



SOPHIE BIJLOOS

Building a License to Lead

**Hoe zorgbestuurders
bouwen aan draagvlak
om te besturen**

Building a License to Lead
How healthcare executives build support to lead

Hoe zorgbestuurders bouwen aan draagvlak om te besturen

Judith Sophia Maria (Sophie) Bijloos

© 2019 Sophie Bijloos

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar worden gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of opnamen, hetzij op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteursrechthebbende.

Schilderijen omslag door Bella Hendriksen-Braham, 2004.

Lay-out and printing door Optima Grafische Communicatie

ISBN: 978-94-6361-282-1

BUILDING A LICENSE TO LEAD

Hoe zorgbestuurders bouwen aan draagvlak om te besturen

Building a License to Lead
How healthcare executives build support to lead

Proefschrift

**Ter verkrijging van de graad van doctor aan de
Erasmus Universiteit Rotterdam
Op gezag van de rector magnificus
prof.dr. R.C.M.E. Engels
en volgens besluit van het College voor Promoties.
De openbare verdediging zal plaatsvinden op
donderdag 4 juli 2019 om 11.30 uur**

door

Judith Sophia Maria (Sophie) Bijloos

geboren te 's Gravenhage

Erasmus University Rotterdam



Promotiecommissie

Promotoren:

Prof. dr. K. Putters

Prof. dr. W.D. ten Have

Overige leden:

Prof. dr. C.G.J.M. Hilders

Prof. dr. R.T.J.M. Janssen

Prof. dr. M.C.P. Ruijters

Inhoudsopgave

1	Inleiding	9
1.1	Aanleiding	11
1.2	Onderzoeksvraag	15
1.3	Leeswijzer	19
1.4	Relevantie onderzoek	20
2	Methodologie	25
2.1	Wetenschappelijke positionering	27
2.2	Verzamelde data	28
2.3	Theoretisch kader	34
2.4	Mate van bewijskracht	39
3	Praktijk observaties	45
3.1	Inleiding	47
3.2	Vakontwikkeling	47
3.3	Professionalisering	50
3.4	Werving	55
3.5	Machtsdeling	62
3.6	Omgang met verandering	66
3.7	Schaalvergroting	72
3.8	Gedrag en karakter: rechtvaardigingsgronden	77
3.9	Conclusie	80
3.9.1	De <i>license to lead</i> van de individuele zorgbestuurder	83
3.9.2	De <i>license to lead</i> van raden van bestuur	83
3.9.3	De <i>license to lead</i> van zorgbestuurders als collectief	84
4	Theoretische verdieping	87
4.1	Inleiding	89
4.2	Systeemniveau	91
4.2.1	De semipublieke <i>setting</i>	91
4.2.2	Wie de <i>license to lead</i> kan ontnemen	93
4.2.3	Veranderende context	97
4.2.4	Juridische normstelling	99
4.2.5	Vakontwikkeling	100
4.2.6	Wervingsproces	104
4.3	Organisatieniveau	108
4.3.1	Macht	108
4.3.2	Fase van de organisatie	110
4.3.3	Omgang met verandering	113

4.4	Individueel niveau	114
4.4.1	Professionaliteit	114
4.4.2	Karakter	118
4.4.3	Manier van rechtvaardigen	120
4.5	Conclusie	123
4.5.1	De <i>license to lead</i> van de individuele zorgbestuurder	123
4.5.2	De <i>license to lead</i> van raden van bestuur	125
4.5.3	De <i>license to lead</i> van zorgbestuurders als collectief	126
4.5.4	Bouwstenen van de <i>license to lead</i>	127
5	Confrontatie tussen theorie en praktijk	131
5.1	Inleiding	133
5.2	Draagvlak voor vakontwikkeling en professionalisering	134
5.3	Draagvlakcreatie bij werving	140
5.4	Moreel kader en deugdzaam karakter	143
5.5	Omgang met verandering	150
5.6	Schaalvergroting	152
5.7	Conclusie	154
5.7.1	De <i>license to lead</i> van de individuele zorgbestuurder	154
5.7.2	De <i>license to lead</i> van raden van bestuur	156
5.7.3	De <i>license to lead</i> van zorgbestuurders als collectief	157
6	Conclusies	161
6.1	Inleiding	163
6.2	Zeven conclusies	163
6.3	Wetenschappelijke implicaties	171
6.4	Praktische implicaties	175
7	Reflecties	183
7.1	Begrenzingsen	185
7.2	Verder onderzoek	190

8	Samenvatting	195
9	Summary	205
10	Dankwoord	215
11	Literatuurlijst	221
12	Bijlagen	239
	Ook digitaal beschikbaar op: https://epubs.ogc.nl/?epub=s.bijloos	
	Curriculum vitae/Portfolio	407





1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De aanleiding voor dit onderzoek is de in 2013 gestarte ontwikkeling van een accreditatiesysteem voor zorgbestuurders¹ door de NVZD, Vereniging van bestuurders in de zorg. Als beleidsmedewerker en secretaris van de stuurgroep van zorgbestuurders, de accreditatiecommissie van externen en de kopgroep van zorgbestuurders ben ik nauw betrokken geweest bij de ontwikkeling van het accreditatiesysteem. De doelstelling van dit accreditatiesysteem is tweeledig: het werken aan de kwaliteit van zorgbestuurders en het bijdragen aan de maatschappelijke legitimiteit van zorgbestuurders. Het tweede heeft te maken met negatieve uitlatingen in de pers en de politiek over individuele zorgbestuurders en over zorgbestuurders als collectief. De ontwikkeling van het accreditatiesysteem riep bij mij vragen op: is besturen een vak? Welke eisen worden aan zorgbestuurders gesteld? Hoe wordt reputatie gevormd? Is de reputatie van belang voor het dagelijks werk van zorgbestuurders? En hoe? Draagt de accreditatie inderdaad bij aan de vakontwikkeling en aan de positieve reputatie van zorgbestuurders? Deze vragen vormen de aanleiding voor dit onderzoek.

Al snel werd duidelijk dat de zorgbestuurders die meedachten met de ontwikkeling van het accreditatiesysteem niet zochten naar een systeem van punten verzamelen door het volgen van opleidingen (zoals het systeem bij andere beroepsgroepen, bijvoorbeeld artsen en advocaten, is opgezet). De reden is dat het volgen van opleidingen en het behalen van punten geen garantie bieden voor betere bestuurders, volgens de zorgbestuurders die bij het opzetten van het systeem betrokken waren. Ook bestond er onder deze groep geen eenduidige opvatting over welke opleidingen in welke fase van de carrière gevolgd zouden moeten worden. In het accreditatietraject wordt getoetst of bestuurders actief werken aan hun professionele ontwikkeling en beschikken over vermogen tot zelfreflectie. Door het uitzetten van 360 graden feedbackvragen, het schrijven van een ontwikkelplan en het voeren van een gesprek met twee auditoren wordt dit getoetst. De accreditatiecommissie geeft een oordeel over de accreditatie, dat vervolgens vijf jaar geldig is² (NVZD Handboek accreditatie, 2018). Dit systeem is tot stand gekomen op basis van de ervaring van zorgbestuurders en met behulp van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

1 Voor het begrip 'zorgbestuurder' wordt in dit onderzoek aangesloten bij de omschrijving van zorgbestuurders zelf van dit begrip. De toegangscriteria van de Vereniging van bestuurders in de zorg (NVZD) zijn statutaire eindverantwoordelijkheid en het moet gaan om personen die belast zijn met het beheren of besturen van een zorginstelling oftewel een organisatie die (direct) zorg verleent (zie NVZD Statuten, 2017).

2 Oorspronkelijk was dit drie jaar.

Waar onderhavig onderzoek over gaat, laat zich het best illustreren met het verhaal van twee geïnterviewde zorgbestuurders in het kader van dit onderzoek. In de loopbaan van deze zorgbestuurders komen veel elementen terug die in dit onderzoek worden besproken: de manier waarop de bestuurders werken aan hun eigen professionaliteit, de manier waarop zij zorgbestuurder worden, de betrokkenheid bij fusies, de manier waarop de bestuurders omgaan met hun eigen morele overtuigingen, het draagvlak van belanghebbenden binnen de organisatie voor de bestuurder en zijn beleid, de relatie met medebestuurders en raden van toezicht en het resultaat van het werk van deze zorgbestuurders.

De eerste zorgbestuurder wordt voor de leesbaarheid van het verhaal A genoemd. In de jaren tachtig werkt A als medisch specialist. Op de afdeling ontstaat er een crisis met de leidinggevende. A neemt daarom de leidinggevende taken over. Vervolgens fuseert de instelling een aantal maal en wordt A directeur van de gefuseerde instelling, terwijl hij nog steeds werkzaam is als medisch specialist. Eind jaren negentig en nog een fusie verder gaat de mededirecteur met pensioen en wordt A voorzitter van het bestuur. Bij iedere fusie fuseren niet alleen de besturen afkomstig van de organisaties van gefuseerde organisaties, maar ook de raden van toezicht. A krijgt een conflict met zijn medebestuurder van een gefuseerde organisatie wanneer hij het gevoel krijgt dat deze 'niet deugt' (*"hij had zijn huis laten opknappen met manschappen van de instelling, hij had dubbel vakantiegeld, hij declareerde enorm veel bedragen die helemaal niet klopten."*). A kaart dit aan bij de raad van toezicht. De toezichthouder die mee is gekomen met de fusie verzet zich tegen ontslag van de betreffende bestuurder. A huurt een forensisch accountant in. Dit leidt tot het ontslag van die bestuurder (*"Toen kwam er een bonnetje boven tafel van een lunch in een hotel van 680 euro, best veel dus voor een lunch, en toen bleek dat die lunch was met die toezichthouder uit die [gefuseerde organisatie], toen was het hele probleem opgelost want die toezichthouder die moest zich daar natuurlijk uit zien te praten. Ja, je laat je dan toch wel voor enorm veel geld fêteren op kosten van de zaak."*). De betreffende toezichthouder vertrekt pas later.

Begin 2000 doet A een *Master of Business Administration* (*"Ik dacht: 'dan kan ik als bestuurder in de zorg ook wat meer kwaliteit toevoegen.'"*). A is ook in een nevenfunctie binnen de brancheorganisatie actief. De achtergrond als medisch specialist beschouwt A vooral als een pré om te weten waar het over gaat (*"Dus ze kunnen me niet gemakkelijk knollen voor citroenen verkopen, dat vind ik fijn. En ik heb het idee dat door mijn achtergrond ook wel makkelijker de link tussen geld en inhoud te maken valt."*). A heeft een visie om verschillende aspecten van zorg samen te vlechten om een meer holistische benadering en behandeling van de patiënt/cliënt te bewerkstelligen. Deze visie wil hij tot stand brengen middels een fusie met een zorginstelling die een ander type zorg verleent. Dit

leidt ertoe dat A in het bestuur van de veel grotere gefuseerde instelling terecht komt. Hiervoor is geen gesprek gevoerd met de raad van toezicht van de grotere instelling, wel met het bestuur. A blijft in dit bestuur, maar de fusie gaat uiteindelijk niet door omdat de ondernemingsraad van zijn oorspronkelijke instelling het niet wil. A werkt inmiddels niet meer als medisch specialist en zegt als bestuurder steeds meer met jaarrekeningen en begrotingen bezig te zijn. Er worden geen functioneringsgesprekken gevoerd door de raad van toezicht. A ervaart in de instelling weinig openheid van zaken (*"Het ging allemaal achterlangs en er werden een heleboel dingen gedoogd die echt helemaal niet klopten. Er was een hoogleraar, die trok elke maand 2.000 euro van de rekening met zijn creditcard die hij van de zaak had... maar ze ontsloegen hem niet, sterker nog, hij heeft later een lintje gekregen."*). In de instelling hebben twee afdelingen een onderling conflict. Eén van de medewerkers heeft persoonlijke contacten bij de IGZ (de huidige IGJ) en deze medewerker schakelt de IGZ in. Door een deel van de medewerkers wordt het vertrouwen in A opgezegd. A heeft uiteindelijk zijn ontslag genomen.

Daarna is A bestuurder geworden in een zorginstelling waar op dat moment geen bestuur was. Ook in deze instelling heeft hij weinig contact met zijn raad van toezicht, waar van hij de voorzitter persoonlijk kent (*"ik heb mijn voorzitter zelf aangezocht om hier te komen. Maar die is zo druk, dus die heeft helemaal geen tijd om hier toezicht te houden."*).

A reflecteert op wat hij bereikt heeft. In de instelling waar hij zijn ontslag heeft genomen, is een aantal personen weggegaan die bij de vertrouwenscrisis betrokken was, maar *"de kern van de zaak is, denk ik, nog niet opgelost"*. In het algemeen zegt hij: *"Ik doe het wel met een zekere hartstocht. Maar echt iets voor elkaar krijgen, valt helemaal nog niet mee. Ik bedoel, je hebt het al heel gauw over 'de productie moet omhoog', 'het ziekteverzuim moet omlaag', dat soort dingetjes. Dat doe ik ook allemaal, maar dat vind ik niet het leukste. Ik vind het leuk om te kijken waar we naartoe gaan en hoe we in de samenleving een wat betere positie krijgen [als sector], maar goed... dat kan je wel willen, maar dat is in de huidige tijd toch ook wel behoorlijk lastig, om echt iets nieuws op te zetten en daar het geld voor te krijgen. Als baas kan je waarschijnlijk wel een soort van invloed hebben, maar ik weet uiteindelijk niet hoe groot die is"*.

Deze bestuurder is geïnterviewd vanwege de crisissituatie die hij heeft meegemaakt. Ook is dit een zorgbestuurder die al een tijd bestuurder is. Omdat in dit onderzoek ook de ontwikkelingen in de tijd worden geschetst, ook nog een voorbeeld van een andere geïnterviewde zorgbestuurder die (ten tijde van het interview eind 2014) pas sinds kort zorgbestuurder was. Deze wordt hier B genoemd.

B begint in de jaren negentig als beleidsmedewerker in de zorg te werken na een universitaire studie sociale wetenschappen. Hij groeit door naar kwaliteitscoördinator en secretaris van de raad van bestuur van een ziekenhuis. Op de agenda staat de wachtlijstenproblematiek, de samenwerking tussen ziekenhuizen en een reorganisatie waarbij de medische specialisten ook in het management³ vertegenwoordigd zouden worden. Tijdens die laatste functie geeft hij ook leiding aan een afdeling. Daarna wordt hij hoofd van een afdeling van een groter ziekenhuis waar hij tien mensen aanstuurt. Op de agenda staan patiëntveiligheid, de honoreringsregeling van medisch specialisten en (weer) het veranderen van het sturingsmodel. B solliciteert vervolgens naar een managementfunctie als manager bedrijfsvoering van een zelfstandig onderdeel van het ziekenhuis. Dit werk doet hij tien jaar. B is wanneer het interview plaatsvindt net een aantal jaar eindverantwoordelijke bestuurder van een ander soort en kleinere organisatie. Hij heeft via een vacature in de krant gesolliciteerd. Voor de aanname zijn gesprekken gevoerd met de raad van toezicht, het managementteam, twee bestuurders met wie fusiebesprekingen waren, de cliëntenraad en de ondernemingsraad. Voor het vinden van een nieuwe baan heeft hij ook met *searchers* gesproken.

Toen B begon in de organisatie zou de organisatie gaan fuseren. Zijn voorganger had de fusie al voorbereid. B: *"Ik had mijn twijfels. Mijn manager had ook twijfels. ... Dit soort dingen worden besproken in het managementteam. Daar ben ik uiteindelijk de eindverantwoordelijke. Maar dat gaat altijd in onderling overleg."* B besluit de fusie niet door te laten gaan. *"Dat vroeg ook wel moed"* omdat de fusiepartner veel voordeel zag in de fusie. De raad van toezicht is rolvast en laat de afweging aan B, maar spreekt hier wel met B over. In zijn werk spelen concurrentie met andere instellingen, contacten en contracten met zorgverzekeraars en contacten met de patiëntenvereniging een belangrijke rol. B zit in het bestuur van de brancheorganisatie. B vindt het belangrijk om als bestuurder *"invloed te creëren, want anders is je organisatie een beetje een speelbal. Het is natuurlijk toch een politiek veld met allerlei belangen. Daarin moet je zorgen dat je de bal aan de voet krijgt en dat je goede dingen kunt doen.... Gewoon goed snappen hoe het spel gespeeld wordt en waardevolle suggesties doen, waar mijn collega's ook waardering voor hebben. Daarmee kan ik dan relatief wat meer invloed hebben, dan puur op basis van de omvang van de organisatie. Het zit ook wel in betrouwbaar zijn."* Professionaliseren ziet B voornamelijk als *learning by doing*: in de eerste managementfunctie heeft hij *"nog wel wat beginnersfoutjes gemaakt"*. Daarnaast is B geaccrediteerd bij de NVZD en heeft hiervoor

3 Management is meer algemeen dan bestuur: bedrijfsvoeringstaken worden ook wel management-taken genoemd, degene die deze uitvoert manager. Een bestuurder heeft bedrijfsvoeringstaken, maar ook een specifieke positie met eindverantwoordelijkheid. Oftewel alle bestuurders zijn ook manager, maar niet alle managers zijn ook bestuurder.

feedback opgehaald in de organisatie. Ook volgt B een masterclass, doet aan intervisie en coacht anderen ("*Ik bouw altijd voor mezelf momenten in van reflectie*").

In de conclusie zal op deze casus worden teruggekomen.

1.2 Onderzoeksvraag

Door ontwikkelingen zoals het accreditatiesysteem wordt actief gezocht naar een duidelijke taakomschrijving en invulling van *het* normenkader voor goed bestuur (zie NVZD Handboek accreditatie, 2018, p. 23-24). De discussie over het normenkader voor goed bestuur vindt ook plaats in het politieke debat. Van der Scheer schijft in haar dissertatie (2013) over de negatieve pers en zelfs over wantrouwen richting zorgbestuurders vanuit politiek en publiek. Krantenberichten met verontrustende signalen komen in de vorm van vragen door Tweede Kamerleden aan de minister of staatssecretaris terug in Tweede Kamerdebatten (Van der Scheer, 2013). Grit en Meurs signaleren in 2005 al eenzelfde ontwikkeling van wantrouwen richting zorgbestuurders (Grit en Meurs, 2005). Dit past in een algemene (internationale) tendens van negatieve *framing* van managers (zie ook Wentink, 2013). De vraag wat deze kritiek wel of niet doet met de positie van zorgbestuurders en hoe zorgbestuurders invloed uitoefenen op hun eigen draagvlak, leidt tot de onderzoeksvraag die hierna is geformuleerd.

