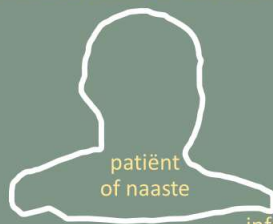


CODE GOED BESTUUR

VOOR DE INFORMELE PSYCHOSOCIALE ZORG

Georganiseerde zorg en ondersteuning door getrainde vrijwilligers
bij het omgaan met ziekten zoals kanker en dementie

goed bestuur in de informele psychosociale zorg



informele
psychosociale zorg



normen/
waarden



organisatie



bestuur



continu

Mei 2025

Vastgesteld door:

IPSO, de brancheorganisatie van IPSO Centra voor leven met en na kanker; en

Het Landelijk Platform Odensehuizen, voor mensen met beginnende dementie en hun naasten

CODE GOED BESTUUR INFORMELE PSYCHOSOCIALE ZORG IN NEDERLAND

2025

Inhoudsopgave

Inleiding	4
Overige definities en begrippen	7
Leeswijzer	7
Toegankelijkheid en informatie	8
1 De principes	9
1.1 Algemeen	9
1.2 Indeling in hoofdstukken en gedeeltelijke toepassing van deze code	9
2 Goede zorg voor de patiënt, naaste en nabestaande	11
2.1 Algemeen	11
2.2 Zorg van de organisaties	11
3 Waarden, normen (en juridische aspecten)	14
3.1 Algemeen	14
3.2 Open aanspreekcultuur	14
3.3 Verbetering door leren	14
3.4 Inspraak, samenspraak en tegenspraak	15
3.5 Signaleren misstanden	15
3.6 Belangenverstrengeling algemeen	15
3.7 Actie bij tegenstrijdige belangen	16
4 Evenwichtige organisatie	17
4.1 Algemeen	17
4.2 Externe belanghebbenden	17
4.3 Transparantie en verantwoording	17
5 Goed bestuur	18
5.1 Algemeen	18
5.2 Bestuur	18
5.3 Het vermogen om zelf te leren	18
5.4 Bestuur en code	19
5.5 Specifieke gerichtheid bestuur	19
5.6 Risicobeheersing	19
5.7 Accountant	19
6 Continue ontwikkeling (van bestuur en code)	20

6.1	Algemeen	20
6.2	Rol bestuur	20
6.3	Continue ontwikkeling van deze code.....	21
BIJLAGE 1 – Extra hoofdstuk voor organisaties met een toezichtorgaan		22
	Goed toezicht- Algemeen	22
	Benoeming Raad van Toezicht	22
	Samenstelling Raad van Toezicht	24
	Functioneren Raad van Toezicht	24
	Werkgever van het uitvoerend bestuur	25
	Financiën en nevenfuncties	25
	Externe accountant.....	26

Inleiding

De code goed bestuur

De wens tot zelfregulering binnen de sector Informele psychosociale zorg heeft tot deze 'code goed bestuur' geleid. De code is voor alle organisaties in die sector bedoeld. Doel van de code is:

- versterking van de kwaliteit van de dienstverlening bij de informele psychosociale zorg (bij de ziekte kanker, maar ook te gebruiken voor andere ziektebeelden);
- versterking van de kwaliteit van het bestuur (integriteit, transparantie, enz.) over die dienstverlening binnen deze sector;
- voldoende onafhankelijkheid, zonder een commercieel belang, van instellingen in de informele psychosociale zorg;
- minimaal risico door het gedrag van bestuursleden/medewerkers/vrijwilligers voor de financiën van de instellingen en voor de samenwerkingen met andere organisaties.

Werking en karakter van de code

De code is een richtinggevend en levend document voor de sector zelf en kan daarmee als een handleiding voor het bestuur worden gezien. Deze 'code goed bestuur' bevat overeengekomen principes en de uitwerking daarvan. Daardoor wordt het beoordelen van het bestuur concreter mogelijk. Bestuursleden kunnen de code zo goed mogelijk naleven. Er is geen hoge mate van afdwingbaarheid. Bestuursleden worden niet 'afgerekend' op de richtlijnen in deze code, maar ze moeten wel aan betrokkenen kunnen uitleggen waarom ze de code wel of niet volgen.

Aangezien de omvang van informele organisaties sterk wisselt, zullen velen geen Raad van Toezicht hebben. De werking van een eventuele Raad van Toezicht en bijpassende richtlijnen zijn daarom slechts als bijlage toegevoegd. Organisaties, die alleen een Bestuur hebben, kunnen volstaan met de hoofdstukken 1 tot en met 6.

De code moet gaan leven bij bestuur, werknemers en vrijwilligers. De weg daarnaartoe is van groot belang. Zelfregulering betekent namelijk ook zelf de verantwoordelijkheid nemen voor de inhoud en naleving van de code.

Organisaties binnen de sector Informele psychosociale zorg hebben bijgedragen aan de totstandkoming van deze code. Dat zijn: Borstkanker Vereniging Nederland, de landelijke branche- en serviceorganisatie IPSO en de lokale IPSO centra IntermeZZo, Helianthus en 't Praethuys, MantelzorgNL, Landelijk Platform Odensehuizen, Alopecia Vereniging en Crohn & Colitis Nederland.

Deze code:

- is opgesteld vanuit het belang van en de zorg voor de patiënt, naaste en nabestaande, maar is ook geschreven voor medewerkers, vrijwilligers en vanzelfsprekend bestuursleden;
- is geïnitieerd als onderdeel van een drie jaar durend project 'Toekomstbestendig organiseren en financieren van informele psychosociale zorg bij kanker' (looptijd 2022-2025), gefinancierd door het Ministerie van VWS. Initiatiefnemer en projectleider van dit project is IPSO, op alle onderdelen van dit project worden zoveel mogelijk andere aanbieders van informele psychosociale zorg (ook bij andere ziektebeelden) en stakeholders betrokken.

- is onderdeel van een te ontwikkelen set van kwaliteitsprincipes voor de gehele sector, d.w.z. voor alle organisaties die zich hierin herkennen en hiermee hun voordeel willen doen;
- helpt daarmee mee aan de uniformering van kwaliteitsomschrijvingen/-acties;
- heeft vorm gekregen na deskresearch naar al aanwezige en bruikbare codes van goed bestuur of good governance;
- sluit qua indeling en tekst aan bij de Governancecode Zorg 2022 en stemt daar veelal inhoudelijk ook mee overeen;
- beschrijft op een actieve en enthousiasmerende manier de toepassing/implementatie van goed bestuur en de continuïteit/handhaving van de code.

Wat is deze code niet?

- Een beschrijving van principes en uitwerkingen van aangrenzende gebieden, zoals een algemene ethische code tegen ongewenst gedrag;
- een herhaling van bestaande wet- en regelgeving;
- een regeling met een handhavingscomponent.

