en wensen, maar men zoekt naar aanvullende (effectievere) manieren om de cliënten meer invloed te geven op de inhoud van het dienstenaanbod. Het ledenaantal daalt en men zoekt naar manieren om dat proces te stoppen. Men heeft last van de regionale concurrent die vergelijkbare diensten tegen korting aanbiedt, maar géén jaarlijkse contributie vraagt. De organisatie is gegoten in de rechtsvorm van een stichting. Men overweegt tot omvorming naar een BV in verband met de BTW problematiek.

Analyse van de besturingsfilosofie

De binding met de kruisvereniging was in het verleden gebaseerd op de kernwaarden solidariteit en betrokkenheid. De huidige organisatie heeft anno 2011 haar kernwaarden niet expliciet benoemd. Er is geen blijk van een dominante klantgerichtheidsstrategie. De top lijkt zich te focussen op kostenleiderschap. In haar communicatie met de 'leden' benadrukt de organisatie vooral het kostenvoordeel. Men wil toe naar een besturingsfilosofie die gericht is op een klantgerichte bedrijfsvoering, erkenning van differentiatie van cliëntbehoeften en partnerschap met een complementaire zorgorganisatie (thuiszorg en verpleeghuis). Strategische zorgmarketing wordt ingezet om klantwaarde te genereren en daarmee klantenbinding. De besturingsfilosofie lijkt minder gericht te zijn op de coöperatieve principes. Als je kijkt naar het verleden (met de oorsprong in de kruisvereniging) en de toekomstplannen (omvorming tot BV),

dan kun je stellen dat deze organisatie opschuift in de richting van het Anglo-Amerikaanse denken.

6.3 Analyse van de samenhang tussen bouwstenen en besturingsfilosofie

In deze paragraaf wordt per geïnterviewde zorginstelling een samenhangend beeld gegeven van de bouwstenen en de besturingsfilosofie in vergelijking met de theorie die in de voorgaande hoofdstukken is weergegeven.

Gehanteerde instrumenten en besturingsfilosofie van zorginstelling één

Gehanteerde instrumenten om de bouwstenen in te vullen	De besturingsfilosofie
- Een expliciet communicatiebeleid. - Ontwikkeling nieuw elektronisch zorgdossier. - Opnieuw positioneren van de organisatie. - De kernbelofte wordt aangepast. - De cliënt/bewoner wordt gezien als een belangrijke relatie. - MDO is vervangen door cliëntbespreking. - Beleid op het gebied van familieparticipatie is in ontwikkeling. - Er is beleid ontwikkeld op het gebied van de helende omgeving: er zijn vormen van kleinschalig wonen gecreëerd. - Bestuur creëert interne weerstand c.q. oppositie.	- Aanpassing kernwaarden en kernbelofte in samenspraak met interne en externe stakeholders onder regie van de ethische commissie. - Partnerschap met complementaire organisatie. - Positionering als netwerkorganisatie. Rijnlandse leiderschapsstijl. - Sturing op medewerker- en cliënttevredenheid. - BV-structuur en RvT/RvB-model. - Individuele toepassing ZZP; levering van extra diensten tegen bijbetaling. - De vereniging die een servicepakket aanbood, is opgeheven.

De focus van deze organisatie ligt vooral op cliënttevredenheid door een herpositionering en het waarmaken van de (nieuwe) kernbelofte. Men heeft via een partnerschap met een complementaire organisatie (een ziekenhuis) de instroom van nieuwe cliënten/bewoners goed geregeld.

Deze organisatie zet bewust instrumenten in om vertrouwen, betrokkenheid en participatie van cliënten/bewoners te bevorderen voor wat betreft de bouwstenen 1 t/m 4. Bepaalde in de literatuur genoemde instrumenten worden niet gehanteerd. Datzelfde geldt min of meer voor de andere zorginstellingen. In de dwarsdoorsnede aan het eind van deze paragraaf wordt nader op deze 'onbenutte kansen' ingegaan.

De organisatie zet geen instrumenten in voor de invulling van de vijfde en zesde bouwsteen: de bereidheid tot actief lidmaatschap, het dragen van mede verantwoordelijkheid en het mede besturen van de organisatie wordt door deze organisatie niet gestimuleerd.

De gekozen besturingsfilosofie lijkt bevordelijk voor het invullen van de bouwstenen: de kernwaarden en de kernbelofte worden onder regie van de ethische commissie en in samenspraak met interne en externe stakeholders aangepast; de BV structuur en het RvT/RvB-model staan echter niet ter discussie (dat past bij het niet invullen van bouwsteen 5/6).

Gehanteerde instrumenten en besturingsfilosofie bij zorginstelling twee

Gehanteerde instrumenten om de bouwstenen in te vullen	De besturingsfilosofie
- Een expliciet communicatiebeleid. - Kopieert geen strategieën van een ander, maar maakt verbinding tussen eigen kracht en fundamentele behoeften van de cliënten/ bewoners. - De cliënt/bewoner wordt gezien als een belangrijke relatie. - MDO is vervangen door cliëntbespreking. - Beleid op het gebied van familieparticipatie is in ontwikkeling. - Er is beleid ontwikkeld op het gebied van de helende omgeving: er zijn vormen van kleinschalig wonen gecreëerd. - Bestuur creëert interne weerstand c.q. oppositie. Het doel en de kernwaarden van de organisatie worden structureel uitgedragen; er wordt structureel uitgelegd waarom samenwerken nodig is. - In 2011 start een pilot met een franchiseconstructie.	- Kernwaarden passen bij coöperatieve principes. - Motto 'samen verder'. - Emergente strategie is dominant. - Besturingsfilosofie is (deels) ingericht op strategisch marketingmanagement. - Sturing op bij de klant gemeten effecten. - Beloning van collectieve ambities. - Innovatieve franchiseconstructie. - Rechtsvorm en bestuursmodel omvormen tot coöperatief model.

Alle zes de bouwstenen worden door deze organisatie bewust ingevuld. Er is niet bewust gekozen voor een bepaalde volgorde, maar de feiten geven aan dat bouwsteen 5/6 het laatst wordt ingevuld (onder meer middels de franchiseconstructie).

Bepaalde in de literatuur genoemde instrumenten worden niet gehanteerd. Datzelfde geldt min of meer voor de andere zorginstellingen. In de dwarsdoorsnede aan het eind van deze paragraaf wordt nader op deze 'onbenutte kansen' ingegaan.

De gekozen besturingsfilosofie lijkt bevordelijk voor het realiseren van de coöperatieve principes. Het nieuwe motto 'samen verder' is een nadere uitwerking van de bestaande kernwaarden. Die kernwaarden bieden een goede basis voor de ontwikkeling en in stand houding van een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl. Deze organisatie lijkt vrij ver te zijn met de invulling van de coöperatieve principes.