In dit onderzoek staat de vraag centraal: hoe bouwen zorgbestuurders aan hun *license to lead*? Het begrip *license to lead* is in dit onderzoek geïntroduceerd als *wetenschappelijk* begrip en gedefinieerd als 'draagvlak om te besturen'.⁴

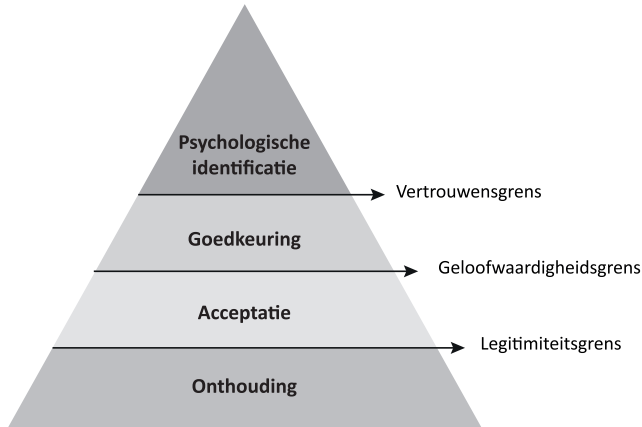
De onderzoeksvraag is op drie manieren te lezen, namelijk:

- 1 Hoe bouwen zorgbestuurders in de praktijk (op basis van de voor dit onderzoek verzamelde empirische data) aan hun *license to lead* (beschrijving praktijk)?
- 2 Welke methoden leiden volgens theoretische inzichten tot het vergroten van de *license to lead* (beschrijving theorie)?
- 3 In hoeverre leiden de acties van zorgbestuurders tot het vergroten van hun *license to lead* (analyse van de praktijk met behulp van de theorie)?

Alle drie de vragen worden beantwoord in dit onderzoek. Hierna is nader toegelicht hoe tot het begrip *license to lead* is gekomen.

4 'Besturen' is een breed begrip. In dit onderzoek wordt bedoeld het uitoefenen van bestuurstaken vanuit een eindverantwoordelijke rol. Deze invulling is gebaseerd op artikel 2:9 Burgerlijk Wetboek (BW) en een lidmaatschaps criterium van de NVZD (NVZD Statuten, 2017).

Het begrip *license to lead* is afgeleid van het concept *social license to operate*, waarmee wordt bedoeld een set van eisen en verwachtingen die lokale belanghebbenden⁵ en de maatschappij hebben over hoe een organisatie zijn werk moet doen (Gunningham e.a. in Moffat e.a., 2015). In het volgende figuur is de mate van *social license to operate*, oftewel het hebben van draagvlak, in piramidevorm weergegeven.



Figuur 1: Ontwikkeling van draagvlak: gebaseerd op Thomson en Boutilier, 2011, p. 2.

In dit figuur is de manier waarop draagvlak kan worden verworven weergegeven. Volgens de literatuur rond de *social license to operate* (Thomson en Boutilier, 2011, Moffat e.a., 2015) is deze als volgt:

- Voor het verkrijgen van acceptatie, het passeren van de legitimiteitsgrens, moet het gevoel van voordeel bestaan: 'zolang ik voordeel behaal uit jouw handelen, accepteer ik het'.
- Voor goedkeuring, het passeren van de geloofwaardigheids grens is meer nodig, namelijk ook een gevoel van eerlijkheid, betrokkenheid en wederkerigheid. Oftewel: 'ook als ik geen onmiddellijk voordeel zie, vertrouw ik erop dat mijn belangen worden meegewogen'. Ook het vertrouwen dat de maatschappij heeft in de overheid, of het een *high trust* of *low trust society* is (Fukuyama, 1995), speelt een rol. In een samenleving waar een inherente argwaan tegen 'het systeem' heerst, krijgen instituties minder snel goedkeuring.
- Voor het verkrijgen van vertrouwen is een duurzame relatie nodig gebaseerd op wederzijds respect: 'ook als ik benadeeld word, weet ik dat je mij respecteert en dat je je best doet voor me' (Thomson en Boutilier, 2011).

5 Stakeholders (in dit onderzoek ook wel belanghebbenden genoemd) worden door Freeman (1984) gedefinieerd als: "any group or individual who can affect or is affected by the achievement of the organization's objectives" (p. 46).

Waar bij de *social license to operate* de vraag is hoe vertrouwen en legitimiteit in en van organisaties werken, gaat het bij de *license to lead* in dit onderzoek om de vraag hoe zorgbestuurders bouwen aan draagvlak.⁶

Op basis van de verzamelde data is een driedeling gemaakt om (waar mogelijk en relevant) de mate waarin draagvlak wordt verkregen te onderzoeken. Het gaat dan om zowel het verkrijgen van draagvlak door als voor deze drie groepen:

- 1 individuele bestuurders
- 2 de raad van bestuur als orgaan
- 3 zorgbestuurders als collectief⁷

Met ‘draagvlak’ wordt bedoeld steun van de relevante belanghebbenden om te besturen. Het gaat op de verschillende niveaus hiervoor (1, 2 en 3) om verschillende belanghebbenden (dezelfde 1, 2 en 3):

1 individuele bestuurders,	1 de directe omgeving van de bestuurder
2 de raad van bestuur als orgaan	2 de relevante belanghebbenden binnen en buiten de organisatie
3 zorgbestuurders als collectief	3 de samenleving in het algemeen

Figuur 2: de relatie tussen de ontvanger en gever van de *license to lead*.

Het begrip ‘draagvlak’ wordt voornamelijk gebruikt in de bestuurskunde. Easton (1965) omschrijft *support* langs lijnen zoals hierna over legitimiteit wordt gesproken. De Graaf (2007) noemt draagvlak voor het proces en voor de uitkomst. Duineveld en Beunen (2006) geven een omschrijving van draagvlak als politiek instrument om beleid te legitimeren en te bestempelen als ‘goed’. De (beperkte) definiëring/omschrijving van draagvlak in wetenschappelijke teksten sluit aan bij twee gelijksoortige ordeningsprincipes uit de literatuur: *input*, *throughput* en *output* legitimiteit (Derks en Grit, 2015) en interactionele, procedurele en distributieve rechtvaardigheid (Millenaar e.a., 2013, zie

6 In de energiesector, onder andere de mijnbouw, wordt het begrip *social license to operate* gebruikt en is hieraan verder invulling gegeven. In drie wetenschappelijke databanken (ABI/INFORM Global, EBSCOhost en PsycINFO) is gezocht naar het begrip *license to lead*. Het begrip *license to lead* wordt vaak letterlijk gebruikt (het verkrijgen van een papieren licentie). Er werd geen heldere wetenschappelijke definitie gevonden van *license to lead*. Daarom is verder aansluiting gezocht bij het begrip *social license to operate*.

7 Ieder van deze niveaus is samengesteld uit individuele zorgbestuurders. Het onderscheid tussen de niveaus is gemaakt omdat draagvlak op het ene niveau niet (altijd) gelijk opgaat met draagvlak op het andere niveau. Bij het eerste niveau gaat het om draagvlak voor het individu en bij het tweede niveau om draagvlak voor de positie.

ook Colquitt e.a., 2001, Leventhal, 1976, Leventhal, 1980, Xu e.a., 2016).⁸ Deze begrippen worden hierna toegelicht.

Input legitimiteit (hierna: persoonlijke legitimiteit) gaat over de legitimiteit van de persoon die de beslissingen neemt. Bijvoorbeeld eigenschappen van de bestuurder, zijn kennis en ervaring en de aan de positie verbonden status kunnen legitimiteit geven.	Interactionele rechtvaardigheid gaat om de persoonlijke interactie tussen personen (bijvoorbeeld of deze fatsoenlijk is).
Throughput legitimiteit (hierna: proceslegitimiteit) gaat over de legitimiteit van de manier waarop de bestuurder zijn werk uitvoert. Deze ontstaat bijvoorbeeld bij een transparant besluitvormingsproces waarbij alle belangen worden betrokken.	Procedurele rechtvaardigheid gaat erover of het proces op een rechtvaardige wijze is verlopen.
Output legitimiteit (hierna: uitkomstlegitimiteit) gaat over de ervaren legitimiteit van de uitkomst van de beslissing, zowel op korte als lange termijn.	Distributieve rechtvaardigheid heeft betrekking op het gevoel van rechtvaardigheid van de uitkomst zelf.

Figuur 3: de overeenkomsten tussen verschillende vormen van legitimiteit en rechtvaardigheid.⁹

Bij het bouwen aan de *license to lead* wordt draagvlak verkregen op verschillende manieren: soms bijvoorbeeld door de manier waarop de bestuurder zijn werk uitvoert en wie hij daarbij betreft (proceslegitimiteit) en soms door het bereiken van een gunstig resultaat voor betrokken partijen (uitkomstlegitimiteit). Op basis van voorgaande zullen in deze dissertatie, waar mogelijk en relevant, de lege vakjes van de volgende tabel besproken worden:

- 8 Hier wordt soms ook een vierde vorm aan toegevoegd, namelijk informatieve rechtvaardigheid, het tijdig en accuraat verkrijgen van informatie. Deze vorm zie ik als een vorm van procedurele rechtvaardigheid. Dit doet geen afbreuk aan het belang van deze vorm van rechtvaardigheid. Het tijdig en accuraat verkrijgen van informatie is wel degelijk een belangrijke hulpbron om legitimiteit voor het handelen te vinden, zie ook Putters, 2009.
- 9 De manier waarop bestuurders hun handelen rechtvaardigen is van invloed op de ervaren legitimiteit. In dit onderzoek wordt gekeken naar deze rechtvaardigingsgronden. Ook is doorgevraagd op het effect van de verschillende manieren van rechtvaardigen, dus of dit inderdaad heeft geleid tot het gewenste draagvlak. Legitimiteit komt van het Latijnse *lex*, rechtvaardigheid van *ius*. Beiden betekenen wet of recht. *Lex* vindt zijn oorsprong in het werkwoord *ligare*, wat binden betekent. Legitimiteit verkrijgen is dus een manier om mensen te binden. Het Latijnse werkwoord voor *ius* is *iustificare*. Het gaat om een bepaalde vorm van rechtvaardig of rechtmatig handelen, zonder dat hoeft te blijken uit het formele recht of dit rechtvaardig is. In dit onderzoek wordt de relatie tussen legitimiteit en rechtvaardigheid als volgt gedeut. Rechtvaardigen is een middel dat kan worden ingezet om handelen te legitimeren. Wanneer legitimiteit wordt ervaren door de ander, leidt dit tot draagvlak. Draagvlak is dus waar legitimiteit en rechtvaardiging samen komen.

	Individuele zorgbestuurder	Raad van bestuur	Zorgbestuurders als collectief
Persoonlijke legitimiteit			
Proceslegitimiteit			
Uitkomstlegitimiteit			

Figuur 4: de relatie tussen de verschillende legitimiteitsvormen en de verschillende niveaus van de ontvanger van de *license to lead*.

In het onderzoek worden verschillende wetenschappelijke perspectieven gekozen om de *license to lead* langs hiervoor geschetste lijnen te onderzoeken. De perspectieven zijn gekozen op basis van de kernthema's die uit het kwalitatieve onderzoek naar voren kwamen (zie paragraaf 2.1). Waar relevant wordt gekeken vanuit een historiografisch perspectief, een filosofisch/ethisch perspectief, een juridisch perspectief, een proces perspectief, een bestuurskundig perspectief, een perspectief gebaseerd op leiderschapstheorieën en een perspectief gebaseerd op de organisatiekunde (zie hoofdstuk 4 voor een toelichting op de theorie).

1.3 Leeswijzer

In dit hoofdstuk zal eerst de relevantie van het onderzoek worden besproken.

In **hoofdstuk 2** wordt de methodologie besproken.

De eerste onderzoeksvraag: 'hoe bouwen zorgbestuurders in de praktijk (op basis van de voor dit onderzoek verzamelde empirische data) aan hun *license to lead*?' wordt in **hoofdstuk 3** behandeld.

In **hoofdstuk 4** wordt een theoretische verdiepingsslag gemaakt en daarmee de tweede onderzoeksvraag beantwoord: 'welke methoden leiden volgens theoretische inzichten tot het vergroten van de *license to lead*?'

De derde onderzoeksvraag: 'in hoeverre leiden de acties van zorgbestuurders tot het vergroten van hun *license to lead*?' wordt in **hoofdstuk 5** besproken.

In **hoofdstuk 6** worden overkoepelende conclusies en de wetenschappelijke en praktische implicaties van dit onderzoek besproken.

In **hoofdstuk 7** zijn de reflecties op en begrenzingen van dit onderzoek en de aanbevelingen voor verder onderzoek gegeven.

In **hoofdstuk 8** is de dissertatie samengevat in het Nederlands, in **hoofdstuk 9** in het Engels.

1.4 Relevantie onderzoek

Praktische relevantie

Om hun werk goed te doen, hebben zorgbestuurders (enig) draagvlak nodig. Het handelen van zorgbestuurders en het vertrouwen dat de bevolking heeft in de zorgsector hangen met elkaar samen. Daarom is het zowel op het niveau van de individuele zorgbestuurder als voor raden van bestuur als voor zorgbestuurders als collectief relevant om te weten hoe draagvlak wordt opgebouwd. Deze relevantie wordt hierna verder toegelicht.

In de zorgsector zijn de afgelopen jaren tal van maatregelen genomen om ‘goed bestuur’ te garanderen. Er is een toename aan wet- en regelgeving die de (persoonlijke) aansprakelijkheid van zorgbestuurders oprekt. Ook het salaris van bestuurders wordt aan banden gelegd in de Wet Normering Topinkomens (zie bijlage 2). Zorgbestuurders zelf hebben genoemd accreditatiesysteem ontwikkeld dat leidt tot het al dan niet geregistreerd worden in een - sinds 1 januari 2017 - openbaar register (zie paragraaf 4.2.5). Dat deze maatregelen worden genomen, heeft een aantal oorzaken. Deze oorzaken worden hierna besproken.

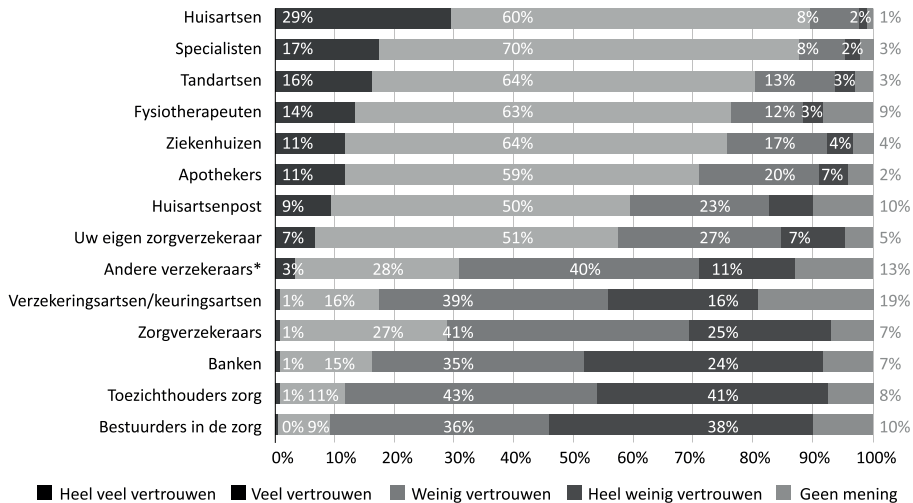
De Nederlandse bevolking ziet de organisatie van de zorg als één van de grootste maatschappelijke problemen. Ongeveer een kwart van het overheidsbudget gaat naar zorg.¹⁰ De zorgen van de maatschappij zijn vooral gericht op de kwaliteit, de kosten en de toekomst: hoe de zorg geregeld is voor de vergrijzende bevolking (Ridder en Dekker, 2018).

Er is veel kritiek op zorgbestuurders en op bestuurders en op managers in het algemeen. Het vertrouwen in organisaties is groter dan in hun vertegenwoordigers. Zo is het vertrouwen in bedrijven hoger dan in hun *chief executive officers/boards of directors* (zie onder meer Wentink, 2013, de Edelman Trust Barometer¹¹, 2018). Een onderzoek van onderzoeksbureau NIVEL over vertrouwen in zorgverzekeraars, waarbij dit vertrouwen werd afgezet tegen vertrouwen in andere actoren, zoals zorgbestuurders, laat zien dat

¹⁰ Zie: <https://www.rijksfinancien.nl/visuele-begroting>, geraadpleegd op 15 oktober 2018.

¹¹ Internationaal onderzoek onder 33,000+ respondenten naar vertrouwen. Ongeveer de helft van de respondenten komt uit China en de VS en de andere helft uit andere landen.

slechts 9% van de bevolking¹² vertrouwen in zorgbestuurders heeft (Hoefman e.a., 2015, p.3).



Figuur 5: mate van vertrouwen in bestuurders in de zorg, uit Hoefman e.a., 2015, p. 3. Antwoord op de vraag: 'Wilt u aangeven of u veel of weinig vertrouwen heeft in de genoemde sectoren, instellingen en personen'.

Het belang dat aan zorg wordt gehecht, maakt het des te verontrustender dat er weinig vertrouwen is in degenen die de zorg aansturen, de zorgbestuurders.

In dit onderzoek komen verschillende elementen aan bod die bepalend zijn voor de *license to lead* (gebaseerd op literatuuronderzoek, analyse van de interviews en analyse van focusgroep bijeenkomsten). Zorgbestuurders zoeken draagvlak omdat ze niet kunnen functioneren zonder. Een geïnterviewde zorgbestuurder: *"Als bestuurder moet je niet denken dat jouw eigen goede wil en rechtschapenheid voldoende argumenten zijn voor anderen om jou in het zadel te houden. Die anderen houden jou alleen maar in het zadel als ze er zelf ook belang bij hebben. En daar moet je over nadenken: "Hoe zitten die belangen hier?" En als anderen meer belang hebben bij jouw vertrek dan bij de status quo, dan ben je weg."*

Wanneer inzichtelijk is welke elementen bijdragen aan draagvlak kunnen zorgbestuurders, andere relevante actoren in organisaties, zoals de raad van toezicht, en

¹² De vragenlijst is voorgelegd aan 1500 leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg die representatief zijn voor de volwassen algemene bevolking. De enquête is ingevuld door 611 panelleden, die niet helemaal representatief zijn (Hoefman e.a., 2015, p.8).

wervingsbureaus hier op actiever sturen. In dit onderzoek worden formele en informele controlemechanismen en het belang van deze controlemechanismen besproken als onderdeel van de manier waarop bestuurders werken aan draagvlak.

