



Governance Innovatie- en Adviescommissie (IAC)

Zeggenschap en Medezeggenschap in de zorg

“Naar innovatieve vormen van (mede)zeggenschap?”

Governance Innovatie- en Adviescommissie

Mirella Minkman, voorzitter

Guus Bannenberg

Michiel van Berckel Smit

Erik Dannenberg

Annemijn van Hemel

José Laheij

Wiko Vlasblom

Relinde Weil

Daniël Waarsenburg, secretaris

1 mei 2025

INHOUD

1. INLEIDING	3
1.1 Verkenning innovatie vormen (mede)zeggenschap	3
1.2 De werkwijze van de IAC	4
2. (MEDE)ZEGGENSCHAP IN DE PRAKTIJK	6
2.1 Zeggenschap en medezeggenschap voor cliënten en verwanten	7
2.2 Zeggenschap voor zorgverleners	9
2.3 Medezeggenschap voor medewerkers	10
2.4 Zeggenschap en medezeggenschap voor burgers / inwoners	12
3. ANALYSE: (MEDE)ZEGGENSCHAP NOG VAAK TRADITIONEEL	14
3.1 Het verschil tussen formele medezeggenschap, inspraak en zeggenschap vervaagt en is onduidelijk	14
3.2 Formele medezeggenschap is nog steeds het uitgangspunt	15
3.3 Meer focus op zeggenschap zorgprofessionals	16
3.4 Introductie van andere werkwijzen voor (mede)zeggenschap	17
3.5 Korte reflectie IAC	18
4. GEWENSTE ONTWIKKELINGEN	20
4.1 (Mede)zeggenschap meer op maat	20
4.2 Integrale (mede)zeggenschap	21
4.3 (Mede)zeggenschap in de regio	22
4.4 (Mede)zeggenschap bij domein overstijgende zorg- en hulpverlening	23
5. MOGELIJKHEDEN BINNEN HET JURIDISCH KADER	25
5.1 Medezeggenschap van cliënten en naasten	26
5.2 Zeggenschap voor zorgprofessionals	29
5.3 Medezeggenschap voor medewerkers	30
5.4 Afrondend	35
6. AANBEVELINGEN GOVERNANCE CODE ZORG 2022	36
7. AFSLUITING EN WOORD VAN DANK	38

BIJLAGEN

1. Overzicht geïnterviewde zorgorganisaties incl. weergave resultaten zeggenschap en medezeggenschap	
2. Overzicht adviesrecht en instemmingsrecht cliëntenraad	
3. Overzicht adviesrecht en instemmingsrecht ondernemingsraad	

1. INLEIDING

1.1. Verkenning innovatieve vormen (mede)zeggenschap

De zorg is continu in beweging en ontwikkeling om aan maatschappelijke taken en opgaven te kunnen voldoen. De vraag naar zorg neemt toe, terwijl het aanbod daarop niet altijd meer aansluit. Ondersteund door onder andere landelijke akkoorden zoals het Integraal Zorgakkoord (IZA) en WOZO (Wonen, Zorg, Ondersteuning voor Ouderen) wordt beoogd de zorg toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden voor iedereen. De juiste zorg moet op de juiste plek worden georganiseerd en wat geen zorg hoeft te zijn, juist daarbuiten. Dit is een grote uitdaging en om dit te kunnen realiseren is dan ook inzet van alle zorgorganisaties, de politiek, stelselspelers én de samenleving nodig.

Samenwerking in de zorg komt steeds meer centraal te staan. Deze beweging zien we in het veld zelf en ook de landelijke akkoorden benoemen het belang van samenwerking. Interne samenwerking binnen zorgorganisaties tussen bestuur, zorgprofessionals, medewerkers, cliënten en familieleden om de best mogelijke zorg te kunnen (blijven) verlenen in moeilijke tijden. Maar ook samenwerking met externe partijen, tussen verschillende zorgverleners vanuit verschillende domeinen en in regio's. Deze regionale én domein overstijgende samenwerkingen zijn noodzakelijk om de kwaliteit van zorg op peil te kunnen houden, de zorg toegankelijk te houden – een belangrijk speerpunt uit het regeerakkoord van kabinet Schoof – en te laten aansluiten op de behoeften van cliënten, burgers en inwoners. Zorg en welzijn wordt steeds dichter op elkaar en door elkaar heen georganiseerd. Ook gelijkwaardige toegankelijke zorg is een belangrijk uitgangspunt en in dat verband wordt verwezen naar de noodzakelijke beweging naar zorg en ondersteuning in de eigen regio, de eigen leefomgeving. Daarvoor is een domein overstijgende, integrale en langjarige aanpak noodzakelijk. Ook dit heeft tot gevolg dat nieuwe samenwerkingsvormen ontstaan, waarbij de besturing steeds meer domein overstijgend wordt georganiseerd of afgestemd. Zeggenschap en medezeggenschap enkel binnen zorgorganisaties volstaat dan niet meer, want burgers hebben met meerdere dienstverleners en organisaties te maken en voor hen is juist de samenhang tussen de verschillende zorgverleners van belang.

Dit leidt tot nieuwe uitdagingen, ontwikkelingen en soms ook dilemma's. Hoe geef je deze samenwerkingen vorm? Hoe zorg je voor voldoende gekwalificeerd personeel? Hoe kom je tot de juiste zorg in de regio? Welke domeinen gaan samenwerken en hoe wordt de samenwerking effectief aangestuurd? Deze vragen raken ook de zeggenschap en medezeggenschap bij zorgorganisaties. Verbinding met, betrokkenheid van en vertrouwen in medewerkers, cliënten en burgers lijken belangrijker dan ooit. Er ontstaan ook nieuwe rollen, zoals de rol van regievoerder binnen een regio of juist binnen een domein overstijgende samenwerking. Er is echter nog weinig zicht op vernieuwing met betrekking tot de (mede)zeggenschap, terwijl het wel denkbaar en wellicht noodzakelijk is die zeggenschap én medezeggenschap ook te vernieuwen en aan te laten sluiten bij de nieuwe uitdagingen en ontwikkelingen in de zorg. Dat burgers het van belang vinden gehoord te worden, ook zelf initiatief te nemen en ondersteuning dichtbij te organiseren, is te zien aan de sterke beweging van zorgzame gemeenschappen in ons land. Tegelijkertijd zijn deze initiatieven nog lang niet altijd verbonden met of bekend bij de zorgverleners in de buurt of regio.

Vernieuwing van (mede)zeggenschap begint met de juiste aansturing en oog voor good governance, waarvan zeggenschap en medezeggenschap een belangrijk onderdeel uitmaken. De nieuwe uitdagingen en nieuwe ontwikkelingen binnen de zorg vragen ook om een nieuwe kijk op het inrichten van zeggenschap en medezeggenschap. Hoe kan dit anders? Voorzichtig zien we nieuwe vormen van zeggenschap en medezeggenschap ontstaan. De wens hiervoor is groot, maar is dit ook mogelijk binnen de huidige juridische kaders en wordt er al met nieuwe vormen gewerkt?

De Governance Innovatie- en Adviescommissie van de Brancheorganisaties Zorg (IAC) heeft verkend of er nieuwe, innovatieve vormen van (mede)zeggenschap worden gebruikt die passen bij deze maatschappelijke ontwikkelingen en hoe die zich verhouden tot de huidige juridische kaders zoals de WMCZ¹, de WOR² en de Wkkgz³.

Omdat de termen zeggenschap en medezeggenschap soms door elkaar gebruikt worden, vinden we het van belang vooraf de definitie mee te geven zoals die in dit rapport gehanteerd wordt. Het onderscheid tussen beide vormen zien we als volgt:

- Zeggenschap verwijst naar de formele bevoegdheid om beslissingen te nemen en beleid te bepalen.
- Medezeggenschap betekent dat medewerkers, cliënten of andere belanghebbenden formele invloed mogen uitoefenen op besluitvorming middels advies- en instemmingsrecht, maar niet de formele eindbevoegdheid kennen om deze zelf te nemen. Een nader te onderscheiden vorm van medezeggenschap is inspraak. Inspraak betekent dat belanghebbenden (zoals medewerkers, cliënten of burgers) hun mening mogen geven over een besluit, maar zonder formele zeggenschap of medezeggenschap. Het is een manier om participatie te bevorderen, zonder dat er rechten zijn om het besluit te beïnvloeden.

1.2. De werkwijze van de IAC

De IAC onderzoekt jaarlijks enkele thema's die verbonden zijn met de Zorgbrede Governance en of de Zorgbrede Governancecode 2022. Een van de thema's dit jaar is de (mede)zeggenschap binnen zorgorganisaties, waarbij een verkenning is uitgevoerd naar innovatieve vormen van (mede)zeggenschap. De vraag is gerezen of uitsluitend formele (mede)zeggenschap voldoende recht doet aan de belangen van medewerkers, zorgprofessionals, cliënten en naasten in de zorg en de rol van de inwoner in de regio. Daarnaast is bij de meeste zorgorganisaties sprake van meerdere vertegenwoordigingsorganen. Zo kan bij één organisatie zowel een of meer ondernemingsraden, een of meer cliëntenraden en/of een verpleegkundige- of professionele adviesraad zijn ingesteld. Iedere raad met eigen bevoegdheden, taken en een eigen belang dat wordt gediend. Dat maakt de (mede)zeggenschap complex. Wat leg je aan welke raad voor, is sprake van een samenwerking tussen deze raden en/of hoe kan een samenwerking worden ingericht op zodanige wijze dat de medezeggenschap efficiënt verloopt?

¹ Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen

² Wet op de Ondernemingsraden

³ Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

Met deze verkenning beoogt de IAC meer inzicht te krijgen in de innovatieve vormen voor (mede)zeggenschap die in de praktijk al worden gebruikt. Ook wenst de IAC te achterhalen welke ontwikkelingen gewenst zouden zijn voor de toekomst van (mede)zeggenschap die bijdragen aan de uitdagingen waar de zorg voor staat: passende zorg op de juiste plek, meer samenwerking in de regio én domein overstijgende zorg- en hulpverlening ingebed in de samenleving waarin ook burgers zelf een belangrijke rol hebben.

In deze verkenning onderscheidt de IAC verschillende vormen van zeggenschap en medezeggenschap:

1. Zeggenschap en medezeggenschap van cliënten en verwanten
2. Zeggenschap van zorgverleners;
3. Medezeggenschap van medewerkers;
4. Zeggenschap en medezeggenschap van burgers / inwoners

Voor dit advies heeft de IAC tien zorgorganisaties geïnterviewd waarvan het vermoeden bestond dat zij al werken of experimenteren met nieuwe(re) vormen van de (mede)zeggenschap. De IAC is eerst in gesprek gegaan met de bestuurders van deze zorgorganisaties en daarna - indien die mogelijkheid bestond – nogmaals met de leden/vertegenwoordigers van de (mede)zeggenschapsraden van diezelfde zorgorganisaties. De interviews hebben plaatsgevonden in 2023 en 2024 in twee rondes. Eventuele actuele gewijzigde omstandigheden binnen de verschillende geïnterviewde organisaties nadien zijn niet meegenomen in deze rapportage.

In paragraaf 2 van dit advies zijn de bevindingen vanuit deze interviews samengevat. De resultaten van deze interviews zijn vervolgens geanalyseerd en beschouwd. Deze analyse is in paragraaf 3 van dit advies terug te vinden. Aan de hand van deze analyse heeft de IAC in paragraaf 4 de gewenste ontwikkelingen beschreven. In paragraaf 5 is vervolgens toegelicht hoe het juridisch kader zich verhoudt tot de ontwikkelingen. Tot slot is in paragraaf 6 een aantal aanbevelingen opgenomen voor verduidelijking en aanvulling van de Zorgbrede Governancecode 2022 die zouden kunnen bijdragen aan het stimuleren van meer innovatieve vormen van (mede)zeggenschap binnen de zorg.

2. (MEDE)ZEGGENSCHAP IN DE PRAKTIJK

Zeggenschap en medezeggenschap kent in zorgorganisaties verschillende vormen. Binnen zorgorganisaties is meestal sprake van een bestuur, een toezichthoudend orgaan en diverse medezeggenschapsraden. Iedere speler heeft een eigen rol en eigen belangen. Het bestuur is verantwoordelijk voor de zorgorganisatie en alle besluiten die worden genomen. De toezichthouder – meestal in de vorm van een Raad van Toezicht - houdt toezicht op het bestuur en de besturing en moet bepaalde besluiten goedkeuren. Daarnaast bestaan er vaak meerdere raden die de (mede)zeggenschapstaken uitvoeren voor cliënten/patiënten (cliëntenraden en familieraden), zorgprofessionals (bijvoorbeeld verpleegkundige adviesraden, professionele adviesraden en gremia voor medisch specialisten) en medewerkers (ondernemingsraden). De wijze waarop invulling wordt gegeven aan (mede)zeggenschap kan erg variëren. Er kan worden gewerkt met een vast vergaderschema, roosters van aftreden, vaste of juist diverse rollen van betrokkenen, vaste thema's of juist informeel zoals overleg in wisselende samenstellingen, afhankelijk van het thema op momenten die er toe doen etc. Het is de kunst om de (mede)zeggenschap zo in te richten en uit te voeren dat dit past bij de zorgorganisatie, medewerkers en cliënten en het doel van (mede)zeggenschap wordt nagestreefd: invloed uitoefenen op belangrijke besluiten en meedenken bij ontwikkelingen en thema's, waarbij de rechten van cliënten, naasten en medewerkers geborgd zijn.

Het speelveld om tot een passende (mede)zeggenschapstructuur te komen is veelomvattend en wordt soms als complex ervaren. Vaak zijn er intensieve vergadercircuits en goed afgestemde tijdslijnen nodig voordat besluiten genomen kunnen worden. Welke vorm voor (mede)zeggenschap wordt gekozen, is afhankelijk van onder andere de grootte van de organisatie (het aantal locaties, patiënten, zorgverleners en medewerkers etc.) en de zorgverlening binnen de organisatie (intramurale zorg, extramurale zorg, ambulante zorg, langdurige zorg of juist voor een korte periode). Ook zijn de wijze waarop de zorgorganisatie wordt bestuurd, de bevoegdheidsverdeling is ingericht en de manier waarop besluitvorming tot stand komt relevant voor de inrichting van de (mede)zeggenschap. Dit zijn interne factoren die per zorgorganisatie kunnen verschillen. Daarnaast zijn er ook relevante externe factoren, zoals samenwerkingen met andere partijen en de geldende wet- en regelgeving die van invloed kunnen zijn op de keuze voor een (mede)zeggenschapstructuur.