Gehanteerde instrumenten en besturingsfilosofie bij zorginstelling drie

Gehanteerde instrumenten om de bouwstenen in te vullen	De besturingsfilosofie
- Een expliciet communicatiebeleid. - Bestuur spreekt over cliënten/bewoners als 'eigenaren' van de organisatie. - In de 'arena' neemt de cliëntenraad een hogere positie in dan de OR. Cliënten/bewoners worden al in beleidsvoorbereidende fase betrokken. - Er ligt een zwaar accent op het waarmaken van de kernbelofte. Interne, externe interactieve marketing worden goed op elkaar afgestemd. - Aanvullende services krijgen aandacht en de cliënt/bewoner wordt gezien als een belangrijke relatie. MDO is vervangen door cliëntbespreking. - De organisatie heeft alternatieven voor de CQ-index ontwikkeld om zich te krijgen op de daadwerkelijke, latente behoeften van cliënten/bewoners. - Bestuur creëert interne weerstand c.q. oppositie. Het doel en de kernwaarden van de organisatie worden structureel uitgedragen; er wordt structureel uitgelegd waarom samenwerken nodig is.	- Kernwaarden passen bij coöperatieve principes. - Dominante klantgerichtheidstrategie is tot in haarvaten van de organisatie ingevoerd. - Rijnlandse stijl: cel-theorie van Eckart Wintzen. - Toepassing van libertair paternalisme. - Sturing op medewerker- en cliënttevredenheid. - Individuele toepassing ZZP; levering van extra diensten tegen bijbetaling. - Bestuursmodel aanpassen: cliënten/bewoners in de top van de organisatie positioneren.

Deze organisatie hanteert bewust instrumenten om alle zes de bouwstenen in te vullen. Door het 'hameren' op het waarmaken van de kernbelofte, creëert men vertrouwen in de organisatie. Betrokkenheid wordt gestimuleerd door op een laagdrempelige wijze inzicht te verkrijgen in wat cliënten/bewoners beweegt en waaraan zij daadwerkelijk behoefte hebben. Actieve participatie wordt positief beïnvloed door verschillende vormen van co-creatie. De bereidheid tot actief lidmaatschap, het dragen van mede verantwoordelijkheid en het mede besturen van de organisatie wordt gestimuleerd door de cliënten/bewoners te positioneren als 'eigenaren' en door het koesteren van oppositie c.q. het creëren van 'weerstand' van interne en externe stakeholders.

Bepaalde in de literatuur genoemde instrumenten worden niet gehanteerd. Datzelfde geldt min of meer voor de andere zorginstellingen. In de dwarsdoorsnede aan het eind van deze paragraaf wordt nader op deze 'onbenutte kansen' ingegaan.

De besturingsfilosofie lijkt goed aan te sluiten op het invullen van de bouwstenen. Met betrekking tot de structuur van de organisatie is de bestuurder nog zoekende. De bestuurder overweegt het bestuursmodel aan te passen en de cliënten/bewoners ook formeel in de top van de organisatie te positioneren. De bestuurder past de principes van het libertair paternalisme toe door cliënten/bewoners vrij te laten in hun keuzes, maar deze door 'drempels' c.q. 'nudges' te beïnvloeden. Deze organisatie lijkt vrij ver te zijn met de invulling van de coöperatieve principes.

Gehanteerde instrumenten en besturingsfilosofie bij zorginstelling vier

Gehanteerde instrumenten om de bouwstenen in te vullen	De besturingsfilosofie
- Een expliciet communicatiebeleid. - Cliënten/bewoners worden als 'leden' gepositioneerd. De organisatie levert een servicepakket aan duizenden 'leden'. - De cliënt/bewoner wordt gezien als een belangrijke relatie. - Meerdere zorglocaties zijn ingedeeld naar leefsfieren op basis van specifieke doelgroepen. - MDO is vervangen door cliëntbespreking. - Strategische zorgmarketing en verwachtingenmanagement zijn in 2011 op de agenda gezet.	- Geen kernwaarden die aansluiten op coöperatieve principes. Doelstelling van kruisvereniging uit het oog verloren. - Besturingsfilosofie is (deels) ingericht op strategisch marketingmanagement. - Dominante klantgerichtheidsstrategie is tot in de haarvaten van de organisatie ingevoerd. - Individuele toepassing ZZP; levering van extra diensten tegen bijbetaling. - Toepassing libertair paternalisme. - Men overweegt de structuur om te vormen tot een BV. Het RvT/RvB-model staat niet ter discussie.

Deze zorginstelling hanteert een aantal instrumenten om de bouwstenen 1 t/m 4 in te vullen. Bijzondere aandacht verdient het stimuleren van betrokkenheid door het aanbieden van een servicepakket. Actieve participatie van het cliëntsysteem wordt gestimuleerd door verschillende vormen van co-creatie. Strategische zorgmarketing is hoog op de agenda gezet.

Bepaalde in de literatuur genoemde instrumenten worden niet gehanteerd. Datzelfde geldt min of meer voor de andere zorginstellingen. In de dwarsdoorsnede aan het eind van deze paragraaf wordt nader op deze 'onbenutte kansen' ingegaan.

De organisatie zet bewust geen instrumenten in voor de invulling van de vijfde en zesde bouwsteen: de bereidheid tot actief lidmaatschap, het dragen van mede verantwoordelijkheid en het mede besturen van de organisatie wordt door deze organisatie niet gestimuleerd. Zorgvragers kunnen zich inschrijven als 'lid van het servicepakket' doch zijn in werkelijkheid contribuanten. De rechtsvorm van de organisatie is niet die van de vereniging, maar een stichting. Er is derhalve geen ledenraad als hoogste orgaan. De doelstelling (solidariteit) van de oorspronkelijke kruisvereniging lijkt uit het oog verloren. De organisatie overweegt de rechtsvorm van de BV aan te nemen. De vraag kan gesteld worden in hoeverre dat past bij het 'lidmaatschap': zijn mensen bereid 'lid' te blijven c.q. worden van een BV? Kijkend naar bovenstaande informatie, lijkt de organisatie wat meer afstand te nemen van de coöperatieve principes.

De besturingsfilosofie sluit daarop aan. De kernwaarden bevatten geen waarden die aansluiten bij de coöperatieve principes. Wel handelt deze organisatie volgens de principes van het libertair paternalisme door de cliënt/bewoner vrij te laten in zijn keuzes wat betreft extra diensten, doch men tracht hem/haar te 'verleiden' in de richting van een gezonde levensstijl door een uitgekende keuzearchitectuur.

Een dwarsdoorsnede van de vier geïnterviewde zorginstellingen

Gesteld kan worden dat alle zorginstellingen actief bezig zijn met het invullen van de bouwstenen 1 t/m 4. Men heeft niet bewust voor een bepaalde volgorde van de invulling gekozen, maar men realiseert zich wel steeds meer dat interne, externe en interactieve marketing goed op elkaar afgestemd moeten worden. En dat vereist toch een bepaalde volgorde van invulling van de bouwstenen. Bijvoorbeeld: om te voorkomen dat er onjuiste verwachtingen ontstaan, moet een nieuwe kernbelofte goed gecommuniceerd worden met alle stakeholders, bij voorkeur al in de fase waarin de kernbelofte tot stand komt. En dus gaat communicatie vooraf aan de fase waarin vertrouwen en betrokkenheid worden gestimuleerd. Het vertrouwen zal vervolgens groeien als de kernbelofte wordt waargemaakt in de dagelijkse praktijk. Enkele zorginstellingen zijn actief bezig om ook de bouwstenen 5/6 in te vullen. Wat opvalt is dat er geen instelling is die wél de bouwstenen 5/6 heeft ingevuld, maar één of meer andere bouwstenen niet. In aansluiting op hetgeen hierboven is opgemerkt over de afstemming van de verschillende marketing-aspecten, zou dit erop kunnen duiden dat het coöperatief bedrijfsmodel conform de theorie 'van onder op' wordt opgebouwd.