Wetenschappelijke relevantie

Dit onderzoek bouwt voort op eerder onderzoek naar zorgbestuurders. Een aantal relevante onderzoeken in de afgelopen 18 jaar is hierna beschreven. In 'Verschuivende verantwoordelijkheden' van Grit en Meurs (2005) worden de dilemma's waar zorgbestuurders met de introductie van de marktwerking voor komen te staan omschreven. Putters beschrijft in 'Besturen met duivelselastiek' (2009) het krachtenveld waar zorgbestuurders zich in bevinden. Van der Scheer verwerkt in haar dissertatie (2013) de resultaten van een longitudinale enquête onder zorgbestuurders. Zij biedt inzicht in de veranderingen in *governance*¹³ en rolopvatting van bestuurders in de periode 2000 tot 2010. Stoopendaal (2008) heeft de manier waarop zorgbestuurders omgaan met de schaalvergroting van organisaties onderzocht. Mijn onderzoek verschilt van genoemde wetenschappelijke onderzoeken wat betreft onderzoeksvraag, -methodologie, timing en wijze van verslaglegging. De onderzoeksvraag stelt het bouwen van de *license to lead* van zorgbestuurders centraal, waarmee de zorgbestuurders draagvlak om te besturen krijgen. Dit onderzoek levert een bijdrage aan inzicht in de rol van de (zorg)bestuurder en in het creëren van draagvlak.

Genoemde onderzoeken zijn gebaseerd op literatuur, enquêtes en casestudies. In dit onderzoek is geen casestudie gedaan, maar er is wel een enquête onder zorgbestuurders gehouden om inzicht te krijgen in ontwikkelingen in de populatie van zorgbestuurders en hun opvattingen. Voor dit onderzoek zijn zorgbestuurders ook geïnterviewd en samengebracht in een focusgroep met als doel hun verhaal te doorgronden. Deze resultaten zijn gecombineerd met literatuuronderzoek en met bestudering van Tweede Kamerstukken.

13 Met '*governance*' wordt in deze dissertatie bedoeld: 'de formele/informele regels waarlangs bestuurders en toezichthouders hun werk doen'. Bij het definiëren van *governance* wordt soms een waardenoordeel toegevoegd, dat het gaat over een goede of de beste manier van sturen. Dit sluit niet aan bij uitspraken als: 'de governance-structuur is slecht geregeld'. Daarom is gekozen voor de genoemde definitie (gebaseerd op de manier waarop de terminologie wordt gebruikt en op verschillende definities).





2 Methodologie

2.1 Wetenschappelijke positionering

Omdat de *license to lead* van zorgbestuurders een nieuwe zienswijze is, is het onderzoek explorerend van aard. De aanleiding voor dit onderzoek was een nieuw maatschappelijk fenomeen, namelijk het accreditatiesysteem voor zorgbestuurders. De keuze om naar aanleiding van een nieuwe ontwikkeling, de accreditatie, te zoeken naar de onderliggende verklaringen voor de totstandkoming van deze ontwikkeling, sluit aan bij hoe volgens institutionele theorieën de werkelijkheid wordt bestudeerd. De institutionele etnografie is een onderzoeksmethodologie waarbij de alledaagse praktijk wordt geobserveerd, interviews worden gehouden en via deze interviews wordt gezocht naar de institutionele teksten die het sociale domein coördineren (DeVault, 2013, Smith, 2006 en Prodingen en Turner, 2013).

In dit onderzoek is de alledaagse praktijk niet geobserveerd, maar gecontroleerd geabstraheerd via een focusgroep van zorgbestuurders. Ook zijn interviews gehouden en is gezocht naar institutionele teksten, zoals wetten en Tweede Kamerdebatten. De beleving van zorgbestuurders is geplaatst naast institutionele teksten en theorie om zo tot een beeld te komen van de manier waarop zorgbestuurders bouwen aan hun *license to lead* en hoe deze *license to lead* institutioneel wordt verankerd (zie paragraaf 2.3 voor een nadere toelichting hierover). Er zijn dus elementen van institutioneel etnografisch onderzoek gebruikt, echter het onderzoek is maar beperkt etnografisch van aard, aangezien niet is geobserveerd in de dagelijkse praktijk.

Het systematisch verzamelen en beoordelen van informatie om nuttige feedback over een bepaald onderwerp (in dit geval het accreditatiesysteem) te verzamelen is de doelstelling van evaluatieonderzoek. Evaluatieonderzoek is een brede discipline waaronder verschillende soorten onderzoek vallen. Dit onderzoek volgt het kwalitatieve of antropologische model en meer specifiek dat van de *grounded theory* (Glaser en Strauss, 1967). De vier stadia van analyse van deze theorie zijn:

1. codering: het identificeren van kernbegrippen in de verzamelde data,
2. groepering van de codes om te komen tot concepten,
3. categorisering van concepten om te komen tot theorievorming en
4. theoretisering waarbij de elementen waaruit het onderzoekssubject bestaat, worden weergegeven.

Omdat het onderzoek exploratief is, is gestart met open codering (1) van de interviews. De thema's die hieruit voortkwamen, zijn in de focusgroep van zorgbestuurders besproken en verder geanalyseerd. Dit levert reductie (2) op tot een aantal kernthema's. Deze thema's zijn ook gebruikt om te zoeken in wetenschappelijke teksten. Op basis van de

wetenschappelijke inzichten zijn de thema's geïdealiseerd (3).¹⁴ De idealisering (3) is in dit onderzoek gebaseerd op een serie wetenschappelijk onderbouwde uitgangspunten en theorieën. Vervolgens zijn de interviews met gesloten codering geanalyseerd op basis van deze idealisering. De theoretisering (4) is gebaseerd op de subjectieve betekenis die actoren zelf aan hun handelen verbinden (Weber, 1922/1978). In dit onderzoek is geanalyseerd welke mechanismen bij het verkrijgen van de *license to lead* een belangrijke rol spelen. Op inductieve wijze is vanuit brede informatie gekomen tot een specifiek beeld door het abstraheren van enkele thema's (zie ook Coffey en Atkinson, 1996).

De resultaten krijgen zoveel mogelijk 'vrij spel' om juist de processen die het dagelijks werk van de zorgbestuurder vormen voor zich te laten spreken. Tijdens het onderzoek liet ik mij 'verrassen' door de data.

Na een korte verkenning van het onderzoeksthema in de theorie is dus in de praktijk gekeken welke thema's van belang zijn met betrekking tot de *license to lead* van zorgbestuurders. Vervolgens zijn deze thema's uitgediept door nadere bestudering van wetenschappelijke inzichten. Daarna zijn de geobserveerde praktijk en de bestudeerde wetenschappelijke inzichten met elkaar geconfronteerd. Deze volgorde komt terug in de hoofdstukindeling.

Gekozen is dus voor een *insiderperspectief*. De veronderstelling die hieraan onder meer ten grondslag ligt, is dat bij onderzoek naar de situaties waarin het werk van zorgbestuurders bij het bredere publiek zichtbaar wordt, alleen iets over de ondergrens van de *license to lead*, namelijk het 'onthouden van draagvlak', zou kunnen worden gezegd en dan nog alleen in die gevallen dat er sprake is van landelijke bekendheid.

Putters (2009) onderscheidt vier domeinen: de markt, de overheid, de samenleving en de medische professie. In dit onderzoek is aandacht besteed aan de opvattingen van de overheid (Kamer-, beleidsstukken en wetgeving) en de opvatting van de samenleving voor zover deze onderzocht is in eerder wetenschappelijk onderzoek. De markt (banken, verzekeraars) en de medische professie komen aan bod via het discours van de zorgbestuurders. Zij zijn niet apart bevraagd en komen in de genoemde bronnen ook niet aan het woord.

2.2 Verzamelde data

De drie onderzoeksvragen zijn op verschillende manieren onderzocht.

14 Een ideaaltipe is een model van sociologische verschijnselen, geabstraheerd van toevallige individuele relaties en als zodanig niet objectief.

Met betrekking tot de eerste onderzoeksvraag

Om te onderzoeken hoe zorgbestuurders in de praktijk bouwen aan hun *license to lead* zijn drie soorten data verzameld:

- a. interviews onder voornamelijk zorgbestuurders en *searchers*,
- b. bijeenkomsten van een focusgroep van zorgbestuurders over de gehele onderzoeksperiode en
- c. een enquête onder de leden van de NVZD die deel uitmaakt van een longitudinaal enquêteonderzoek dat gestart is door Meurs in 2000, in 2005 en 2010 door Van der Scheer en Meurs gezamenlijk is uitgevoerd en dat ik in 2015 heb herhaald en aangevuld.

In lijn met de drie niveaus van onderzoekssubjecten (individuele bestuurders, de raad van bestuur als orgaan en zorgbestuurders als collectief) is dus ook bij het empirisch onderzoek op drie niveaus gekeken:

- a. het individuele verhaal van bestuurders in onder andere de interviews,
- b. casusbesprekingen van zorgbestuurders in dialoog in de focusgroep en
- c. de ontwikkeling van zorgbestuurders als collectief in de enquête.

Dit deel van het onderzoek heeft een kwalitatief gedeelte (de interviews en bijeenkomsten van de focusgroep) en een kwantitatief gedeelte (de enquête). Kwalitatief onderzoek biedt ruimte voor het bestuderen van de werkelijkheid als geheel.¹⁵ Het verrichte kwantitatief onderzoek geeft inzicht in ontwikkelingen in de tijd en in het profiel van zorgbestuurders. Hierna worden de drie soorten data nader toegelicht.

- a. Ter nadere exploratie van de problematiek is gestart met enkele verkennende interviews. De kleuring die deze gesprekken gaven aan de vraag hoe zorgbestuurders aan hun *license to lead* bouwen, maakte dat het aantal interviews is uitgebreid. In totaal zijn er tweeëntwintig interviews gehouden. De interviews zijn semigestructureerd aan de hand van een interviewprotocol (bijlage 3). De interviews zijn letterlijk getranscribeerd. Tussentijds zijn de interviews door middel van open codering geanalyseerd om relevante thema's te ontwaren. Ik ben doorgegaan met interviewen totdat saturatie was bereikt (dezelfde *sensitizing concept*, oftewel kernbegrippen, terug bleven komen bij codering). Vervolgens is gecodeerd op het niveau van de directe relaties (microniveau), het niveau van de organisatie (mesoniveau) en het

15 Creswells definitie van kwalitatief onderzoek omschrijft de reikwijdte van kwalitatief onderzoek: "Qualitative research is an inquiry process of understanding based on distinct methodological traditions of inquiry that explore a social or human problem. The researcher builds a complete, holistic picture, analyzes words, reports detailed views of informants and conducts the study in a natural setting." (1998, p.15).

niveau van zorgbestuurders als collectief (macroniveau) en op persoonlijke, proces- en uitkomstlegitimiteit (zie de paragrafen 1.2 en 4.1). Het beeld uit de interviews is in de focusgroep gevalideerd. De volgende personen zijn geïnterviewd:

- Veertien zorgbestuurders. Er is gestart met één verkennend interview. Er is bij dit eerste interview ook niet gewerkt met een interviewprotocol, maar met een vragenlijst. Dit interview is niet opgenomen, maar er zijn aantekeningen gemaakt. Daarna zijn tien zorgbestuurders geselecteerd op basis van differentiatie in leeftijd, geslacht, achtergrond, sector waar ze werkzaam zijn en ervaringsjaren en geïnterviewd. Binnen het eigen netwerk en met behulp van contacten binnen de NVZD heb ik een aantal zorgbestuurders geselecteerd. Vervolgens heb ik ook hun gevraagd of zij op basis van de door mij genoemde criteria suggesties hadden voor aanvullende interviews. Daarnaast zijn twee zorgbestuurders geïnterviewd om de invloed van schaal te onderzoeken, één bestuurder van een grote en één van een kleine zorginstelling. Ten slotte is er één zorgbestuurder geïnterviewd om het verliezen van de *license to lead* te onderzoeken (hij heeft met zijn vertrek bij de instelling het nieuws gehaald).
- Twee bestuurssecretarissen. Deze hebben gereageerd op een oproep van Wouter ten Have tijdens een congres waar hij als spreker aanwezig was. Ze zijn uitgezocht vanwege hun ervaring en nauwe samenwerking met meerdere zorgbestuurders. Het doel was om het beeld dat zorgbestuurders zelf hebben te leggen naast het beeld dat mensen die veel met zorgbestuurders samenwerken hebben.
- Een adviseur die in verschillende zorginstellingen heeft geadviseerd. Hiervoor is het interviewprotocol van de bestuurssecretarissen gehanteerd. Aangezien de geïnterviewde zorgbestuurders eerder in hun carrière verschillende rollen hebben gehad zoals manager, bestuurssecretaris of toezichthouder, blijkt dat zij niet alleen uit eigen ervaring als zorgbestuurder, maar ook vanuit andere rollen reflecteren op het werk van besturen. Om die reden is besloten om niet nog meer bestuurssecretarissen/adviseurs te interviewen.
- Vier *searchers*. De *searchers* zijn op aanbeveling van de verschillende geïnterviewde zorgbestuurders geselecteerd, waarbij als criteria zijn gehanteerd dat een *searcher* veel bestuurders in de zorg heeft geworven en dat de *searchers* gezamenlijk in alle sectoren in de zorg werkzaam zijn. Daarnaast is ook gekeken of er een verschil is tussen het werk van een *searcher* van een groter bureau en van een *searcher* die werkt als zelfstandige ondernemer.

- De directeur van de NVZD vanwege zijn ervaring met zorgbestuurders en zijn rol bij de NVZD. Aangezien ik werk bij de NVZD, is bij dit interview Wouter ten Have, promotor, meegegaan, om eventuele 'blinde vlekken' of subjectieve inkleuring te verminderen.
- b. De focusgroep is ingericht om de vraagstelling van het onderzoek aan te scherpen, de kernbegrippen boven tafel te krijgen, deze begrippen verder uit te diepen en te kijken of de leden zich herkennen in het beeld dat uit de data naar voren is gekomen en daarop te reflecteren. De focusgroep van zorgbestuurders is gevormd met tien¹⁶ van de geïnterviewde bestuurders. De focusgroep is bewust divers samengesteld om te vermijden dat er een discours zou domineren. Zij zijn gedurende het onderzoek ieder half jaar bijeen geweest, met twee langere onderbrekingen. In totaal zijn zij acht keer bijeen geweest (zie bijlage 3 voor de data waarop deze bijeenkomsten zijn gehouden en de draaiboeken). In de focusgroep is getoetst of de onderzoeksthema's herkend werden door de leden van de groep. De focusgroepen zijn vormgegeven volgens de principes van een focusgroep (Evers, 2013). Zo is onder meer aan het begin van iedere focusgroep aangegeven dat er geen consensus hoefde te worden gevonden. Juist de discussies gaven inzicht in eenheid en verschil in opvatting, in perceptie en in prioriteiten met betrekking tot de thema's in de groep. Dit inzicht speelt een rol bij het problematiseren en ordenen van de data. Alle focusgroepen zijn opgenomen, getranscribeerd en gecodeerd in Atlas.ti op eenzelfde wijze als de interviews.
- c. De enquête is uitgevoerd om een beeld te krijgen van de samenstelling van de groep van zorgbestuurders, de invulling van hun dagelijks werk, de rolopvatting die ze hebben, het soort organisaties dat ze aansturen, hoe ze werken aan hun professionalisering en hoe dit alles zich door de tijd heen heeft ontwikkeld. De enquête is iedere 5 jaar vanaf 2000 uitgevoerd onder leden van de NVZD. In elk meetjaar is de steekproef opnieuw samengesteld. De respons was in 2000 rond de 400 en in 2005, 2010 en 2015 gelijk aan of meer dan 300 zorgbestuurders.

	2000	2005	2010	2015
Steekproef (N)	891	727	702	722
Respons (n)	410	309	308	300
Respons (%)	46%	43%	44%	42%

Figuur 6: respons longitudinale enquête, in cijfers en procentueel, zie ook Bijloos e.a., p. 14.

16 Een zorgbestuurder is tussentijds gestopt in de focusgroep en er is voor die zorgbestuurder in de plaats een bestuurder uit dezelfde sector bijgekomen. In de looptijd van het onderzoek zijn twee leden van de focusgroep niet langer werkzaam als zorgbestuurder en hebben slechts twee leden nog dezelfde baan als die ze hadden toen ze in de focusgroep kwamen.

De NVZD geeft aan op basis van eigen (niet wetenschappelijk) onderzoek ongeveer twee derde van de eindverantwoordelijke bestuurders te vertegenwoordigen. Hierbij heeft ze de zorginstellingen waarop weinig zicht is buiten beschouwing gelaten, bijvoorbeeld omdat ze op basis van omvang een beperkte verantwoordingsplicht hebben of onder een categorale uitzondering van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) vallen. Voor alle vier de jaren van onderzoek geldt dat de respons ten opzichte van de steekproef ruim voldoende is om een 95% betrouwbaarheidsinterval, met een nauwkeurigheid van 5%, te bereiken. In hoofdstuk 2 van Bijloos e.a. 2017¹⁷ hebben we een uitgebreidere verantwoording van de enquête opgenomen. Relevant om hier te noemen, is: *“Om statistische analysemethoden te kunnen gebruiken is een representatieve steekproef nodig. Hiervoor is het van belang dat de leden van de NVZD in kwalitatieve zin representatief zijn voor de zorgsector. De NVZD heeft aangegeven dat van oudsher vooral bestuurders van grote organisaties lid zijn van de NVZD, maar dat dit beeld de laatste jaren aan het wijzigen is. Waar mogelijk hebben we ook gecontroleerd op andere kenmerken, onder andere door de samenstelling van onze steekproef te vergelijken met gegevens van Prismant en het CBS. Er werden geen afwijkingen gevonden.”* (p.14-15)¹⁸ Voor een uitgebreide verantwoording van de enquête zie Bijloos e.a., 2017, p. 13-16.

In 2013 is Van der Scheer gepromoveerd op de resultaten van de enquête van 2000, 2005 en 2010. In afstemming met Van der Scheer zijn er enkele aanpassingen gedaan aan de bestaande enquêtevragen en is er een aantal vragen verwijderd. Voor de continuïteit is gekozen om het merendeel van de onderzoeksvragen in stand te houden (55 vragen). Ten behoeve van mijn onderzoek heb ik 15 vragen toegevoegd. De vragen die in 2015 zijn toegevoegd aan de enquête, zijn op meerdere momenten aangescherpt met hulp van de focusgroep van zorgbestuurders. Ze hebben ten eerste kritisch meegekeken naar de vraagstelling en de relevantie hiervan. Zij hebben ook een rol gespeeld bij het bepalen van de antwoordcategorieën. Vervolgens hebben zij als eerste de enquête ingevuld om deze zowel inhoudelijk te testen als op de techniek, in 2015 heb ik de enquête namelijk gedigitaliseerd. Deze test heeft ertoe geleid dat een aantal vragen is verduidelijkt, een aantal antwoordcategorieën is toegevoegd en dat op de juiste wijze is doorgelinkt, zodat de juiste vervolgvraag volgt op het gegeven antwoord.