De IAC heeft met de het bestuur en -indien dit mogelijk was- de (mede)zeggenschap van verschillende zorgorganisaties interviews gehouden, waarin is gedeeld welke verschillende vormen van (mede)zeggenschap de organisatie kent, wat volgens de betrokkenen goed werkt en wat nog beter zou kunnen. De basis van dit rapport zijn dus ervaringen. Geen van de organisaties had (al) onderzoek uitgevoerd naar de (meer)waarde of werkzaamheid van de gekozen (mede)zeggenschapsinrichting. Het bestuur en de (mede)zeggenschapsraden zijn apart van elkaar geïnterviewd, mede om te bezien hoe er vanuit de verschillende rollen en perspectieven wordt gekeken naar de (mede)zeggenschap in de betreffende zorgorganisatie. Bijlage 1 van dit rapport bevat een tabel waarin is weergegeven welke zorgorganisaties zijn geïnterviewd, welke vormen van (mede)zeggenschap deze organisaties hanteren en welke vernieuwende vormen en werkwijzen van (mede)zeggenschap naar voren zijn gekomen. De tabel heeft niet de pretentie volledig te zijn. In de volgende paragrafen wordt per vorm van (mede)zeggenschap een toelichting gegeven en worden de meest opvallende vormen en werkwijzen benoemd.

2.1. Zeggenschap, medezeggenschap en inspraak voor cliënten en verwanten

Cliënten (naasten) hebben zeggenschap, medezeggenschap en inspraak. Inspraak voor cliënten is geregeld in de WMCZ 2018. Deze wet geeft zorgorganisaties de mogelijkheid en de ruimte tot consultatie, raadplegen, meedenken van cliënten, naasten en medewerkers bij thema's, ontwikkelingen en innovaties. Het is een verruiming van het betrekken van het cliënten- en naastenperspectief naast de bestaande formele medezeggenschapsorganen. Doel van de inspraak is het gesprek met en gehoord worden van cliënten, naasten en medewerkers waarmee zij bijdragen aan input voor beleid van zorgorganisaties. De vormgeving van inspraak staat vrij.

Wat we hieromtrent hebben waargenomen is het volgende: bijna iedere geïnterviewde zorgorganisatie heeft een of meerdere cliëntenraden ingesteld. Een cliëntenraad behartigt de belangen van cliënten, patiënten en verwanten/familieleden. In veel organisaties zien we een verdeling in een centrale cliëntenraad, gecombineerd met lokale cliëntenraden, deelraden en cliëntcommissies.

Bij de inrichting van cliëntenraden worden verschillende uitgangspunten gehanteerd. Zo wordt bij kleinschalige woonvormen (bijvoorbeeld bij de Zorggroep, Cosis en Santé) gewerkt met locatieraden. Ook zien wij zorgorganisaties die ervoor hebben gekozen de cliëntenraden (soms in deelraden) in te delen naar de doelgroep (bijvoorbeeld bij Lentis, hoewel dit in de nabije toekomst heringericht gaat worden om dat de organisatiestructuur van Lentis gaat veranderen van doelgroepgericht naar regionale dienstverlening). Denk aan: cliënten met een psychische beperking, cliënten met een verstandelijke beperking, cliënten op bepaalde woongroepen etc. Dit kan bijdragen aan het vergroten van het aantal verschillende perspectieven op het beleid van de zorgorganisatie. Er zijn een aantal zorgorganisaties met een regionale cliëntenraad en/of verwantenraad. Dit zien we bijvoorbeeld terug bij JP van den Bent, Lentis en Icare.

Ten aanzien van de inrichting van de cliëntenraad zelf (wie kunnen daarin deelnemen) zien wij ook verschillende variaties, meestal zijn dit de cliënten zelf, soms ook verwanten en/of familieleden. Cosis hanteert hierbij als uitgangspunt: maatwerk per locatie. Op iedere locatie moet de vorm en samenstelling worden gekozen die het best bij die locatie past. Er is steeds een keuze uit vijf werkvormen. Cosis licht dit als volgt toe:

“Wij hebben een kadernotitie waarin vijf vormen van medezeggenschap staan beschreven. [...]:

- a. Een cliëntenraad met alleen cliënten*
- b. Een cliëntenraad bestaande uit een deelraad met verwanten en een met cliënten met beiden gelijke rechten*
- c. Een cliëntenraad met verschillende locaties met overkoepelende verwantenraad*
- d. Een huiskamergesprek*
- e. Een cliëntenraad met alleen verwanten omdat cliënten niet in staat zijn zelf hun stem te laten klinken.*

De samenstelling van een cliëntenraad is op deze manier meer gevarieerd en past bij de zorgorganisatie én de specifieke locatie.

Naast cliëntenraden zijn er ook zorgorganisaties die apart een familieraad hebben ingesteld. Een voorbeeld hiervan is Lentis waarbij de familieraad een samenwerkingsovereenkomst heeft gesloten met de Raad van Bestuur, waarin deze raad dezelfde positie is gegeven als een cliëntenraad.

Daarnaast leiden wij uit de interviews af dat er verschillende werkvormen worden gekozen voor en door cliëntenraden om de medezeggenschapstaken goed te kunnen uitvoeren. Er wordt bijvoorbeeld gewerkt met werkgroepen of commissies die zich bezighouden met afgebakende onderwerpen of thema's. Bij Cosis wordt in dat kader gewerkt met een vernieuwend concept: het ABC van medezeggenschap.

Dit ABC bestaat uit:

- A. Adviesrecht: het formele adviesrecht van cliëntenraden (een van de formele wettelijke taken).
- B. Beïnvloeding van kwaliteit: het clientperspectief ophalen door het maken en in kaart brengen van de gehele cliëntreis binnen de zorgorganisatie.
- C. Coproductie: het gezamenlijk formuleren van het zorgplan op individueel cliëntniveau.

Dit ABC is volgens de bestuurder én de (mede)zeggenschap goed werkbaar en is onderdeel van het project dat tot doel heeft de inspraak en (mede)zeggenschap binnen de zorgorganisatie verder te versterken. Om dit te realiseren is er ook voor gekozen (professionele) coaching in te zetten om inspraak en medezeggenschap in de organisatie te integreren en verder te ontwikkelen, samen met de manager en de medewerkers van de locatie.

Als uitdaging voor de inrichting van de cliëntmedezeggenschap wordt het vinden van voldoende gemotiveerde cliënten en/of verwanten/familieleden genoemd. De oorzaak hiervoor is erin gelegen dat het werk voor een cliëntenraad enerzijds vrijwillig en onbetaald is en anderzijds vaak tijdrovend is. Deze combinatie maakt dat het niet altijd lukt de zetels in een cliëntenraad bemenst te krijgen.

Naast de formeel ingestelde cliëntenraden, maken zorgorganisaties ook gebruik van inspraakmogelijkheden door cliënten, patiënten en verwanten/familieleden. Dit zien wij veelal terug in de introductie van verschillende vormen van overleggen en bijeenkomsten. Als voorbeelden kunnen worden genoemd:

- De gezamenlijke ontmoetingsruimte voor bewoners bij een locatie van JP van den Bent;
- De open avonden bij de Zorggroep en ouderavonden bij JP van den Bent;
- Het inspraakhuis bij Cosis;
- De klankbordgroepen en strategische panels bij Cosis;
- Spiegelgesprekken met cliënten in aanwezigheid van de zorgprofessionals;
- De patiëntenpanels bij het UMCU en het AUMC;
- Een driemaandelijks gesprek van de voorzitters van cliëntenraad, familieraad en raad van bestuur (benen op tafel gesprek).

Naast deze gespreksvormen, zien wij ook steeds meer digitale middelen terug om de inspraak en medezeggenschap van cliënten te vergroten. Als voorbeelden kunnen worden genoemd:

- Het gebruik van MailChimp bij de Zorggroep;

- De inzet van Patiënt Effect Rapportages (PER) en Prospective Risico Inventarisatie (PRI) bij het AUMC;
- De invoering van het onlineplatform TIM (voorheen Tapster) bij Lentis;
- De inzet van Circle Lytics bij het UMCU.

Ieder systeem werkt anders en met ieder systeem worden andere inzichten verkregen. Het doel is wel steeds hetzelfde: met de introductie van dit soort systemen wil men iedere cliënt, patiënt en verwante/familielid de gelegenheid geven laagdrempelig en informeel input en feedback te geven op de (dagelijkse) zorgverlening. De data komt digitaal samen op een centrale plek zodat deze geduid en benut kan worden.

2.2. Zeggenschap voor zorgverleners

Uit de interviews volgt dat veel zorgorganisaties nog zoeken naar een juiste en passende manier om de zeggenschap voor zorgverleners vorm te geven. Het heeft wel de aandacht en de meeste zorgorganisaties hebben formele en informele vormen bedacht om de zorgprofessional invloed te geven op het zorginhoudelijke beleid van de zorgorganisatie. Daarmee zou de kwaliteit van de zorg toenemen (meer op maat, aansluiten bij behoeften) én de zorgprofessional meer autonomie en waardering krijgen. Uit de interviews valt af te leiden dat het belang hiervan breed wordt gedeeld.

Zoals ook uit de tabel in Bijlage 1 volgt, is bij een aantal zorgorganisaties de professionele zeggenschap vormgegeven door aparte adviesorganen of adviesraden in te stellen. Wij zien bijvoorbeeld dat het AUMC en het UMCU een VAR (Verpleegkundigen Adviesraad) hebben ingesteld, de Zorggroep, Lentis en Santé hebben een PAR (Professionele Adviesraad, bij Lentis Professionele Staf genaamd) ingesteld. Ook voor het invullen van deze raden ligt de uitdaging in het vinden van voldoende zorgprofessionals met motivatie voor deze rol. Dit is een taak die naast het zorginhoudelijke werk moet worden uitgevoerd en – ook al is daarvoor tijd ter beschikking gesteld – blijken zorgprofessionals het lastig te vinden daar tijd voor te nemen, omdat dit vaak extra werkdruk oplevert voor de collega's of er andere (privé)prioriteiten zijn.

Niet bij alle zorgorganisaties is een (formeel) orgaan of (formele) raad ingesteld om de zeggenschap van zorgprofessionals vorm te geven. Zo hebben JP van den Bent en Buurtzorg ervoor gekozen geen formele raden in te stellen. Bij JP van den Bent ligt het hoofddaccent op de zeggenschap van de individuele bewoner en optimale zeggenschap wordt daar bereikt door driemaandelijke evaluaties van zorgverleners met cliënten en verwanten. Bij Buurtzorg staan juist de teams centraal. De teamleden kiezen elkaar zelf uit en ontwikkelen kaders en richtlijnen om met elkaar samen te werken.

Bij GGNet zijn er ook geen formele raden ingesteld voor de professionele zeggenschap. Zij hanteren het principe van integrale aansturing, een vernieuwende manier om een zorgorganisatie aan te sturen. Dat houdt bij GGNet in dat de zes professionele staven (Staf Psychologen, Agogen staf, Ervaringsdeskundigenstaf, Vaktherapeutenstaf, Verpleegkundigenstaf, Vereniging medische staf) structureel worden betrokken bij overleggen over de strategie en op die wijze invloed kunnen uitoefenen op de zorg.

Bij Icare is gekozen voor een geheel ander uitgangspunt. Zij werken aan het invoeren van het concept shared governance. Dit zien wij – in de zorg- ook als vernieuwende minder voorkomende vorm voor de vormgeving van zeggenschap. Bij shared governance wordt bijvoorbeeld gewerkt met kwaliteitsgroepen en expertgroepen, waarin zorgprofessionals participeren. Dit model gaat verder dan enkel participatie, het verlegt ook verantwoordelijkheden en wijzigt het besluitvormingsproces. In dit besturingsmodel worden de zorgprofessionals zelf verantwoordelijk voor de eigen beroepsinhoudelijke uitvoering en ontwikkeling. Ieder krijgt zijn eigen verantwoordelijkheidsgebied. De Raad van Bestuur van Icare omschrijft dit als volgt:

“Shared governance duidt op een manier van organiseren en besturen waarbij de verpleegkundige en verzorgende professional in de organisatie, die het dichtst bij de klant staan, participeren en betrokken zijn in de besluitvorming. Het verbindt de professionals, managers en anderen op een wijze waarbij eenieder vanuit het eigen verantwoordelijkheidsgebied in gemeenschappelijkheid bijdraagt aan een effectieve organisatie.” Het principe van ‘shared’ governance is bedoeld om daar waar management en vakinhoud elkaar raken, dan vanuit een gelijkwaardige dialoog te komen tot de beste oplossingen. Statutair is geregeld dat in de lijn organisatie de formele besluiten plaatsvinden, maar dat hoeven we tot nu toe nooit aan te wenden. Met de input vanuit de councils krijgen we vrijwel altijd de meest zinvolle oplossingen aangereikt.”

De zorgprofessionals worden bij shared governance direct betrokken bij veranderingen die hen vakinhoudelijk, dan wel zorginhoudelijk, aangaan. Door hen zelf te laten meedenken over die verandering en de verandering te laten doorvoeren, met een eigen verantwoordelijkheid, zorgt dit voor meer motivatie voor en vertrouwen in veranderingen. Hun ervaring leert dat dit ook positief bijdraagt aan de implementatietijd van het invoeren van veranderingen. Dit model gaat uit van gelijkwaardigheid binnen de zorgorganisatie en vergt een investering in autonomie van de zorgprofessional. Het is een nieuwe manier van besturen en samenwerken en zal alleen slagen als het bestuur en de zorgprofessionals bereid zijn hieraan bij te dragen, aldus de geïnterviewden.

Ten slotte zien wij dat ook voor de inrichting van professionele zeggenschap gebruik wordt gemaakt van meer informele werkvormen, bijvoorbeeld via (digitale) platforms. Een voorbeeld is het platform, dan wel de online community die Buurtzorg heeft geïntroduceerd. Dit platform geeft zorgprofessionals de mogelijkheid om zelf thema's in te brengen, zorgprofessionals kunnen op elkaars thema's input geven en ook op elkaars input reageren. Ook kunnen via dit platform digitale peilingen worden gehouden over bepaalde onderwerpen en thema's. Op deze wijze worden alle zorgprofessionals betrokken of hebben ze in ieder geval de mogelijkheid om betrokken te zijn.

2.3. Medezeggenschap voor medewerkers

Medezeggenschap voor medewerkers betreft alle medewerkers die in dienst zijn van de zorgorganisaties (zorgprofessionals en ondersteunende diensten), eventueel aangevuld met uitzendkrachten of gedetacheerden die al langere tijd voor de zorgorganisatie werkzaam zijn.

Uit de interviews volgt dat de meeste geïnterviewde zorgorganisaties een of meerdere ondernemingsraden hebben ingesteld. Daarbij zien we ook weer vaak de verdeling tussen een centrale ondernemingsraad, ondernemingsraden voor onderdelen van de organisatie met commissies en/of werkgroepen en ondernemingsraden per locatie. Dit is een vrij formele inrichting van de medewerkersmedezeggenschap gebaseerd op de Wet op de ondernemingsraden (zie paragraaf 5.3).