Niet gebruikte instrumenten/onbenutte kansen'

Hieronder wordt een overzicht gegeven van de instrumenten die volgens de theorie beschikbaar zijn, maar in grote lijnen (nog) niet worden gebruikt door de vier geïnterviewde zorginstellingen om de bouwstenen te vullen:

- benutten van sociale media.
- marktsegmentatie en structureel marktonderzoek.
- zelf normen ontwikkelen voor kwantiteit en kwaliteit van de zorg- en dienstverlening.
- doorontwikkelen van het serviceconcept naar de fase van 'onmisbare dienstverlening'.
- verdere uitbreiding van familieparticipatie; relativisering van professionaliteit.
- continu uitleggen waarom met elkaar samenwerken noodzakelijk is en wat het gemeenschappelijke doel is van de organisatie.

Kijkend naar de besturingsfilosofie van de vier geïnterviewde zorginstellingen, dan valt het volgende op

In lijn met de theorie is er bij de kernwaarden ruimte voor waarden die aansluiten bij de coöperatieve principes: integer (doen wat je belooft), betrokken en 'samen verder'.

Het lijkt erop dat de gerealiseerde strategie meer gebaseerd is op emergente strategieën dan op de beoogde. De nadruk ligt steeds meer op dienstverlening, een klantgerichte bedrijfsvoering en het creëren van een partnerschap met complementaire zorgorganisaties.

De organisatie is meer ingericht op het Rijnlandse dan op het Anglo-Amerikaanse denken: verantwoordelijkheden en bevoegdheden worden gedecentraliseerd; samenwerken tussen organisatieonderdelen wordt gestimuleerd; er wordt steeds meer uitgegaan van de intrinsieke behoefte van cliënten/bewoners en medewerkers.

De bestuurders lijken bereid te zijn 'de macht te delen' met interne en externe stakeholders. Hun leiderschapsstijl wordt gekenmerkt door het voeren van een 'permanente dialoog'. Er wordt meer gestuurd op extern gemeten effecten (waardering, klachten, voorkeuren) bij cliënten/bewoners en andere stakeholders dan op intern gemeten effecten (productiviteit, kosten).

Twee zorginstellingen hebben het besturingsmodel van de organisatie ter discussie gesteld en willen cliënten/bewoners en andere stakeholders ook formeel 'hoog' in de organisatie positioneren.

In het afsluitende hoofdstuk 7 worden op basis van de resultaten van het praktijkonderzoek aanbevelingen weergegeven voor bestuurders van zorginstellingen die een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl willen ontwikkelen c.q. in standhouden.

7 Resultaten, beschouwing en aanbevelingen

7.1 De resultaten van het onderzoek

In de voorliggende thesis worden aanbevelingen geformuleerd voor VVT zorgaanbieders die een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl willen ontwikkelen c.q. in stand houden. Om tot deze aanbevelingen te komen, is een literatuurstudie en praktijkgericht onderzoek uitgevoerd.

De centrale doelstelling van het onderzoek luidt als volgt: “het doen van aanbevelingen aan VVT zorginstellingen inzake een inhoudelijk ontwikkelingstraject naar een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl”.

De centrale onderzoeksvraag luidt als volgt: “hoe kan een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl inhoudelijk worden vormgegeven bij een VVT zorginstelling?”.

Deze centrale onderzoeksvraag heeft geleid tot acht subvragen. Op deze subvragen wordt hieronder in samengevatte vorm een antwoord gegeven.

1. Wat is een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl?

Het coöperatief bedrijfsmodel heeft zich recent ontwikkeld tot een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl, dat een antwoord kan geven op belangrijke maatschappelijke vragen. Het model nieuwe stijl sluit aan bij de netwerkdiening van de huidige maatschappij en kenmerkt zich door gedisciplineerde toetsing door cliënten/bewoners, familie en andere stakeholders. Zij hebben invloed op (uitvoering van) het beleid én oefenen deze invloed uit vanuit betrokkenheid en verantwoordelijkheidsgevoel. Daardoor is het gedrag veel minder consumentistisch, maar meer gericht op de continuïteit van de organisatie. Door deze gedisciplineerde toetsing is de organisatie beter in staat klantwaarde te creëren.

Een nieuw element in het coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl is de introductie van het libertair paternalisme. Libertair betekent dat mensen te allen tijde vrij zijn in het maken van keuzes, doch dat maatschappelijke ondernemingen de keuzearchitectuur zodanig bepalen dat de kwaliteit van leven van haar cliënten/bewoners én medewerkers erbij gebaat is. Daarmee onderscheiden ze zich van ‘pure profit’ organisaties, waarbij de keuzearchitectuur overwegend gericht is op omzet- en winstmaximalisatie. Een ander nieuw element is de belangrijke rol die wordt vervuld door strategische zorgmarketing. In de combinatie met toepassing van de coöperatieve principes komt het ‘dienende karakter’ van de marketing-functie ten opzichte van cliënten/bewoners en andere stakeholders boven drijven. Met het dienende karakter wordt bedoeld dat niet omzet/winstmaximalisatie voorop staat, maar het vervullen van (latente) wensen en behoeften van cliënten/bewoners en andere interne en externe stakeholders.

2. Op welke maatschappelijke vragen geeft het coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl een antwoord?

Voor één miljoen ouderen gaat straks het ‘Zwitserleven Gevoel’ niet op. Deze kwetsbare ouderen hebben zoveel lichamelijke, psychische en sociale problemen dat ze niet meer thuis kunnen blijven wonen en gebruik zullen maken van collectief gefinancierde zorg: AWBZ of WMO. De overheid heeft echter aangegeven dat het beschikbare macrobudget niet evenredig mee zal groeien met de stijgende vraag naar zorg. Op de arbeidsmarkt dreigt een tekort van 450.000 medewerkers.

Aan bestuurders van VVT zorginstellingen wordt gevraagd een oplossing te bedenken om deze zorgkloof te dichten en toegang tot zorg te bieden. Grofweg gezegd kan de zorgkloof op twee manieren gedicht worden:

- op een Anglo-Amerikaanse manier.
- op een Rijnlandse manier.

Het zijn twee vormen van kapitalisme: de ene op basis van individualisme, de ander op basis van solidariteit. Bij het Anglo-Amerikaanse model gaat het voornamelijk om de belangen van de aandeelhouders.

Het Rijnlands model heeft alle stakeholders voor ogen; vertrouwen, loyaliteit en samenwerking zijn belangrijke waarden.

De Nederlandse overheid heeft gekozen voor een Anglo-Amerikaanse aanpak: een decentraal sturingsmodel met gereguleerde marktwerking met een sleutelrol voor zorgverzekeraars.