De uitkomsten zijn geanalyseerd in SPSS. Ik heb hiervoor van de expertise van drs. Peter Dekker, methodoloog werkzaam bij de Vrije Universiteit Amsterdam, gebruik gemaakt.

17 Deze is te vinden op: https://nvzd.klantsite.net/l/library/download/urn:uuid:6413077d-66bb-4484-884b-1325ffb297d0/bestuurders+in+beeld.pdf?format=save_to_disk&ext=.pdf.

18 Prismant is een commercieel onderzoeksbureau. CBS is het Centraal Bureau voor de Statistiek, een zelfstandig bestuursorgaan (ZBO) die overheidstaken uitvoert, maar niet direct onder het gezag van een ministerie valt.

In overleg met Van der Scheer zijn op gelijksoortige wijze als eerdere jaren de data van 2015 geanalyseerd. De resultaten en vergelijking met eerdere jaren heb ik gezamenlijk met Van der Scheer en Van Veen-Berkx in het boek 'Bestuurders in beeld: vijftien jaar onderzoek naar het besturen van zorgorganisaties' weergegeven. In Van der Scheer 2013 is meer informatie opgenomen over de manier waarop deze vergelijkingen zijn gemaakt. In bijlage 5 is een overzicht van alle resultaten van de enquête uit 2015 te vinden.

Deze informatie is in deze dissertatie afgezet en aangevuld met kwantitatieve data die reeds bekend en beschikbaar zijn over het werk van (zorg)bestuurders.

Met betrekking tot de tweede onderzoeksvraag

Om de theoretische inzichten rond draagvlak om te besturen te onderzoeken, is gezocht in historische, juridische, filosofische, leiderschaps-, organisatiekundige en bestuurlijke teksten en analyses. Door in de wetenschappelijke databank van de Erasmus Universiteit te zoeken op kernbegrippen in het Engels en Nederlands is het onderwerp verkend. Kernbegrippen die zijn gehanteerd, zijn ontleend aan de probleemstelling en de open codering van de interviews en focusgroep(zoals goed bestuur, *license to lead*, *license to operate*, draagvlak, vertrouwen, legitimiteit, werving van bestuurders, zorgbestuurders, professionalisering van zorgbestuurders, rechtvaardigheid, macht, gezag en leiderschap). In de loop van het onderzoek is met behulp van aanvullende begrippen in de interviews, focusgroep en bij de bestudering van de gevonden literatuur verder gezocht. In de theorie is gezocht welke perspectieven het best aansluiten op wat in de praktijk is gevonden. Zo is bijvoorbeeld na een algemene beschouwing van filosofisch/ethische inzichten gekozen voor de deugdenethiek als perspectief om naar de onderzoeksvraag te kijken. Door deze brede benadering zijn essentiële inzichten voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag in kaart gebracht. Het combineren van de verschillende wetenschappelijke perspectieven leidt tot een brede benadering en exploratie van de onderzoeksvraag. In hoofdstuk 4 worden de verschillende theoretische perspectieven besproken en toegelicht. De beperkingen worden in hoofdstuk 7 besproken.

Met betrekking tot de derde onderzoeksvraag

Om de derde onderzoeksvraag te beantwoorden, is als volgt te werk gegaan. Na het analyseren van de empirische data zijn de bevindingen naast de wetenschappelijke inzichten gelegd.

Om de feitelijke ontwikkeling van de *license to lead* van zorgbestuurders te onderzoeken zijn Tweede Kamerstukken systematisch geanalyseerd. Een aanleiding voor dit onderzoek vormt immers de reactie van zorgbestuurders op negatieve kritiek vanuit de politiek en de pers. Alle parlementaire stukken van 1 januari 2013 tot 8 juni 2018 zijn

bestudeerd op basis van een aantal zoekcriteria (zie bijlage 1 voor het overzicht). Voor deze periode is gekozen op basis van een aantal overwegingen: op 1 januari 2013 trad de WNT in werking en in dat jaar werd gestart met het accreditatietraject van de NVZD (zie paragraaf 1.1). Bovendien startte in dat jaar het onderzoek en op 8 juni 2018 was de laatste bijeenkomst van de focusgroep waarin data werden verzameld, waardoor de verzameling van de verschillende onderzoeksdata in eenzelfde periode plaatsvond.

Dit leverde zoveel (ook niet relevante) resultaten op, dat een specificering nodig was. Op basis van de eerder met behulp van open codering en literatuuronderzoek gevonden *sensitizing concepts* is de data verder gereduceerd. Hierbij is gekozen voor termen die uit de eerste *screening* naar voren kwamen en die door de geïnterviewde zorgbestuurders werden gebruikt. Vervolgens is de overlap onderzocht: welke kwesties worden vaak in combinatie met elkaar besproken? Dit geeft een beeld van *hot items*. Deze analyse biedt een kwantitatief inzicht in welke onderwerpen vaker worden besproken en welke onderwerpen met elkaar lijken samen te hangen (in bijlage 1 is dit uitgewerkt).

Daarnaast is verdieping gezocht in het politieke debat over goed zorgbestuur door systematisch te onderzoeken in welke bewoordingen over bestuurlijk handelen in de zorg wordt gesproken (zie paragraaf 5.1 en bijlage 1). Er is daarbij niet zozeer onderzocht in welke mate bepaalde onderwerpen worden besproken als wel op welke manier over deze onderwerpen wordt gesproken. Dit biedt dus een accuraat, maar niet te generaliseren beeld van opvattingen over zorgbestuurders in het publieke debat.

Aangezien de beloning/het salaris van bestuurders in veel gevallen gekoppeld wordt aan goed zorgbestuur, maar de discussie steeds eenzelfde focus had en door een aantal politieke partijen wordt gedomineerd, wordt hierop apart ingegaan, maar er is ervoor gekozen om deze resultaten buiten de zoekresultaten van de genoemde systematische *search* te houden. Ook de accreditatie wordt apart behandeld.

In hoofdstuk 5 wordt aan de hand van de verkregen data geanalyseerd hoe de *license to lead* van zorgbestuurders zich ontwikkelt en welke stappen hierin nog te zetten zijn.

2.3 Theoretisch kader

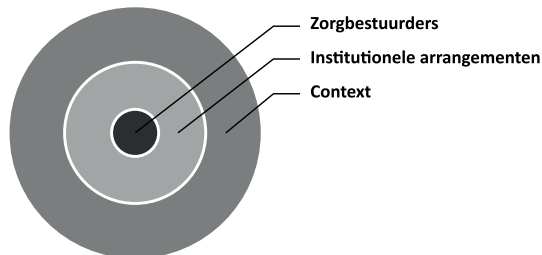
De wetenschappelijke perspectieven die bij het onderzoeken van de *license to lead* zijn gehanteerd, worden hierna toegelicht.

Bouwen aan de *license to lead* als proces

De onderzoeksvraag is hoe zorgbestuurders aan hun *license to lead* bouwen. Het woord 'hoe' opent de deuren voor een omschrijving van een proces en niet alleen het statisch

onderzoeken van de persoon van de zorgbestuurder en zijn omgeving. In de zoektocht naar hoe zorgbestuurders aan draagvlak bouwen, blijkt dat een belangrijk deel van het werk van zorgbestuurders bestaat uit het zoeken naar handelingsruimte voor zichzelf en voor de organisatie, zowel intern als extern. Om bijvoorbeeld de zorg te financieren bouwen zorgbestuurders aan relaties met verzekeraars en gemeenten. Om een verandering door te voeren bouwen zorgbestuurders aan de relaties binnen de interne organisatie. Hierbij gebruiken ze zichzelf als instrument¹⁹: hun persoonlijkheid (persoonlijke legitimiteit), de manier waarop ze het proces inrichten (proceslegitimiteit) en het resultaat dat ze weten te bereiken (uitkomstlegitimiteit). Procestheorie benadert organisaties vanuit een opvatting die zich het best laat samenvatten als *panta rei* (alles stroomt): het geanalyseerde wordt constant gevormd, hervormd en ongedaan gemaakt in relatie tot andere dingen (Hernes, 2014). Ook de *license to lead* is geen gefixeerd gegeven. Integendeel: de grenzen zijn vaag en de invulling is situationeel (vergelijk Janssen, 2016).

In deze dissertatie wordt gekeken naar zorgbestuurders zelf, de institutionele arrangementen²⁰ die een rol spelen in het versterken of ontcrachten van de *license to lead* van zorgbestuurders en de rol van de context:



Figuur 7: Schematische weergave van de verschillende beïnvloedingssferen op de *license to lead* van zorgbestuurders.

19 Hoe bestuurders zichzelf (lichaam, taal, houding) bewust als instrument kunnen inzetten, wordt bijvoorbeeld omschreven in het essay *Self as tool: Het vermogen vakkundig jezelf te zijn in politiek-ambtelijke verhoudingen* van Van Twist e.a. (2017).

20 Scott (2001) onderscheidt de volgende soorten instituties:

- formele instituties, de wettelijk verankerde regels en afspraken;
- normatieve instituties, het moreel gezien juiste gedrag;
- cognitieve instituties, de herkenbare, vanzelfsprekende omgangsvormen voortkomend uit een gedeeld begrip van de situatie.

In dit hoofdstuk wordt duidelijk dat het tweede type, normatieve instituties, alleen instituties zijn wanneer het gaat om een gedeelde opvatting over wat moreel gezien juist gedrag is. In de conclusies wordt hierop teruggekomen.

De rol van de context

In verschillende organisatiekundige theorieën wordt verondersteld dat de effectiviteit van een organisatie door de context wordt bepaald. Om de relatie tussen omgeving, organisatie en zorgbestuurder te duiden zijn in ieder geval *resource dependency*, *contingentie*, *stakeholder*- en instrumententheorieën relevant.

- De *resource dependency theory* van Pfeffer en Salancik (1978) gaat ervan uit dat organisaties afhankelijk zijn van bronnen uit de omgeving van de organisatie, vaak aanwezig bij andere organisaties, waardoor een onderlinge afhankelijkheid wordt gecreëerd en machtsverhoudingen ontstaan. Deze bronnen kunnen verschillend van aard zijn, zoals financieringsbronnen of inhuur van personeel.
- Contingentietheorie gaat ervan uit dat er een directe link is tussen de *task difficulty* die de omgeving stelt en het organisatieresultaat (Andrews e.a., 2012, p. 17).
- Stakeholdertheorieën gaan ervan uit dat het succes van een organisatie (mede) wordt bepaald door het succesvol managen van de belanghebbenden (*stakeholders*) van de organisatie. Hierbij spelen macht, legitimiteit en prioriteit van (het belang van) de belanghebbenden een belangrijke rol in het bepalen welke belangen van welke belanghebbenden het zwaarst wegen (Mitchell e.a., 1997).
- De instrumententheorie beschrijft de relatie tussen ingezette instrumenten, de omstandigheden, de externe context en het effect van beleid (Bressers en Klok, 1988).

Binnen het (wetenschappelijke) domein van leiderschap zijn er verschillende opvattingen over de vraag of goed bestuur gebaseerd is op een (vaststaande) set van vaardigheden en eigenschappen of door context bepaald is, waardoor er geen algemene uitspraken te doen zijn over wanneer een leider²¹ een goede leider is (zie bijvoorbeeld Evans e.a., 2013, Grzeda, 2005 en Stoker en Garretsen, 2018). Sommige stromingen, zoals de *trait*, *style* en *behavioural theories*, gaan ervan uit dat het succes van bestuurders voornamelijk met de persoon van de bestuurder samenhangt (zie Crossan e.a., 2008). Situationele theorieën, zoals de *leader-member exchange theory*, gaan ervan uit dat het succes van de bestuurder wordt bepaald door de context, bij deze specifieke theorie in de relatie tussen de leiders en hun volgers (zie: Ballinger, 2009). Systeemtheorieën plaatsen de leider in een groter systeem waarbij ook de organisatie en de omgeving een rol spelen (zie: Drath e.a., 2008).

Het belang van de context voor de *license to lead* van de zorgbestuurders wordt in deze dissertatie besproken.

21 Het woord leider wordt soms gebruikt als synoniem voor bestuurder, maar eenieder kan leider zijn, ook zonder formele positie, zolang hij volgers heeft.

De rol van institutionele arrangementen

Van der Scheer (2013, p. 15) definieert instituties als: “*formele en informele regels, normen en gebruiken die bewust of onbewust veel van ons handelen sturen.*” De verschillende manieren om te bouwen aan de *license to lead* kunnen leiden tot een meer of minder duurzame *license to lead*. Door institutionele verankering kan een duurzamere invulling worden gezocht. Institutionele arrangementen kunnen worden gecreëerd door zorgbestuurders zelf of door de omgeving; er is dus feitelijk overlap tussen de cirkels. De definitie van Van der Scheer maakt duidelijk dat de grenzen tussen instituties en het handelen van zorgbestuurders zelf of de context waarin ze opereren wazig zijn. *Institutional work* theorieën focussen erop hoe actoren instituties creëren, onderhouden of veranderen door te omschrijven hoe actoren continu bezig zijn met het uitvoeren van routines en andere praktijken die bestaande institutionele arrangementen kunnen versterken of veranderen (Janssen, 2016). In dit onderzoek wordt de mate van institutionalisering besproken om inzichtelijk te maken welke duurzaamheid of generaliseerbaarheid bepaalde regels, normen en gebruiken hebben.

Institutionele theorieën zien verklaringen voor sociale fenomenen en instituties als meer dan een aggregaat van de individuele kenmerken en motieven. Verschillende institutionele theorieën gaan uit van een bepaalde wisselwerking tussen formele controle en vertrouwen en informele controle en vertrouwen. Zo gaan bijvoorbeeld legalistische institutionalisten ervan uit dat het vastleggen van regels over eerlijkheid en juistheid leidt tot een gevoel van legitimiteit en van vertrouwen in een organisatie. Alles wat het gevoel van structuur en procedurele vastheid ondermijnt (hierna aangeduid als informele controle) zien zij als een bedreiging voor het vertrouwen. Andere institutionalisten zien zowel formele als informele controle als een manier om vertrouwen te vergroten (Sitkin en George, 2005).

De institutionele context, de wisselwerking tussen het bestuurlijk handelen en de institutionele context en het verankeren van de *license to lead* in de institutionele context worden in dit onderzoek besproken.

Goed bestuur

De rol van de zorgbestuurder, de normstelling voor zorgbestuurders en de verantwoordingsmechanismen waaraan zorgbestuurders gebonden zouden moeten zijn, hebben de publieke belangstelling en worden bediscussieerd in onder andere de pers en de politiek. Van der Scheer vat dit als volgt samen: “*Bij het ontbreken van consensus vooraf over goede zorg en goed bestuur, wordt achteraf – aan de hand van incidenten – bepaald wat acceptabel is en vooral wat niet.*” (Van der Scheer, 2013, p. 284).

In dit onderzoek wordt invulling gegeven aan wat een 'goede' zorgbestuurder is, door duiding te geven over welke kenmerken een professionele, een legitieme en een effectieve en doelmatige zorgbestuurder zou moeten beschikken. Dit vanuit de veronderstelling dat een goede zorgbestuurder meer draagvlak heeft dan een slechte.²² In de ethiek²³ wordt op verschillende manieren aangekeken tegen wie bepaalt wat goed is: moraal wordt vanuit verschillende stromingen gezien als meer of minder situationeel. Perry (1954, zie Beauchamp, 2001, p. 78) ziet morele waarden als verlengstuk van belangen: wat goed is, is wat in iemands eigen belang is. Moraal is volgens die benadering subjectief. Rawls (1971, in Beauchamp, 2001, p. 144-146) ziet moraal als intersubjectief, namelijk gebaseerd op een 'sociaal contract'.²⁴ Mackie (1977 in Beauchamp, 2001, p. 24-26) ziet moraliteit als een duurzame set van sociale praktijken die invulling geven aan wat is vereist, gehandhaafd en veroordeeld in een sociale *setting*. Deze worden gevormd door de maatschappij zelf. Vanuit deontologisch perspectief is het goede een universeel, tijdsafhankelijk gegeven. Een personificatie van deze zienswijze is God. Moore gelooft dat er sommige objectieve waarden zijn (zie Beauchamp, 2001, p. 70-71). Wanneer morele waarden objectief zijn, zou, net als andere wetenschappen aan waarheidsvinding doen, moraal als waarheid kunnen worden ontdekt met wetenschappelijke methoden (zie McNaughton, 1988 in Beauchamp, 2001, p. 79-85). Wanneer moraal subjectief is, kan de juiste actie per situatie verschillen. Wanneer deze intersubjectief is ook, maar hoe breder de groep mensen die als bepalend wordt gezien, des te algemener de moraal.

Het lastige bij al deze stromingen is de vraag of het goede kenbaar is en zo ja, hoe en voor wie. Cognitivisten geloven van wel, noncognitivisten van niet. Wanneer het goede simpelweg is wat de meerderheid vindt (zoals het naturalisme stelt, zie Beauchamp, 2001) of, zoals Hume stelt (in Beauchamp, 2001, p. 53-54), wat goed is, is wat verankerd is in de wet- en regelgeving van een samenleving, dan is het goede gemakkelijk kenbaar. Illegaal en immoreel zijn volgens de opvatting van Hume aan elkaar gelijk. Omdat de *license to lead* wordt gezien als een proces schiet deze zienswijze tekort: wet- en regelgeving veranderen, juist omdat wat als goed wordt gezien aan verandering onderhevig is. Wanneer het goede is wat in de wet staat, zou het veranderen van de wet paradoxaal zijn: wat goed is, is immers altijd wat binnen het huidige systeem goed is (Moore noemt dit de *naturalistic fallacy*, zie Beauchamp, 2001, p. 70-71). Wet- en regelgeving kunnen

22 Of dit in de praktijk ook altijd zo werkt, is de vraag. In de hoofdstuk 5 wordt teruggekomen op de rol van de normstelling in de praktijk en in de conclusie wordt hierop gereflecteerd.

23 Het verschil tussen ethiek en moraal is dat ethiek bestudeert en beschrijft wat de moraal is. De moraal kan worden gezien als een leidraad om als mens goed (samen) te leven of juist te handelen.