Overige gehanteerde uitgangspunten bij het opstellen van de code

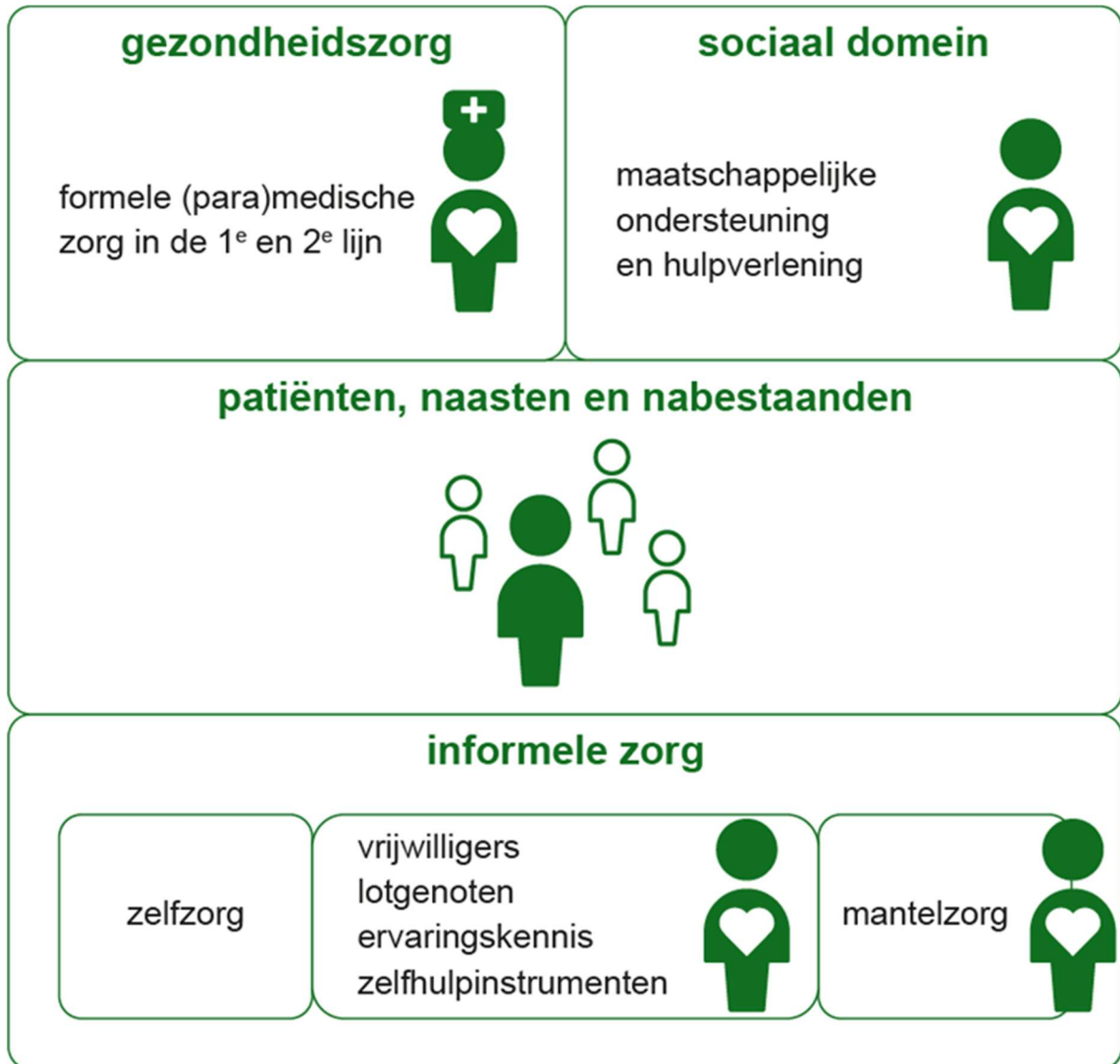
- De code moet een passende versie bieden voor alle instellingen die informele psychosociale zorg bij een ziekte bieden.
- Vanuit patiënten-, naasten- en nabestaandenperspectief (en/of optimale dienstverlening aan de patiënt, naaste en nabestaande) moeten de algemene principes worden aangegeven.
- Die principes zijn in lijn met de lange termijnambities van de organisaties, eventuele basis sets/toolkits kwaliteit en kwaliteitsprincipes voor de leden van de organisaties.
- De optimale dienstverlening is een resultaat van de maatschappelijke doelstelling van de instellingen die informele psychosociale zorg leveren.
- De code moet voor instellingen het enthousiasme opwekken om te reflecteren op het eigen functioneren.
- De code mag geen of slechts weinig nadelige gevolgen hebben voor administratie of controle.
- De code beschrijft ook het levend houden van de code: toepassing en onderhoud.

De sector Informele psychosociale zorg met de definitie van ‘informele zorg’

Met informele zorg wordt hulp, zorg of ondersteuning bedoeld die aanvullend is op het eigen sociale netwerk en op de formele zorg. Informele zorg wordt uitgevoerd en georganiseerd door getrainde vrijwilligers en/of lotgenoten op fysieke en digitale locaties, met georganiseerd aanbod, informatievoorziening en toegang tot hulpmiddelen/instrumenten, met (deels) betaalde krachten voor coördinatie en voor het bevorderen en bewaken van kwaliteit en continuïteit. Deze zorg wordt in verschillende vormen verleend, niet alleen aan patiënten, maar ook aan mensen uit hun naaste omgeving. De doelgroep is daarmee ruimer dan alleen patiënten en omvat ook naasten en nabestaanden.

Informele *psychosociale* zorg richt zich op het vergroten van de veerkracht van mensen bij het omgaan met de impact van de ziekte of die van hun naaste op alle aspecten van hun dagelijks leven.

Deze informele psychosociale zorg wordt geboden door organisaties met een vorm van bestuur, waarvoor deze code bedoeld is. De organisaties vormen samen de sector Informele psychosociale zorg in Nederland.



Overige definities en begrippen

Bestuur - directie en/of bestuur inclusief directeur. Het bestuur is verantwoordelijk voor zowel de voorbereiding en vaststelling als de uitvoering van het beleid en het voldoen aan goed bestuur. Het bestuur is voor alles eindverantwoordelijk.

Organisatie - de zorginstelling, -vereniging of -stichting die direct of indirect zorg en/of ondersteuning verleent in de sector Informele psychosociale zorg in Nederland. Alleen aan het begin van ieder hoofdstuk wordt deze sector opnieuw specifiek herhaald.

Patiënt, naaste en nabestaande – hiermee worden mensen bedoeld die direct of indirect geraakt zijn door ziekte zoals kanker en dementie, zonder dat hiervoor diagnose of doorverwijzing noodzakelijk is.

Raad van Toezicht (RvT) - een orgaan dat toezicht houdt op het bestuur van een vereniging of stichting. De RvT controleert of het bestuur goed functioneert en of de organisatie haar doelen op een verantwoorde manier bereikt. De RvT kan ook het uitvoerend bestuur adviseren en is vaak verantwoordelijk voor het benoemen en ontslaan van bestuurders. Met 'Raad van Toezicht' worden ook andere (interne) toezichthoudend bestuursorganen bedoeld met een andere naam dan RvT. In deze code strekt het begrip 'bestuurders' zich ook uit over de zogenaamde 'toezichthouders', oftewel de leden van de Raad van Toezicht. De Raad van Toezicht komt in bijlage 1 aan de orde.