Bij de Zorggroep en Santé is gekozen voor een ondernemingsraad met minder zetels (leden) dan wettelijk is voorgeschreven. De ervaring is dat dit de werkbaarheid en overzichtelijkheid ten goede komt en hiermee de medezeggenschap. Dit wordt meestal aangevuld met andere vormen van medezeggenschap die een meer informeel karakter hebben. Denk aan: medewerkersbijeenkomsten, denktanks, klankbordgroepen. Deze vormen zorgen voor betrokkenheid, verbinding en inspraak dichtbij de werkplek van de medewerkers.

JP van den Bent heeft geen formele ondernemingsraad. De medewerkersmedezeggenschap wordt daar ingericht door verschillende werkvormen te hanteren, waarbij het uitgangspunt is dat medewerkers zelf kunnen bepalen of zij willen meedenken over een bepaald thema. Voor ieder thema worden alle medewerkers uitgenodigd te participeren.

Daarnaast volgt uit de interviews dat ook voor de uitvoering van medezeggenschap voor medewerkers steeds meer gebruik wordt gemaakt van digitale hulpmiddelen, zoals Circle Lytics, Mailchimp, Tapster en andere digitale platformen. Op deze wijze wordt geprobeerd de betrokkenheid van medewerkers te vergroten en een groot aantal mensen te bereiken. Dit wordt door veel zorgorganisaties namelijk als uitdaging genoemd, met name de organisaties die veel medewerkers hebben die hun werkzaamheden uitvoeren op veel verschillende locaties of juist ambulant. Het blijkt dan lastig de medezeggenschap organisatiebreed een goede plek te geven en de verbinding met de achterban blijvend te realiseren.

Een voorbeeld hiervan is het UMCU. Ten tijde van het afnemen van de interviews was een experiment gaande binnen Het UMCU met Circle Lytics dat ingezet werd bij het verder optimaliseren van de OK's. Om de achterban hierbij effectief te kunnen raadplegen is gebruik gemaakt van expertteams, die een voorstel formuleren. Deze expertteams worden vervolgens 'gechallenged' tijdens challenge meetings met medewerkers om de voorstellen nog beter te onderbouwen of aan te passen. Daarna is de digitale tool Circle Lytics ingezet om de input van betrokken medewerkers en patiënten op te halen. Deze tool gaat uit van twee rondes met vragen. In ronde één worden open vragen gesteld en in ronde twee worden in multiple choice vorm de deelnemers geïnspireerd door de open antwoorden van de mede-deelnemers in ronde één. Het UMCU beschrijft dit als:

“Het idee achter de tool is gebruik maken van “the wisdom of the crowd”. ”

De inzet van deze tool kan worden gezien als een experiment met een vernieuwende werkwijze om met de medezeggenschap tot het goede gesprek te komen.

2.4. Zeggenschap en medezeggenschap voor burgers / inwoners

Samenwerkingen in de regio worden steeds belangrijker om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen aanbieden. Gedacht kan worden aan samenwerking met andere zorgverleners (huisartsen, apotheken, fysiotherapeuten etc.), maar ook met gemeenten en zorgverzekeraars. Deze samenwerking beperkt zich niet alleen tot de zorg, maar ook daarbuiten (bijvoorbeeld in de welzijnssector) en is daarmee (soms) domein overstijgend. Om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen bieden is het belangrijk te achterhalen wat de zorgvraag in de regio is en wat inwoners belangrijk vinden. Je zou dan ook kunnen zeggen dat de inwoners van de regio grote invloed hebben -of zouden moeten hebben- op het zorgaanbod en het aanbod dat met andere domeinen kan worden gerealiseerd. Hoe betrek je deze inwoners bij het vaststellen van dit aanbod en kijk je wat hun eigen rol hierin is?

Zeggenschap en medezeggenschap van inwoners komt nog weinig voor, dat wordt bevestigd in de interviews. Vanuit landelijk perspectief zijn er wel steeds meer initiatieven zoals burgerberaden of dorpsberaden, maar het absolute bereik hiervan is nog beperkt. Bij Lentis benoemt men de aandacht voor ketendenken, de positie binnen het sociaal domein en de omgeving, waaronder ook het inwonersbelang:

“Ketendenken wordt steeds belangrijker, zowel intern als extern. Iedere gemeente heeft een adviesraad. Het leggen van verbinding van raden binnen de zorginstelling met adviesraden WMO zou een mogelijkheid zijn om vorm te geven aan het ketendenken in medezeggenschap.”

Daarnaast wordt er bij Buurtzorg een project uitgevoerd, waarbij netwerkzorg centraal staat (“Buurtgenoten”). Dit is erop gericht mensen zo lang mogelijk in de eigen omgeving te laten wonen in plaats van naar een verpleeghuis te verplaatsen. Enkele geïnterviewde zorgorganisaties zijn zich zeker bewust van het belang en wellicht zelfs de noodzaak om zeggenschap en medezeggenschap in de regio en/of domein overstijgend verder vorm te geven (als onderdeel van regionale plannen, tafels en transformatieprojecten), maar de beste weg daar naartoe lijkt nog niet gevonden.

Een belangrijke uitzondering hierop is Austerlitz Zorgt. Deze zorgcoöperatie bestaat al enige tijd maar hanteert een vernieuwend concept en is volledig anders ingericht dan de meeste zorgorganisaties. Austerlitz is een coöperatie met vele leden (burgers / inwoners), waarbij de zeggenschap ligt bij de ALV. De leden hebben het dus voor het zeggen en die leden zijn de inwoners van het dorp. Zij inventariseren (zorg)behoeften in brede zin (dus domein overstijgend) en zorgen voor samenwerkingsvormen, inkoop van de juiste zorg, dienen als Zorgloket voor de gemeente en werken met vele vrijwilligers. De regisseur functie ligt bij de client (en burger / inwoner) zelf met hulp van de dorpsondersteuners en de wijkverpleegkundige. Dat is een andere wijze van denken, inrichting en besturing waarbij het vertrekpunt de inwoner is, niet de professionele zorgorganisatie.

In het land zien we de afgelopen jaren een sterke opkomst van bewonersinitiatieven die tot doel hebben vanuit gemeenschapskracht een onmisbare schakel te realiseren in het duurzaam organiseren van de zorg voor kwetsbare medemensen (www.nederlandzorgtvoorelkaar.nl).

Deze initiatieven kunnen in verbinding of samenwerking staan met de lokale of regionale zorgaanbieders, maar niet altijd. Andersom zijn zorgorganisaties zich meer bewust van het belang naast de client of patiënt ook de inwoner te betrekken (die naaste of toekomstige client kan zijn), maar zijn relaties met bewonersinitiatieven niet altijd gelegd. Hierin speelt ook de doelgroep of grootte van een organisatie een rol.

3. ANALYSE: (MEDE)ZEGGENSCHAP NOG VAAK TRADITIONEEL

In de vorige paragraaf is samengevat welke vormen van zeggenschap en medezeggenschap bij de geïnterviewde zorgorganisaties zijn benoemd. Dit is geen uitputtend overzicht, maar een impressie van meerdere organisaties. De IAC heeft deze geanalyseerd en is tot een aantal hoofdbevindingen gekomen:

- Het verschil tussen zeggenschap en medezeggenschap vervaagt en is onduidelijk
- Formele medezeggenschap is nog steeds het uitgangspunt
- Er is meer focus op zeggenschap voor zorgprofessionals
- Er is meer focus op inspraak

3.1. Het verschil tussen formele medezeggenschap, inspraak en zeggenschap vervaagt en is onduidelijk

Uit de inventarisatie is gebleken dat onduidelijkheid bestaat over het verschil tussen zeggenschap en medezeggenschap. Deze termen worden in de praktijk door elkaar gebruikt. Zeggenschap wordt geassocieerd met instemming en medezeggenschap eerder met inspraak. Een verduidelijking van deze termen zou kunnen bijdragen aan het vinden van de juiste rol voor de cliënt, zorgprofessional, medewerker en burger.

In het algemeen kun je onderscheid maken tussen:

- zeggenschap voor de zorgprofessional en client: het gaat dan over individuele (formele) bevoegdheid om een besluit te kunnen nemen (al dan niet samen met anderen, vastgelegd in wetten en professionele richtlijnen)
- formele medezeggenschap voor de cliënten en de medewerkers: het gaat dan over betrokkenheid bij de voorbereiding van een besluit, adviseren en mee kunnen besluiten met voorstellen van de Raad van Bestuur. De bevoegdheid tot het nemen van het besluit blijft bij de Raad van Bestuur. Vastgelegd in wetten (WOR en WMCZ). Het gaat om gemeenschappelijke belangen van cliënten en medewerkers
- Inspraak: het betrekken van belanghebbenden bij het voorbereiden, vormen of uitvoeren van beleidsthema's en thema's die de directe woon-werkomgeving raken.

Dit volgt uit de wet- en regelgeving die van toepassing is (zie hierna in paragraaf 5).⁴

Ook in de praktijk lijkt de tendens te zijn dat met professionele zeggenschap wordt bedoeld dat de zorgprofessional daadwerkelijk kan meebeslissen over zorginhoudelijk beleid. Met medezeggenschap wordt eerder gewezen op het laten meedenken van cliënten en medewerkers, hen de mogelijkheid geven een zienswijze naar voren te brengen, maar zonder besluitvormende bevoegdheden. Opvallend is dat in de interviews medezeggenschap in de praktijk vaak wordt gerelateerd aan een formele inrichting – men voelt zich verplicht de

⁴ Zie art 3 Wkkgz en Memorie van toelichting Wmcz, pag. 3, waarin zeggenschap wordt omschreven als “de bevoegdheid om besluiten te nemen die de zorginstelling binden” en medezeggenschap wordt omschreven als “de bevoegdheid om invloed uit te oefenen op de besluitvorming in een zorginstelling.

wettelijk voorgeschreven raden in te stellen - maar bij de uitoefening van medezeggenschap de rol van die raden niet altijd formeel is. De samenwerking tussen de raden en de Raad van Bestuur wordt vaak ingevuld met informele overleggen en de thema's die worden besproken beperken zich niet tot de wettelijk voorgeschreven onderwerpen. .

Een heldere toelichting op medezeggenschap voor cliënten en medewerkers en hoe dit zich verhoudt tot de zeggenschap voor zorgprofessionals zou kunnen bijdragen aan een betere inrichting in de verschillende rollen, taken en bevoegdheden binnen een zorgorganisatie. Als dit helder is, geeft dit zorgorganisaties namelijk de mogelijkheid tot een passende structuur voor zeggenschap en medezeggenschap te komen, waarvan formele én informele betrokkenheid onderdeel kunnen zijn.

3.2. Formele medezeggenschap is nog steeds het uitgangspunt

Bij de zorgorganisaties die bij dit onderzoek zijn betrokken is meestal aandacht voor de formele vormen van medezeggenschap. De inrichting van de medezeggenschap wordt in dat geval vooral (en met name) gebaseerd op de wettelijke verplichtingen en de Governancecode Zorg. Dit noemen wij ook wel een formele en traditionele vorm van medezeggenschap. Daaronder verstaan wij dus het instellen van formele organen, zoals een ondernemingsraad, cliëntenraad en soms een orgaan voor zorgprofessionals. Bij de inrichting van de medezeggenschapstructuur zien wij bij de zorgorganisaties veel gelaagdheid terug in de vorm van centrale raden, lokale raden, commissies, werkgroepen of deelraden. Hierdoor ontstaat vaak een groot web aan diverse (mede)zeggenschapsorganen.

Dit wordt door het bestuur als waardevol, maar ook als complex ervaren. Zeker bij grote(re) zorgorganisaties wordt aangegeven dat de werkbaarheid met zoveel verschillende raden lastig is en er (te) veel tijd is gemoeid met het organiseren van de medezeggenschap op ieder niveau met elk orgaan. Dit gaat soms ten koste van de kwaliteit van de medezeggenschap of de benodigde snelheid om tot besluiten te komen. Men voelt zich hiertoe vaak verplicht door de huidige wet- en regelgeving. Door bijvoorbeeld GGNet wordt ook aangegeven dat de Governancecode Zorg 2022 vooral gericht is op de traditionele manier van organiseren.

“De governance code is hiërarchisch ingericht, toekomstige ontwikkelingen vragen ook om andere verhoudingen.”

Er wordt soms ook aangegeven dat er wordt afgestapt van de traditionele medezeggenschap. Dat zien wij bijvoorbeeld bij de Zorggroep die met één (kleinere) ondernemingsraad is gaan werken en per thema's groepen instelt:

“We werken met werkgroepen, bijvoorbeeld voor kwaliteit en veiligheid of bedrijfsvoering. We doen achterbanonderzoek op locaties over deze thema's. Het helpt ons de organisatie te volgen en het geeft veel informatie.”

Of JP van den Bent waar naast een cliëntenraad, geen formele raden voor zorgprofessionals zijn ingesteld. Zij accepteren voorbij te gaan aan de huidige wet- en regelgeving en liever op een andere manier invulling te geven aan de (mede)zeggenschap:

“Wij bepalen als organisatie wat moet en passen wet- en regelgeving niet toe; het moet van nature komen en werken.”

Belangrijk is te realiseren dat het instellen van een raad geen doel op zich is, maar een middel om te komen tot (mede)zeggenschap. In het oog moet blijven dat het middel het doel dient en zo niet, te overwegen welke andere vormen wel of beter werken en passen bij de zorginstelling.

Naast het instellen van een formele ondernemingsraad en/of een cliëntenraad zien wij voorzichtig wel andere vormen om zorgprofessionals, medewerkers en cliënten te laten participeren, meestal niet formeel maar informeel van aard. Dit wordt beter werkbaar gevonden. Deze denkwijze kan een beweging in gang zetten waarbij formele medezeggenschap versterkt wordt door inspraakvormen over een diversiteit aan onderwerpen ten aanzien van beleidsthema's. De aanwezige wetgeving hiervoor is de bodemvereiste⁵, zodat altijd geborgd is dat er formele medezeggenschap en inspraak kan plaatsvinden. Dat (mede)zeggenschap geregeld is, is hierbij wel een vereiste. De aanwezige wetgeving kan hiervoor als 'zekerheid of bodemvereiste' gelden, zodat altijd geborgd is dat er medezeggenschap kan plaatsvinden. Juist ook bij krapte op de arbeidsmarkt en doordat minder zorg beschikbaar is er minder te kiezen is voor burgers/cliënten. Immers, switchen naar een andere professional of aanbieder wordt lastiger.

Meer vormvariatie die past bij de huidige tijd van horizontale samenwerkingen in de regio's en de inzet van digitale mogelijkheden is gewenst.

3.3. Meer focus op zeggenschap voor zorgprofessionals

Hoewel uit de inventarisatie blijkt dat veel zorgorganisaties nog zoekende zijn naar de wijze waarop de professionele zeggenschap het beste kan worden vormgegeven, bestaat er wel veel aandacht voor. Deze aandacht wordt mede aangejaagd door landelijke programma's zoals het Landelijk Actieplan Zeggenschap dat erop gericht is professionals te helpen bij het versterken van de zeggenschap in hun organisatie(s)⁵.