De VVT sector lijkt (onbewust) mee te gaan met het overheidsbeleid en lijkt overwegend te kiezen voor de Anglo-Amerikaanse aanpak. Vanuit veronderstelde gelijkenis met het bedrijfsleven is bijvoorbeeld het bestuursmodel RvT/RvB in sneltreinvaart overgenomen. En sinds 1 januari 2011 zijn VVT zorginstellingen die lid zijn van branchevereniging Actiz verplicht te werken met leveringsvoorwaarden (59 A-4!), die als bijlage bij de zorgleveringsovereenkomst toegevoegd moeten worden. Dergelijke leveringsvoorwaarden dragen niet bij aan het vertrouwen van de cliënt/bewoner, maar scheppen eerder afstand.

De Rijnlandse manier van denken biedt een alternatief dat beter past bij het marktsegment dat in overwegende mate door de VVT sector wordt bediend: de 'zorgvrager met zaakwaarnemer'. Dit segment behoort tot de protestgeneratie en vertoont een sterke behoefte aan inspraak en medezeggenschap.

De Rijnlandse stijl sluit ook aan op de bereidheid van jongere generaties (de 'screenagers') tot het verlenen van informele zorg aan hun naasten.

VVT zorginstellingen zullen binnen deze maatschappelijke context hun weg moeten vinden om te kunnen voldoen aan hun maatschappelijke opdracht: voorzien in kwaliteit van leven van ouderen en chronisch zieken, ook in de situatie waarin de zorgvraag de komende jaren sterk stijgt en het macrobudget niet evenredig meegroeit.

Bij ongewijzigd beleid wordt deze doestelling niet gehaald. Er moet daarom gekeken worden naar nieuwe wegen, nieuwe manieren. Eén daarvan is **het coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl**. Een nieuwe generatie van coöperatieve bedrijfsmodellen die voorzien in legitimering en de afstand tussen RvT/RvB en het cliëntsysteem kan verkleinen. Het voorziet tevens in de behoefte aan inspraak van de protestgeneratie. Het stimuleert de eigen verantwoordelijkheid van het cliëntsysteem en leidt tot co-creatie. De zorgkloof kan daarmee deels gedicht worden.

3. Hoe wordt een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl opgebouwd?

De ontwikkeling van een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl kan plaatsvinden via de gewenste veranderingen van organisatie gebaseerd op wederkerigheid. Het vorm geven aan wederkerigheid is één van de basisvoorwaarden voor de organisatievernieuwing waarop het voorgestelde nieuwe bedrijfsmodel is gestoeld. Betrokkenheid en de bereidheid om actief in de organisatie te functioneren van het cliëntsysteem (bijvoorbeeld familie van cliënten/bewoners) verloopt langs een aantal tussenstappen.

In het Betrokkenheid, Wederkerigheid en Community model (Verhees, Sergaki en Van Dijk, 2010) is één van de belangrijke voorwaarden voor het functioneren van leden/cliënten in de organisatie dat deze loyaliteit aan de organisatie ten toon spreiden. Loyaliteit is een uiting van vertrouwen van de kant van cliënten of leden. Deze kan positief worden beïnvloed door open communicatie van de organisatie met cliënten. Vertrouwen is een noodzakelijke voorwaarde voor betrokkenheid en betrokkenheid leidt vervolgens tot de bereidheid om activiteiten ten behoeve van de organisatie te vervullen, zoals een toetsende rol vervullen en uiteindelijk te komen tot nieuwe vormen van zorg waarin cliënten zelf of hun familieleden een essentiële rol spelen.

In de nieuwe generatie coöperatieve bedrijfsmodellen vindt er niet alleen op het niveau van bestuurders/toezichthouders en stakeholders een permanente dialoog plaats, maar is er op alle niveau's van de organisatie sprake van een permanente interactie tussen alle lagen van de zorgverlenende organisatie, haar medewerkers, cliënten/bewoners en overige stakeholders. Er is geen strikte scheiding tussen leden en de organisatie.

Het Betrokkenheid, Wederkerigheid en Community model biedt een kapstok om het coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl van onderaf op te bouwen. Het model bestaat uit 6 bouwstenen, waarbij geldt: 'de onderste bouwsteen eerst'. De collectieve principes kunnen onder bepaalde voorwaarden binnen elke rechtsvorm worden toegepast. Het is niet per se noodzakelijk de rechtsvorm te wijzigen van stichting naar coöperatieve vereniging. Het past in de coöperatieve principes om het bedrijfsmodel van onderaf op te bouwen, in samenspraak met interne en externe stakeholders. Gaande de ontwikkelingen kan aangesloten worden bij hun behoeften en verwachtingen. Op deze wijze wordt een voor elke organisatie uniek coöperatief bedrijfsmodel ontwikkeld dat past bij de kernwaarden van de zorginstelling. Een eventuele omvorming van stichting naar coöperatie is derhalve bij voorkeur sluitstuk van het veranderingsproces. De nieuwe structuur is dan 'gestold gedrag'.

4. Welke methodieken en instrumenten zijn voorhanden om invulling te geven aan de bouwstenen?

Vanuit het perspectief van een VVT zorginstelling bestaat het Betrokkenheid, Wederkerigheid en Community model uit zes bouwstenen. Invulling van elke bouwsteen leidt tot bepaalde voordelen voor het cliënt-systeem én voor de zorginstelling. In hoofdstuk vier van de voorliggende thesis zijn deze bouwstenen beschreven. Bij elke bouwsteen is nader ingegaan op instrumenten die in de literatuur beschreven zijn, die bruikbaar zijn voor VVT zorginstellingen om invulling te geven aan de bouwstenen én die tot de vermelde voordelen leiden voor de cliënt/bewoner en de zorginstelling.

5. Welke besturingsfilosofie draagt optimaal bij aan het functioneren van een coöperatief bedrijfsmodel van de nieuwe generatie?

In hoofdstuk vijf van de thesis is weergegeven dat de ontwikkeling en instandhouding van een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl een bepaalde besturingsfilosofie vraagt van bestuur en management van een VVT zorginstelling. Kijkend naar de weergegeven verschillen tussen het Rijnlands denken en het Anglo-Amerikaanse, kan gesteld worden dat de Rijnlandse stijl een betere basis biedt voor een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl.

Het past in de coöperatieve principes om het Betrokkenheid, Wederkerigheid en Community model in samenspraak met interne en externe stakeholders van onderaf op te bouwen (bottom-up).

Tegelijk speelt leiderschap een belangrijke rol: bestuur en management moeten bereid zijn de macht te delen en stakeholders de ruimte te geven om in vrijheid keuzes te maken. Libertair paternalisme lijkt dan een geschikte basis. De structuur van de organisatie dient aan te sluiten c.q. een positieve bijdrage te leveren aan het coöperatief bedrijfsmodel. Dat kan door rechtsvorm, besturingsmodel en organisatie-structuur aan te passen.

6/7. Hoe wordt bij best practices in de VVT vorm en inhoud gegeven aan de bouwstenen en welke besturingsfilosofie wordt bij hen gehanteerd?