Sector - de sector Informele psychosociale zorg/ondersteuning (in Nederland).

Stichting – een niet-winstgerichte organisatie die probeert een maatschappelijk, sociaal of ideëel doel te behalen. Een stichting heeft wel een bestuur, maar geen leden.

- **Vereniging** – een verzameling van mensen/rechtspersonen die zich met een bepaald doel georganiseerd heeft. Een vereniging heeft een bestuur en leden (personen en/of organisaties) en is niet gericht op het maken van winst. Het doel van de vereniging is vastgelegd in de oprichtingsakte en statuten. De algemene ledenvergadering (ALV) is een orgaan van de vereniging dat uit alle leden van de vereniging bestaat. De algemene ledenvergadering is niet openbaar en alleen toegankelijk voor leden en personen die daar statutair het recht toe is gegeven. Doorgaans beslist de ALV over alle belangrijke zaken van de vereniging.
- **Verenigingsraad** – de verenigingsraad kan functioneren als het hoogst besluitvormend orgaan. Deze raad bestaat uit een aantal (prominente) leden.

Zorg - Onder zorg wordt steeds mede verstaan ondersteuning aan deelnemers die (nog) geen diagnose hebben gekregen, zoals mensen met beginnende dementie, naasten en nabestaanden.

Leeswijzer

Tekst in grijze letters - introductie bij de regels van de code; in de Governancecode Zorg 2022 staan die regels ook als introductie weergegeven.

Tekst in groene katernen - toelichtingen, voorbeelden of punten van kwaliteit uit onderdelen van de sector.

Bijlage – alleen van toepassing voor organisaties met een Raad van Toezicht.

Toegankelijkheid en informatie

Deze code is toegankelijk voor iedereen - patiënten, naasten, nabestaanden, medewerkers/vrijwilligers, bestuurders, stakeholders en anderen – en benaderbaar op het internet.

Het bestuur is verantwoordelijk voor het verschaffen van informatie:

- **t.b.v. patiënten, naasten en nabestaanden**

Patiënten, naasten en/of nabestaanden ontvangen informatie over het maatschappelijke doel, de toegankelijkheid en de kwaliteit van de organisatie. Zij hebben gemakkelijk toegang tot de geformuleerde de waarden en normen van de organisatie.

- **t.b.v. medewerkers/vrijwilligers**

Alle medewerkers en vrijwilligers worden geïnformeerd over de waarden, normen en het meerjarenbeleid van de organisatie.

- **t.b.v. stakeholders/ketenpartners** (bijv. gemeente, WMO, andere zorginstellingen)

Stakeholders/ketenpartners ontvangen informatie over de positie en de relatie met hen vanuit bestuurlijk niveau. Dat is ter waarborging van de positionering en het voortbestaan van de organisatie.

1 De principes

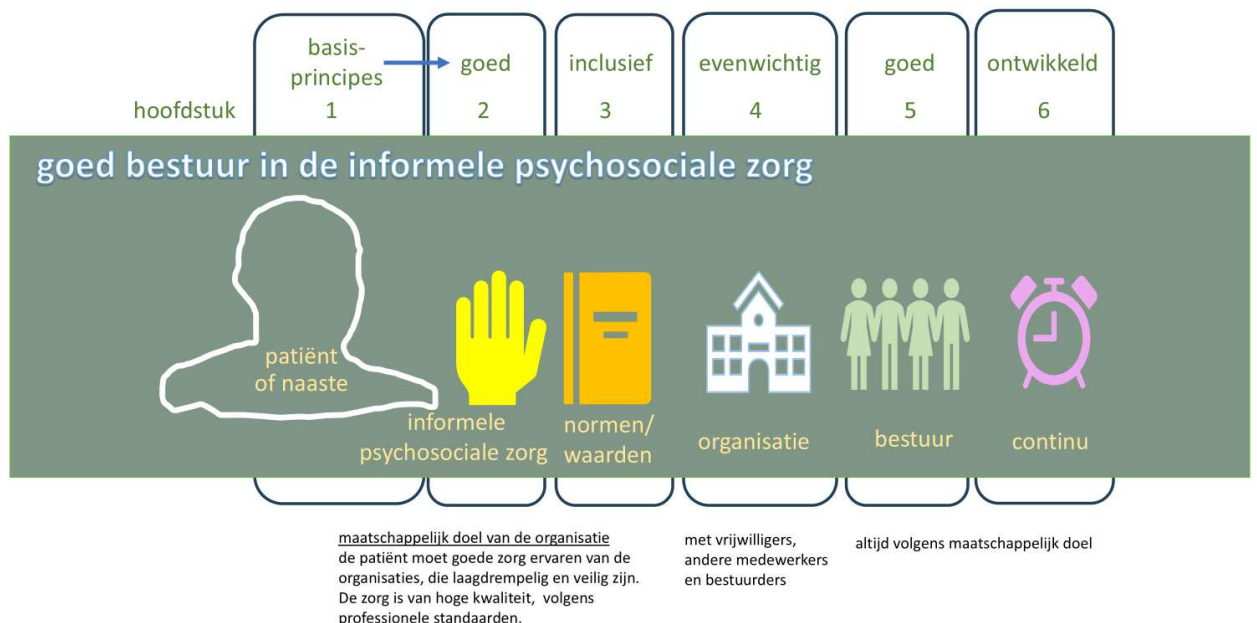
1.1 Algemeen

De basisprincipes voor goed bestuur in de informele psychosociale zorg zijn overzichtelijk.

Ze worden geïllustreerd in het onderstaande figuur en luiden als volgt:

- Er is goede informele psychosociale zorg in Nederland
 - inclusief hantering van waarden en normen;
 - afkomstig van een evenwichtige organisatie.
- Er is goed bestuur, gericht op het leveren van goede zorg aan de patiënt, naaste en nabestaande.
- Er is continue ontwikkeling van de kwaliteit van bestuur, inclusief een actuele code.

In de volgende hoofdstukken worden deze principes verder uitgewerkt.



1.2 Indeling in hoofdstukken en gedeeltelijke toepassing van deze code

In deze code voor de sector Informele psychosociale zorg is de patiënt, naaste en nabestaande steeds het uitgangspunt.

De **maatschappelijke doelstelling** van iedere organisatie zet de patiënt, naaste en nabestaande centraal: “De patiënt, naaste en nabestaande moet goede zorg ervaren van de organisaties die laagdrempelig en veilig zijn. De zorg is van hoge kwaliteit, volgens professionele standaarden.”

Het behalen van deze doelstelling is mede het gevolg van goed bestuur. Wat in deze sector 'goede zorg' is, wordt uitgewerkt in [hoofdstuk 2](#).

Op alle niveaus werkt iedere de organisatie ten dienste van de patiënt, naaste en nabestaande. Door de vrijwilligers, medewerkers en bestuurders worden duidelijke waarden en normen gehanteerd. Het bestuur van die organisaties waarborgt dat. Het bestuur hanteert waarden en normen die passen bij de maatschappelijke positie van de organisatie, zoals die ook gelden voor de gehele zorgsector in Nederland. De waarden en normen zijn uitgewerkt in [hoofdstuk 3](#).