24 Interessant in dit kader is de roep om het vernieuwen van het 'sociaal contract' in de oratie van Putters, 2017.

echter voor de inwoners van een land als onrechtvaardig voelen. Deze zienswijze schiet in het kader van dit onderzoek bovendien tekort, omdat ook zorgbestuurders die wet- en regelgeving volgen hun *license to lead* kunnen verliezen. Juist door de gelaagdheid in de *license to lead* is de opvatting van de meerderheid onvoldoende concreet. Een individuele zorgbestuurder kan bijvoorbeeld zijn *license to lead* bij de zorgverzekeraar vergroten met gunstige resultaten door in zijn directe omgeving mensen onder druk te zetten, wat, wanneer het naar buiten komt, kan leiden tot vermindering van de *license to lead* van zorgbestuurders als collectief. Een andere kritiek op het omschrijven van goed als iets dat volgt uit wettelijke en contractuele verplichtingen, is dat hierbij goede motieven, zoals zorgzaamheid, vertrouwen, vriendelijkheid en welwillendheid niet worden erkend (Beauchamp 2001).

Over de basis van moraal verschillen dan ook de meningen: moraal kan bijvoorbeeld gebaseerd zijn op principes (normatieve ethiek), op verplichtingen (zoals Kants categorische imperatief), op belangen (moreel pluralisme), op passies (bijvoorbeeld bij Hume), op handelen (bij *act utilitaristen*), op regels (bij *rule utilitaristen*), en op deugden/karakter (zoals bij Aristoteles) (zie onder meer Beauchamp 2001). Deze morele component van de *license to lead*, waarbij het karakter, de motieven, de principes, de (morele) handelingen, de waardenafweging met betrekking tot belanghebbenden, de (morele) verplichtingen die zorgbestuurders voelen en de regels die gebaseerd zijn op de morele kaders van de samenleving, een rol kunnen spelen, wordt in dit onderzoek verder uitgediept. Met moreel kader wordt in deze dissertatie bedoeld de - meer of minder intersubjectieve - opvattingen over wat de goede uitkomsten, goede werkwijzen en goede motieven zijn. Het moreel kader bestaat deels uit gedeelde opvattingen, maar het bestaat ook uit alle individuele opvattingen die (deels) daarbuiten vallen. Het gaat niet om objectieve morele 'feiten', die zouden ook kunnen bestaan zonder dat iemand de opvatting heeft.

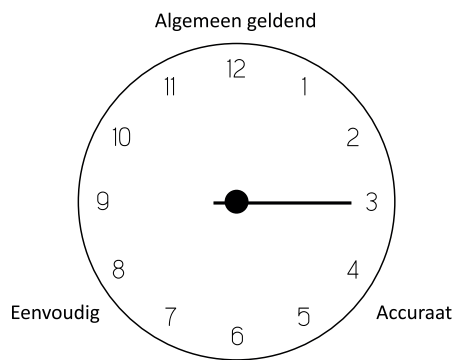
In dit onderzoek is dus gekeken naar de *license to lead* vanuit een procesperspectief waarbij goed bestuur, de rol van de context en institutionele arrangementen zijn geduid. Na het onderzoek naar de praktijk (hoofdstuk 3) is aan deze thema's nadere inkleuring gegeven (hoofdstuk 4).

2.4 Mate van bewijskracht

Modellen zijn te zien als een vereenvoudigde weergave van de werkelijkheid, zo ook het perspectief van de *license to lead* of de manier waarop draagvlak wordt geduid. Daarom zal de omschrijving van hoe zorgbestuurders bouwen aan hun *license to lead* niet uitputtend zijn en zal het niet in alle gevallen op een dergelijke manier werken. Dit is inherent aan modellen en theorieën, waarin immers getracht wordt de werkelijkheid voor het

menselijk brein behapbaar (en daarmee beïnvloedbaar) te maken. Door verschillende factoren inzichtelijk te maken, kan meer grip op een fenomeen verkregen worden. In de reflectie wordt stilgestaan bij de beperkingen.

De klok van Weick (1979, p. 36) maakt duidelijk dat onderzoek algemeen geldend, accuraat of eenvoudig kan zijn en dat daartussen gradaties bestaan. Ten aanzien van de data: de enquête en het literatuuronderzoek geven meer algemene inzichten. De interviews en focusgroep geven een accuraat beeld van het onderzoeksthema dat niet te generaliseren is. Door dit te verbinden aan literatuur en aan de enquête zijn er in sommige gevallen meer algemene conclusies te trekken. Dit onderzoek positioneert zich op de klok van Weick tussen *algemeen geldend* en *accuraat*, waarbij de wijzer neigt richting *accuraat*, omdat ook literatuuronderzoek en de resultaten van de enquête worden geïnterpreteerd met behulp van de data verkregen uit de bijeenkomsten met de focusgroep en de interviews. Dit vertaalt zich in het volgende beeld.



Figuur 8: de klok van Weick, naar Weick, 1979, p. 36.

Er is in deze dissertatie onderscheiden of het gaat om specifieke uitspraken, die (nog) niet te generaliseren zijn op basis van dit onderzoek, of dat het gaat om uitspraken die verder onderbouwd zijn op basis van de enquête of op basis van de literatuur. Het is niet altijd mogelijk de onderzoeksresultaten 'bij elkaar op te tellen', het gaat om verschillende benaderingen. De verschillende onderzoeksmethoden gecombineerd met inzichten uit de literatuur zorgen voor data triangulatie.

Er zijn verschillende niveaus van bewijskracht te onderscheiden. Ten Have (2011, p. 81) maakt op basis van de *Levels of Evidence* van het *Oxford Centre for Evidence-based Medicine* en de indeling van Campbell in Shadish, Cook en Campbell (2002), de volgende hiërarchische indeling:

Level	Onderzoeksdesign	Conclusie
A1	Systematische review van tenminste level A3 studies	Het is aangetoond dat...
A2	Gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek (RTC)	
A3	Gecontroleerd onderzoek zonder randomisatie	
B1	Systematische review van tenminste level B3 studies	Het is aannemelijk dat...
B2	Cohort onderzoek	
B3	Case Control onderzoek	
C1	Systematische review van tenminste level C3 studies	Er zijn aanwijzingen dat...
C2	Niet-vergelijkend onderzoek met pretest, vergelijkend onderzoek zonder randomisatie en zonder pretest	
C3	Niet-vergelijkend onderzoek pretest, cross-sectioneel onderzoek en case-studies	
D	Mening van deskundigen	Deskundigen zijn van mening dat...

Figuur 9: hiërarchie van bewijskracht, naar Ten Have, 2011, p. 81, gebaseerd op Levels of Evidence van het Oxford Centre for Evidence-based Medicine en de indeling van Campbell in Shadish, Cook en Campbell (2002).

In dit onderzoek gelden verschillende niveaus van bewijskracht. Het politieke debat en de interviews hebben de bewijskracht van niveau D: meningen van deskundigen. Gezien het aantal geïnterviewde zorgbestuurders kan op basis van hun verhaal niet zonder meer worden geabstraheerd. Het aantal maal dat een thema genoemd is in de interviews is niet vermeld en ook niet relevant, aangezien op basis van de interviews geen uitspraken kunnen worden gedaan die representatief zijn voor alle zorgbestuurders.

De focusgroep heeft de bewijskracht van niveau C3, omdat het een cross-sectionale steekproef betreft, zonder vergelijkend onderzoek en zonder pretest.

De enquête kan worden aangeduid als een niveau C2 onderzoek, omdat er geen gerichte interventie is geweest en er geen testgroep is benoemd.

Voor het literatuuronderzoek kan het gaan om verschillende niveaus van bewijs. Aangezien de niveaus van bewijskracht in figuur 9 gebaseerd zijn op medisch onderzoek en het meeste onderzoek rond bestuurders niet op eenzelfde manier wordt verricht als medisch onderzoek, zijn er in dit onderzoek geen verwijzingen naar niveau A onderzoek. Wel zijn er verwijzingen naar niveau B en C onderzoek. Ook zijn er verwijzingen naar literatuur waarbij een hoogleraar op basis van zijn eigen ervaringen uitspraken doet. Dit kan worden aangeduid als niveau D bewijs (alhoewel hier wellicht ook niveau B of C bewijs aan ten grondslag kan liggen).

Omdat de *license to lead* geen objectief fenomeen is, is het perspectief van de zorgbestuurders een belangrijk perspectief. Daarbij doet zich het risico voor dat zorgbestuur-

ders niet alleen omschrijven hoe de praktijk eruitziet, maar dat ze de ideale situatie beschrijven. Hun beleving kan ook anders zijn dan de beleving van anderen. In de focusgroep kan een dynamiek ontstaan waardoor ervoor gekozen wordt een bepaald verhaal te vertellen. Door data triangulatie, waaronder vergelijkingen met wetenschappelijke bronnen, worden deze beperkingen deels ondervangen. De interviews en focusgroep geven bovendien inzicht in de manier waarop zorgbestuurders hun verhaal vertellen, wat bijvoorbeeld wordt geanalyseerd in paragraaf 4.4.3. Wanneer eigen observaties worden gedaan op basis van de data, wordt uitgegaan van niveau C bewijs. Er zou ook nog over niveau D bewijs kunnen worden gesproken wanneer bijvoorbeeld de observatie alleen gebaseerd is op de interviews. Echter, in de focusgroep zijn de uitspraken die hier worden gedaan, gevalideerd, waardoor het minstens om niveau C bewijskracht gaat.

Dit onderzoek heeft dus bewijskracht niveau C, er zijn aanwijzingen dat..., met soms een uitstapje naar niveau B, het is aannemelijk dat...





3 Praktijk observaties

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de eerste onderzoeksvraag beantwoord, namelijk hoe zorgbestuurders op basis van de voor dit onderzoek verzamelde empirische data en ander onderzoek naar zorgbestuurders in de praktijk aan hun *license to lead* bouwen. Omdat de verschillende niveaus waarop de *license to lead* wordt gevormd (individuele zorgbestuurders, raden van bestuur en zorgbestuurders als collectief) op elkaar inwerken, wordt hier gekozen voor een thematische bespreking. De thema's zijn ingericht langs de loopbaan van zorgbestuurders: de vakontwikkeling²⁵ (paragraaf 3.2) en professionalisering (paragraaf 3.3), het moment van werven (paragraaf 3.4) en het dagelijks werk waarbij machtsdeling (paragraaf 3.5), omgaan met veranderen (paragraaf 3.6), schaalvergroting (paragraaf 3.7) en de manier waarop zorgbestuurders hun handelen rechtvaardigen (paragraaf 3.8) een rol spelen.

3.2 Vakontwikkeling

Om te begrijpen hoe het vak van zorgbestuurders zich ontwikkelt, eerst een korte introductie van de ontwikkeling van het denken over wat goed bestuur is.

Het denken over goede bestuurders ontwikkelt zich al in de klassieke oudheid met denkers als Aristoteles, Plato en Caesar. Zij richten zich op het denken over het openbaar bestuur. Ze bedachten begrippen die nog steeds gebruikt worden zoals democratie. Het archontaat (bestuurderschap) werd in een bepaalde periode verloot onder de twee hoogste vermogensklassen. In de middeleeuwen lag (in de westerse wereld) de macht in handen van het openbaar bestuur en van het kerkelijk bestuur. Grondbezit was lang de basis voor macht. 'Il principe' van Machiavelli over de bekende (Italiaanse) Medici familie werd in 1532 gepubliceerd. Hierin wordt het politieke spel en het behouden van macht besproken.

Het eerste particuliere bedrijf met aandeelhouders is de Verenigde Oost-Indische Compagnie. Met de industriële revolutie ontstonden bedrijven met bestuurders die vergelijkbaar zijn met de hedendaagse ceo's en cfo's. Met de opkomst van bestuurders in de private sector, ontstonden ook opvattingen over goed bestuur. In de Verenigde Staten kwam vanaf 1890 een reeks wetten tot stand om organisaties ervan bewust te maken dat ze niet alleen een taak hadden naar hun aandeelhouders, maar ook naar de gemeenschap (Evans e.a., 2013). Dit bracht mensen zoals Owen en Rockefeller, die geen behoefte had aan staatsbemoeienis in zijn bedrijf, ertoe het doel te expliciteren om de

25 Met vakontwikkeling wordt hier bedoeld het collectief verder ontwikkelen en invulling geven aan wat het vak van zorgbestuurder inhoudt en met professionalisering wordt bedoeld de persoonlijke professionalisering van de individuele bestuurders.

gezondheid en het geluk van zijn medewerkers te bevorderen (Luthans en Hodgetts, 1972, in Evans e.a., 2013 p. 11). Vanaf 1945 ontstonden opleidingen voor bestuurders in het bedrijfsleven (Hollenbeck, 1991).

De gezondheidszorg was in de westerse wereld lang in handen van de kerk (Meurs, 1997). In het begin van de negentiende eeuw kreeg het ministerie van Binnenlandse Zaken de verantwoordelijkheid over volksgezondheid en armenzorg. In 1865 is met de Wet op de Uitoefening der Geneeskunde het artseneroep geprofessionaliseerd en gereguleerd. In 1941 stelde de Duitse bezetter in Nederland een verplichte ziektekostenverzekering in voor mensen onder een bepaalde inkomensgrens. Langs de lijnen van de verzuiling vond na de Tweede Wereldoorlog zelfregulering plaats door sociale verzekeringen. Toen na 1965 de ontzuiling inzette, ging ook de natuurlijke binding met de eigen zuil verloren, waardoor de zelfgeorganiseerde solidariteit minder vanzelfsprekend werd. In een reeks regels en wetten trok de overheid de gezondheidszorg naar zich toe. Er volgde een periode waarin een sterk geloof heerste in de bestuurbaarheid en beheersbaarheid van de gezondheidszorg. De afnemende betaalbaarheid van de gezondheidszorg en het striktere sociaaleconomische beleid van de regering leidden ertoe dat in de jaren tachtig kostenbeheersing de centrale doelstelling van het beleid werd. In 1987 introduceerde de Commissie Dekker de gereguleerde marktwerking die vraaggestuurd moest zijn (gericht op de behoeften en wensen van de cliënt/patiënt) en moest leiden tot zorgvernieuwing (Van der Grinten en Kasdorp, 1999).

Hiermee ging gepaard de opkomst van het management (en in de jaren negentig bestuurders) in de zorg. Hoewel de taken van management (zoals planning en coördinatie) al bestonden, was de term 'management' in de zorg nieuw. Voorheen was directeur-zijn in de gezondheidszorg een parttime bezigheid en werd de (vaak medisch opgeleide) directeur gezien als een *primus inter pares* ('eerste onder gelijken', dus een medicus met management taken). Door de toenemende complexiteit en de toenemende administratieve verplichtingen van en in de zorg is het werk van managers in de jaren tachtig van nevenactiviteit uitgegroeid tot zelfstandige functie (zie onder andere Noordegraaf en Van der Meulen, 2008 en Hout e.a., 2007). Er ontstonden tal van opleidingen en trainingen om het management te professionaliseren (zie onder andere Noordegraaf en Van der Meulen, 2008 en Van der Scheer, 2008). Zo schreef de grondlegger van opleidingen voor gezondheidsmanagement, Stolte, in 1983 zijn eerste tekstboek (zie ook Van der Meulen, 2009).

Met de toenemende schaalgrootte van organisaties in de gezondheidszorg (zie paragraaf 3.7), toenemende wet- en regelgeving (zie bijlage 2) en de invoering van kwaliteitssystemen is de aansturing ingewikkelder geworden (o.a. Speet e.a., 2002).

De afgelopen decennia is het aantal opleidingen voor zorgbestuurders dan ook toegenomen (Noordegraaf, 2008). Onderwijs kan vanuit de universiteit, het bedrijfsleven of door onafhankelijke adviseurs worden gegeven met ieder zijn eigen voor- en nadelen (zie o.a. Fulmer, 1997). Een aantal universiteiten heeft opleidingen ontwikkeld specifiek voor zorgbestuurders. Zo is er het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur, Tias TRANZO (Wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn) en biedt Nyenrode opleidingen voor zorgmanagers/-bestuur. Naast universiteiten zijn er private opleidingsinstituten zoals Avicenna waar zorgbestuurders opleidingen kunnen volgen.

Er zijn grote verschillen tussen opleidingen. Noordegraaf (2008, p. 1067): *“Different educational programmes really are different, not just in terms of how they are organized, what themes and courses they offer, and the kinds of qualifications they offer, but also in terms of their educational and ideological profiles. These profiles grow out of the interweaving of personal, financial, educational and ideological considerations, carried by educational institutions, professional associations, and other parties. Behind the façade of occupational homogeneity, there is educational heterogeneity, reflecting ideological struggles over the nature and future of health care.”* In het begin van het vorige hoofdstuk is duidelijk gemaakt dat er verschillende opvattingen zijn over wat een bestuurder een goede bestuurder maakt en of dit universeel is of situationeel. Verschillende theorieën liggen ook ten grondslag aan verschillende opvattingen over hoe zorgbestuurders zich zouden moeten opleiden en trainen (zie ook 3.4.1).

De vorming van de ‘beroepsgroep’ van zorgbestuurders heeft dus in de afgelopen decennia plaatsgevonden. De vorming van de beroepsgroep is gereflecteerd in de vorming van de beroepsvereniging, de NVZD, opgericht in 1979. De vereniging was in eerste instantie bedoeld voor ziekenhuisbestuurders. Oorspronkelijk werd de tweedeling tussen de klassieke geneesheer-directeuren en bedrijfskundige bestuurders (economisch-directeur) gehanteerd. In 1996 is de vereniging verbreed tot de vereniging van zorgbestuurders (zie Van der Meulen, 2009, voor een uitgebreide omschrijving van deze ontwikkelingen). In 2017 is de aparte vereniging van bestuurders met een geneeskundige achtergrond opgeheven. De zorgbestuurders zelf zijn in hun beroepsvereniging dus steeds meer verworden tot één groep. Zorgbestuurders gedragen zich, zo blijkt uit voorgaande en volgt uit de focusgroep en interviews die in het kader van dit onderzoek zijn gehouden, als een beroepsgroep in wording. De ontwikkeling van het accreditatiesysteem is hier een voorbeeld van.