De focus lijkt daarbij te zijn verlegd van het centraal stellen van de cliënt naar het centraal stellen van de medewerker, de zorgprofessional. De krapte op de arbeidsmarkt lijkt daarin een bepalende factor te zijn. Men is op zoek naar een manier om gemotiveerde medewerkers te behouden en aan te trekken en realiseert zich dat de autonomie van de zorgprofessional en de waardering als medewerker daarbij belangrijk zijn geworden.

Men lijkt steeds meer te zoeken naar de juiste vorm van zeggenschap voor zorgprofessionals, een vorm die past bij de eigen zorgorganisatie. Daarbij realiseert men zich dat voor het vinden van de juiste vorm ook moet worden gekeken naar de wijze waarop besluiten worden genomen in de zorgorganisatie en waar welke bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn belegd.

⁵ Zie voor meer informatie: www.zeggenschapindezorg.nl

Uit de praktijk blijkt dat de oplossing vaak wordt gevonden door de oprichting van een PAR (Professionele Adviesraad) of een VAR (Verpleegkundige Adviesraad) met inhoudelijke zeggenschap. In deze PAR of VAR worden inhoudelijke vraagstukken/beleid of organisatievraagstukken besproken die de inhoud van het werk van de zorgprofessional raken. Ook zien we, buiten de nu gehouden interviews, dat het instellen van een verpleegkundig stafbestuur, vaker voorkomt. De Raad van Bestuur van Icare hanteert het volgende uitgangspunt voor professionele zeggenschap:

“Uitgangspunt is dat bij verandering van processen die de professional direct raken in het vak, de professional daarbij wordt betrokken.”

De PAR of VAR kan worden versterkt door de inrichting van kwaliteitscommissies die zich richten op een specifiek kwaliteitsthema en daarmee vakgebied overstijgend werken. Dit zijn werkbare vormen en toch ook wel formeel van aard.

Uit de inventarisatie komt ook een enkele inventieve wijze naar voren om aan de invloed van de zorgprofessional vorm te geven. Een praktijkvoorbeeld vormt het werken aan de hand van het principe van Shared Governance bij Icare, zoals toegelicht onder 2.2. De kern van Shared Governance is dat de zeggenschap over zorginhoudelijk beleid bij de zorgprofessionals ligt.

3.4. Introductie van andere werkwijzen voor (mede)zeggenschap

De geïnterviewde zorgorganisaties geven aan dat (mede)zeggenschap werkbaar moet zijn en blijven en dat dit een aandachtspunt is. Zij zoeken naar andere manieren om hier invulling aan te kunnen geven nu de (mede)zeggenschap met veel verschillende organen, groepen en met andere organisaties tijdrovend kan zijn. Ook is het regelmatig in de praktijk moeilijk om voor al deze (mede)zeggenschapsraden voldoende leden te vinden. Dit wordt als belangrijk knelpunt ervaren. Daarnaast is de verbinding met de achterban een punt van aandacht en vormt dit vooral bij grote zorgorganisaties een uitdaging. De achterban is divers en bevindt zich niet op één locatie, maar is veelal verspreid over tientallen locaties of woont thuis. Er wordt naar manieren gezocht om (gemakkelijk) met de gehele achterban in verbinding te blijven. In dit kader zien wij dat binnen de (mede)zeggenschap nieuwe werkwijzen worden ontwikkeld.

Digitale middelen

Een veelvoorkomende ontwikkeling die uit het onderzoek naar voren komt, is de inzet van digitale middelen, zoals MailChimp en CircleLytics. Via dit soort systemen worden onderwerpen of thema's voorgelegd aan de medewerkers. Geïnterviewde zorgorganisaties geven aan dat de respons hoog is en dat zij positieve reacties krijgen op de inzet daarvan. Het kost medewerkers niet veel tijd en de dataverzameling- en analyse kan snel plaatsvinden. Een andere mogelijkheid is de inzet van digitale platforms. Via het digitale platform kunnen vragen worden gesteld of peilingen worden ingezet om te bezien hoe door de medewerkers of cliënten over bepaalde onderwerpen of thema's wordt gedacht. Daarnaast kunnen betrokkenen bij de betreffende organisatie dan ook op elkaars antwoorden reageren en zo in verbinding blijven. Deze platforms zijn zowel intern als extern toepasbaar, zodat het gebruik hiervan zou kunnen worden uitgebreid naar betrokkenheid van burgers en inwoners uit de regio. Daarbij merken we op dat inzet van digitale middelen niet voor iedere groep past omdat het noodzakelijk is dat de

betrokkenen beschikken over digitale middelen (zoals een telefoon, een laptop, een mailadres etc.) en de toepassing ook digitale vaardigheden van de betrokkenen vereist.

Bijeenkomsten, panels, klankbordgroepen

Daarnaast maken organisaties gebruik van medewerkersbijeenkomsten of, in kleinere vorm, denktanks, klankbordgroepen of panels waarin medewerkers of cliënten meedenken en inspraak hebben over verschillende onderwerpen en thema's. Dit wordt als informeler en laagdrempeliger ervaren al kan ook de organisatie daarvan tijdsintensief zijn.

Effectrapportages

Bij cliëntenraden wordt, bijvoorbeeld bij het AUMC, de mogelijkheid van een patiënt-effectrapportage (PER) ingezet en nader onderzocht hoe ook de stem van de client/patiënt in een prospectieve risico inventarisatie (PRI) meegenomen kan worden. Een patiënt-effectrapportage geeft de effecten van bepaalde ideeën- en voorgenomen besluiten op patiënten weer. Bij een PRI worden risico's en gevaren binnen zorgprocessen geïnventariseerd en ingeschat. Daarbij worden dan tevens verbetermaatregelen voorgesteld.

Inspiraakvormen

Uit het onderzoek blijkt dat methoden zijn ontwikkeld om cliënten direct hun tevredenheid ten aanzien van een bepaald onderwerp te laten aangeven. Indien sprake is van ontevredenheid op een bepaald onderwerp, wordt dit zichtbaar en kan de cliëntenraad en organisatie hiermee aan de slag om de tevredenheid op dit onderwerp te verbeteren. Een ander voorbeeld is de ideeënbuis, waarin cliënten hun ideeën met de organisatie kunnen delen of andere – meer informele – vormen van inspraak. Dit betreft dan meestal verbeteringen in de dagelijkse zorg.

3.5. Korte reflectie IAC

Uit de inventarisatie kan worden afgeleid dat de formele (mede)zeggenschap nog steeds een belangrijke plek inneemt in de organisatie. Daarnaast is men ook op zoek naar (i) nieuwe vormen van (mede)zeggenschap, bijvoorbeeld hoe gremia zijn samengesteld en wie met wie spreekt en (ii) nieuwe werkwijzen voor de (mede)zeggenschap, bijvoorbeeld wat is de werkwijze, om welke onderwerpen gaat het. De zorgorganisatie en de (mede)zeggenschap hebben daarbij meer aandacht voor het betrekken van de cliënten, verwanten, familie en medewerkers en de wijze waarop zij goed op de hoogte kunnen worden gehouden van ontwikkelingen. Daarvoor worden verschillende vormen gebruikt, zoals de genoemde digitale middelen en diverse vormen van bijeenkomsten. **Deze alternatieve vormen van (mede)zeggenschap kunnen een waardevolle bijdrage zijn naast een formeel geregeld (mede)zeggenschapsorgaan zoals een cliëntenraad.**

Er is daarnaast veel aandacht voor autonomie en waardering van medewerkers en de invloed van de zorgprofessional heeft een serieuze plaats in de meeste zorgorganisaties gekregen. Daarbij wordt rekening gehouden met zowel het cliëntenbelang als het medewerkersbelang. De vraag rijst of de inrichting van de zeggenschap van de zorgprofessional daarmee niet (deels) overlappend wordt met een ondernemingsraad (waarin het medewerkersbelang naast het organisatiebelang centraal staat) en een cliëntenraad (waarin het cliëntenbelang centraal staat). De diverse groepen starten vanuit hun 'eigen rol en belangen' maar in tijden van

transities en schaarste wordt anderzijds ook verwacht dat er oog is voor de andere belangen. Zo weegt een professional ook het effect mee voor de client en kan een cliëntenraad ook niet effecten voor de organisatie negeren.

Opvallend is dat, ondanks dat juist het afwegen van belangen en waarover te adviseren of zeggenschap over te hebben, vanuit diverse gremia dicht bij elkaar komt te liggen, de meeste vormen van zeggenschap voor zorgprofessionals en medezeggenschap van cliënten en medewerkers steeds los staan van elkaar lijken te staan. **Er lijkt bij de meeste zorgorganisaties nog beperkt verbinding of een vorm van samenwerking te zijn tussen de professionele zeggenschap en de medezeggenschap van cliënten, familie en medewerkers. Die verbinding of samenwerking zou wat ons betreft een van de gewenste ontwikkelingen zijn voor de toekomst van (mede)zeggenschap binnen zorgorganisaties.**

Ten slotte valt op dat in de interviews weinig input is gegeven over de externe samenwerkingen waar de zorg nu juist zoveel mee te maken heeft. Denk aan regionale samenwerkingen en het realiseren van domein overstijgende samenwerkingen. Het ontwikkelen van (mede)zeggenschapsvormen die aansluiten bij deze organisatie-overstijgende samenwerkingen is een gewenste ontwikkeling. Daarbij is van belang initiatieven vanuit inwoners, die ook client of medewerker kunnen zijn of worden, te verbinden met of benutten voor (mede)zeggenschap in organisaties. Er lijken nog weinig verbindingen te bestaan tussen bijvoorbeeld (centrale) cliëntenraden en bewonerscoalities die zich richten op lokale zorg en welzijn voor de medemens. Vooral voor organisaties die in een redelijk afgebakend gebied opereren en daarbinnen op een lokale schaal, kan dit zinvol zijn. De kenmerken van zowel regio, organisatie, doelgroep als de lokale schaal worden hiermee ingrediënten voor de vorm van passende (mede)zeggenschap die de grenzen van een organisatie overstijgen.

4. GEWENSTE ONTWIKKELINGEN

De IAC constateert dat deze inventarisatie heeft geleid tot enkele belangrijke inzichten. Enerzijds hebben de meeste (geïnterviewde) zorgorganisaties de (mede)zeggenschap nog vooral ingericht in de vorm van formele (mede)zeggenschapsraden die ieder vanuit de eigen rol de eigen taak uitvoeren. Deze raden worden ook in de wettelijke kaders beschreven en benoemt in de Governance code zorg. Van daaruit is het logisch dat dit de dominante vorm is maar anderzijds erkennen zorgorganisaties dat nieuwe vormen van (mede)zeggenschap nodig zijn in de toekomst en wordt daar ook naar gezocht of mee geëxperimenteerd. Deze nieuwe vormen van (mede)zeggenschap moeten uitvoerbaar zijn (in tijd, bemensing, snelheid), passen binnen de eigen zorgorganisatie en context en aansluiten bij de (maatschappelijke) uitdagingen waar de zorg voor staat. Juist in tijden van komende schaarste en het maken van keuzes en transformaties, is bij uitstek (mede)zeggenschap van al die het betreft van belang. Dat erkennen ook bestuurders, waarbij de puzzel vooral bestaat uit een **balans tussen inclusiviteit (mensen betrekken), ruimte voor diversiteit (verschillende perspectieven) maar ook besluitvaardigheid en efficiency om te kunnen handelen.**

De IAC ziet vier gewenste ontwikkelingen die daaraan zouden kunnen bijdragen:

- (Mede)zeggenschap meer op maat
- Integrale (mede)zeggenschap
- (Mede)zeggenschap in de regio
- (Mede)zeggenschap bij domein overstijgende zorg- en hulpverlening

4.1. (Mede)zeggenschap meer op maat

De traditionele inrichting van de (mede)zeggenschap lijkt zijn oorzaak te vinden in een formele (wettelijke) benadering van (mede)zeggenschap. Uit de inventarisatie komt naar voren dat de wet- en regelgeving rondom de (mede)zeggenschap ook wel als hinderlijk of soms belemmerend wordt ervaren. Zorgorganisaties geven aan te zoeken naar de bedoeling achter een wettelijke regel en vervolgens te bepalen of en hoe deze in de praktijk toe te passen. De focus komt veel te liggen op het uitvoeren van de wettelijke regels. Dit leidt vaak automatisch tot een formele benadering van (mede)zeggenschap, terwijl juist gezocht wordt naar een betere wijze van samenwerking. Door Cosis wordt dit als volgt omschreven:

“Het naleven van formele medewerkersmedezeggenschap alleen zoals beschreven is volgens de WOR is ‘old school’. Dan volg je alleen de regels van de wet en wordt er alleen teruggegrepen op het wettelijk kader. Het is van belang om de toonzetting te veranderen.”

De IAC zou het wenselijk vinden als zorgorganisaties medezeggenschap niet alleen formeel benaderen maar de (wettelijke) mogelijkheden benutten van inspraak om te komen tot maatwerk bij de inrichting van medezeggenschap en nieuwe verbindende vormen ontwikkelen voor integrale en domeinoverstijgende gesprekken met cliënten/burgers en medewerkers/professionals.

Dit lijkt ook een wens van de zorgorganisaties, die aangeven de wens te hebben de (mede)zeggenschap te willen betrekken bij belangrijke ontwikkelingen en besluiten zonder daarmee uitsluitend te voldoen aan een wettelijke regel. Er wordt geëxperimenteerd met nieuwe vormen van (mede)zeggenschap, enige beweging lijkt dus zichtbaar. Men is op zoek naar vernieuwing die past bij de eigen zorgorganisatie en bijdraagt aan een effectieve en efficiënte invulling van (mede)zeggenschap. Dat vraagt ook wat van de huidige leden van diverse ‘raden’ die ook verschillend acteren en hechten aan de letter van de wet als houvast. Het wettelijk kader is van belang, maar zou vooral zijn functie moeten hebben in de borging dat in ieder geval aan het vormgeven van (mede)zeggenschap is voldaan, het moet er zijn als fundament en basis en dient als minimum. Zo blijft gewaarborgd dat cliënten en medewerkers hun stem mogen en kunnen laten horen en kunnen er tegelijkertijd afspraken worden gemaakt die passen bij zorgorganisatie, mits deze afspraken het wettelijk kader niet beperken maar juist verruimen.

Daarbij is het goed te realiseren dat de huidige wet- en regelgeving juist ook veel mogelijkheden biedt voor maatwerk. Dit lijkt nog onbekend of in ieder geval onderbelicht te zijn gebleven in de praktijk. In paragraaf 5 wordt dit verder toegelicht. **Van belang is voor ogen te houden dat het goed is eerst de eigen visie op de (mede)zeggenschap te ontwikkelen, deze uit te werken in een gewenste werkbare (mede)zeggenschapstructuur en daarna te bekijken of daarmee ook wordt voldaan aan de wet- en regelgeving.** Op deze wijze kunnen (mede)zeggenschapsstructuren op maat worden ontwikkeld. Een traject hiervoor ingaan, vergt uiteraard bij uitstek het betrekken van de zeggenschapsgrémia zoals die aanwezig zijn.