Op exploratieve, verkennende wijze is geïnventariseerd welke instrumenten vier VVT zorginstellingen gebruiken om invulling te geven aan de bouwstenen van het Betrokkenheid, Wederkerigheid en Community model en welke besturingsfilosofie zij hanteren. Het doel van het onderzoek was niet gericht op het toetsen hoe de vier zorginstellingen presteren ten opzichte van de theorie, maar om een overzicht te krijgen van instrumenten en de bijbehorende besturingsfilosofie.

De onderzoeksgegevens zijn verwerkt en geanalyseerd op basis van het model dat in de afsluiting van hoofdstuk vijf is weergegeven. Dat wil zeggen per bouwsteen van het coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl, aangevuld met de besturingsfilosofie per zorginstelling. Tenslotte is in hoofdstuk zes de samenhang weergegeven tussen enerzijds de bouwstenen onderling en anderzijds de samenhang tussen de bouwstenen en de besturingsfilosofie.

Gesteld kan worden dat alle zorginstellingen actief bezig zijn met het invullen van de bouwstenen 1 t/m 4 en daarvoor de instrumenten gebruiken die in de theorie worden beschreven. De instrumenten die wél in

de theorie beschreven staan maar nog niet gebruikt worden, staan wel op de agenda om gebruikt te gaan worden (met uitzondering van één instrument: het zelf vaststellen van normen voor de kwantiteit en kwaliteit van de zorg- en dienstverlening). Hoewel men niet expliciet voor een bepaalde volgorde van bouwstenen heeft gekozen, is toch een bepaalde lijn volgens het Betrokkenheid, Wederkerigheid en Community model zichtbaar: van onderaf naar boven.

Twee organisaties zetten bewust instrumenten in om alle bouwstenen in te vullen. Wat opvalt is dat er geen instelling is die wel de bouwstenen 5/6 heeft ingevuld, maar één of meer andere bouwstenen niet. Dit zou erop kunnen duiden dat het coöperatief bedrijfsmodel conform de theorie 'van onder op' wordt opgebouwd. Kijkend naar de besturingsfilosofie van de vier geïnterviewde zorginstellingen, kan gesteld worden dat de gekozen besturingsfilosofie een positief effect lijkt te hebben op het realiseren van de coöperatieve principes en het invullen van de bouwstenen. In zijn algemeenheid kan gezegd worden dat de besturingsfilosofieën van de vier geïnterviewde zorginstellingen meer gebaseerd zijn op het Rijnlandse model dan op het Anglo-Amerikaanse model.

8. Wat zijn, naar aanleiding van het onderzoek, de aanbevelingen over de opbouw c.q. ontwikkeling van een coöperatief bedrijfsmodel in de VVT branche voor de besturingsfilosofie en de juridische vormgeving?

De beantwoording van de hierboven weergegeven vragen leidt, na de beschouwing in paragraaf twee, tot een slotparagraaf met aanbevelingen over de opbouw c.q. ontwikkeling van een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl in de VVT branche en de meest optimale besturingsfilosofie. Deze aanbevelingen worden weergegeven in paragraaf 7.3.

7.2 Beschouwing van de resultaten van het veld- en bureauonderzoek

De bestudering van literatuur, de verkennende gesprekken over nieuwe concepten en het praktijkonderzoek hebben geleid tot inzichten die wellicht ook interessant zijn voor bestuurders van VVT zorginstellingen. Hieronder worden deze inzichten kort weergegeven.

Zorginstellingen zijn er zelf mede debet aan dat de afstand tussen bestuur en de cliënten/bewoners is toegenomen en daardoor ook de consumentistische houding is versterkt

De afstand tussen de top van de organisatie en het cliëntsysteem lijkt de laatste jaren eerder toe- dan afgenomen door:

- toegenomen schaalgrootte als gevolg van fusies,
- professionalisering van het bestuur van zorginstellingen,
- het dominante besturingsmodel RvT/RvB,
- juridisering/formalisering: zie de standaardzorgverleningsovereenkomst van ACTIZ en de bijbehorende leveringsvoorwaarden,
- toepassing van de stichting als rechtsvorm (de naar zijn aard meest 'gesloten' rechtsvorm).

Vergroting van de afstand tussen de top van de organisatie en het cliëntsysteem heeft het risico dat de top onvoldoende inzicht heeft in wat de cliënten/bewoners daadwerkelijk beweegt en waaraan zij behoefte hebben. Wat overblijft is een cliënt/bewoner die zijn behoeften niet herkent in het aanbod en, als dat zou kunnen, zijn heil ergens anders gaat zoeken. 'Stemmen met de voeten' is echter in de langdurige ouderenzorg niet eenvoudig: zie hieronder.

Cliënten/bewoners en andere stakeholders prefereren 'voice' boven 'exit'

De kern van marktwerking is dat er meerdere aanbieders op de 'markt' zijn en dat je als 'klant' kunt overstappen als het je niet bevalt (de 'exit' optie). Cliënten/bewoners in de zorg lopen echter niet zomaar weg. De markt 'werkt' derhalve onvoldoende in de zorg als het gaat om het bevorderen van kwaliteit en

doelmatigheid.

VVT zorginstellingen bedienen met name het marktsegment 'afhankelijke zorgvrager met zaakwaarnemer'. De zaakwaarnemer behoort tot protestgeneratie en wil 'voice' en pas daarna 'stemmen met de voeten'. Men verwacht met name invloed op de dagelijkse zorg- en dienstverlening van degene van wie zij de zaken waarnemen. Een plek in de RvT op voordracht van de cliëntenraad is van ondergeschikt belang. Het belang van ervaringsmanagement in het dagelijks contact met de cliënt neemt toe. Bij levering van diensten draait het om het moment van interactie tussen cliënt/bewoner en medewerker.

Om dienstverlening onmisbaar te maken kunnen organisaties meer aandacht schenken aan de klant-bejegening en belevenismarketing. Klanten dienen gezien te worden als participanten en dienen te worden betrokken bij ontwikkelingen en verbeteringen. Dan heeft de klant het gevoel dat hij er niet meer alleen voor staat.

Een verhoogd risico op 'kopieergedrag' door de maatschappelijke opdracht en de complexe omgeving waarin zorginstellingen opereren

Zorginstellingen moeten rekening houden met vele stakeholders. Ze ontvangen dubbele signalen van financiers en regelgevers: ketenzorg wordt vereist maar er moet ook geconcurrereerd worden. Dit spanningsveld heeft hybride gedrag tot gevolg. Nadelig effect daarvan is dat zorginstellingen niet de behoeften van de cliënten/bewoners en de eigen kracht centraal stellen, maar een afwachtende houding aannemen en bij anderen 'afkijken'. "Kopiëren van anderen wordt de dominante strategie" (Boonekamp en Woldendorp, 2006). Zo is het RvT/RvB-model overgenomen uit het bedrijfsleven vanuit een veronderstelde gelijkenis met de profitsector. In een bedrijf is er echter sprake van een 'eigenaar' of aandeelhouders, waaraan de RvT verantwoording dient af te leggen. Deze verantwoording ontbreekt in een VVT organisatie en dat geeft een legitimeringsprobleem. Terwijl in het grotere bedrijfsleven een discussie is opgelaaide over een one-tier versus two-tier model van toezicht, naar aanleiding van de vraag of de RvC niet te zeer op afstand staat om bepaalde deconfitures te voorkomen, is het proces in de zorgsector van meer afstand nemen nog in volle gang.