Iedere organisatie is 'evenwichtig', gezien alle belangen, ook van anderen en betrokkenen. Tot de organisatie behoren vrijwilligers, medewerkers en bestuurders. Het nodige evenwicht staat beschreven in [hoofdstuk 4](#).

Om goede zorg te realiseren is voor deze evenwichtige organisaties 'goed bestuur' nodig, uitgewerkt in deze code in [hoofdstuk 5](#). Het bestuur werkt vanuit de aangegeven maatschappelijke doelstelling.

Tenslotte zorgt het bestuur voor continuïteit in de noodzakelijke ontwikkeling van de eigen professionaliteit en deskundigheid, waaronder ook het onderhoud van deze code. Zie daarvoor tot slot [hoofdstuk 6](#).

Voor de principes en de uitwerkingen daarvan geldt: 'pas toe of leg uit'. Indien afwijken van de principes beter is voor de patiënt, naaste en nabestaande en voor de organisatie die de zorg levert, kan dat, maar dat verlangt dan een duidelijke toelichting. Dit uitgangspunt doet recht aan de grote verscheidenheid aan organisaties in karakter en omvang in de informele psychosociale zorgsector. Deze code geeft een ideaalbeeld van de volledige invulling van 'goed bestuur' voor een grote informele zorgorganisatie.

Indien de organisatie een orgaan van toezicht kent, is het extra hoofdstuk over toezicht te gebruiken, dat bijlage 1 biedt.

TOEPASSING VAN DE CODE VOOR NOG GROEIENDE ORGANISATIES

- Organisaties kunnen zich tijdens de groei naar een volwaardige organisatie verbinden aan een gedeelte van de code.
- Zij kunnen in dat geval kiezen voor een toepassing van alleen hoofdstuk 1, 2 en 3. Bij de verklaring van erkenning van deze code wordt dan expliciet vermeld hoever die erkenning strekt.
- In bijlage 1 staat een extra hoofdstuk over toezicht. Organisaties met toezichthoudende bestuurders kunnen apart aangeven of deze bijlage ook van toepassing is.

2 Goede zorg voor de patiënt, naaste en nabestaande

2.1 Algemeen

De organisatie biedt informele psychosociale zorg van hoge kwaliteit. Dat houdt in dat eigentijdse professionele standaarden, kwaliteitsprincipes en veiligheidseisen worden gehanteerd. Centraal staan behoeftes, wensen, ervaringen en belangen van de patiënt, naaste en nabestaande. Die zijn altijd richtinggevend voor de te bieden zorg.

2.2 Zorg van de organisaties

De organisatie draagt bij aan de realisatie van de publieke belangen van de informele psychosociale zorg in Nederland met kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Voor het beleid van de organisatie is de behoefte van de patiënten, naasten en nabestaanden bepalend. Dat betekent dat binnen het financiële, organisatorische en zorginhoudelijke kader zoveel mogelijk aan de wensen van de patiënt, naaste en nabestaande wordt voldaan.

De organisatie zorgt voor het bijhouden van de professionaliteit van de medewerkers en kundigheid van de vrijwilligers. Zij vertrouwt op het handelen en oordeel van haar medewerkers en vrijwilligers.

Het bestuur meet periodiek de tevredenheid van de patiënten, naasten en nabestaanden, de vrijwilligers en de medewerkers. De resultaten vormen input voor verbetervoorstellen en acties (zie ook [5.4 zelfleerzaamheid](#)).

De kwaliteit van de zorg is van meer afhankelijk dan van 'goed bestuur'. Deze code maakt deel uit van een bredere ontwikkeling van kwaliteit in de sector.¹ Uitgangspunt is dat iedere organisatie een eigen kwaliteitsbeleid heeft en daarmee inhoud geeft aan de kwaliteitscriteria in de sector.

In voorkomende gevallen is de zorg voor de patiënt, naaste en nabestaande geregeld in een overeenkomst: de organisatie spreekt de zorg met de patiënt, naaste en nabestaande af en legt die afspraak vast. Voor de patiënten, naasten, nabestaanden, vrijwilligers en medewerkers is dan een klachtenprocedure geregeld. Die procedure functioneert goed en snel.

¹ Het door VWS gefinancierde en door IPSO gecoördineerde project 'Toekomstbestendig organiseren en financieren van informele psychosociale zorg bij kanker' (2022–2025) omvat ook andere, aansluitende activiteiten om de gehele kwaliteit van de psychosociale zorg te borgen.

Voorbeelden van met 'goed bestuur' aansluitende uitgangspunten en instrumenten voor kwaliteit in de sector Informele psychosociale zorg

Uitgangspunten

- De organisaties weten en kunnen helder vertellen wat zij op het gebied van informele psychosociale zorg wel doen en wat niet.
- Voor alles wat de organisaties doen zijn de medewerkers en vrijwilligers gekwalificeerd.
- Door de hele organisatie heen wordt geborgd dat alles wat de organisatie doet goed wordt gedaan. En dat datgene, waarvoor gekozen is om niet te doen, daadwerkelijk niet wordt gedaan.
- Om dat te realiseren wordt de manier van werken 'continu' getoetst bij de patiënten/gasten.
- Op alle niveaus van de organisatie weet iedereen wat er op het gebied van informele psychosociale zorg wordt gedaan en wat niet.

Instrumenten

- Een stappenplan van de patiënt toepassen met patiënten participatie en daardoor benutten van de unieke ervaringsdeskundigheid.
- Een Generiek Kompas gebruiken ('Samen werken aan kwaliteit van bestaan') gericht op het optimaliseren van het leven van individuen in verschillende zorgfases.

Bronnen en lees verder op:

<https://www.alopacia-vereniging.nl/>

<https://www.borstkanker.nl/>

<https://www.crohn-colitis.nl/professionals/stappenplan-patient-aan-zet/>

<https://ipso.nl/kwaliteit/>

<https://www.mantelzorg.nl/nieuws/nieuw-generiek-kompas-bevordert-een-open-gesprek-over-kwaliteit-van-bestaan-en-samenwerking/>

<https://www.odensehuizen.nl/>

Samenvatting met uitgangspunten van werken met tevredenheidsmetingen en klachtenprocedures (vooral behandeld in 2.3 kwaliteitsversterking en in 5.4 zelfleerzaamheid)