4.2. Integrale (mede)zeggenschap

De meeste zorgorganisaties hebben veel verschillende (mede)zeggenschapsraden. Hoewel iedere raad een eigen taak, een eigen belang en een eigen perspectief heeft, hebben alle raden ook een gemeenschappelijk belang. Alle raden streven immers naar een kwalitatief goede en financieel gezonde zorgorganisaties die samenwerken aan een grotere opgave waar nodig, waar cliënten goede en passende zorg krijgen en medewerkers een fijne werkplek hebben. Verbinding en samenwerking tussen deze raden zou dan ook vanzelfsprekend moeten zijn.

De verbinding en de samenwerking tussen de verschillende (mede)zeggenschapsraden krijgt echter nog weinig aandacht, zo blijkt uit de inventarisatie. De wens is er wel en moet nog in de praktijk worden ingebed. Een van de geïnterviewden zegt :

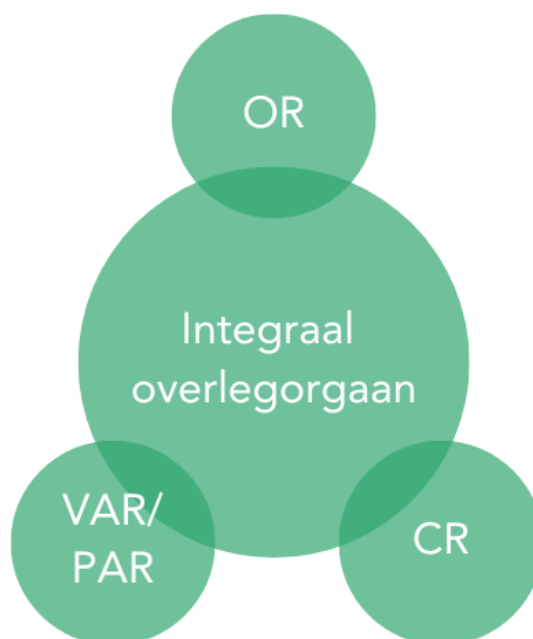
“Een samenwerking tussen de OR en de Centrale Cliëntenraad staat nog in de kinderschoenen. Er heeft nu een eerste gezamenlijke bijeenkomst plaatsgevonden en we willen hier zeker mee verder. Heel zinvol!”

Door bestuurders en directies wordt eveneens opgemerkt dat het opvallend is dat tussen de medezeggenschapsraden onderling weinig afstemming en/of overleg plaatsvindt. Bij enkele zorgorganisaties lijkt op incidentele basis sprake te zijn van (informeel) overleg tussen de verschillende raden en bij een klein aantal zorgorganisaties wordt bij bepaalde onderwerpen, zoals bijvoorbeeld strategie, gesproken over een integrale aanpak of er is incidenteel een

gezamenlijke meeting. De vorm of inhoud van de integrale aanpak is (nog) niet ver uitgewerkt. Er zijn wel gedachten over, bijvoorbeeld bij Lentis:

“Gedacht wordt aan een breder samengestelde medezeggenschapsraad, waarin cliënten en naasten vertegenwoordigd zijn.”

Voor een werkbare en effectieve vorm van zeggenschap en medezeggenschap binnen zorgorganisaties zou de IAC het wenselijk en belangrijk vinden dat er meer wordt nagedacht over een integrale visie op (mede)zeggenschap. Dit bevordert de verbinding tussen cliënten, familie, zorgprofessionals, andere medewerkers, het bestuur en de toezichthouder en zorgt ervoor dat de zorgorganisatie zich verder kan ontwikkelen. Een integrale aanpak kan ervoor zorgen dat besluiten vanuit verschillende perspectieven tot stand komen. Dit draagt bij een verdere ontwikkeling van de zorgorganisatie en haar impact. De inrichting hiervan kan op maat plaatsvinden en zou kunnen beginnen met een lichte vorm door bijvoorbeeld een aantal keer per jaar te starten met een integraal overleg tussen de verschillende raden die al bestaan.



Maar, er kunnen ook tegengestelde belangen zijn. Integrale (mede)zeggenschap moet niet betekenen dat een bepaald perspectief ondersneeuwt. De attitude om ook de andere perspectieven te willen horen is belangrijk. Daarbij blijft het zo dat verschillende visies naast elkaar kunnen bestaan. Wel kan het benoemen van de diverse visies helpen, waar deze anders onhoorbaar blijven aan een andere tafel.

4.3. (Mede)zeggenschap in de regio

De zorg is in beweging en er is sprake van grote veranderingen. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is vastgelegd dat afspraken worden gemaakt over de samenwerking in de regio. Eén van de basisprincipes betreft hier dat passende zorg Juiste Zorg op de Juiste Plek is. Daarbij ligt de

focus op het voorkomen van zorg, de samenredzaamheid van mensen, het verplaatsen van zorg (dichterbij mensen thuis waar dat kan en verder weg waar dat moet) en het vervangen van zorg door andere vormen.⁶ Als afspraken worden gemaakt over regionale samenwerkingen, dan rijst de vraag hoe wordt omgegaan met de (mede)zeggenschap bij deze samenwerkingen. En hoe om te gaan met de burger bij deze afspraken? De betrokkenheid van de burger is essentieel om de zorg toekomstbestendig te houden.

Uit de inventarisatie volgt echter dat er nog (te) weinig aandacht is voor de vormen waarin de burger, de inwoner van de regio, kan worden betrokken bij de totstandkoming en werkwijze van dit soort regionale samenwerkingsvormen. Dit is ook niet eenvoudig, de taken, verantwoordelijkheden en zeggenschap moeten tussen verschillende partijen worden verdeeld, die ieder een eigen belang hebben bij de samenwerking. Samenwerking an sich is vaak al een complex samenspel van het vinden van de juiste aanpak, de nieuw in te richten governance, relaties en veranderende werkwijzen. Door Santé Partners wordt dit dilemma als volgt omschreven:

“In veel regio’s tegelijk is het nog steeds een opgave en bezinning aan welke tafel je meepraat vanuit haalbaarheid. De rol/het aandeel dat men heeft in een regio is hierbij een factor.”

De IAC vindt het wenselijk dat zorgorganisaties dit verder met elkaar bespreken en onderzoeken welke vormen van zeggenschap én medezeggenschap bij een regionale samenwerking zouden passen, waar de verantwoordelijkheden zouden moeten liggen en bepalen wat ervoor nodig is om dit verder uit te werken. De betekenis van regionale samenwerking voor de (mede)zeggenschap staat vaak niet bovenaan de agenda. Het juist in samenwerkingen oog hebben voor passende vormen van inspraak, participatie, (mede)zeggenschap inclusief betrokkenheid van burgers is een belangrijk ingrediënt voor een toekomstbestendige samenwerking. **Deze externe samenwerking en bijbehorende governance zou in de Governancecode Zorg ook een plek moeten gaan krijgen.**

4.4. (Mede)zeggenschap bij domein overstijgende zorg- en hulpverlening

Naast regionale samenwerkingen, is ook domein overstijgende zorg- en hulpverlening een belangrijke ontwikkeling binnen de zorg, ook als die heel lokaal is. Dit volgt met name uit de opgaven en taakstellingen die zijn opgenomen in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). In het bijzonder zien wij de noodzaak en wens dat binnen de zorg- en welzijnsectoren steeds meer wordt samengewerkt en integrale zorg- en hulpverlening het uitgangspunt wordt. Een domein overstijgende, integrale en langjarige aanpak lijkt noodzakelijk om het zorgaanbod en de kwaliteit van zorg te kunnen borgen. Dit heeft tot gevolg dat – naast de zorgorganisaties – ook burgers een actievere rol krijgen over de inrichting en uitvoering van zorg.

Een goed voorbeeld is Austerlitz Zorgt, de coöperatie waarin burgers participeren en gezamenlijk tot een passend zorgaanbod komen (zie paragraaf 2.4). Dit soort ver ontwikkelde

⁶ Integraal Zorgakkoord, onderdeel B, pagina 43.

initiatieven zijn nu nog beperkt, maar zullen naar verwachting toenemen. De noodzaak hiertoe wordt erkend door zorgorganisaties, waarbij ook wordt geconstateerd dat dit een andere organisatie van betrokkenheid vergt. GGNet merkt hierover op:

“Ontwikkeling in de toekomst waarbij zorg en welzijn gezien worden als een samenhangend ecosysteem waarbij anders georganiseerd wordt, interventies gericht zijn op gezondheid en welzijn en gezamenlijke betrokkenheid. Deze ontwikkeling heeft een enorme consequentie voor zeggenschap, medezeggenschap en verantwoordelijkheidsverdeling.”

Nieuwe samenwerkingsvormen leiden tot nieuwe uitdagingen. Terecht merkt GGNet op dat dit ook gevolgen heeft voor de inrichting van zeggenschap, medezeggenschap en de verdeling van verantwoordelijkheden. Als het bestuur domein overstijgend wordt georganiseerd, zullen duidelijke en passende afspraken moeten worden gemaakt over de governance binnen de nieuwe samenwerkingsvorm. Die samenwerking vindt dan plaats tussen verschillende organisaties, zodat de governance (inclusief zeggenschap en medezeggenschap) deels buiten de eigen organisatie en op verschillende niveaus moet worden georganiseerd. Hoe komen die samenwerkingspartijen samen tot een besluit dat bijdraagt aan het doel van de samenwerking (domein overstijgende zorg- en hulpverlening in het belang van de burger) en hoe wordt voorkomen dat de deelnemende partijen niet het eigen belang (van de eigen zorgorganisatie) vooropzetten? Dat vraagt ook nadenken over wie regie moet en kan voeren over zo'n samenwerkingsvorm en of dit wel bij een van de organisaties kan liggen, of dat andere vormen zoals een onafhankelijke regievoerder of zelfs een onafhankelijke bestuursvoorzitter. Ook voor het toezicht heeft dit dan implicaties. De kennis- en praktijkvraag die opdoemt is welke zeggenschap en medezeggenschap past binnen zo'n samenwerkingsvorm, welke stakeholders zijn er en op welke wijze worden zij betrokken bij de besluitvorming en zorg- en hulpverlening? Allemaal relevante vragen die nu nog niet eenduidig kunnen worden beantwoord, maar die wel relevant zijn voor de nabije toekomst. **De IAC vindt het wenselijk als dit verder door de verschillende partijen wordt verkend en geëxperimenteerd wordt met andere vormen. Evaluatie van hoe deze vormen uitpakken is van belang, waarbij ook meerdere perspectieven (inwoner-maatschappij, client, medewerker, professional, bestuurbaarheid) gewogen moeten worden om de waarde te bepalen. Ook de mogelijkheid van deze vorm van externe samenwerking en bijbehorende governance zou in een toekomstige Governancecodes een plek kunnen krijgen.**

5. MOGELIJKHEDEN BINNEN HET JURIDISCH KADER

De inventarisatie heeft laten zien dat de wet- en regelgeving soms als hinderlijk en/of belemmerend wordt ervaren in de praktijk. Vaak focust men op het voldoen aan een wettelijke bepaling en (te) weinig op de mogelijkheden die het juridisch kader biedt. Dit wordt ook gesignaleerd in de Governancecode Zorg 2022, waarin al nadrukkelijk wordt gewezen op het belang van een brede blik en visie op (mede)zeggenschap, breder dan alleen de formele wettelijke verplichtingen. In de toelichting bij artikel 3.1 in de Governancecode Zorg 2022 is dit als volgt verwoord:

“Toelichting bij artikel 3.1

Interne belanghebbenden moeten invloed uit kunnen oefenen op de zorg, dienstverlening en de koers van de zorgorganisatie. Medezeggenschap van cliënten (cliëntenraad), hun verwanten en medewerkers (OR), en advisering en beïnvloeding door professionals is van groot belang voor de koersbepaling van de zorgorganisatie, het bewaken van de maatschappelijke doelstelling van de organisatie en het delen van waarden en normen. Medezeggenschap ligt in het verlengde van het primair proces.

De raad van bestuur is verantwoordelijk voor de inrichting van de medezeggenschap van de zorgorganisatie. Daarbij gelden vanzelfsprekend de wettelijke kaders voor cliënten- en ondernemingsraden. De variatie die te vinden is in de medezeggenschapspraktijk maakt echter duidelijk dat de wettelijke regeling van medezeggenschap via een vertegenwoordigend orgaan een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde is. Een te eenzijdige nadruk op de formele vormvereisten kan leiden tot een ritualisering van de medezeggenschap en laat kansen onbenut voor andere vormen van medezeggenschap. Deze code ondersteunt het benutten van deze kansen.

Naast de wettelijke medezeggenschap via de ondernemingsraad (OR) en de cliëntenraad is in zorgorganisaties de professionele medezeggenschap onontbeerlijk. Deze zijn deels overlappend, maar ook aanvullend op elkaar. Zeggenschap gaat over de bevoegdheid en verantwoordelijkheid om beslissingen te nemen. Professionele zeggenschap wordt onder punt 1.4 verwoord. Medezeggenschap gaat over invloed op besluitvorming.

De medezeggenschap van professionals kan gaan via gestructureerde kanalen, zoals een professionele adviesraad of stafconvent, maar ook meer informeel via invloed op de dagelijkse beroepsuitoefening.”

Hieruit volgt dat iedere zorgbestuurder verantwoordelijk is voor de inrichting van de (mede)zeggenschap in zijn of haar zorgorganisatie. De juridische kaders zijn daarbij relevant, maar niet alleen. Medezeggenschap gaat over meer dan invulling geven aan formele eisen en moet aansluiten bij de zeggenschap (daar waar de besluiten genomen worden) en het primaire proces. Hoe moet daarmee worden omgegaan? Dat mag de zorgbestuurder zelf vaststellen, met in achtneming van de juridische kaders. De mogelijkheden binnen deze juridische kaders zijn wellicht nog niet voldoende bekend of onderbelicht gebleven. Reden om het juridisch kader in deze paragraaf toe te lichten. Het formele juridisch kader voor (mede)zeggenschap in de zorg volgt hoofdzakelijk uit:



- Medezeggenschap voor cliënten: de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz)
- Zeggenschap voor de zorgprofessional: de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz)
- Medezeggenschap voor medewerkers: de Wet op de Ondernemingsraden (WOR)

5.1. Medezeggenschap van cliënten en naasten

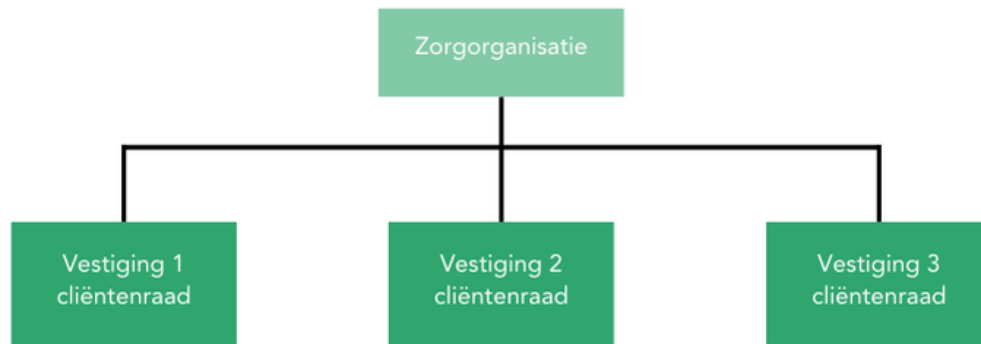
De Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) regelt de medezeggenschap en inspraak van cliënten binnen zorgorganisaties. Medezeggenschap bestaat in het kader van de Wmcz in twee vormen. Zo wordt onderscheid gemaakt tussen indirecte participatie en directe participatie.