Herwaardering van het coöperatieve bedrijfsmodel

Het coöperatieve bedrijfsmodel heeft een **herwaardering** ondergaan. De coöperatie, die lange tijd als soft en weinig zakelijk werd beoordeeld, wordt anno 2011 door steeds meer partijen gezien als mogelijkheid om vormen van binding tussen onderneming en omgeving te creëren. De checks and balances die een coöperatie in zich heeft, zorgt ervoor dat zowel bestuurders als toezichthouders als overige stakeholders voortdurend in een horizontale dialoog met elkaar staan. Die permanente dialoog maakt de kans kleiner zich te vervreemden van de leefwereld van cliëntsystemen en andere stakeholders.

Zowel profit gedreven als maatschappelijke ondernemingen zijn op zoek naar de balans tussen samenleving, rendement en solidariteit. Zij zijn op zoek naar nieuwe besturingsmodellen die recht doen aan wensen en behoeften van interne en externe stakeholders. Het coöperatief bedrijfsmodel biedt in dat kader een uitdagend alternatief. Dit model biedt de mogelijkheid om omgevingsrelaties in te weven in de besturingsvorm.

VVT zorginstellingen hebben diverse instrumenten tot hun beschikking om de bouwstenen van het coöperatief bedrijfsmodel in te vullen

Uit het bureauonderzoek blijkt dat de literatuur verschillende instrumenten beschrijft die bruikbaar zijn om alle zes bouwstenen van het Betrokkenheid, Wederkerigheid en Community model in te vullen. Dit beeld wordt bevestigd door de resultaten van het veldonderzoek.

Onbenutte kansen

De vier geïnterviewde instellingen maken in grote lijnen (nog) geen gebruik van een aantal instrumenten:

1. Benutten van sociale media.
2. Marktsegmentatie en structureel marktonderzoek.
3. Doorontwikkelen van het serviceconcept naar de fase van 'onmisbare dienstverlening'.

4. Verdere uitbreiding van familieparticipatie; relativering van professionaliteit.
5. Continu uitleggen waarom met elkaar samenwerken noodzakelijk is en wat het gemeenschappelijke doel is van de organisatie.
6. Zelf normen ontwikkelen voor kwantiteit en kwaliteit van de zorg- en dienstverlening.

Uit de literatuur én de interviews kan afgeleid worden dat de eerste vijf vermelde instrumenten komende jaren alsnog gehanteerd gaan worden. Of zorginstellingen op grote schaal eigen normen gaan ontwikkelen voor de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening is de vraag; daarvoor heb ik minder aanwijzingen gevonden. Dat hangt mogelijk samen met de belemmeringen die zorginstellingen ervaren met de financiering op basis van zorgzwaartepakketten.

Belemmeringen voor de ontwikkeling c.q. instandhouding van een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl

Hiervoor is al geschreven dat het 'kopieergedrag' van zorginstellingen een belemmering kan vormen voor het toepassen van het coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl.

Een andere mogelijke belemmering bestaat uit het feit dat de wetgever met nieuwe wetten komt die meer op het Anglo-Amerikaanse dan op het Rijnlandse denken zijn gestoeld. Het wetsvoorstel op de maatschappelijke onderneming is gesneuveld voordat het parlement het formeel onder ogen kreeg, terwijl het meer op het Anglo-Amerikaanse model gestoelde wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg naar het parlement is gestuurd.

Een derde mogelijke belemmering is de financiering op basis van zorgzwaarte. Dit financieringssysteem is op individuele leest geschoeid en kan het consumentistisch gedrag van cliënten/bewoners versterken.

Het coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl is onder bepaalde voorwaarden mogelijk binnen elke rechtsvorm. De nieuwe structuur als 'gestold gedrag'.

De coöperatieve principes kunnen onder bepaalde voorwaarden binnen elke rechtsvorm worden toegepast. Het is niet per se noodzakelijk de rechtsvorm te wijzigen van stichting naar coöperatieve vereniging. Het past in de coöperatieve principes om het bedrijfsmodel van onderaf op te bouwen, in samenspraak met interne en externe stakeholders. Gaande de ontwikkelingen kan aangesloten worden bij hun behoeften en verwachtingen. Op deze wijze wordt een voor elke organisatie uniek coöperatief bedrijfsmodel ontwikkeld dat past bij de kernwaarden van de zorginstelling. Een eventuele omvorming van stichting naar coöperatie is derhalve bij voorkeur sluitstuk van het veranderingsproces. De nieuwe structuur is dan 'gestold gedrag'.

Elke stakeholder die waarde toevoegt, kan op contractuele basis als lid c.q. mede-eigenaar gepositioneerd worden.

In de nieuwe generatie coöperatieve bedrijfsmodellen vindt er een permanente interactie plaats tussen alle lagen van de zorgverlenende organisatie, haar medewerkers, cliënten/bewoners en overige stakeholders.

Er is géén strikte scheiding tussen leden en de organisatie. De leden worden dan ook niet in een **separate vereniging** ondergebracht, maar maken deel uit van de organisatie. Iedere stakeholder die waarde toevoegt kan op contractuele basis lid c.q. mede-eigenaar worden, bijvoorbeeld in een franchiseconstructie.

Afhankelijk van de bijdrage, wordt de aard van het lidmaatschap c.q. eigenaarschap bepaald en contractueel vastgelegd.

Maatschappelijk ondernemen met libertair paternalisme

Libertair betekent dat de keuzevrijheid van de cliënt/bewoner wordt gerespecteerd. Het paternalistisch aspect zit hem in de claim dat het legitiem is te proberen het gedrag van mensen zodanig te beïnvloeden dat ze langer, gezonder en beter leven. Hiermee kunnen maatschappelijke ondernemingen zich duidelijk onderscheiden van profit organisaties. De keuzearchitectuur van pure profit organisatie is immers overwegend gericht op omzet- en winstmaximalisatie. In dit kader is maatschappelijk ondernemen in een coöperatief bedrijfsmodel als volgt te beschrijven: het bepalen van je keuzearchitectuur niet op basis van

winstmaximalisatie maar op basis van een betere kwaliteit van leven van de cliënten/bewoners en overige stakeholders.

Er zijn meer wegen naar Rome. Een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl heeft ook mogelijke nadelen

De Nederlandse overheid heeft ingezet op een overgang van een centraal naar een decentraal sturingsmodel met gereguleerde marktwerking. Onderliggende gedachte van marktwerking in de gezondheidszorg is dat zoveel mogelijk vrije keus in een vrije markt naar de mening van het Ministerie van VWS zal leiden tot kostenverlaging en kwaliteitsverhoging. De kritiek op marktwerking in de gezondheidszorg neemt toe, maar velen willen deze regie ook weer niet bij de overheid neerleggen. Een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl is dan een mogelijk uitdagend alternatief. Dit laat onverlet dat er ook andere wegen zijn om tot het doel te komen van kostenverlaging én kwaliteitsverhoging.