- De aandacht voor de kwaliteit van de zorg komt onder andere voort uit tevredenheidsmetingen van patiënten, vrijwilligers en medewerkers en uit de resultaten van klachtenprocedures voor die doelgroepen.
 - Voor die metingen en procedures gelden uitgangspunten, zoals een gefundeerde aansluiting met het bestuur. Voor het bestuur zijn de resultaten namelijk onmisbaar om de zorg te verbeteren en/of op peil te houden.
 - Tegenspraak draagt bij aan kwaliteit: er is ruimte voor tegenspraak en die wordt gewaardeerd. Dan gaat het bij besluiten bijvoorbeeld om het actief op zoek gaan naar eventuele bezwaren, naar alternatieven of nog niet gewogen belangen.
 - Een klachtenprocedure en een klachtenfunctionaris zijn aanwezig. Beiden werken goed en snel (binnen een redelijke termijn).
 - Het uitvoerend bestuur wordt geïnformeerd over de resultaten van metingen van tevredenheid en klachtenprocedures.
 - De individuele regeling van metingen en procedures wordt per organisatie opgemaakt en voldoet aan deze uitgangspunten.
-

3 Waarden, normen (en juridische aspecten)

3.1 Algemeen

Introductie - De maatschappelijke positie van de organisatie, die informele psychosociale zorg levert, vraagt om het hanteren van passende waarden. De patiënt, naaste en nabestaande ontvangt die zorg inclusief het gebruik van waarden en de daarvan afgeleide gedragsregels (normen). Naast algemene waarden als integriteit, aanspreekbaarheid, betrouwbaarheid, zorgvuldigheid, professionaliteit, openheid en transparantie, gaat het om door iedere organisatie zelf te bepalen waarden, passend bij de specifieke positie en eventueel aansluitende doelstellingen. De waarden moeten zichtbaar worden in cultuur en gedrag.

Het bestuur is verantwoordelijk voor al deze aspecten, is daarop aanspreekbaar, draagt ze actief uit en legt daar verantwoording over af. Daarnaast krijgen waarden, normen, cultuur en gedrag vooral invulling in de organisatie als geheel. Dialoog en wederzijdse beïnvloeding op alle niveaus in de organisatie moeten die begrippen scherp en actueel houden. Daarbij hoort een open cultuur die ruimte biedt voor het leren van successen en fouten.

Iedere bestuurder laat door haar/zijn eigen gedrag zien dat zij/hij handelt volgens de bepaalde waarden en normen. Die zijn eveneens van belang bij samenwerking met partijen die bijdragen aan de prestaties van de organisatie. Het bestuur verwoordt de waarden en normen die voor de organisatie gelden en die passen bij de maatschappelijke positie van de organisatie. Deze waarden en normen komen tot stand in dialoog binnen en tussen alle niveaus van de organisatie en zijn duidelijk en vindbaar voor patiënten, naasten, nabestaanden, vrijwilligers, medewerkers en betrokkenen.

3.2 Open aanspreekcultuur

Introductie - Een 'waarde gedreven' organisatie kent een open en veilige cultuur, waarin mensen elkaar kunnen en durven aanspreken, ongeacht hiërarchie en professionele status. Het vraagt ook om het onderkennen van signalen dat iets niet goed loopt of iemand niet volgens de waarden en normen handelt. Het herkennen van signalen, die toetsen bij anderen en in een vroeg stadium bespreekbaar maken, horen bij deze open cultuur. Een 'lastig gesprek' over het (niet) naleven van de waarden en normen moeten organisatie en leidinggevendens altijd mogelijk maken.

Het bestuur en de professioneel verantwoordelijken laten zien en dragen uit dat zij het vanzelfsprekend en noodzakelijk vinden om elkaar aan te spreken.

3.3 Verbetering door leren

Het bestuur bevordert een cultuur waarin dilemma's besproken en fouten gemeld worden en waarin open en eerlijk hierover wordt gecommuniceerd, om ervan te leren. Het bestuur treft maatregelen (met procedures), zodat fouten veilig en zorgvuldig gemeld kunnen worden.

3.4 Inspraak, samenspraak en tegenspraak

Het bestuur richt zijn beeld-, oordeels- en besluitvorming zo in, dat er van uit verschillende (professionele) deskundigheden en betrokkenen toetsing kan plaatsvinden en advies kan worden gegeven, en dat de voor- en nadelen en risico's van het uiteindelijk genomen besluit gedurende de procedure zichtbaar blijven. Het bestuur zorgt dat ook op alle managementniveaus in de organisatie inspraak, samenspraak en tegenspraak mogelijk zijn.

3.5 Signaleren misstanden

De organisatie beschikt voor vrijwilligers en medewerkers over een vertrouwenspersoon als meldpunt voor afwijkend gedrag, zorg over integriteit en/of misstanden.

3.6 Belangenverstremming algemeen

Introductie - Integriteit betekent ook: het voorkomen van ongewenste belangenverstremming. Vanwege haar maatschappelijke functie en doelstelling geldt voor de organisatie een bijzondere mate van alertheid en zorgvuldigheid bij iedere vorm of schijn van belangenverstremming.

Alhoewel bij 'de schijn van belangenverstremming' de belangen van de organisatie, de patiënten, naasten, nabestaanden of andere belanghebbenden niet daadwerkelijk geschaad hoeven te zijn, is het wel belangrijk hier aandacht voor te hebben, omdat de schijn alleen al afbreuk kan doen aan het vertrouwen in de organisatie.

Belangenverstremming is een situatie waarin een bestuurder of toezichthouder verschillende belangen of functies heeft die elkaar raken of beïnvloeden. Belangenverstremming is ongewenst wanneer de verschillende belangen, posities of (neven)functies een zodanige invloed op elkaar hebben dat de onafhankelijkheid, objectiviteit of integriteit van een bestuurder of toezichthouder met betrekking tot een belangenafweging dusdanig in het geding komt dat de organisatie kan worden benadeeld en vertrouwen of legitimiteit verliest.

Elke vorm van ongewenste belangenverstremming van enig lid van het bestuur en de organisatie wordt voorkomen en de schijn hiervan wordt vermeden. Hiertoe worden (beheers)maatregelen in reglementen van bestuursorganen vastgelegd om evt. belangenverstremming in een zo vroeg mogelijk stadium te signaleren, om deze te voorkomen en de schijn hiervan te vermijden, en om te waarborgen dat op een zorgvuldige en transparante wijze met ongewenste belangenverstremming en de schijn hiervan wordt omgegaan.

Voorbeelden van belangenverstrengeling

- Het gaat bij belangenverstrengeling om het in concurrentie treden met de organisatie, bevoordeling van persoonlijke relaties, zakelijke kansen voor de organisatie aanwenden voor persoonlijk voordeel of het verrichten van betaalde werkzaamheden voor de organisatie die niet tot de functie behoren.

Aanpak van MantelzorgNL om belangenverstrengeling tegen te gaan

- Bestuurders dienen actief belangenverstrengeling jaarlijks uit te laten sluiten. De RvT en de Ledenraad stellen zichzelf jaarlijks gezamenlijk de vraag over mogelijke belangenverstrengeling tijdens een vergadering. Dit blijft een individuele verantwoordelijkheid, maar zorgt altijd voor een goed gesprek én een officieel vastleggingsmoment (vrijwaring aansprakelijkheid organisatie).

3.7 Actie bij tegenstrijdige belangen

Een lid van het bestuur meldt elke vorm en/of schijn van belangenverstrengeling direct aan de overige leden van het bestuur en verschaft daarover alle relevante informatie. Het bestuur besluit of er sprake is van belangenverstrengeling en treft passende maatregelen.