- Indirecte participatie: de belangen van de cliënten worden behartigd via een vertegenwoordigingsorgaan (de cliëntenraad).
- Directe participatie: inspraak van individuele cliënten en hun vertegenwoordigers om direct aan de zorgaanbieder hun wensen en meningen kenbaar te maken over aangelegenheden die direct van invloed zijn op het dagelijkse leven van de cliënten.⁷

De Wmcz geeft de basis voor de instelling van een cliëntenraad: een zorgorganisatie moet een cliëntenraad instellen als bij deze organisatie in de regel door meer dan tien natuurlijke personen zorg wordt verleend. Bij zorgorganisaties in de eerstelijnszorg zonder 24 uurszorg ligt deze grens bij 25 personen die zorg verlenen. In de Wmcz is echter niet opgenomen uit hoeveel leden een cliëntenraad moet bestaan, hoe de raad wordt gekozen en welke zittingstermijn er geldt. Dit kan een zorgorganisatie – met de cliënten – vaststellen. Een zorgorganisatie kan ook meerdere cliëntenraden instellen. Indien de instelling bijvoorbeeld meerdere locaties heeft, dan wordt voor elk van deze locaties een cliëntenraad ingesteld, tenzij door een representatieve delegatie wordt aangegeven dat daaraan geen behoefte bestaat. Dit zou er als volgt uit kunnen zien:

⁷ Memorie van toelichting Wmcz, pag. 3.

Voorbeeld instelling cliëntenraden per vestiging



Centrale cliëntenraad

Ook is het mogelijk een centrale cliëntenraad in te stellen. De centrale cliëntenraad bestaat dan uit een afvaardiging van leden van de (lokale) cliëntenraden en behandelt onderwerpen die van gemeenschappelijk belang zijn of over centraal beleid gaan. Dit zou er als volgt kunnen uitzien:



Voorbeeld instelling cliëntenraden per vestiging met een Centrale cliëntenraad

Werkwijze cliëntenraad

Het is belangrijk dat cliëntenraden in staat zijn om de dialoog met het bestuur aan te gaan. De Wmcz schrijft daarom voor dat de bestuurder en cliëntenraad samen een medezeggenschapsregeling opstellen, waarin de spelregels voor de samenwerking worden opgenomen. Dit moet bijdragen aan duidelijkheid en de kwaliteit van medezeggenschap door cliëntenraden verhogen. De medezeggenschapsregeling is in principe vormvrij. Wel moeten er over een aantal in de wet genoemde onderwerpen afspraken worden gemaakt, die afspraken zien echter met name op de wijze waarop uitvoering wordt gegeven aan de medezeggenschap door cliënten en de samenwerking tussen de cliëntenraad en de Raad van Bestuur. De

medezeggenschapsregeling is dan ook bij uitstek het middel om medezeggenschap voor cliënten te laten aansluiten bij de behoefte van de cliënten en de zorgorganisatie. Met de medezeggenschapsregeling is beoogd maatwerk mogelijk te maken. Daarnaast zijn in de Wmcz een aantal belangrijke bevoegdheden toegekend aan een cliëntenraad. Op hoofdlijnen zijn deze weergegeven in de volgende figuur:



In **Bijlage 2** is het overzicht opgenomen van de advies- en instemmingsrechten van een cliëntenraad.

Inspiraakmogelijkheden

Naast deze kaders voor formele medezeggenschap in de Wmcz een verplichting opgekomen voor zorgorganisatie om inspraakmogelijkheden in te voeren. Dit is niet verder gereguleerd en wordt volledig overgelaten aan de zorgorganisatie zelf. Ook hier geldt dat de Wmcz de flexibiliteit biedt om de inspraak van cliënten en naasten op maat te maken en te laten aansluiten op de wensen en behoeften van cliënten en de zorgorganisatie.



5.2. Zeggenschap voor zorgprofessionals

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) geldt voor alle zorgaanbieders. De wet verplicht zorgaanbieders de eigen kwaliteit te bewaken, te beheersen en te verbeteren. Daarmee kunnen patiënten en cliënten vertrouwen op goede zorg en op een goede, snelle en laagdrempelige afhandeling van klachten en geschillen.

Per 1 juli 2023 is ook de zeggenschap van zorgprofessionals in de Wkkgz vastgelegd. Sindsdien moet de zorgverlener in de gelegenheid worden gesteld invloed uit te oefenen op het beleid, voor zover dat beleid direct van belang is voor de bijdrage aan het verlenen van goede zorg. Hiermee is beoogd de kwaliteit van de zorg te vergroten door de zorgverlener in de positie te brengen mee te beslissen over de zorgverlening. De invloed van verpleegkundigen en verzorgenden op het zorginhoudelijk beleid en het primaire proces van de zorgorganisatie is in dit kader heel belangrijk, maar de wet is breder en geldt voor iedereen die volgens de Wkkgz zorgverlener is.

Er zijn geen vormvereisten opgenomen in de Wkkgz. Er is gekozen voor een open norm en maatwerk is het uitgangspunt. Dat betekent dat er ruimte bestaat om aan de invloed van de zorgprofessional een eigen invulling te geven en die te laten aansluiten bij de eigen zorgorganisatie. Deze open norm heeft tot gevolg dat de invloed van de zorgprofessional wordt geregeld in alle lagen van de organisatie, zowel op het niveau van de Raad van Bestuur, maar ook bij besluiten die op de werkvloer worden genomen.⁸

Ten eerste hebben zorgverleners invloed op het primaire proces van de zorgverlening. De leidinggevende waar de beslissingsmacht is gelegd behoudt het recht een beslissing te nemen, maar geeft hierbij aan de zorgverlener de mogelijkheid om hun mening te geven. Naast invloed bij de directe leidinggevende wordt ook invloed geregeld op het zorginhoudelijk beleid. Het is van belang de zorgprofessionals te betrekken bij bijvoorbeeld het capaciteitsmanagement van de zorginstelling, maar ook bij de transities die de komende jaren gaan plaatsvinden in de zorg. De invloed kan echter ook gaan over simpelere, maar belangrijke dingen, zoals de keuze voor normale of slimme bedden of het wijzigen van een protocol. De invloed van zorgprofessionals zal in kleinere zorgorganisaties anders verlopen dan in grote zorgorganisaties. Ten aanzien hiervan geldt dat indien bij deze instellingen, formeel of informeel, al sprake is van invloed op het zorginhoudelijke beleid, dit volstaat. Het is aan de IGJ om op kwalitatieve wijze te toetsen of de zorgverlener in de organisatie zich voldoende gehoord voelt.

Organisaties kunnen voor de invloed van zorgprofessionals voor verschillende strategieën en vormen kiezen. Een veel geziene vorm is de verpleegkundigen/verzorgenden adviesraad (VAR of verpleegkundig stafbestuur) als gesprekspartner van het bestuur. Hoe aan de open norm invulling wordt gegeven, is ook afhankelijk van de wijze waarop de zorgorganisatie is georganiseerd en de samenstelling van de zorgprofessionals. Van belang is dat alle zorgprofessionals worden vertegenwoordigd in de adviesraad. Daarnaast is ook de aanstelling van een verpleegkundig directeur of verpleegkundig decaan een goede manier om invloed op zorginhoudelijk beleid in de zorgorganisatie te verstevigen.

⁸ Memorie van toelichting Wkkgz, (35 660), pag. 4

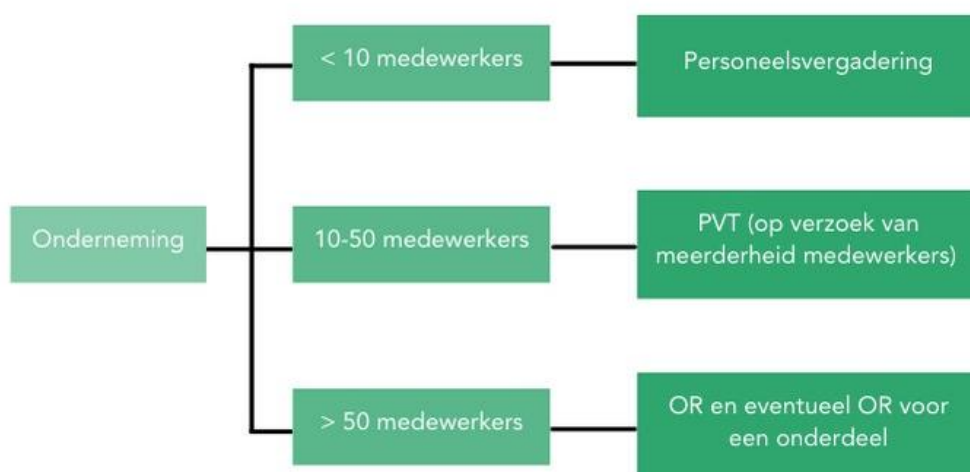
Om meer (mede)zeggenschap binnen zorgorganisaties te versterken, is niet alleen noodzakelijk dat dit formeel is geborgd, maar zorgverleners moeten door de organisatie ook worden uitgenodigd om hun stem te laten horen en leidinggevendenden moeten worden uitgenodigd om te luisteren.⁹ Dit kan de zorgorganisatie zelf invullen. Ook hier geldt dat maatwerk mogelijk (en nodig) is.



5.3. Medezeggenschap voor medewerkers

De Wet op de Ondernemingsraden (WOR) regelt de medezeggenschap voor medewerkers binnen ondernemingen. Zo is in de WOR onder andere opgenomen wanneer welk medezeggenschapsorgaan zou moeten of kunnen worden ingesteld. Deze wet is ook de basis de medezeggenschap voor medewerkers bij zorginstellingen. Afhankelijk van de grootte van de zorgorganisatie kan de medezeggenschap op verschillende wijzen worden vormgegeven.

De WOR schrijft als basis het volgende voor:



⁹ Memorie van toelichting Wkkgz pag. 7.

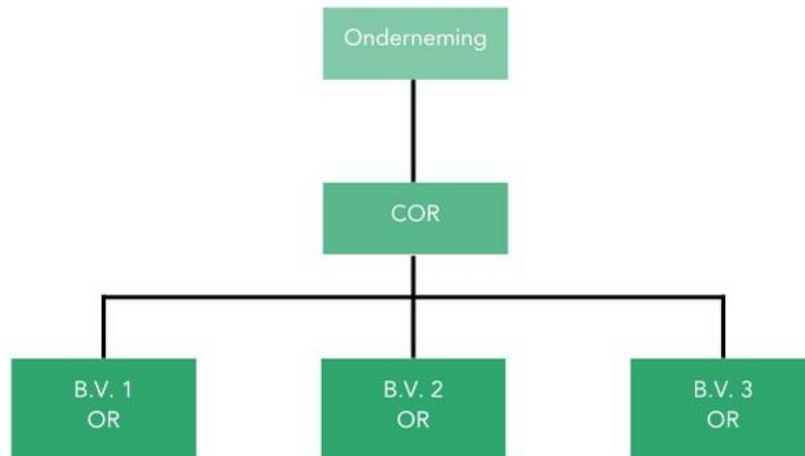
- Een ondernemingsraad (OR) voor iedere onderneming waar ten minste 50 personen werkzaam zijn. Dit kan ook voor een zelfstandige vestiging of een locatie gelden.
- Een personeelsvertegenwoordiging (PVT) voor iedere onderneming waar 10 tot 50 personen werkzaam zijn.
- Een personeelsvergadering (PV) bij een onderneming waar minder dan 10 personen werkzaam zijn.

Dit is de wettelijke basis.

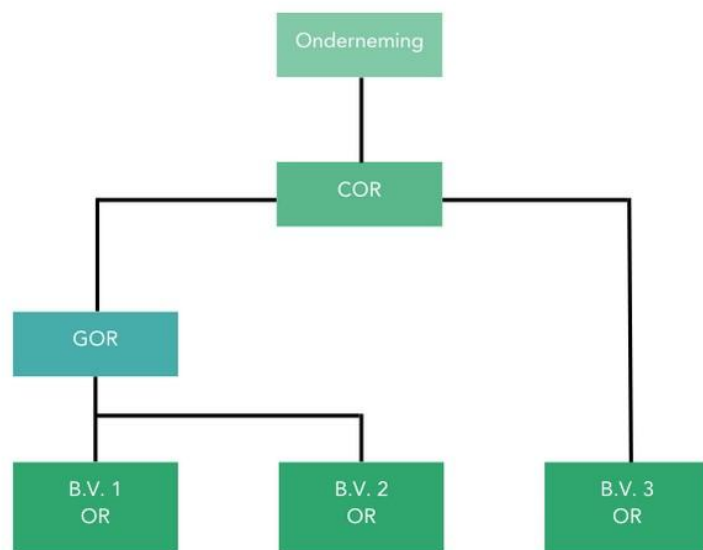
Bij cao kunnen soms andere instellingsgrenzen zijn afgesproken. Dit is in verschillende cao's in de zorg het geval. De instellingsgrens voor het instellen van een ondernemingsraad is dan verlaagd. Daarnaast biedt de WOR nog verschillende mogelijkheden om medezeggenschap voor medewerkers werkbaar en op maat te maken.