Een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl heeft ook potentiële nadelen. Als je niet oppast vindt er teveel overleg plaats (polderen). En een hoge mate van solidariteit kan er toe leiden dat niemand zijn kop boven het maaiveld durft uit te steken. Er is sprake van een gesloten systeem: alleen de 'leden' c.q. eigenaren zijn verzekerd van toegang tot betaalbare zorg van goede kwaliteit. Het libertair paternalisme kan doorslaan in bevoogding.

7.3 Negen aanbevelingen voor bestuurders van VVT zorginstellingen

Voor bestuurders van VVT zorginstellingen die een coöperatief bedrijfsmodel willen ontwikkelen en in stand houden, zijn hieronder negen aanbevelingen geformuleerd.

1. Vertoon geen kopieergedrag, maar vaar je eigen koers

'Op de windrichting hebben we geen invloed, maar wel op de stand van de zeilen'. Vaar je eigen koers. Benut kansen in positionering en profilering. Krijg een eigen, herkenbaar gezicht door te beseffen dat je zelf medevormgever bent van de context waarin je opereert. Maak verbinding tussen je eigen kracht en de fundamentele behoeften van cliënten/bewoners en overige stakeholders en bedenk van daaruit creatieve oplossingen.

2. Zet de verdere professionalisering van bestuur en management door, maar verval niet in 'MBA taal' en geef 'spreadsheetfundamentalisten' niet teveel ruimte

De complexiteit van de omgeving waarin zorginstellingen opereren, vereist een toenemende professionaliteit van bestuur en management. Zorg er wel voor dat je niet vervalt tot managerial taalgebruik, maar dat je met oplossingen komt die uit te leggen zijn aan cliënten/bewoners en overige stakeholders. De bestuurder dient een dubbelrol te vervullen door enerzijds namens de stakeholders een professioneel beleid te voeren én anderzijds de verantwoordelijkheid te nemen om dat aan cliënten/bewoners en overige stakeholders 'uit te leggen'.

In het Anglo-Amerikaanse model geldt 'weten is meten': alléén wat we kunnen meten is waar. Deze benadering geeft mogelijk teveel ruimte aan zogenaamde spreadsheetfundamentalisten die alles wat je niet kunt meten buiten beschouwing willen laten. Ga uit van de Rijnlandse benadering: 'meten is weten' (als je iets kunt meten, weet je meer).

3. Stel het dominante besturingsmodel RvT/RvB ter discussie

Ga op zoek naar een besturingsmodel dat veel minder een legitimeringsprobleem kent, maar naar een model dat een betere basis biedt voor 'voice' én verantwoordelijkheid van elke stakeholder die waarde toevoegt. Het coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl is een model dat daarin voorziet.

4. Pas de ZZP toe op collectief niveau en geef ruimte aan de stakeholders om binnen kaders zelf vorm en inhoud te geven aan kwantiteit en kwaliteit van de zorg- en dienstverlening

Het systeem van indicatie door het CIZ is gebaseerd op wantrouwen ten opzichte van VVT zorginstellingen. In dat opzicht past het indicatiesysteem in het Anglo-Amerikaanse denken.

Draag uit dat VVT zorginstellingen en haar stakeholders zélf over meer dan voldoende vakmanschap en verantwoordelijkheidsgevoel beschikken om vorm en inhoud te geven aan kwantiteit en kwaliteit van de zorg- en dienstverlening. Pas de ZZP niet toe op individueel, maar op collectief niveau en geef ruimte aan cliënten/bewoners, familie, mantelzorgers en medewerkers om in een permanente dialoog te bepalen welke zorg- en dienstverlening er verwacht én geleverd wordt.

5. Ga verdere juridisering/formalisering in de VVT sector tegen

Stem tegen nieuwe voorstellen van de branchevereniging die gebaseerd zijn op het Anglo-Amerikaanse denken, hoe goed bedoeld ook. Kom (gezamenlijk) op tegen overheden, zorgkantoren en zorgverzekeraars die steeds meer 'transparantie' eisen. Geef stakeholders daadwerkelijk een 'voice' en betrek ze al in de beleidsvoorbereidende fase.

6. Creëer ruimte voor de opbouw van de relatie tussen medewerker – cliënt/bewoner

Maak je dienstverlening 'onmisbaar' door beleid te ontwikkelen op het terrein van klantbejegening en belevenismarketing. Geef de cliënt/bewoner en zijn familie het gevoel dat ze er niet 'alleen' voor staan. Maak beleid dat ervoor zorgt dat informele en formele zorg met elkaar verbonden worden, bijvoorbeeld met behulp van het Planetree model.

7. Maatschappelijk ondernemen met libertair paternalisme

Onderneem 'maatschappelijk' door cliënten/bewoners en overige stakeholders de vrijheid te laten om zelf keuzes te maken, maar beïnvloed deze keuzes door de keuzearchitectuur zo in te richten dat zij een 'nudge' krijgen om die keuzes te maken die leiden tot een betere kwaliteit van leven.

8. Vul de bouwstenen van het Betrokkenheid, Wederkerigheid en Community model in

- Creëer een basis voor vertrouwen door open te communiceren, zodanig dat voor het gevoel van de stakeholders er sprake is van een dialoog tussen partijen die beseffen dat ze elkaar nodig hebben om een gezamenlijk doel te realiseren.
- Maak beleid op het gebied van sociale media.
- Communiceer met doelgroepen op basis van marktsegmentatie.
- Zet strategische zorgmarketing hoog op de agenda en besteed in samenhang aandacht aan externe, interne en interactieve marketing.
- Externe marketing: maak keuzes, je kunt niet alles voor iedereen. Formuleer een kernpropositie/kernbelofte ten opzichte van je cliënten/bewoners en overige stakeholders.
- Interne marketing: zorg ervoor dat medewerkers de kernbelofte waar kunnen maken.
- Interactieve marketing: maak de kernbelofte waar.
- Hanteer de volgende managementtools: verwachtingen-, stakeholder- en relatiemanagement.
- Ontwikkel serviceconcepten en ontwikkel je organisatie tot 'onmisbare' dienstverlener.
- Vervang het MDO door cliëntbespreking.
- Ontwikkel nieuwe vormen van familieparticipatie en co-creatie communities.
- Creëer bereidheid tot actief lidmaatschap, het dragen van mede verantwoordelijkheid en mede besturen door een werkelijke belangstelling te tonen voor de cliënten/bewoners, het koesteren van oppositie en het structureel uitdragen van de kernwaarden en het gemeenschappelijke doel van de organisatie.

9. Aanbevelingen met betrekking tot de besturingsfilosofie

- Benoem kernwaarden die aansluiten bij de coöperatieve principes: richt je op medewerkers én stake-

holders met dezelfde kernwaarden.