Een bestuurder neemt niet deel aan de voorbereiding, beraadslaging en besluitvorming als hij/zij daarbij een dusdanig tegenstrijdig belang heeft, dat hij/zij niet meer in staat is om de belangen van de organisatie op een integere, objectieve en onbevooroordeelde wijze te behartigen. Een transactie, waarbij tegenstrijdige belangen van bestuurders of toezichthouders spelen, wordt onder marktconforme voorwaarden aangegaan, en wordt gepubliceerd in het jaarverslag.

Een lid van het bestuur kan niet tegelijkertijd de functie vervullen van het bestuur of de Raad van Toezicht van een andere organisatie die binnen hetzelfde werkgebied van de organisatie geheel of gedeeltelijk dezelfde werkzaamheden verricht, tenzij de andere organisatie als groeps- of dochtermaatschappij of anderszins nauw verbonden is met de organisatie. Het bestuur neemt maatregelen die zorgen dat belangenverstrengeling van vrijwilligers en medewerkers wordt voorkomen en dat (een vermoeden van) belangenverstrengeling bij het bestuur wordt gemeld en door het bestuur wordt beoordeeld.

4 Evenwichtige organisatie

4.1 Algemeen

Introductie - De patiënt, naaste en nabestaande moet goede zorg ervaren van de organisatie voor informele psychosociale zorg, die laagdrempelig en veilig is. De organisatie bestaat uit vrijwilligers, medewerkers en bestuurders en kent alleen evenwichtige belangen. De organisatie schept voorwaarden en waarborgen voor een adequate invloed van alle belanghebbenden.

4.2 Externe belanghebbenden

Introductie - De medezeggenschap van patiënten, naasten en nabestaanden als groep en medewerkers c.q. professionals wordt onderscheiden van de omgang met externe belanghebbenden die relevant zijn in het licht van de maatschappelijke doelstelling. Die andere belanghebbenden zijn in verschillende groepen te onderscheiden, waarvoor deels verschillend beleid voor overleg, informatievoorziening en - waar relevant - invloed nodig is. Denk aan verwijzers, overheden etc.

Het bestuur gaat in dialoog met externe belanghebbenden van de organisatie. Dit bestuur bepaalt wie de belanghebbende partijen zijn, op welke wijze zij worden geïnformeerd en invloed hebben op de activiteiten en het beleid van de organisatie, en op welke wijze daarover verantwoording wordt afgelegd. Indien de organisatie een vereniging is, onderhoudt het bestuur met de ALV en eventuele verenigingsraad een relatie, die wordt gekenmerkt door samenwerking, transparantie, wederzijds respect, verantwoording en duidelijke communicatie.

4.3 Transparantie en verantwoording

Introductie - Vanuit de maatschappelijke positie en verantwoordelijkheid wil de organisatie transparant zijn en verantwoording afleggen aan de intern belanghebbenden. Er is geborgd dat de organisatie onder meer transparant is over het kwaliteitsbeleid, de veiligheid, het bestuur en toezicht, de bezoldiging en de klachtenafhandeling.

Naast deze voorgeschreven formele verantwoording gaat het echter vooral om de bereidheid om transparant te zijn in handelen en de keuzes die worden gemaakt, en daarover verantwoording af te leggen aan belanghebbenden. Dat geldt voor het bestuur en voor iedere medewerker en vrijwilliger op elk niveau.

Het bestuur legt verantwoording af over de realisatie van de doelstellingen van de organisatie en het beleid ten aanzien van de belanghebbenden.

5 Goed bestuur

5.1 Algemeen

Introductie - Het bestuur bepaalt de inrichting van het 'goede bestuur' van de organisatie en zorgt dat inrichting en werking van de organisatie voldoen aan de code en de naleving daarvan. Dat geldt voor de organisatie zelf en voor eventueel verbonden organisaties/maatschappijen.

Het bestuur is overeenkomstig wettelijke en statutaire taken verantwoordelijk voor het 'goede bestuur' van de organisatie voor informele psychosociale zorg. Dat is inclusief het goed en zorgvuldig functioneren (de inrichting) van het bestuur zelf en de uitvoering van het bestuur (ook conform de wettelijke en statutaire taak- en bevoegdheidsverdeling). Het bestuur functioneert altijd vanuit de maatschappelijke doelstelling van de organisatie voor informele psychosociale zorg, waarin de zorg voor de patiënt, naaste en nabestaande centraal staat. Dit komt erop neer dat de patiënt, naaste en nabestaande goede zorg moet ervaren van organisaties die laagdrempelig en veilig zijn en informele zorg van hoge kwaliteit leveren.

5.2 Bestuur

Het bestuur van de organisatie is gericht op haar maatschappelijke doelstelling om goede zorg te leveren aan de patiënt, naaste en nabestaande. Het bestuur heeft een duidelijke visie, weergegeven in een actueel meerjarenbeleidsplan inclusief een meerjarenbegroting. Alle medewerkers en vrijwilligers worden daarover regelmatig geïnformeerd.

Het jaarplan en de financiële plannen zijn altijd in lijn met het meerjarenbeleid. De organisatie kent een financieel en inhoudelijk jaarverslag. De leden van het bestuur zijn gezamenlijk en individueel bevoegd tot en verantwoordelijk voor het besturen van de organisatie en voor de algemene gang van zaken.

Binnen de gezamenlijke verantwoordelijkheid van een meerhoofdig uitvoerend bestuur worden bestuurstaken verdeeld, zodanig dat herkenbaar is welk lid eerste aanspreekpunt is voor specifieke aandachtsgebieden, zoals de kwaliteit en veiligheid, financiën of het personeel. Deze taakverdeling ontslaat de leden van het uitvoerend bestuur niet van hun gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de algemene gang van zaken binnen de organisatie.

5.3 Het vermogen om zelf te leren

Het bestuur zorgt voor het vermogen om zelf te leren: uit metingen van de tevredenheid van patiënten, naasten, nabestaanden, vrijwilligers en medewerkers volgen periodiek resultaten. Die resultaten worden gebruikt om verbeteringen aan te brengen (zie ook [2.3 kwaliteitsversterking](#)). Het bestuur neemt jaarlijks deel aan themascholing.

5.4 Bestuur en code

Het bestuur legt verantwoording af over de wijze waarop het invulling heeft gegeven aan de principes en bepalingen van deze code. Het bestuur voert ten minste eenmaal per twee jaar, desgewenst onder leiding van een externe deskundige, een gesprek over de onderlinge samenwerking en legt de resultaten daarvan vast.

5.5 Specifieke gerichtheid bestuur

Het bestuur maakt een zorgvuldige en evenwichtige afweging tussen de belangen van de patiënten, naasten, nabestaanden, de publieke en maatschappelijke belangen, de belangen van vrijwilligers en medewerkers en de andere in aanmerking komende belangen van interne en externe belanghebbenden. Het bestuur richt zich bij de vervulling van haar taak op het belang van de organisatie op lange en korte termijn vanuit het perspectief om de maatschappelijke doelstelling van de organisatie te realiseren, waarin de patiënt, naaste en nabestaande centraal staat.