In de accreditatie wordt een aantal ‘standaarden’ voor het werk van de zorgbestuurder geformuleerd. Zo wordt verlangd dat de zorgbestuurder aantoonbaar een hbo/wo werk- en denkniveau heeft. De zorgbestuurder wordt verplicht om deel te nemen aan

een intervisiegroep. Daarnaast zijn expertisegebieden geformuleerd (Handboek accreditatie 2018, p. 29):

1. Leiderschap
2. Resultaatgericht sturen
3. Verbindend samenwerken
4. Maatschappelijke bijdragen
5. Continu ontwikkelen

De omschrijving van expertisegebieden in het Handboek accreditatie (2018) is niet louter een beschrijving van de kennis die nodig is om te besturen, maar beschrijft ook elementen van de leiderschapsstijl (zoals inspirerend en motiverend) die van de bestuurder verwacht mogen worden. Deze expertisegebieden zijn specifiek toegespitst op zorgbestuurders, waarin de specifieke context van zorgbesturen centraal wordt gezet.

Zorgbestuurders en voornamelijk de NVZD werken steeds actiever aan vakontwikkeling en professionalisering van zorgbestuur blijkt uit de beleidsstukken met betrekking tot het accreditatietraject, de enquête (zie bijlage 5) en het interview met de directeur van de NVZD. Zorgbestuurders zetten vakontwikkeling bewust in als een manier om hun *license to lead* als groep te vergroten. Dat ze zich steeds meer een (beroeps)groep voelen, lijkt mede te komen door de negatieve uitlatingen in media en politiek over zorgbestuurders. Er lijkt steeds meer een eenduidig beeld te komen over welke kennis en ervaring nodig is om zorgbestuurder te zijn. Dit is geïnstitutionaliseerd in het accreditatietraject en vastgelegd in de Governancecode zorg, 2017 (zie paragraaf 4.2.4). De kritiek op zorgbestuurders heeft in die zin geleid tot bewuste acties die de *license to lead* zouden moeten vergroten en heeft daarmee een positieve bijdrage geleverd aan de normstelling voor kwaliteit van zorgbestuurders.

Kortom, vakontwikkeling wordt door de NVZD bewust ingezet als instrument om de *license to lead* van zorgbestuurders te vergroten. Het effect hiervan wordt in hoofdstuk 5 besproken. De doorwerking hiervan voor individuele zorgbestuurders wordt in de volgende paragraaf besproken.

3.3 Professionalisering

Er is geen unieke opleiding om zorgbestuurder te worden. Wat dit betekent voor de *license to lead* van zorgbestuurders op collectief niveau wordt in paragraaf 5.2 besproken. Individuele zorgbestuurders hebben dan ook diverse opleidingen gevolgd. In deze paragraaf wordt inzicht geboden in de professionaliseringspaden van individuele zorgbestuurders. In paragraaf 5.2 wordt ook voor de individuele zorgbestuurders besproken hoe dit hun *license to lead* beïnvloedt en wordt ook de wisselwerking tussen deze

niveaus besproken. Bij de enquête die wij in 2015 hebben gehouden onder zorgbestuurders, heeft 82% van de respondenten een voltijds universitaire opleiding gevolgd. 13% van de respondenten heeft een hbo- én een universitaire opleiding gevolgd. 42% van de respondenten heeft een zorgspecifieke opleiding gevolgd als bijvoorbeeld arts, verpleegkundige of psycholoog. 35% heeft een bedrijfskundige opleiding gevolgd en 45% een andere opleiding (meerdere antwoorden waren mogelijk, uit Bijloos e.a., 2017, p. 17).

Het komt voor dat zorgbestuurders vanuit de eigen organisatie komen. Van de respondenten van de enquête 2015 heeft 9% managementervaring opgedaan in de instelling waar ze als zorgbestuurder werken. Ten opzichte van eerdere jaren is het percentage gedaald (Bijloos e.a., 2017, p. 22). Om door te groeien in de organisatie zijn bepaalde stappen vereist. Een geïnterviewde bestuurder: *“Een soort management development traject. Dat is er wel eens geweest. Maar dat was nog voordat ik daar manager werd. Dat is toen ook weer een stille dood gestorven.”*

Opleiden van *high potentials* staat in het algemeen niet expliciet op de agenda van veel instellingen. Bijloos e.a., 2017, p. 24: *“Slechts een klein deel van de bestuurders geeft aan dat er binnen de organisatie actief gescout wordt op aanwezig bestuurlijk talent. In 5% van de organisaties wordt binnen de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht besproken welke high potentials binnen de organisatie kunnen doorgroeien naar een eventuele bestuursfunctie. Slechts enkele organisaties (1%) beschikken over een intern managementontwikkelingsprogramma dat onder meer tot doel heeft interne doorstroming tot in de Raad van Bestuur te bevorderen. Grote organisaties hebben meer oog voor talentontwikkeling dan kleine organisaties. In 10% van de grote organisaties (bedrijfsopbrengst hoger dan 125 miljoen euro) wordt besproken wie binnen de organisatie kan doorgroeien, versus 1% van de kleine organisaties (bedrijfsopbrengst lager dan 50 miljoen euro).”* Er wordt dus niet bewust gestuurd door zorgorganisaties op het ontwikkelen van bestuurlijke competenties.

De respondenten van de enquête begonnen gemiddeld 25 jaar geleden aan hun eerste managementfunctie en hebben in die jaren 5 à 6 verschillende managementfuncties bekleed, waarvan 3 à 4 in de gezondheidszorg (Bijloos e.a., 2017, p. 20-22). Hoewel zorgbestuurders over het algemeen ruime managementervaring meenemen voordat ze zorgbestuurder worden, is dit geen vereiste om zorgbestuurder te worden. Er is, zo blijkt uit de enquête 2015, grote diversiteit qua scholingsachtergrond en qua ervaring. Er waren ook respondenten die maar 1 managementfunctie hadden uitgevoerd en als maximum werden 30 managementfuncties genoemd, waarvan als maximum 11 bestuurdersfuncties en 25 functies binnen de zorg.

In 2015 gaf 88% van de respondenten aan dat zij in de afgelopen tien jaar één of meer postacademische opleidingen hadden gevolgd. Het merendeel van deze opleidingen is gericht op de zorg (97%). Ook heeft nog eens 60% een ander soort opleiding gedaan, zoals een bedrijfskundige opleiding. Dit is in lijn met de uitkomsten van eerdere jaren (de enquêtes die gehouden zijn in 2000, 2005 en 2010, zie ook Bijloos e.a., 2017, p. 18). Naast zorgspecifieke opleidingen worden door zorgbestuurders allerlei soorten opleidingen gevolgd. In bijlage 5 zijn alle antwoorden uit de enquête 2015 weergegeven.

Uit de enquête blijkt dus dat zorgbestuurders diverse opleidingen volgen om zich te bekwamen. In de interviews kwam er niet een eenduidig beeld naar voren van de waarde die door de geïnterviewde bestuurders aan het volgen van opleidingen wordt gehecht. In de interviews geven bestuurders aan dat het nuttig is om te reflecteren op de eigen rol en positie en de *scope* te verbreden. Aan de andere kant zijn niet alle geïnterviewde zorgbestuurders overtuigd van het nut en de noodzaak van opleidingen om de ‘technische bekwaamheid’ te bevorderen.

Naast deze manieren van formeel leren wordt er door bestuurders ook informeel geleerd door bijvoorbeeld het bijhouden van vakliteratuur, het deelnemen aan een intervisiegroep en het hebben van een persoonlijke coach, zie onderstaande figuur.

	2005	2010	2015
Vakliteratuur	95%	93%	86%
Congressen/symposia	89%	85%	83%
Intervisie/directiewerkgroepen	73%	71%	79%
Persoonlijke coach	32%	46%	56%
Anders	20%	10%	26%
Werkgroep/commissie NVZD	3%	4%	9%

Figuur 10: professionele ontwikkeling op andere manieren dan door opleiding naar Bijloos e.a., 2017, p. 19 (percentage, meerdere antwoorden mogelijk).

Uit de enquête 2015 onder zorgbestuurders blijkt dat 79% van de respondenten aan intervisie doet.²⁶ Zorgbestuurders zien ongeorganiseerde contacten met collega's daarnaast als een belangrijke manier van kennisdeling (91%, meerdere antwoorden

26 NVZD omschrijft intervisie in de intervisieflyer [2018] voor leden als volgt: "Intervisie is een bijeenkomst van een groep bestuurders, waarin vragen over het eigen functioneren centraal staan. De bijeenkomsten hebben tot doel om de beroepsdeskundigheid op het juiste peil te houden en/of het functioneren te verbeteren. Tijdens deze bijeenkomsten kunnen bestuurders vragen aan elkaar stellen, elkaar confronteren, aanvullen, adviseren en ondersteunen. Zo is intervisie een manier om van collega-bestuurders te leren aan de hand van concrete situaties die voorkomen of voorgekomen zijn."

mogelijk). In de interviews worden de contacten met collega-bestuurders genoemd als een leerschool. De geïnterviewde zorgbestuurders nemen de goede voorbeelden mee en bedenken bij slechte voorbeelden hoe ze het anders willen doen. Soms blijft een bestuurder die ze kennen uit het verleden nog een coachende rol vervullen of een rol als sparringspartner. Ook nevenfuncties worden als onderdeel van de professionalisering gezien. Meer dan de helft van de respondenten van de enquête in 2015 is actief als toezichthouder: 33% heeft zitting in een raad van toezicht, 18% in meerdere raden van toezicht. Er is wel een afname ten opzichte van eerdere jaren. Naast toezichthoudende functies zijn zorgbestuurders ook actief in het bestuur van de branche- en beroepsorganisatie (ongeveer een kwart van de respondenten bij de enquête in 2015).

Door hun carrièrepad zijn de zorgbestuurders al in het 'netwerk' van bestuurders gekomen. De ervaring die zorgbestuurders meebrengen, maakt dat ze het 'speelveld' kennen. Zo zegt een geïnterviewde bestuurder dat hij door zijn ervaring als manager een netwerk had en de *mores* van een ziekenhuis kende, namelijk hoe te werken met specialistisch opgeleide medici en in een grootstedelijke omgeving. Een geïnterviewde bestuurder zegt hierover: *"Het is natuurlijk wel heel fijn dat je een beetje weet hoe het werkt met zorgverzekeraars. En dat je weet van de samenwerking met andere zorgaanbieders, hoe dat soort dingen gaan. En dat weet te beïnvloeden."*

Bestuurders beginnen niet als bestuurder-in-opleiding of bestuurder-stagiair, maar zijn direct eindverantwoordelijk. Aangezien meer dan de helft van de huidige groep bestuurders (56%, zie Bijloos e.a., 2017, p. 22) een eerste bestuurlijke functie in de zorg heeft, is de vraag hoe ze aan hun bekwaamheid werken. Geconcludeerd zou dus kunnen worden dat bekwaamheid wordt ontwikkeld door de ervaring die bestuurders meebrengen. Door hun achtergrond brengen bestuurders ook een bepaalde 'zwaarte' mee. De geïnterviewde zorgbestuurders ervoeren hun eerste functie echter als 'een sprong in het diepe'. Reflecterend op hun eerste bestuurlijke functie geven ze aan dat ze in de tussentijd zijn gegroeid en daarom zaken nu anders hadden aangepakt. Het gaat dan bijvoorbeeld om de manier waarop relaties worden gevormd en gestuurd. Maar ook dat besturen vraagt om zaken los te laten, terwijl ze zich als manager meer bezighielden met inhoudelijke en managementprocessen. Het afwegen van belangen van belanghebbenden speelt volgens hen ook een grotere rol dan voor een manager. Als bestuurder ervaar je zichtbaarder de impact van je handelen, ook voor bijvoorbeeld organisaties met wie je samenwerkt. De balans tussen intern en extern bezig zijn is anders. Vanwege deze verschillen ten opzichte van de rol van manager is het de vraag of hun ervaring als manager hen goed voorbereidt op hun werk als bestuurder.

Zeker wanneer een bestuur eenhoofdig is, heeft de bestuurder in de organisatie een eenzame positie. Van de respondenten van de enquête is 44% eenhoofdig (Bijloos e.a., 2017, p. 28). In het accreditatietraject wordt getoetst op reflectief vermogen. Ook in de interviews wordt dit genoemd als een belangrijke eigenschap. Het gaat dan om zelfreflectie, het ophalen van feedback bij anderen en het kritisch reflecteren op (het werk van) anderen. Het is lastig om feedback te krijgen op het functioneren voor zorgbestuurders gezien hun positie. Daarom is de rol van medebestuurders en raad van toezicht van belang. Volgens de respondenten van de enquête geldt overigens dat naast collega's binnen de organisatie (dit geldt natuurlijk alleen voor meerhoofdige besturen) met name het management team als belangrijke feedbackgever wordt gezien. Collega-bestuurders van andere instellingen veel minder (Bijloos e.a., 2017, p. 28).

De afgelopen tien jaar is betrokkenheid bij de zorg een steeds relevanter aspect van het werk van zorgbestuurders geworden, zo blijkt uit de enquête en de interviews. Dit is ook te verklaren door verandering in wet- en regelgeving, waardoor zorgbestuurders verantwoordelijk zijn geworden voor de kwaliteit van zorg. Op de vraag waarop ze afgerekend wensen te worden, antwoordden veruit de meeste respondenten van de enquête, 84% in 2015, de kwaliteit van de zorgverlening (Bijloos e.a., 2017, p. 39). Het merendeel van de respondenten heeft hun ervaring in de zorg opgedaan: in 2015 had 83% van de respondenten hun vorige functie in de zorg en 58% hun eerste functie (zie Bijloos e.a., 2017 en bijlage 5). Zorgbestuurders besteden meer tijd aan de zorginhoud dan een aantal jaren geleden: in 2005 gaven de respondenten nog aan 37% van hun tijd aan de zorginhoud te besteden, in 2015 44% (Bijloos e.a., 2017, p. 33). De antwoordkeuze bestond uit de keuze tussen beheersmatige of zorginhoudelijke taken. Zorginhoudelijke taken werden gedefinieerd als zaken die het primaire proces betreffen zoals cliënten-/patiëntenraad, klachtencommissie, infectiecommissies en beheersmatige zaken als zaken zoals personeelsmanagement, financiën, huisvesting (zie bijlage 5).

De geïnterviewde zorgbestuurders noemen ook dit toenemend belang van de affiniteit met het zorgproces. Een zorgbestuurder noemt het voorbeeld van een gehandicapten-zorgbestuurder die liever geen gehandicapten in het bestuursgebouw had, omdat dit niet professioneel overkwam. Een geïnterviewde *searcher* beschrijft een soortgelijke situatie die uiteindelijk tot het vertrek van de bestuurder leidde: *"We werden uitgenodigd door een ouderenzorg-organisatie en daar hadden ze iemand in de raad van bestuur genomen en die wist alles van financiering en vastgoedconstructies, maar die man die vond oude mensen eng. Dus: die kwam nooit op één van de locaties. Na een half jaar zeiden ze tegen ons: "Kunnen jullie nou niet iemand vinden die ook nog iets heeft met die ouderen..." Die man moest dus weer weg. Het is heel belangrijk om dat te toetsen: "Kun je je iets bij*

het primair proces voorstellen?" De geïnterviewde zorgbestuurders zien zichzelf ook als 'zorgspecialist', omdat ze hun ervaring vaak hebben opgedaan in de zorg.

Hiervoor (paragraaf 3.2) is toegelicht hoe het denken over besturen zich de afgelopen eeuwen heeft ontwikkeld. Vervolgens is de situatie van de Nederlandse zorgbestuurder belicht. Uit voorgaande blijkt dat bestuurders individueel en collectief veel (en collectief steeds meer) aandacht hebben voor professionalisering en vakontwikkeling. Daarbij is wel relevant dat er noch een breed gedragen eenduidige opvatting is over wat een goede zorgbestuurder is noch over welk professionaliseringspad je het beste kunt volgen om die te worden. Uit de ontwikkeling van de NVZD (vorige paragraaf) en de resultaten van de enquête door de jaren heen blijkt dat er een zoektocht is geweest of zorgbestuurders *primus inter pares* (eerste onder gelijken, dus medisch opgeleid) moesten zijn of juist bedrijfskundigen of een mix van beiden. Ook opvattingen over een goede leiderschapsstijl zijn veranderd (zie paragraaf 4.4.1). Hier liggen verschillende opvattingen aan ten grondslag over wat een zorgbestuurder zijn legitimiteit geeft. Uit de enquête valt een 'gemiddeld carrièrepad' te destilleren waaruit een specifiek professionaliseringspad blijkt. Zorgbestuurders zijn namelijk vaak afkomstig uit de zorg, maar dikwijls hebben ze na hun basisopleiding ook vervolgonopleidingen gedaan gericht op het managen van een zorgorganisatie. Managementopleidingen verschillen in inhoud. Voor zorgbestuurders staat ervaring centraal. Daarnaast is reflectie van belang, zeker aangezien het ophalen van feedback lastig is. De normstelling voor professioneel bestuur is van invloed op de persoonlijke legitimiteit van zorgbestuurders als collectief en van individuele zorgbestuurders.

3.4 Werving

Op een bepaald moment krijgt een bestuurder een eerste bestuurlijke functie. Het aanstellen van een zorgbestuurder is een moment waarop de bestuurder draagvlak kan verkrijgen, maar de zorgbestuurder is daarbij sterk afhankelijk van de procedure die gevolgd wordt. Zorgbestuurders hebben op collectief niveau als het gaat om bouwen aan de *license to lead* belang bij openbare werving op basis van een profiel, dit kan zowel de legitimiteit van de persoon van zorgbestuurder als van het proces en de uitkomst positief beïnvloeden. Hoe het wervingsproces in de praktijk werkt, wordt in deze paragraaf beschreven.

In het boek *'Een zorgbestuurder benoemen: een gewaagde beslissing'* van Derks en Grit (2015) is aan de hand van drie *casestudies* het proces van werving van bestuurders beschreven. Ook zijn voor dat onderzoek tien verkennende interviews met zorgbestuurders, voorzitters van raden van toezicht en executive *searchers* gevoerd. Het onderzoek van Derks en Grit is het enige (bij ons bekende) onderzoek over besluitvorming bij benoeming van bestuurders in de Nederlandse gezondheidszorg. Een reden hiervoor kan zijn dat het gaat om een proces met een grote mate van vertrouwelijkheid: er worden

kandidaten afgewezen die bijvoorbeeld bestuurder zijn van een andere instelling en dus niet willen dat bekend wordt dat ze hebben gesolliciteerd, de interne discussies rond de koers van de organisatie kan het draagvlak voor de uiteindelijke bestuurder schaden als deze breder bekend wordt en de kritiek op de vertrekkende bestuurder die leidt tot wijzigingen in het profiel kan schadelijk zijn voor de vertrekkende bestuurder wanneer deze openbaar wordt (Derks en Grit, 2015).