- Kies een dominante klantgerichtheidsstrategie én voer die in tot in de haarvaten van de organisatie.
- Richt de besturingsfilosofie in op strategisch marketingmanagement door een partnerschap met een complementaire organisatie of door positionering als netwerkorganisatie.
- Maak emergente strategieën tot de norm.
- Stel rechtsvorm en besturingsmodel ter discussie.
- Richt de organisatie in op basis van het Rijnlands model.
- Wees bereid de macht te delen, benadruk vakmanschap (géén functiesplitsing), kom met oplossingen die door jezelf uit te leggen zijn. Wees niet regel gedreven, maar principe gedreven.
- Stuur vooral op bij de stakeholders gemeten effecten (verwachtingen, tevredenheid, actief referenten) en minder op intern gemeten effecten (kwaliteitssystemen).
- Beloon collectieve in plaats van individuele ambities.
- Zorg voor samenhang/congruentie tussen de bouwstenen en besturingsfilosofie én tussen onderdelen van de besturingsfilosofie.

Slotwoord

In deze thesis heb ik mij verdiept in de ontwikkeling die het coöperatief bedrijfsmodel heeft doorgemaakt – en nog doormaakt. Tijdens deze studie is mij duidelijk geworden dat de veranderingen die zich voltrekken in de coöperatieve wereld een uitwerking zijn van enkele principes met nieuwe vormen en gebaseerd op nieuwe inzichten in het beheer van gemeenschappelijke belangen.

In de voorliggende thesis heb ik de coöperatieve principes uitgewerkt aan de hand van de theorie over strategische zorgmarketing en het libertair paternalisme uit de gedragseconomie. Dat heeft geleid tot aanbevelingen inzake een inhoudelijk ontwikkelingstraject naar wat ik als een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl heb betiteld.

VVT zorginstellingen die overwegen een coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl te ontwikkelen, kunnen gebruik maken van hetgeen in de aanbevelingen is gesteld. Dit model is geen 'one size fits all', maar krijgt met name betekenis door het eigen ontwikkelingstraject. Het gaat kortom ook om de eigen manier en het eigen tempo.

Conform de coöperatieve principes wordt het coöperatief bedrijfsmodel nieuwe stijl van onderaf opgebouwd, in samenspraak met interne en externe stakeholders, maar het moet wel worden georganiseerd en de te maken keuzes zullen transparant en ter discussie dienen te staan. Gaande de ontwikkelingen kan aangesloten worden bij behoeften en verwachtingen van de stakeholders. Op deze wijze wordt een coöperatief bedrijfsmodel ontwikkeld dat past bij de kernwaarden van de zorginstelling, haar medewerkers, cliënten/ bewoners, familie en andere belanghebbenden. En dat aansluit bij de toenemende behoefte aan voice.

Nader beschouwd zijn er ook onder de coöperaties die al een heel lange geschiedenis kennen geen twee die precies dezelfde governance resp bestuurlijke structuur hebben. Een eigen vorm met eigen unieke kenmerken is dan ook het meest uitdagende en aantrekkelijke perspectief van zorginstellingen die nieuwe aansluiting met de stakeholders ambiëren. De coöperatie nieuwe stijl die in deze thesis centraal staat, lijkt daarvoor het bij uitstek geschikte bedrijfsmodel.

Literatuurlijst

- Atkinson A, Kaplan R, Matsumura E. Management Accounting. Amsterdam: Pearson Education Benelux 2010.
- Boonekamp L en Van den Brink M. Willen Kiezen - Kunnen kiezen. Zorgspecial 10.1 2008.
- Boonekamp L en Woldendorp H. Een strategisch model voor de ouderenzorg. Zorgspecial, 2006, nummer 7.
- Bovenkamp H van de, Grit K, Bal R. Inventarisatie patiëntenparticipatie in onderzoek, kwaliteit en beleid, Erasmus MC, 2008.
- Braam G. Beeld van de ouderdom blijft verbijsterend eenzijdig, TCTubantia, 4 februari 2011.
www.prof-geert-braam.nl
- Brady M, Kieboom W en Lagrauw A. De bijdrage van de coöperatie aan de klantwaarde; Thesis MBA 2008-2010, 2010.
- Campen C van (red). Kwetsbare Ouderen, Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag, februari 2011.
- Camps T. Bestuursvorm, zoektocht naar nieuw evenwicht leidt tot herwaardering coöperatie, 2010.
www.tiasnimbas.edu
- College voor Zorgverzekeringen, Gebruikersgids verpleging en verzorging – Algemene informatie en informatie per ZZP, 2011.
- Frampton, S. B. & Charmel, P. A. – De patiënt op de eerste plaats: Mensgerichte zorg volgens planetree, 2009.
- Gezondheid 2.0 (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg), 2010.
- Gillmore H., Pine J., Authenticiteit, wat consumenten echt willen, Den Haag: Academic Service, 2008.
- Goodijk R., Raden van Toezicht schieten tekort, Inaugurele rede bij de aanvaarding van de leerstoel Governance in de (semi)publieke sector aan de Universiteit van Tilburg, 2011. <http://www.zorgvisie.nl/Personeel/Raden-van-toezicht-schieten-tekort.htm>
- Hoogenbirk H., Generaties in organisaties, januari 2011, www.vanvieren.nl
- Hurts F. De Onmisbaarheidsfactor, Zaltbommel: Uitgeverij Thema 2006.
- Idenburg P en Van Schaik M. Diagnose 2025, Over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg, 2010.
- Kotter JP. New York, Perseus Distribution Services, Leading Change, 1996.
- Martin, D. P., Diehr, P., Conrad, D. A., Hunt Davis, J., Leickly, R. & Perrin, E. B. – Randomized trial of a patient-centered hospital unit. Patient Education and Counseling, 1998.
- Peters J, Weggeman M. Het Rijnland Boekje. Amsterdam: Business Contact 2010.
- Raad voor de Volksgezondheid, Gezondheid 2.0., 2010.
- Raad voor de Volksgezondheid, Kiezen in de Gezondheidszorg, 2003.
- Royers T. De familie is terug, tijdschrift over ouder worden en samenleving, 2009.
- Svendsen G, Svendsen G. Measuring Social Capital: The Danish Co-operative Dairy Movement, Sociologia Ruralis 2002.
- Thaler R, Sunstein C. Nudge. Amsterdam: Business Contact, 2009.

Trendbureau Overijssel – De grijze samenleving, verkenningen voor beslissers, januari 2011.

Van der Meulen J., Niet praten over maar met de client. In: Handboek Cliënt en Medezeggenschap in de zorg, December. Loghum: Bohn Stafleu 2008.

Sangen GJH. van der, Galle RCJ, Dortmund, P.J. De Coöperatie, Eigentijdse rechtsvorm.
Den Haag: Boom Juridische Uitgevers 2007.

Van Dijk & Klep – Handboek Vereniging, de veranderende vereniging in de veranderende samenleving, 2003.

Van Dijk G van, Klep L. Eigen zorg in eigen hand. Breukelen : NCR 2009.

Van Dijk G van, Klep L. Van onder op, besturen met een achterban. Breukelen: NCR 1999.

Van Dijk G van, Klep L. Als de markt faalt. Den Haag: Sdu Uitgevers 2005.

Van Dijk G van. De productiviteit van het coöperatieve bedrijfsmodel, 2010.

Van Dijk G van. Democratie en de grote economie. Utrecht: NCR 2008.

Verhees, Sergaki en Van Dijk – Antecedents and consequences of active cooperative membership, 2010.

Geraadpleegde websites

www.marijnstaal.nl

www.planetree.nl