Centrale ondernemingsraad (COR) en groepsondernemingsraad (GOR)

Grote zorgorganisaties kunnen ervoor kiezen naast de ondernemingsraden – die zijn ingesteld voor zelfstandige organisatorische eenheden – voor het gemeenschappelijke beleid ook een centrale ondernemingsraad of een groepsondernemingsraad instellen. Dit zijn overkoepelende raden waarin de verschillende ondernemingsraden zijn vertegenwoordigd. Een COR en/of een GOR behandelt onderwerpen die voor het merendeel van de zorgorganisatie belangrijk of relevant zijn. Een voorbeeld van een COR en een GOR:



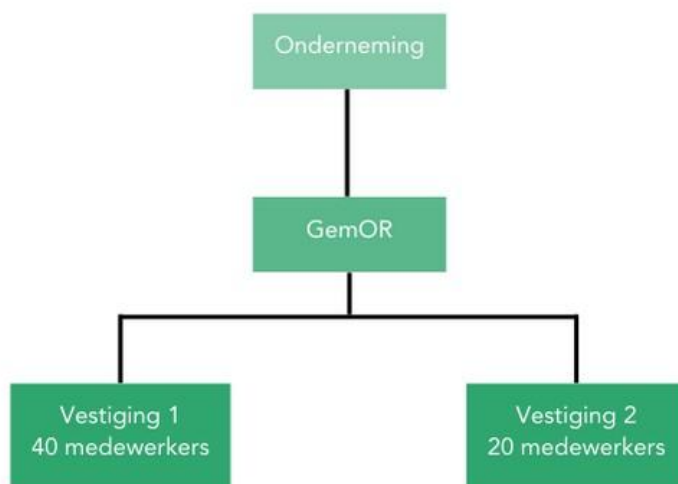
Voorbeeld instelling van een Centrale Ondernemingsraad



Voorbeeld instelling Centrale Ondernemingsraad en Groepsondernemingsraad

Gemeenschappelijk ondernemingsraad (GemOR)

Daarnaast bestaat ook de mogelijkheid om een gemeenschappelijke ondernemingsraad in te stellen bij een zorgorganisatie die uit met meerdere ondernemingen bestaat die nauw met elkaar zijn verbonden, zodat zij dezelfde belangen hebben. Een GemOR vervangt eventuele andere ondernemingsraden en behandelt alle onderwerpen die anders door de afzonderlijke ondernemingsraden zouden worden behandeld. Een GemOR zou er als volgt kunnen uitzien:



Voorbeeld instelling Gemeenschappelijke ondernemingsraad

Commissies

Naast het instellen van verschillende medezeggenschapsraden kan een ondernemingsraad in overleg met het bestuur er ook voor kiezen commissies in te stellen om ervoor te zorgen dat de medewerkers per organisatieonderdeel of per onderwerp/thema voldoende worden betrokken en de werkdruk van de ondernemingsraad in balans blijft. De WOR kent drie soorten commissies¹⁰:

- Vaste commissie: deze commissies worden meestal ingesteld voor de behandeling van vast onderwerpen, denk aan: een financiële commissie, een VGWM-commissie (arbeidsomstandigheden), een pensioencommissie etc.
- Onderdeelcommissie: deze commissie wordt ingesteld voor een bepaald onderdeel van de organisatie en behandelt alleen onderwerpen die voor dat onderdeel relevant zijn.
- Voorbereidingscommissie: deze commissie wordt alleen ingesteld als dit nodig is voor de voorbereiding van een bepaald onderwerp, denk aan: de verkiezingen, de benoeming van een bestuurder, een reorganisatie etc. Dit is een tijdelijke commissie gekoppeld aan een project.

Het staat de ondernemingsraad vrij die commissies in te stellen die nodig zijn om de medezeggenschap naar wens te kunnen uitvoeren. Voordat de ondernemingsraad dit soort commissies instelt, moet de bestuurder daarvan wel op de hoogte worden gesteld en zich daarover kunnen uitlaten. In de praktijk kan gezamenlijk worden vastgesteld of het handig is commissies in te stellen. Het is wel belangrijk dat de samenstelling, taak en werkwijze van een commissie in een instellingsbesluit wordt vastgelegd, zodat het voor de zorgbestuurder, de ondernemingsraad, de commissie en de medewerkers duidelijk is wat zij van elkaar kunnen verwachten. De ondernemingsraad kan bijvoorbeeld ook bevoegdheden overdragen aan commissies.

Het instellen van commissies kan worden gebruikt om de medezeggenschap meer te laten aansluiten bij de zorgorganisatie en dus op maat te maken. Hierdoor wordt het mogelijk medezeggenschap te verspreiden in de zorgorganisatie en onderwerpen op de juiste plek en met de juiste expertise te kunnen (laten) behandelen.

Werkgroepen

In plaats van commissies kan de ondernemingsraad ook werkgroepen instellen. Deze werkgroepen hebben geen formele status in de WOR, de formele rechten blijven dan dus bij de ondernemingsraad. Dit is echter wel een goede mogelijkheid om meer medewerkers op informele wijze te betrekken bij de medezeggenschap. Ook werkgroepen kunnen bijdragen aan een op maat gemaakte medezeggenschapstructuur.

Inrichting medezeggenschapstructuur

Hoe de medezeggenschap wordt ingericht, hangt ook af van de zeggenschap binnen de zorgorganisatie. Het is van belang de medezeggenschapsstructuur te laten aansluiten op de zeggenschapsstructuur. Dat raakt dan ook gelijk aan een belangrijk uitgangspunt van medezeggenschap: *de medezeggenschap volgt de zeggenschap*.

¹⁰ Zie artikel 15 WOR.

Een ander uitgangspunt van medezeggenschap is dat de medezeggenschap zo dicht mogelijk bij de medewerkers moet worden belegd. De medewerkers vormen immers de medezeggenschap en de input komt van de werkvloer. Acceptatie en draagvlak over de besluitvorming is groter als medewerkers daarbij nauw worden betrokken.¹¹ Echter, zeker naarmate de zorgorganisatie groter is, kan het lastig zijn de medezeggenschap enerzijds dichtbij de medewerkers te beleggen en anderzijds ervoor te zorgen dat de medezeggenschap de zeggenschap volgt. De WOR geeft de kaders om de medezeggenschap voor medewerkers binnen de organisatie vorm te geven, maar biedt ook ruimte voor medezeggenschap op maat.

Uitvoering medezeggenschap

In het onderzoek kwam al naar voren dat men niet alleen zoekt naar nieuwe vormen voor de inrichting van de medezeggenschapstructuur, maar ook naar de wijze waarop de medezeggenschap wordt uitgevoerd. Ook daarvoor biedt de WOR een aantal basiselementen.

De 5 basiselementen hebben betrekking op:



De (formele) rechten en bevoegdheden die bij deze basiselementen horen zijn opgenomen in **Bijlage 3** bij dit advies. Van belang is te weten dat de WOR met deze basiselementen een minimaal niveau van medezeggenschap biedt. De wijze waarop daaraan invulling wordt gegeven kunnen bestuurder en ondernemingsraad grotendeels zelf bepalen. Hoe vaak vindt er overleg plaats, met wie en welke status heeft dit overleg? Hoe en wanneer wordt er informatie verstrekt en hoe houden bestuurder en ondernemingsraad elkaar op de hoogte van relevante ontwikkelingen? Maar ook afspraken over informele betrokkenheid van de ondernemingsraad voorafgaand aan advies- en instemmingstrajecten, extra bevoegdheden voor de ondernemingsraad of juist een vorm van co-creatie bij verandertrajecten zijn mogelijk. Ook op dit punt biedt de WOR de mogelijkheid tot maatwerk en wordt aan bestuurder en

¹¹ Rechten van de OR, medezeggenschapsstructuur, pag. 45.

ondernemingsraad veel ruimte gegeven om de medezeggenschap zo uit te voeren dat dit past binnen de cultuur en visie van de zorgorganisatie.



5.4. Afrondend

Uit deze juridische kaders volgt dat een zorgorganisatie (wettelijk) verplicht is verschillende (mede)zeggenschapsraden in te stellen, maar ook dat de (mede)zeggenschapsstructuur moet aansluiten bij de eigen zorgorganisatie en de wijze van besluitvorming. Dit is een uitdaging en een kans tegelijk. Zorgbestuurders moeten goede kennis hebben van en zicht hebben op de diverse en uiteenlopende wettelijke regelingen en tegelijkertijd zich niet blindstaren op die regelingen, maar eerst kijken wat de eigen zorgorganisatie nodig heeft, welke visie er op medezeggenschap en zeggenschap bestaat en hoe daaraan invulling kan worden gegeven. Zo ontstaat een op maat gemaakte (mede)zeggenschapstructuur.

6. AANBEVELINGEN GOVERNANCE CODE ZORG 2022

Om tot de gewenste – en binnen de juridische kaders ook de mogelijke – ontwikkelingen te kunnen komen, adviseert de IAC de Governance Code Zorg 2022 op enkele onderdelen te verduidelijken en/of aan te vullen. Deze verduidelijkingen en aanvullingen zullen volgens de IAC bijdragen aan meer maatwerk en innovatieve vormen van zeggenschap en medezeggenschap binnen zorgorganisaties. Daarbij merken wij op dat het organiseren van medezeggenschap in samenwerkingsverbanden en netwerken expliciet aandacht, experiment en onderzoek naar werkzame vormen vraagt.

Onze suggesties voor aanpassing en verduidelijking van de Governancecode Zorg 2022 om maatwerk en innovatieve vormen van zeggenschap en medezeggenschap meer onder de aandacht te brengen én integrale vormen van zeggenschap medezeggenschap in brede zin (intern en extern) te stimuleren:

Principe 1: Goede zorg

In dit principe staat de maatschappelijke doelstelling voor het leveren van goede zorg centraal. Er wordt onder 1.3 al verwezen naar het publieke speelveld waarin zorgorganisaties moeten opereren, maar het speelveld wordt niet inzichtelijk gemaakt. Uit het Integraal Zorgakkoord (IZA) volgt dat regionale samenwerking noodzakelijk worden om goede zorg te kunnen blijven leveren. En uit het GALA en WOZO volgt dat integrale domein overstijgende preventie en zorg een belangrijke ontwikkeling is. Tegelijkertijd volgt uit het onderzoek van de IAC dat deze vormen van externe samenwerkingen nog moeilijk in te richten en in ontwikkeling zijn en daarbij nog (te) weinig oog is voor zeggenschap en medezeggenschap binnen deze samenwerkingen. **Om dit verder te stimuleren adviseert de IAC in de Governance Code Zorg ook aandacht te besteden aan regionale samenwerkingen, de betrokkenheid van burgers en aan domein overstijgende samenwerkingen.** Het zou goed zijn aan de Governance Code Zorg toe te voegen dat het ook belangrijk is zeggenschap en medezeggenschap een plek te geven bij organisatie-overstijgende samenwerkingen, waarbij ook aandacht wordt besteed aan de verbinding met de samenleving, de burgers die belang hebben bij die organisatie-overstijgende samenwerking. Het is raadzaam in de toelichting van de Governance Code Zorg een aantal voorbeelden op te nemen van organisatie-overstijgende samenwerkingen, waarbij concreet wordt benoemd of en hoe zeggenschap en medezeggenschap in zo'n organisatie een plek kunnen krijgen. Dit kan onder het eerste principe en mogelijk verder worden uitgewerkt in 3.2 (externe belanghebbenden). Daarbij past bij dit eerste principe ook een bredere benaming, zoals 'Goede zorg- en hulpverlening'. Dit versterkt de nadruk op (externe) samenwerkingsvormen en een integrale aanpak voor zorg- en hulpverlening.

Principe 3: Invloed belanghebbenden

In 3.1 zijn de uitgangspunten voor medezeggenschap, invloed en advies opgenomen. Uit de toelichting volgt duidelijk dat de raad van bestuur verantwoordelijk is voor de inrichting van de medezeggenschap en de professionele zeggenschap binnen de zorgorganisatie. Ook kan uit de toelichting worden afgeleid dat deze zeggenschap en medezeggenschap meer is dan alleen het voldoen aan de wettelijke kaders en er juist ook gekeken zou moeten worden andere of aanvullende vormen van (mede)zeggenschap. Dit wordt beschreven als kans. Toch lijkt dit in

de praktijk nog onvoldoende van de grond te komen. In de op de toelichting bij 3.1 volgende bepalingen komt dit ook niet meer terug. De bepalingen 3.1.1. tot en met 3.1.3. zien op de wijze van omgang en samenwerking met de (mede)zeggenschap. **Om de kansen te benutten en zorgorganisaties te laten nadenken over andere vormen van medezeggenschap en zeggenschap, adviseert de IAC een extra bepaling toe te voegen, waarin de aandacht wordt gericht op de inrichting en vormgeving van de (mede)zeggenschap.** Dit stimuleert maatwerk én andere vormen van medezeggenschap en zeggenschap.

Voorts wordt in de toelichting benoemd dat zorgorganisaties te maken hebben met verschillende vormen van zeggenschap en medezeggenschap. Er wordt verwezen naar de ondernemingsraad, de cliëntenraad en een vorm van professionele zeggenschap en er wordt toegelicht dat deze vormen deels overlappend zijn maar ook aanvullend op elkaar. Daarmee wordt volstaan, terwijl dit juist de conclusie zou kunnen rechtvaardigen dat een vorm van samenwerking met en tussen deze vormen van (mede)zeggenschap nodig is. Dit kan leiden tot vormen van meer integrale (mede)zeggenschap, zonder dat de verschillende perspectieven onvoldoende tot hun recht komen of bijvoorbeeld het clientperspectief ondersneeuwt. **De IAC adviseert deze conclusie en verwijzing ook in de toelichting op te nemen om te stimuleren dat zorgorganisaties daar verder over nadenken en invulling aan geven. In dat kader adviseert de IAC ook aan bepaling 3.1.2. toe te voegen dat de raad van bestuur afspraken maakt met de verschillende (mede)zeggenschapsorganen over de wijze van samenwerking of afstemming tussen de verschillende (mede)zeggenschapsorganen.**

Nieuwe vormen van (mede)zeggenschap kunnen – deels ook meer informeel van aard zijn en moeten mede leiden tot meer verbinding en werkzame samenwerking. Daarmee zou ook de achterban een grotere rol krijgen. De achterban - bestaande uit onder andere cliënten, familieleden, medewerkers, zorgprofessionals etc. - wordt in het geheel niet genoemd in de Governance Code Zorg 2022. **De IAC adviseert dan ook aan principe 3 afspraken over het betrekken en raadplegen van de achterban toe te voegen, zodat de (mede)zeggenschapsorganen zich daartoe vrij voelen én de raad van bestuur en raad van toezicht weten wat zij in dat verband kunnen verwachten.** Ook dit kan leiden tot meer maatwerk én nieuwe vormen van (mede)zeggenschap.

7. AFSLUITING EN WOORD VAN DANK

Samenwerking binnen de zorg is niet meer weg te denken. Intern wordt er meer samengewerkt, maar ook externe samenwerkingen moeten worden gerealiseerd om de doelstellingen van het Integraal Zorgakkoord te kunnen verwezenlijken. De juiste zorg moet op de juiste plek worden geleverd en de burger en samenleving is ook meer zelf aan zet. Dit kan niet zonder de bijdragen van cliënten, zorgprofessionals, andere medewerkers en burgers. Dit vergt niet alleen meer samenwerking, maar ook een nieuwe kijk op zeggenschap en medezeggenschap.