5.6 Risicobeheersing

Het bestuur is verantwoordelijk voor het beheersen van de risico's, verbonden aan de strategie en de verschillende activiteiten van de organisatie, het handelen van vrijwilligers en medewerkers, ingeschakelde derden en de maatschappelijke positionering van de organisatie.

5.7 Accountant

Het verdient de voorkeur dat er een externe accountant wordt aangesteld. Dit zal echter voor kleine organisaties vaak niet mogelijk zijn. Indien er sprake is van een externe accountant wordt deze door het bestuur benoemd en ontslagen. De organisatie wisselt bij voorkeur iedere zeven jaar van accountant. Die wisseling betreft de persoon en niet noodzakelijkerwijs het kantoor waar de persoon mee verbonden is. De externe accountant verricht geen advieswerkzaamheden die een risico vormen voor zijn onafhankelijke positie. Indien in het te controleren boekjaar wel advieswerkzaamheden zijn verricht, wordt hiervan in het verslag over de jaarrekening melding gemaakt.

5.8 Toezicht binnen het bestuur

Indien de organisatie een toezichtsorgaan kent, kan bijlage 1 over (goed) toezicht als extra hoofdstuk gelden. Als zo'n orgaan (nog) ontbreekt, zal het bestuur zelf een vorm van toezicht regelen. Dat kan door samen met een vergelijkbaar bestuur een oordeel te vormen of een adviseur vragen dat te doen. Dat oordeel betreft vooral het functioneren van het bestuur in relatie tot het (maatschappelijk) doel van de organisatie en tot de richtlijnen over bestuur die in deze Code Goed Bestuur zijn verwoord.

6 Continue ontwikkeling (van bestuur en code)

6.1 Algemeen

Aan de deskundigheid en professionaliteit van ieder bestuur worden hoge eisen gesteld. Dat vraagt om permanente ontwikkeling, feedback en reflectie van de bestuursleden op hun handelen en hun prestaties en een regelmatige evaluatie of zij nog passen bij de opgaven waar de organisatie voor staat.

Het bestuur van een organisatie voor informele psychosociale zorg besteedt aandacht aan een continue ontwikkeling van de professionaliteit en deskundigheid binnen de organisatie.

6.2 Rol bestuur

Leden van het bestuur afzonderlijk en als geheel reflecteren regelmatig zelf – en met ondersteuning van anderen – op hun eigen functioneren en op de vraag of zij goed passen bij de opgaven waar de organisatie de komende jaren voor staat.

Bestuurders zorgen dat zij vakbekwaam en geschikt zijn en blijven. Zij werken daartoe continu aan hun eigen ontwikkeling en laten zich daarop aanspreken en toetsen. Bestuurders maken daarbij gebruik van interne spiegeling, externe intervisie, coaching, scholing en/of opleiding.

Accreditatiesysteem NVZD

(NVZD was de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuis Directeuren en is nu de vereniging van directeuren van instellingen in de gezondheidszorg of de beroepsvereniging voor bestuurders in de zorg.)

- De NVZD heeft een accreditatiesysteem voor zorgbestuurders ontwikkeld voor de professionalisering en de maatschappelijke legitimatie van het zorgbestuur.
- In het accreditatietraject wordt getoetst of bestuurders actief werken aan hun professionele ontwikkeling en beschikken over zelfreflectie vermogen en het vermogen om reflectie ook om te zetten in gedrag en in ander gedrag als dat nodig mocht blijken; essentiële ingrediënten voor goed bestuur.
- De norm wordt getoetst aan de hand van de expertisegebieden van zorgbestuurders zoals die door de NVZD zijn geformuleerd: leiderschap; resultaatgericht sturen; verbindend samenwerken; maatschappelijk bijdragen; continu ontwikkelen.

Bron: <https://www.governancecodezorg.nl/wp-content/uploads/2016/12/NVZD-Brochure-Accreditatie-jan-2016.pdf>

6.3 Continue ontwikkeling van deze code

Continuïteit en aandacht voor de code zijn van groot belang. De code moet actief en regelmatig aandacht krijgen en acties daarvoor dienen enthousiasmerend te zijn. De code dient jaarlijks op de agenda van de bestuursvergadering te staan en ook aandacht te krijgen bij bijeenkomsten van medewerkers en vrijwilligers. Presentaties, bespreking van voorbeelden en uitwisselingen van ervaringen met andere organisaties kunnen goede effecten hebben op de beleving van de code.

Bijeenkomsten, incidenten en ontwikkelingen rondom de ethiek kunnen een update van de code vragen. Het bestuur dient daar alert op te zijn en bijvoorbeeld eens in de vijf jaar tot een herziene code te komen.

Tenslotte is het vanzelfsprekend dat ontwikkelingen in de 'moedercode' Governancecode Zorg gevolgd worden om te overwegen die over te nemen.

BIJLAGE 1 – Extra hoofdstuk voor organisaties met een toezichtorgaan

Goed toezicht- Algemeen

De Raad van Toezicht functioneert altijd vanuit de maatschappelijke doelstelling van de organisatie voor informele psychosociale zorg, waarin de zorg voor de patiënt, naaste en nabestaande centraal staat. De Raad is verantwoordelijk voor het toezicht op het beleid van het uitvoerend bestuur en de algemene gang van zaken in de organisatie. Het beleid is afgestemd op de (toekomstige) behoefte van de patiënt, naaste en nabestaande.

Uitvoeringsbesluit Wet Toetreding Zorgaanbieders (Wtza)

- De sector Informele psychosociale zorg sluit aan bij het uitvoeringsbesluit van de Wtza, dat bepaalt dat de Raad van Toezicht zodanig is samengesteld dat de leden ten opzichte van elkaar, de dagelijkse en algemene leiding van de instelling en welk deelbelang dan ook, onafhankelijk en kritisch kunnen opereren.
- De leden van de Raad van Toezicht zijn geen vertegenwoordiger van enige interne of externe partij en handelen zonder last of ruggenspraak, maar kijken wel met een brede blik, zich bewust van de maatschappelijke positie van de organisatie.

Benoeming Raad van Toezicht

Introductie: De Raad van Toezicht neemt geen taken of functies van een extern overheidstoezicht over, maar kan wel meekijken naar de aspecten waar externe toezichthouders op toezien. Het is vanzelfsprekend dat het uitvoerend bestuur en de Raad van Toezicht zich informeren over bevindingen van het externe toezicht. Als de Raad van Toezicht zelf zijn leden benoemt, stelt dat hogere eisen aan het verantwoordelijkheidsgevoel en de maatschappelijke sensitiviteit van (de leden van) de Raad van Toezicht zelf.

De Raad van Toezicht is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zijn eigen handelen en zijn eigen samenstelling. De Raad doet dat transparant en met inbreng van anderen, zoals het uitvoerend bestuur, de ondernemingsraad en eventueel de (centrale) patiënten raad.