Het door Derks en Grit (2015) beschreven proces in combinatie met het voor deze dissertatie uitgevoerde eigen onderzoek en voornamelijk de gevoerde interviews met bestuurders en *searchers* levert het volgende beeld op over hoe een benoemingsproces er meestal uit ziet. Dit geldt voor stichtingen, bij andere rechtsvormen is de raad van toezicht niet eindverantwoordelijk. Bovendien wordt niet gezegd dat dit proces ook altijd zo loopt, immers, er zijn weinig formele verplichtingen.

De raad van toezicht benoemt een selectiecommissie uit haar midden. Deze stelt (al dan niet met behulp van een *searcher*) een profielschets op. Deze bevat drie elementen:

Het algemene deel - de organisatorische component	De organisatie - <i>Algemeen</i> : informatie over de organisatie, ontstaan organisatie, omvang, omzet werkgebied, opbouw - <i>Samenwerking</i> : samenwerking- en ketenzorgpartners - <i>Missie</i> : missie, visie en strategische koers - <i>Trends</i> : actuele trends in de zorg van belang voor de functie
Functiebeschrijving - de werkcomponent	Functieprofiel - <i>Besturingsmodel</i> - <i>Taken en verantwoordelijkheden</i> - <i>Samenstelling raad van bestuur</i> - <i>Organisatiestructuur</i> - <i>Taakomschrijving</i>
Competenties en eigenschappen - de biografische component - de mentale component	Profiel ideale kandidaat - <i>Vereiste competenties</i> : ervaring, achtergrond, opleidingsniveau, affiniteit met type organisatie, kennis, kunde - <i>Eigenschappen</i> : visie, leiderschapsstijl, affiniteit en type persoon

Figuur 11: overzicht van opbouw van het profiel voor de werving van een zorgbestuurder, naar Derks en Grit, 2015, p 72. Gebaseerd op Van der Scheer, 2007.

Dit profiel wordt of aan de hand van een aantal interviews met de belangrijkste belanghebbenden opgesteld of getoetst bij deze belanghebbenden. Het gaat dan in ieder geval om de raad van toezicht, (indien deze er is/zijn) medebestuurder(s), medische staf, management team, ondernemingsraad en cliëntenraad. Soms wordt ook een belangrijke externe partij betrokken, zoals een beoogd fusiepartner. Vervolgens wordt het profiel vertaald in een wervingstekst die openbaar wordt gemaakt (dit kan zijn door plaatsing op de website van de instelling en/of *searcher*) en wordt parallel geworven

in het eigen netwerk. Dit kan zowel het netwerk van de raad van toezicht als van de *searcher* zijn. *Searchers* splitsen dit laatste op in het zoeken in hun eigen databank en het benaderen van hun netwerk om via hen een geschikte kandidaat te zoeken die niet in hun databank staat. Ook zoeken zij eventueel online (via LinkedIn) naar geschikte kandidaten. Vervolgens komt er een *long list*. *Searchers* spreken de kandidaten die ze nog niet zo goed kennen en stellen mede op basis van deze gesprekken een *short list* op. Deze wordt aan de raad van toezicht gepresenteerd. Zonder *searcher* kan bijvoorbeeld een bestuurssecretaris worden gevraagd de kandidaten te toetsen aan de criteria om tot een lijst te komen. Van de *short list* bepaalt de raad van toezicht wie er op gesprek mogen komen. Soms worden verschillende kandidaten ook langs de belangrijkste belanghebbenden geleid. Uit de interviews bleek dat het dan vaak om één of twee kandidaten gaat, dus er is dan al een voorselectie gemaakt op de *short list*. Uiteindelijk benoemt de raad van toezicht, waarbij ze de belanghebbenden horen.

In de laatste enquête uit 2015 heb ik vragen toegevoegd over de werving en selectie van zorgbestuurders. Op de vraag 'Hoe bent u in uw huidige functie terechtgekomen?' gaven respondenten de volgende antwoorden.

Wervingsbureaus	47%
Openbare sollicitatieprocedure	39%
Interne doorstroming	13%
Fusie of reorganisatie	9%
Connecties raad van bestuur/toezicht	8%
Andere manieren	4%

Figuur 12: manieren waarop zorgbestuurders in hun functie zijn gekomen in percentages (meerdere antwoorden mogelijk).

In totaal komt hier een percentage uit van meer dan 100%, omdat meerdere respondenten meerdere antwoorden hebben aangekruist. Zo is 26% van de bestuurders alleen via openbare sollicitatie geworven, dus zonder voorafgaande connecties of voorselectie. Bij de overige 13% is een openbare sollicitatie gecombineerd met de overige categorieën, zoals doorstroom, connecties en fusie/reorganisatie. 35% van de respondenten is alleen via een wervingsbureau geworven. 8% van de openbare sollicitaties gaat gepaard met een proces bij een wervingsbureau. In Bijloos e.a., 2017, p. 24-25 staat: "*Van de respondenten die via een wervingsbureau geworven zijn, heeft de overgrote meerderheid echter niet aangekruist dat er een openbare sollicitatieprocedure geweest is. Het is mogelijk, maar niet gebruikelijk dat wervingsbureaus een search doen zonder te adverteren.*" In de interviews met *searchers* wordt bevestigd dat *searchers* gewend zijn een vacature openbaar te maken. Het volgende dient echter gerectificeerd te worden: "*Blijkbaar was de respondenten onvoldoende duidelijk wat onder 'openbare procedure' moet worden verstaan.*"

*Beschouwen we werving via een wervingsbureau als een openbare procedure – ongeacht of er geadverteerd is -, dan werd 77% van de respondenten na een openbare procedure in hun huidige functie benoemd. Maar ook wanneer bestuurders via een alternatieve route benoemd werden, kan er tegelijkertijd een openbare procedure geweest zijn. Op basis van dit onderzoek is niet goed een uitspraak te doen over de mate van openbaarheid van de sollicitatieprocedures.” (Bijloos e.a., 2017, p. 23-34). Deze uitspraak klopt in die zin dat het zo kan zijn dat in 100% van de sollicitatieprocedures ook openbaar geworven is. De enquête behandelt niet deze vraag, maar de vraag hoe zorgbestuurders uiteindelijk gevonden worden. Het beeld uit de enquête dat *searchers* vaak, naast een eventuele openbare werving, een eigen bestand hebben waaruit ze kandidaten voordragen, wordt bevestigd in de interviews. Op basis van de interviews is het dus aannemelijk dat het de respondenten wel duidelijk was wat onder openbare procedure wordt verstaan, maar dat het merendeel niet via die weg is geworven.*

Van de genoemde 9% die door fusie of reorganisatie op hun plek zijn gekomen, geldt voor 6% dat ze alleen via deze manier hun functie hebben verworven. Onduidelijk is of er in dit geval wel of niet een sollicitatieprocedure heeft plaatsgevonden. Een geïnterviewde bestuurder (bestuurder A uit de inleiding) had de raad van toezicht niet eens gesproken voordat hij door een fusie in de raad van bestuur belandde. Dit heeft niet bijgedragen aan de samenwerking. Deze manier van doorgroei kan ook voorkomen bij de stappen die zorgbestuurders hebben gezet voordat ze eindverantwoordelijke bestuurder werden. In de tijd dat de huidige generatie zorgbestuurders hun carrière opbouwden, zijn organisaties veel groter geworden (zie paragraaf 3.7). Sommige geïnterviewde zorgbestuurders geven aan te zijn ‘meegegroeid’ met de organisaties: *“Dus ik werd daar bestuurssecretaris. En ik viel toen met mijn neus in de boter in die zin dat in mijn eerste werkweken bekend werd dat die organisatie een fusieproces aan ging met vijf andere organisaties. En ik werd de secretaris van de fusiedirectie.”* Gezien het feit dat de meeste zorgbestuurders een achtergrond hebben in de zorg (Bijloos e.a., 2017, p. 20-22), is het aannemelijk dat dit voor meer zorgbestuurders geldt. 1% heeft bij een fusie ook een openbare sollicitatieprocedure aangevinkt. Bij doorstroom geldt dit voor 3%. In 9% van de 13% heeft alleen doorstroom plaatsgevonden zonder andere wervingsmethode. Deze doorstroom wordt ook niet ‘geformaliseerd’: er wordt weinig gesproken over wie geschikt zou zijn om binnen de organisatie door te groeien (bij 10% van de organisaties met een bedrijfsopbrengst boven de 125 miljoen en bij 1% van de organisaties met een bedrijfsopbrengst onder de 50 miljoen, blijkt uit de enquête 2015, Bijloos e.a., 2017, p. 24). Dit maakt het ook lastig mensen op te leiden binnen de organisatie als bestuurder (zie paragraaf 3.3). Uit de enquête blijkt dat in 1% van de organisaties een *intern management development* programma aanwezig is met (onder meer) als doel interne doorstroming tot op raad van bestuur niveau. Zolang opvolging niet concreet aan de

orde is, staat dit nauwelijks op de agenda: 17% van de bestuurders die de vraag hebben beantwoord, geeft aan dat opvolging expliciet onderwerp is van het (jaar) gesprek met de raad van toezicht. Wanneer opvolging aan de orde is, worden de zittende bestuurders vaak betrokken bij het opstellen van het profiel (53% van de respondenten in 2015 die verwacht binnen een jaar de organisatie te verlaten) en soms ook bij de aanstelling (7%).

4% van de respondenten is alleen via connecties met de raad van bestuur of raad van toezicht in de raad van bestuur gekomen. Van de 277 respondenten die de vraag hoe ze in hun functie zijn gekomen, hebben ingevuld, was er bij 78 respondenten een connectie met de organisatie (door er al werkzaam te zijn, de raad van toezicht of bestuur te kennen), van wie 15 ook nog een openbare sollicitatieprocedure hebben doorlopen. Er zijn 11 respondenten van de 78 die expliciet de connectie met de raad van toezicht of bestuur als 'ingang' noemen, zonder verder een openbare procedure te hebben doorlopen dan wel via een *searcher* te zijn binnengekomen. Oftewel, van 4% van de benoemingen is onduidelijk of er naast het contact via de persoonlijke connecties een sollicitatieprocedure is gevolgd. Het gaat dus om 4% of minder.

Wanneer de raad van toezicht een kandidaat kent, kan dit draagvlak geven. Er ontstaat al snel een gevoel van vertrouwen wanneer een eerste kennismaking met de voorkeurskandidaat prettig verloopt. Opvallend is dat deze klik bij een aantal geïnterviewde zorgbestuurders is getoetst op informele wijze, bijvoorbeeld door met elkaar uit eten te gaan. Een zorgbestuurder omschrijft een andere methode: gezamenlijk een *assessment* afnemen om te zien waar knelpunten kunnen zitten en waar de bestuursleden elkaar kunnen versterken. Uit de interviews blijkt dat deze persoonlijke legitimiteit van alleen de raad van toezicht en medebestuurder niet altijd leidt tot een goede uitkomst. Door professionalisering van raden van toezicht, een sterkere medezeggenschap en de uitdagingen voor organisaties (zie paragrafen 3.5 en 3.6) is hier een verandering zichtbaar, waarbij meer belang aan het proces van benoeming wordt gehecht. Er wordt niet meer alleen vertrouwd op de goede relatie, maar ook gezocht naar draagvlak binnen de organisatie voor de nieuwe bestuurder.

In het wervingsproces speelt een aantal '*gatekeepers*' een belangrijke rol. In de eerste plaats de raad van toezicht die de bestuurder benoemt. *Searchers* spelen daarnaast een belangrijke informele rol die zich grotendeels in de sfeer van het vertrouwelijke lijkt af te spelen, zowel met betrekking tot het proces van werving als met betrekking tot hun eigen rol als tot de criteria die zij bij de werving hanteren. Daarnaast fungeren ook opleidingsinstituten en de medezeggenschap als *gatekeepers*. Opleidingsinstituten hanteren criteria voor de toelating tot hun opleiding. Uit de enquête blijkt dat die opleidingen bepalend zijn voor het profiel van zorgbestuurders. De medezeggenschap heeft zowel

wettelijk als in de praktijk een stem bij de benoeming die ook doorslaggevend kan zijn. De rol van de *gatekeepers* wordt hierna toegelicht.

Raad van toezicht

Er lijkt een praktijk bij raden van toezicht van zorginstellingen te bestaan om bestuurders aan te nemen die in de zorg zijn opgeleid (zie paragraaf 3.3). Voor een succesvolle benoeming spelen volgens de geïnterviewde bestuurders en *searchers* de volgende elementen een rol in de relatie met de raad van toezicht, die (afhankelijk van de raad van toezicht) ook bij de werving impliciet of expliciet een rol kunnen spelen:

- De afstand die de raad van toezicht tot de organisatie heeft (of zijn ‘vergroeidheid’ daarmee). Dit is mede bepalend voor hoeveel ruimte de nieuwe bestuurder krijgt.
- De opdracht die de raad van toezicht de bestuurder meegeeft en zijn rolvastheid wanneer de bestuurder zijn eigen invulling aan die opdracht geeft.
- De eenheid binnen de raad van toezicht.
- De mate waarin is gezocht naar complementariteit en continuïteit.
- Voor de *match* met de organisatie speelt volgens de geïnterviewde bestuurders en *searchers* een aantal elementen een rol waar bestuurders zelf invloed op kunnen uitoefenen, namelijk:
 - de eigen vaardigheden van de bestuurder,
 - zijn motivatie en
 - zijn bereidheid zich te verdiepen in de organisatie.

Ook wordt er een aantal factoren buiten de invloedssfeer van de bestuurder benoemd, namelijk:

- de stijl en zittingsduur van de voorganger,
- hoe de vorige bestuurder is weggegaan (‘bestuurscrisis’),
- de mate van transparantie binnen de organisatie en
- de houding van externe belanghebbenden.

Searchers

De *searchers* zijn belangrijke *gatekeepers*: bijna de helft van de bestuurders is via een *searcher* in zijn functie gekomen. De interviews met *searchers* begonnen met de vraag wat hun werk met eindverantwoordelijke zorgbestuurders inhoudt (zie bijlage 3.4 voor het interviewprotocol). Dit leidde tot een schets van de eigen carrière van deze *searchers*. Ook *searchers* gaan een traject door voordat ze bestuurders ‘mogen’ gaan werven; hun carrière loopt langs de lijnen van hun clientèle; hoe meer ervaren ze zelf zijn, des te hoger in de organisatie kunnen ze mensen werven. Twintig jaar geleden had één *searcher* een heel prominente positie in de zorg, geven meerdere *searchers* aan. In die twintig jaar is het vak van bestuurder en toezichthouder geprofessionaliseerd, maar

ook dat van *searchers*. *Searchers* hebben bepaalde gedragsregels voor hun handelen. Gedragsregels die *searchers* in de interviews noemen zijn:

- Rolvastheid: de *searcher* is adviseur en de raad van toezicht beslist.
- Trouw aan opdrachtgever: een *searcher* gaf aan binnen de eerste vier à vijf jaar degene die hij heeft geworven voor een bepaalde functie niet te benaderen. Dit is ook de reden dat ze de term *headhunter* vermijden. Stabiël leiderschap noemt een *searcher* het.

Voor het zoeken van een geschikte kandidaat vertrouwen ze op hun eigen ervaring en opgebouwde relaties. Ze kijken naar de ervaring en sociale vaardigheden van de kandidaat om diens geschiktheid te toetsen.

Opleidingsinstituten

De meeste respondenten van de enquête hebben naast de eerste studie(s) aan universiteit of hogeschool nog aanvullende (management)opleidingen en cursussen gevolgd tijdens hun loopbaan (zie paragraaf 3.3). In deze opleidingen doen (potentiële) bestuurders een netwerk op dat weer behulpzaam kan zijn bij hun carrière. Universiteiten hebben daarmee invloed op wie bestuurder mag worden en wie niet (anders dan de weg van het opzetten van een eigen organisatie). Dit omdat zij eigen selectiecriteria hanteren voor toelating tot hun opleidingen voor hoger management en bestuurders. Het toegelaten worden tot een opleiding is afhankelijk van het opleidingsinstituut. Hierbij zijn de toelatingscriteria vooraf niet altijd helemaal helder, maar worden veelal bepaald door een *intake*. Ervaring in de zorg lijkt een belangrijk vereiste net als de omvang van de instelling.²⁷

Medezeggenschap

De genoemde partijen die 'meedenken' met de raad van toezicht (medebestuurders, medisch specialisten, management team, ondernemingsraad en cliëntenraad) kunnen een rol krijgen bij zowel het opstellen van een profiel als het benoemen van de uiteindelijke kandidaat. Hun stem is daarbij, blijkt uit de interviews, soms ook doorslaggevend.

27 <https://www.erasmuscentrumzorgbestuur.nl/programma/top-class>, geraadpleegd op 20 maart 2018.

<https://www.erasmuscentrumzorgbestuur.nl/programma/master-class>, geraadpleegd op 22 mei 2017.

<https://www.tias.edu/opleidingen/korte-programmas/detail/programma-voor-bestuurders-in-publieke-en-non-profit-sector#toelatingseisen>, geraadpleegd op 21 oktober 2018.

Hoewel het management team na het aannemen van de bestuurder diens ondergeschikte wordt, is er vaak wel een nauwe samenwerking tussen bestuurder en management team. Bij een succesvolle benoeming is er tijdens het wervingsproces draagvlak gezocht bij dit team. Een bestuurder geeft aan dat er drie wervingsprocedures hadden plaatsgevonden voordat hij uit de laatste procedure kwam. In de voorlaatste procedure was een andere voorkeurskandidaat van raad van toezicht en medebestuurder. Toen het management team zich afvroeg of deze persoon de juiste was, is de geïnterviewde bestuurder gekozen. Het management team had in dit geval dus een doorslaggevende stem.

De werving van zorgbestuurders is (zie paragraaf 4.2.6) weinig gereguleerd of geïnstitutionaliseerd. Er lijkt wel een gangbare praktijk te zijn, waarbij in toenemende mate aandacht is voor het betrekken van de medezeggenschapsorganen bij zowel het bepalen van het profiel van de gezochte bestuurder als de beslissing wie gekozen wordt. Er is dus steeds meer aandacht voor de proceslegitimiteit bij werving.