Uit het werk van de IAC volgt dat nieuwe vormen van zeggenschap en medezeggenschap gewenst zijn en er door een aantal zorgorganisaties voorzichtig mee wordt geëxperimenteerd. Toch is de zeggenschap en medezeggenschap op dit moment vooral nog traditioneel ingericht met een formele benadering vertaald in diverse raden die vergaderen met het bestuur. De wens bestaat van deze formele benadering te schuiven naar een meer informele benadering én dit opent de deuren voor nieuwe vormen van (mede)zeggenschap en meer verbinding met de samenleving. Meer maatwerk is gewenst én meer samenwerking tussen de verschillende (mede)zeggenschapsorganen is nodig. Tegelijkertijd moet de besturing van organisaties en ook samenwerkingsverbanden wel werkbaar en uitvoerbaar blijven, en resulteren in goede en tijdige besluitvorming. Dát is de uitdaging. Een verduidelijking en aanpassing van de Governance Code Zorg 2022 in lijn met dit advies zou hieraan kunnen bijdragen.

Voor de totstandkoming van dit advies danken wij de deelnemers aan de interviews die voor het onderzoek hebben plaatsgevonden en de delegaties van de zeggenschap en medezeggenschap van de diverse zorgorganisaties. Wij waarderen het zeer dat zij in alle openheid inzicht hebben willen geven in de wijze waarop de zeggenschap en medezeggenschap bij hen vorm heeft gekregen, de uitdagingen die zij tegenkomen en de nog gewenste ontwikkelingen. We willen ook graag mr. Renate Vink-Dijkstra en mr. Eveline Bakker bedanken van De Clercq Advocaten Notariaat. Dankzij hen zijn alle door de IAC verzamelde inzichten zo helder op papier gekomen en mede vanuit een juridisch oogpunt bekeken. De tekst van dit advies is uiteraard – zoals bij al onze adviezen – geheel en uitsluitend voor rekening van de IAC.

Met dank en waardering namens de Governance Innovatie- en Adviescommissie,

dr. A.F.I. (Guus) Bannenberg MPA
mr. A.S.V. (Annemijn) van Hemel MBA
drs. R.J. (Relinde) Weil
mr. M.H.J.N. (Michiel) van Berckel Smit
drs. J.H.W.M. (José) Laheij
H.J. (Erik) Dannenberg
W.K. (Wiko) Vlasblom
drs. D.C.J. (Daniel) Waarsenburg, secretaris

prof. dr. M.N. (Mirella) Minkman
voorzitter IAC

BIJLAGE 1

**Overzicht geïnterviewde zorgorganisaties incl. weergave
resultaten zeggenschap en medezeggenschap**

Interview bestuurder	Interview (mede) zeggenschap	Professionele zeggenschap	Medezeggenschap cliënten en aanverwanten	Medezeggenschap medewerkers	Nieuwe vormen van (mede) zeggenschap	Nieuwe werkwijzen / werkvormen
JP van den Bent 180 kleinschalige locaties	Ja	Geen raden Optimale zeggenschap door direct overleg en drienaandelijkse evaluaties van zorgverleners met cliënten en verwanten	Locatieraden ingesteld Eén regionale verwantenraad	Geen formele OR Medezeggenschap door verschillende werkvormen, voor deelname aan thema's worden open uitnodigingen gedaan aan medewerkers.	Maatwerk is het uitgangspunt. Hoofdiaccent ligt op de zeggenschap van de individuele bewoner. Er wordt zelf bepaald door de organisatie wat voor hen passend is qua (mede) zeggenschap. Medewerkers kunnen per thema aangeven of zij willen meedenken.	Ideëenbox Gezamenlijke ontmoetingsruimte bewoners Ouderavonden
De Zorggroep 5.500 medewerkers 38 locaties	Ja	Professionele Adviesraad (PAR)	Centrale cliëntenraad Veel cliëntenraad op lokaal niveau Moeite om voldoende leden voor de lokale raden te vinden.	Ondernemingsraad, met minder zetels dan op grond van de WOR zou mogen; Er wordt gewerkt met werkgroepen (op onderwerp / thema).	Geen traditionele medezeggenschap meer: er is gekozen voor één OR in plaats van meerdere ondernemingsraden en een COR. Gezamenlijk overleg / afstemming tussen PAR / OR / CCR Jaarlijks themabijeenkomsten met alle MZ-raden en RvB	Structureel medewerkersbijeenkomsten per regio naast de formele medezeggenschap Mailchimp als middel voor mailings/nieuwsbrieven/polls Open avonden op locaties. Cliënttevredenheidsonderzoeken
Cosis 280 locaties	Ja	Nee	Centrale cliëntenraad, bestaande uit drie deelraden (ingedeeld in mensen met verstandelijke beperking, mensen met een psychische beperking en verwanten) Lokale cliëntenraden	Centrale ondernemingsraad Ondernemingsraden Onderdeelcommissies	ABC van clientmedezeggenschap wordt gebruikt: A – Adviesrecht (formeel) B – Beïnvloeding kwaliteit (cliëntreis en cliëntperspectief) C- Coproductie (individueel zorgplan) Clientmedezeggenschap wordt per locatie op maat gemaakt (welke vorm past bij de locatie, te kiezen uit vijf vormen). Verdeling formele rechten clientmedezeggenschap tussen cliënten en verwanten Gezamenlijke bijeenkomst OR / CCR net opgezet Zeggenschap professionals moet nog worden ontwikkeld	Inspraakhuis voor cliënten Klankbordgroepen voor inspraak cliënten Strategische panels met cliënten, verwanten en medewerkers voor strategische thema's Bespreeken Kwaliteitsjaarslag Inzet professionele coaches voor verbeteren inspraak en medezeggenschap Reflectiesessie (jaarlijks) waarbij de RvB in gesprek gaat met cliënten
Amsterdam UMC 18.000 medewerkers studenten	Ja	Verpleegkundige Advies raad (VAR)	Cliëntenraad	Ondernemingsraad Daarnaast ook: Studentenraden Stafconvent (medici) Wetenschappelijke onderzoekraad	Geëxperimenteerd met burgeraadpleging (= raadplegen personeel buiten formele mz-raden, gerelateerd aan thema's) Geëxperimenteerd met patiënten-panels	Voor clientmedezeggenschap wordt gebruik gemaakt van Patient Effect Rapportages (PER) Inspraak voor patiënten wordt gerealiseerd door Prospective Risico Inventarisatie (PRI)
Lentis 100 locaties in 3 provincies	Ja	Professionele adviesraad (PAR)	Centrale cliëntenraad Cliëntenraden regionaal Clientendeelraden Commissies Famillieraad	Centrale ondernemingsraad Ondernemingsraden	Clientmedezeggenschap is gekoppeld aan groepen cliënten (doelgroepen, zoals jongeren, volwassenen en ouders). Gezamenlijke overleggen met alle mz-raden over gemeenschappelijke thema's.	Ongevraagde adviezen van de mz-raden als belangrijke input voor de RvB Afdelingsbezoeken om overleg over de zorg tussen behandelaren en cliënten te bevorderen

Interview bestuurder	Interview (mede) zeggenschap	Professionele zeggenschap	Medezeggenschap cliënten en aanverwanten	Medezeggenschap medewerkers	Nieuwe vormen van (mede)zeggenschap	Nieuwe werkwijzen / werkvormen
					Aandacht voor ketendenken met aandacht voor het sociaal domein en de omgeving (het inwonersbelang) In de toekomst wordt gedacht over een breed samengestelde mz-raad, waarin medici, professionals, begeleiders, cliënten en naasten zijn vertegenwoordigd.	Gesprekken tussen cliënten over de zorgverlening Benen Op Tafel sessies; dit gebeurt al met de RVB en de CCR maar zou in breder verband kunnen worden opgezet Tapster ingevoerd, een online platform voor contact met de achterban
GGNet	Ja	Nee	Centrale Cliëntenraad Famillieraad	Ondernemingsraad	Integrale aansturing is het uitgangspunt (samen met de zorgprofessionals) De zes professionele staven (Agogen staf, Ervarendeskundigenstaf, Vaktherapeutenstaf, Verpleegkundigenstaf, Vereniging medische staf) worden structureel betrokken bij overleggen over strategie.	
UMCU	Ja	Nee	Cliëntenraad	Ondernemingsraad Daarnaast ook: Studentenraden Stafconvent (medici) Wetenschappelijke onderzoekraad	- Patiënten-panels Expertteams bij organisatiewijzigingen en challenge meetings	Circle Lyrics wordt gebruikt als tool voor raadplegen achterban
Santé	Ja	Ja	Cliëntenraad Kleinschalige woonvormen hebben een eigen familie- of thuisraad	Ondernemingsraad, met minder zetels dan op grond van de WOR zou mogen	PR is een raad die inhoudelijk zeggenschap heeft over vraagstukken die de inhoud van het vakgebied raken. PR wordt gevormd door de voorzitters van de vier vakgroepen. Afstemming en verbinding tussen de mz-raden is nog een uitdaging.	Denktanks (= bijeenkomsten) om de achterban te raadplegen Er is een reglement professionele medezeggenschap Er wordt gewerkt met formats om het proces steeds goed aan te pakken
Buurtzorg	Ja	Nee	Cliëntenraad	Nee	Teams staan centraal, waarbij de teamleden elkaar zelf uitkiezen en aan de hand van kaders en richtlijnen samenwerken. Via een platform/community kunnen zorgprofessionals thema's inbrengen, op elkaars berichten reageren en worden er peilingen gehouden. Als er echt een thema speelt, dan wordt hiervoor een adviesraad voor zorgprofessionals opgericht. Netwerkworg wordt als belangrijke ontwikkeling gezien, er wordt een studie uitgevoerd ('Buurgenoter').	Medewerkersbijeenkomsten OMAHA-systeem wordt toegepast om cliënten te betrekken en te sturen op resultaten.

Interview bestuurder	Interview (mede) zeggenschap	Professionele zeggenschap	Medezeggenschap cliënten en aanverwanten	Medezeggenschap medewerkers	Nieuwe vormen van (mede) zeggenschap	Nieuwe werkwijzen / werkvormen
Icare 5.000 medewerkers waarvan 4.200 extramuraal	Ja	Nee	Regionale Cliëntenraad Cliëntenraad	Ondernemingsraad	Shared Governance met kwaliteitsgroepen en expertgroepen. Kern bij shared governance is dat de zeggenschap en de besluitvormingsbevoegdheid over zorginhoudelijk beleid bij de experts ligt. Zeggenschap professionals geënt op principe Magnet	
Austerlitz Zorgt Coöperatie met 536 leden	Ja	Nvt	Nee	Nee	Zeggenschap ligt bij de ALV (de leden) en dat zijn de burgers Zorgverleners werken in/voor Austerlitz, kopen zelf zorg in Zorgloket gemeente = Austerlitz Regisseur functie ligt bij de client Regionale samenwerkingen en domein overstijgend	Vrijwilligersnetwerk

Bijlage 2

Overzicht adviesrecht en instemmingsrecht cliëntenraad

Tabel 1 Adviesrecht cliëntenraad

Art. 7 Wmcz	Onderwerp
<u>a</u>	Wijziging van de doelstelling of de grondslag van de instelling
<u>b</u>	Aangaan fusie of duurzame samenwerking
<u>c</u>	Overdracht van de zeggenschap over de zorg of onderdeel daarvan
<u>d</u>	Gehele/gedeeltelijke belangrijke beëindiging of uitbreiding zorgverlening
<u>e</u>	Belangrijke wijziging in de organisatie van de zorgverlening
<u>f</u>	Profielschets benoeming leden toezichthouder en raad van bestuur
<u>g</u>	Vaststelling begroting en jaarrekening zorginstelling
<u>h</u>	Algemene huisvestingsbeleid, ingrijpende verbouwing, nieuwbouw of verhuizing van een zorginstelling gericht op langdurig verblijf
<u>i</u>	Selectie en benoeming personen die leiding geven aan zorgverleners indien sprake is van een zorginstelling gericht op langdurig verblijf

Tabel 2 Instemmingsrecht cliëntenraad

Art. 8 Wmcz	Onderwerp:
a	Medezeggenschapsregeling, klachtenregeling en andere regelingen voor cliënten
b	Profielschets klachtenfunctionaris
c	Procedure voor het opstellen en bespreken van zorgplannen
d	Algemeen beleid inzake kwaliteit, veiligheid en hygiëne
e	Algemeen beleid inzake de toelating van cliënten tot de zorgverlening en de beëindiging daarvan
f	Algemeen beleid inzake voedingsaangelegenheden, geestelijke verzorging, recreatiemogelijkheden of ontspanningsactiviteiten en maatschappelijke bijstand indien cliënten in de zorginstelling gedurende een etmaal kunnen verblijven
g	Sociaal plan van cliënten in geval van een ingrijpende verbouwing, nieuwbouw of verhuizing van een zorginstelling gericht op langdurig verblijf
h	Inrichting van voor zorgverlening bestemde ruimtes bij een ingrijpende verbouwing, nieuwbouw of verhuizing van een zorginstelling gericht op langdurig verblijf
i	Selectie en benoeming ondersteuning cliëntenraad

Bijlage 3

Overzicht adviesrecht en instemmingsrecht ondernemingsraad

Tabel 1 Adviesrecht ondernemingsraad

<u>Art. 25 WOR</u>	<u>Onderwerp</u>
<u>a</u>	Overdracht van deel of geheel van de zeggenschap van de onderneming
<u>b</u>	Vestigen/afstoten duurzame samenwerking
<u>c</u>	Beëindiging (onderdeel) van de werkzaamheden
<u>d</u>	Inkrimping/uitbreiding/wijziging werkzaamheden
<u>e</u>	Belangrijke wijziging in de organisatie of bevoegheidsverdeling
<u>f</u>	Wijziging plaats onderneming
<u>g</u>	Groepsgewijs werven/inhuren arbeidskrachten
<u>h</u>	Doen belangrijke investering
<u>i</u>	Aantrekken belangrijk krediet
<u>j</u>	Verstrekken belangrijk krediet / zekerheidsstelling
<u>k</u>	Invoering belangrijke technologische voorziening
<u>l</u>	Treffen belangrijke milieumaatregel
<u>m</u>	Besluit tot eigenrisicodragerschap
<u>n</u>	Verstrekken adviesopdracht extern deskundige

Tabel 2 Instemmingsrecht ondernemingsraad

<u>Art. 27 WOR</u>	<u>Onderwerp: regeling op gebied van</u>
a	Pensioenovereenkomst; winstdeling/spaarreling
b	Arbeids- en rusttijdenregeling; vakantieregeling
c	Belonings- en functiewaarderingssysteem
d	Verzuimregeling; regeling arbeidsomstandigheden
e	Aanstellings-, ontslag- en bevorderingsbeleid
f	Regeling voor personeelsopleiding
g	Regeling voor personeelsbeoordeling
h	Regeling voor bedrijfsmaatschappelijk werk
i	Werkoverleg
j	Klachtenbehandeling
k	Verwerken van persoonsgegevens
l	Personeelscontrolesystemen
m	Klokkenluidersregeling