De Raad van Toezicht is bevoegd tot benoeming, schorsing en ontslag, alsmede het verlenen van décharge van de leden van de Raad van Toezicht, tenzij deze bevoegdheden wettelijk of statutair aan de algemene vergadering of een andere instantie zijn toegekend.

De minimale omvang van de Raad van Toezicht ligt vast in de statuten. De criteria en de procedure voor (her)benoeming, schorsing en ontslag van een lid van de Raad van Toezicht liggen ook vast in de statuten en/of het reglement van de Raad van Toezicht.

Samenstelling Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht stelt een algemeen profiel op voor de eigen samenstelling op basis van ten minste deskundigheden, vaardigheden en diversiteit. Voor iedere vacature stelt de Raad van Toezicht een specifiek profiel op. De Raad van Toezicht zorgt in het profiel en in zijn samenstelling voor diversiteit naar geslacht, maatschappelijke achtergrond, deskundigheid, leeftijd, regionale binding en rol in het team.

Toezichthoudende bestuursleden worden via een transparante, zo mogelijk openbare procedure geworven. De Raad van Toezicht stelt het uitvoerend bestuur in staat om over de profielen en de benoeming van personen in dit kader voorafgaand advies uit te brengen. Voor herbenoeming wordt een zorgvuldige procedure gehanteerd, waarbij opnieuw wordt afgewogen of het lid van de Raad van Toezicht voldoende is toegerust voor alle opgaven voor de komende jaren. Een lid wordt voor maximaal vier jaar benoemd en kan, inclusief herbenoeming, maximaal acht jaar zitting hebben in de Raad van Toezicht van de organisatie en haar rechtsvoorgangers of -opvolgers.

Functioneren Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht vervult de toezichts-, goedkeurings-, advies- en werkgeversfuncties op een evenwichtige wijze en richt zich daarbij op het belang van de organisatie, vanuit het perspectief van de centrale positie van de patiënt, naaste en nabestaande binnen de maatschappelijke doelstelling van de organisatie. De Raad van Toezicht toetst of het uitvoerend bestuur alle in aanmerking komende belangen van de bij de organisatie betrokken belanghebbenden zorgvuldig en evenwichtig heeft afgewogen.

De Raad van Toezicht bepaalt de eigen agenda en de daarvoor noodzakelijke informatie. De Raad van Toezicht en de leden daarvan afzonderlijk hebben een eigen verantwoordelijkheid voor hun informatievoorziening. Dat wil zeggen dat de informatie, die de Raad van Toezicht van het uitvoerend bestuur en de accountant ontvangt, naar hun oordeel 'passend' moet zijn om de eigen taak adequaat te kunnen vervullen. Indien de Raad van Toezicht dit geboden acht, kan de Raad van Toezicht informatie inwinnen bij functionarissen, diverse organen en (externe) adviseurs van de organisatie.

Werkgever van het uitvoerend bestuur

Introductie - De rechtspersoon van de organisatie is de werkgever van het uitvoerend bestuur. De Raad van Toezicht oefent namens de rechtspersoon de werkgeversrol voor het uitvoerend bestuur uit.

De Raad van Toezicht draagt er zorg voor dat het uitvoerend bestuur als orgaan goed en evenwichtig is samengesteld en geschikt is en blijft voor het besturen van de organisatie. De Raad van Toezicht stelt de omvang en samenstelling van het uitvoerend bestuur vast, tenzij deze bevoegdheid bij de algemene vergadering berust. Wijziging van het uitvoerend bestuur van eenhoofdig naar meerhoofdig of omgekeerd is een besluit van de Raad van Toezicht.

De Raad van Toezicht vraagt advies aan het zittend uitvoerend bestuur voordat de Raad van Toezicht een besluit over wijziging in de samenstelling van het uitvoerend bestuur neemt.

De Raad van Toezicht benoemt, schorst, ontslaat en verleent décharge aan de leden van het uitvoerend bestuur. Het stelt daarbij de beloning, de contractduur, de rechtspositie en de andere arbeidsvoorwaarden vast.

De Raad van Toezicht stelt voor de benoeming van een lid van het uitvoerend bestuur een profiel-schets op. De Raad van Toezicht stelt zich voorafgaand aan de benoeming zeker over het werkverleden van een bestuurder, diens integriteit, kwaliteit en geschiktheid voor de functie en of er belangenverstrengelingen of nevenfuncties zijn die de bestuurder in het uitoefenen van zijn functie kunnen belemmeren.

Financiën en nevenfuncties

De Raad van Toezicht stelt een beleid op voor de vergoeding van onkosten van het uitvoerend bestuur en het aannemen van geschenken en uitnodigingen door het uitvoerend bestuur. Dit beleid wordt openbaar gemaakt en de Raad van Toezicht controleert de naleving ervan. Jaarlijks wordt openbaar verantwoord welke bedragen op grond hiervan zijn uitgegeven, gespecificeerd naar vaste en andere onkostenvergoedingen, binnenlandse en buitenlandse reiskosten, opleidingskosten, representatiekosten en overige kosten.

Een lid van het uitvoerend bestuur vraagt voor iedere betaalde of onbetaalde nevenfunctie die hij/zij aangaat tijdens zijn lidmaatschap van het uitvoerend bestuur, voorafgaand toestemming van de Raad van Toezicht. De Raad van Toezicht verleent die toestemming alleen als er geen belangenverstrengeling is en als het tijdsbeslag van de nevenfunctie niet zodanig is dat het uitoefenen van de bestuursfunctie daardoor belemmerd wordt. Een lid van de Raad van Toezicht meldt, bij voorkeur voorafgaand aan het besluit daarover, iedere betaalde of onbetaalde (neven)functie die hij aangaat tijdens zijn lidmaatschap van de Raad van Toezicht. De Raad van Toezicht controleert of er belangenverstrengelingen zijn die de betrokken toezichthoudende bestuurder in het uitoefenen van zijn toezicht functie kunnen belemmeren en neemt zo nodig passende maatregelen.

Externe accountant

De Raad van Toezicht benoemt en ontslaat de externe accountant. Het uitvoerend bestuur wordt in staat gesteld daarover advies uit te brengen aan de Raad van Toezicht. De Raad van Toezicht evalueert regelmatig het functioneren van de externe accountant, na daarover advies te hebben gevraagd van het uitvoerend bestuur.

De organisatie wisselt bij voorkeur iedere zeven jaar van accountant. Die wisseling betreft de persoon en niet noodzakelijkerwijs het kantoor waar de persoon mee verbonden is. De externe accountant verricht geen advieswerkzaamheden die een risico vormen voor zijn onafhankelijke positie. Indien in het te controleren boekjaar wel advieswerkzaamheden zijn verricht, wordt hiervan in het verslag over de jaarrekening melding gemaakt.

De externe accountant woont het van belang zijnde gedeelte van de vergaderingen van de Raad van Toezicht bij, waarin de jaarrekening wordt besproken en/of waarin wordt besloten over de goedkeuring of vaststelling van de jaarrekening. De externe accountant rapporteert zijn definitieve bevindingen betreffende het onderzoek van de jaarrekening op hetzelfde moment aan het uitvoerend bestuur en de Raad van Toezicht.