3.5 Machtsdeling

Uit de interviews en de focusgroep komt een beeld naar voren van actief sturende bestuurders die het verbeteren van de kwaliteit van zorg als leidend zien en hierbij uit de buitenwereld en de organisatie zelf halen wat nodig is om bij te dragen aan deze kwaliteit. Binnen de normstelling in wetten en codes is veel ruimte voor eigen interpretatie en dus ook invulling. Zo kan er verschil van mening zijn over wat goede zorg is. Binnen deze ruimte ontwikkelen de geïnterviewde zorgbestuurders zelf handelingsstrategieën voor het dagelijks handelen en de omgang met deze eisen. In hun dagelijks werk spelen de juridische kaders (paragraaf 4.2.4) en de handhaving daarop door inspectie en toezichthouders bij de geïnterviewde zorgbestuurders een minder grote rol dan het draagvlak van de interne organisatie en de eigen visie (zie ook paragraaf 3.8) op de beste koers voor de organisatie ten behoeve van de geleverde zorg.

De geïnterviewde bestuurders ervaren het belang van hun verbinding met de organisatie en de cliënt/patiënt. Dit blijkt ook uit de enquête: op de vraag met wie of wat ze zich het meest verbonden voelen, antwoorden respondenten in de eerste plaats de eigen organisatie, daarna de problematiek van patiënten en cliënten en als derde de maatschappelijke vraagstukken aangaande de zorg (zoals betaalbaarheid en toegankelijkheid) (Bijloos e.a., 2017, p. 36). De sector en collega-bestuurders binnen de eigen organisatie volgen daarna pas. De verbinding met collega-bestuurders in de zorg wordt als één na laatste genoemd (boven publieke managers in algemene zin). Aan de andere kant zien de geïnterviewde bestuurders de verbinding met de organisatie ook als een tijdelijke verbinding: een kritische houding ten opzichte van de organisatie is deel van

hun 'professionaliteit'. Ze zoeken een balans tussen deze houding en die van een authentieke verbinding. Zie ook paragraaf 3.7 over betrokkenheid versus distantie.

De respondenten van de enquête in 2015 geven aan dat ze gemiddeld 66% van hun tijd aan interne zaken besteden en 34% aan externe zaken. Ziekenhuisbestuurders zijn meer intern gericht dan hun collega's in andere sectoren van de zorg (Bijloos e.a., 2017, p.33).

In de zorg speelt de verhouding tussen bestuurders en de *professionals* van de organisatie een grote rol. In de eerste plaats zijn zorgbestuurders vaak zelf *professional* bij een zorginstelling geweest. Van de respondenten van de enquête die in het kader van dit onderzoek is uitgevoerd in 2015 en die vanaf 2000 iedere vijf jaar is gehouden (zie 'methodologie') heeft, zoals gezegd, 42% (in 2015) een zorgspecifieke opleiding gevolgd zoals arts, verpleegkundige en psycholoog. Een klein deel heeft zowel een zorgspecifieke als een bedrijfskundige of economische opleiding (6%) gevolgd. Onder de respondenten met een universitaire opleiding valt op dat het percentage respondenten dat geneeskunde studeerde over de jaren heen significant is gedaald, van 29% in 2000 naar 17% in 2015. Onder de respondenten met een hbo-opleiding valt ook op dat het percentage zorgbestuurders met een verpleegkundige achtergrond tussen 2010 en 2015 significant is afgenomen van 42% in 2010 naar 27% in 2015, terwijl het daarvoor juist toenam. De meeste respondenten met een geneeskundige opleiding werken in ziekenhuizen (31% van de deelnemende ziekenhuisbestuurders is opgeleid als arts. Bijloos e.a., 2017, p.17-18). Deze medische achtergrond wordt in de interviews benoemd als basis voor intern gezag. Er is geen kwantitatieve informatie beschikbaar of deze basis voor gezag de belangrijkste reden is voor raden van toezicht om bestuurders met een medische achtergrond te werven. Uit dit onderzoek blijkt wel het belang van het hebben van gezag voor de uitoefening van het werk van bestuurders (zie paragraaf 4.3.1), het is daarmee een aannemelijke verklaring.

Een andere mogelijke verklaring dat de verhouding van zorgbestuurders tot *professionals* een rol speelt in het werk van zorgbestuurders is dat zorgbestuurders volgens de wet (artikel 2 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg jo. boek 2 artikel 9 Burgerlijk Wetboek) eindverantwoordelijkheid hebben voor het primaire proces, oftewel de geleverde zorg. Een aantal factoren maakt dat zorgbestuurders maar beperkt zicht hebben op het primaire proces. Dit wordt onder andere veroorzaakt door:

- de vertrouwelijkheid van de arts-cliënt/patiënt relatie,
- de ambulantisering van de zorg die maakt dat zorg zoveel mogelijk bij mensen thuis wordt verleend,
- bij ziekenhuizen het feit dat de medische staf vaak niet in loondienst is, maar vanuit een eigen maatschap diensten aan het ziekenhuis aanbiedt en

- het gebrek aan inzicht in het werk van de *professionals*, wanneer een bestuurder geen arts is of geen expert in het specifieke vakgebied.

Bestuurders zoeken naar manieren om medische *professionals* te betrekken bij beleid.²⁸ Dit gebeurt door het geven van managementtaken aan medische *professionals* (dit heet *duaal management*) en het vragen om (vrijblijvend dan wel verplicht) advies. Ook neemt het aantal duale besturen toe sinds 2005 (van 6% naar 12% in 2015). In deze besturen heeft zowel een medisch bestuurder als een bestuurder met een ander profiel zitting (Bijloos e.a., 2017, p. 29).

	2005	2010	2015
Verplichte raadgeving	30%	34%	36%
Vrijblijvend advies	43%	48%	44%
Duaal bestuur	6%	8%	12%
Duaal management	37%	33%	51%
Niet geregeld	9%	17%	10%
Anders	16%	3%	14%

Figuur 13: inbreng van professionals in het beleid (percentage, meerdere antwoorden mogelijk), Bijloos e.a., 2017, p. 29.

Het opleidingscurriculum heeft zich de afgelopen decennia ontwikkeld. In de focusgroep wordt gesproken over een 'professionaliseringsslag'. Deze professionaliseringsslag geldt niet alleen voor de bestuurders, maar ook voor de raden van toezicht en voor het management. Waar eerst verpleegkundigen wat managementtaken hadden, wordt managen steeds meer een professionele aangelegenheid (o.a. Noordegraaf en Schinkel, 2011). Dit maakt ook weer dat bestuurders bepaalde inhoudelijke kennis aan de managers onder hen kunnen overlaten.

Naast de *professionals* hebben ook de cliënten/patiënten een formele positie in zorginstellingen in de cliënten-/patiëntenraden. Zij worden bijvoorbeeld geraadpleegd bij het aannemen van zorgbestuurders en toezichthouders. Bij de vraag in de enquête hoe de respondenten het belang van cliënten/patiënten meenemen, blijken cliënten-/patiëntenraden hierbij de belangrijkste bron van informatie om het belang van cliënten/patiënten te toetsen. Cliënten en patiënten zijn niet altijd goed in staat om zichzelf te uiten en ze zijn niet altijd geëquipeerd om de rol van adviseur goed te vervullen (Vennik, 2016). Uit de interviews in het kader van dit onderzoek kwam naar voren dat het lastig kan zijn

²⁸ Hilders verklaart dit als volgt (2015, p. 6): "De informele macht ligt [bij instellingen in de gezondheidszorg] bij het medisch personeel. Hierdoor kunnen duurzame veranderingen alleen tot stand komen door professionals medeverantwoordelijk te maken voor het beoogde doel."

om de cliënten-/patiëntenraad 'mee te krijgen' bij beslissingen die niet gunstig zijn voor de huidige cliënten/patiënten, maar die wel nodig zijn voor de financiële gezondheid van de organisatie of het garanderen van (goede) zorgverlening in de toekomst.

Op grond van de Wet op de ondernemingsraden heeft de ondernemingsraad ook een inbreng. Dit is niet uniek voor de zorg, maar geldt voor alle bedrijven met meer dan vijftig medewerkers.

Binnen de zorg is een grote variatie aan soorten instellingen. Ze verschillen bijvoorbeeld in het soort zorg dat verleend wordt, de omvang, de reikwijdte (lokaal/nationaal) en de manier waarop ze financiering krijgen. Deze variaties beïnvloeden het werk van zorgbestuurders.

De belangrijkste interne contacten vinden de respondenten van de enquête (op volgorde van belang):

- 1) collega-bestuurders indien er sprake is van een meerhoofdige raad van bestuur;
- 2) managementteam;
- 3) medewerkers aan wie rechtstreeks leiding gegeven wordt;
- 4) professionals;
- 5) cliënten/patiënten(raad) of familie(raad);
- 6) (voorzitter van de) raad van toezicht;
- 7) (voorzitter van de) ondernemingsraad.

(Bijloos e.a., 2017, p. 34). Deze belanghebbenden vormen zowel de directe omgeving van de bestuurder (voornamelijk 1 tot en met 3) als relevante belanghebbenden binnen de organisatie (de andere categorieën). Aan externe contacten wordt minder tijd besteed dan aan interne contacten. De respondenten van de enquête in 2015 besteden 35% van hun tijd aan externe contacten, 65% aan interne contacten. De externe contacten zijn op volgorde van belangrijkheid volgens de respondenten:

- 1) zorgbestuurders uit dezelfde sector;
- 2) overheden en ambtenaren;
- 3) bestuurders uit andere zorgsectoren;
- 4) brancheorganisaties;
- 5) zorgverzekeraars;
- 6) cliënten-/patiëntenorganisaties of belangenbehartigers.

(Bijloos e.a., 2017, p. 35). Deze belanghebbenden vormen zowel de directe omgeving van de bestuurder (1, 3 en 4), als de relevante belanghebbenden buiten de organisatie (1, 2 en 5) als vertegenwoordigers van de samenleving in het algemeen (2 en 6).

In de enquête zijn in ieder geval de volgende belanghebbenden niet genoemd:

- 1) accountants,
- 2) eigenaren/aandeelhouders,
- 3) vakbonden,
- 4) de beroepsvereniging,
- 5) de inspecties zoals de Autoriteit Consument en Markt, de Nederlandse Zorgautoriteit, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en de Nederlandse mededingingsautoriteit,
- 6) het Waarborgfonds voor de Zorgsector en
- 7) media.

In deze paragraaf wordt duidelijk dat de *license to lead* wordt verkregen door zowel in het systeem (door formele procedures) als in de praktijk de belangrijkste belanghebbenden te betrekken bij beslissingen. In de volgende drie paragrafen komt terug hoe dit in de praktijk uitwerkt.

3.6 Omgang met verandering

De marktwerking in de zorg is geleidelijk ingevoerd. In 2006 is met de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet het ziekenfonds afgeschaft en sindsdien kunnen zorgverzekeraars onderling en zorgverleners onderling concurreren binnen gereguleerde kaders. Zorginstellingen kunnen ook failliet gaan. Met de introductie van marktwerkingsprincipes kregen zorgbestuurders een andere rol. Naast de publieke taak van toegankelijkheid en kwaliteit van zorg bewaken, kwamen er ook private taken bij zoals het zorgen voor de economische gezondheid van de organisatie (zie onder meer Van der Meulen, 2009 en Van der Scheer, 2013). Bij de vraag waarop bestuurders afgerekend willen worden in de genoemde enquête, blijft de top drie van de respondenten constant door de jaren heen (2000, 2005, 2010 en 2015). Opvallend is dat in 2005 aan concurrentievermogen meer waarde werd toegekend en in 2010 aan economische gezondheid. De publieke taak, de kwaliteit van zorgverlening, blijft op één staan, zoals blijkt uit de tabel hierna.

	2005	2010	2015
Kwaliteit van de zorgverlening	74%	87%	84%
Economische gezondheid	53%	72%	51%
Maatschappelijke functie	42%	31%	48%
Concurrentievermogen	29%	11%	8%
Voldoen aan politieke opdracht	0%	3%	1%
Optimalisatie logistieke processen	4%	3%	0%

Figuur 14: zaken waarop bestuurders afgerekend wensen te worden (percentages, maximaal twee antwoorden), Bijloos e.a., 2017, p. 40.

De introductie van de marktwerking heeft dus niet geleid tot een andere focus. Het belang van concurrentievermogen is zelfs afgenomen. Qua opleidingsachtergrond van zorgbestuurders is er wel een verschuiving die te maken zou kunnen hebben met de marktwerking. Het percentage van respondenten die bedrijfskunde studeerden, steeg significant van 12% in 2000 naar 22% in 2015 (Bijloos e.a., 2017, p. 18).

De taak van ondernemer wordt door de respondenten van de enquête voornamelijk ingevuld door samenwerking met andere organisaties en innovatie in het primair proces. Het initiëren van commerciële activiteiten is van ondergeschikt belang, zoals blijkt uit onderstaande tabel.

	2005	2010	2015
Aangaan van samenwerkingsrelaties	3,9	4,0	4,1
Stimuleren van innovatie door professionals	3,8	3,8	4,1
Creatief omgaan met middelen	3,6	3,8	3,9
Optimaliseren van werkprocessen	3,5	3,7	3,5
Aanboren van nieuwe markten	3,3	3,3	3,1
Initiëren van commerciële activiteiten	2,7	2,8	2,5

Figuur 15: de invulling van ondernemerschap (gemiddelde score op een vijfpuntsschaal – 1 = geheel niet van toepassing, 5 = zeer van toepassing), Bijloos e.a., 2017, p. 37.

Ongeveer 25% van het werk van de respondenten van de enquête besteden ze aan onverwachte zaken danwel incidenten (Bijloos e.a., 2017, p. 33). Dit vraagt flexibiliteit. Veranderingen doorvoeren is volgens de respondenten een belangrijke maatstaf van goed bestuur. Dit kan te maken hebben met regelmatige wijziging in de wet- en regelgeving, waardoor onder meer veranderingen plaatsvinden in de financieringsbronnen, de manier van toezichthouden en de manier van verantwoording afleggen. Binnen deze context zoeken bestuurders naar een bindende visie voor hun organisatie (zie de volgende tabel).

Aspect	2005	2010	2015
Veranderingen doorvoeren	69%	59%	64%
Formuleren van een bindende visie	60%	63%	60%
Spanningen en dilemma's hanteren	36%	41%	42%
Bedrijfseconomische resultaten	43%	48%	37%
Medewerkers stimuleren	36%	38%	35%
Eigen stijl aanpassen	24%	22%	22%
Besluitvaardigheid	21%	18%	15%

Figuur 16: maatstaven voor effectief bestuur (percentages, maximaal drie antwoorden), Bijloos e.a., 2017, p. 39.

De door de respondenten van de enquête en in de interviews besproken veranderingen zijn schaalvergroting, nieuwbouw/renovatie, verbeteren ICT-structuur, nieuwe vormen van samenwerking, veranderingen in de topstructuur en het kiezen voor een andere managementstijl (zie bijlage 5).

In de enquête heb ik gevraagd op welke gerealiseerde verandering de bestuurder het meest trots is (één antwoord mogelijk).

- Het verbeteren van de kwaliteit van de zorg die geleverd wordt staat op één (32%),
- gevolgd door cultuuromslag (18%),
- marktpositie van de organisatie verbeteren (16%) en
- financiële resultaten (11%).
- Op een succesvolle reorganisatie is 9% het meest trots en nog eens 9% op iets anders.
- Op een fusie is 5% van de respondenten het meest trots (zie ook Bijloos e.a., 2017, p. 40, met de opmerking dat het geen open vraag was).

Er zijn ook onbedoelde veranderingen mogelijk. Zo kan een 'cultuurverandering' een geleidelijke en onbewuste verandering zijn.

De *license to lead* van zorgbestuurders hangt onder andere af van de manier waarop zij tijdens hun werk aan een verandering vorm weten te geven. De in de interviews en focusgroep genoemde elementen die hierbij een rol spelen, zijn:

- 1) de strategische keuzes bij het doorvoeren van de verandering,
- 2) en in het bijzonder het draagvlak dat ze hierbij weten te krijgen en
- 3) de beïnvloedingsmacht die ze weten te creëren.
- 4) Voor zorgbestuurders als collectief is het van belang aan te tonen dat de veranderingen die ze doorvoeren bewezen effect hebben. Dit effect kan bijvoorbeeld zijn het stroomlijnen van de zorg rondom de cliënt/patiënt, innovatie, kwaliteitsverbetering en het continueren van zorg en werkgelegenheid in tijden van bezuiniging.

Deze elementen worden hierna op basis van de interviews en focusgroep toegelicht.

De wijze van sturen bij een verandering (1) en de motieven om te veranderen zijn van groot belang voor het succes van een verandering (Ten Have, 2017). In paragraaf 3.7 wordt als belangrijke verandering in de afgelopen 15 jaar schaalvergroting genoemd. Door schaalvergroting verandert de positie van de organisatie en daarmee de beïnvloedingsmacht (3). Door bijvoorbeeld meer landelijke dekking en een breder zorgaanbod neemt de afhankelijkheid van individuele gemeenten en verzekeraars af. De organisatie kan meer invloed krijgen ten opzichte van deze en andere belanghebbenden, omdat

ze een groter aandeel van de markt beïnvloedt. In landelijke netwerken, bijvoorbeeld de branches, hebben grotere organisaties ook een belangrijkere stem. Bij het ministerie van VWS komen deze organisaties gemakkelijker aan tafel. Aan de andere kant hebben instellingen die alleen in een bepaald dorp gevestigd zijn vaak meer verwevenheid met de lokale gemeenschap, omdat ze meestal een gezamenlijke identiteit hebben, waardoor ze juist lokaal veel beïnvloedingsmacht hebben.

Er zijn verschillende rechtvaardigingsgronden in de focusgroep genoemd voor een bepaalde schaal. Wanneer bijvoorbeeld gezocht wordt naar het stroomlijnen van de zorg rondom de cliënt/patiënt kan dit soms leiden tot een fusie, maar ook tot samenwerking of innovatie.

De strategische keuzes (1) kunnen gaan over de vorm die aan de verandering wordt gegeven. Zo kan gekozen worden voor een horizontale (met een of meer vergelijkbare organisaties) of verticale (met andersoortige organisatie(s)) fusie, maar ook voor samenwerking, bijvoorbeeld het verdelen van het werkgebied of investeren in kennis van de 'anderhalve lijn', zoals de huisarts. Hierbij is van belang dat bij het doel van de verandering de meest logische vorm wordt gekozen. Het juridische en fiscale kader speelt daarbij een rol: welke vorm geeft minder weerstand en levert het meeste financiële voordeel op? De geïnterviewden omschrijven situaties waarbij eerst de vorm en dan de strategie wordt gekozen en situaties waarbij eerst de strategie wordt gekozen en dan de invulling. Dit tweede betekent dat niet gestart wordt met het doel te fuseren, maar met het doel bijvoorbeeld de zorg rond de cliënt/patiënt te coördineren en dat dan wordt gekeken welke organisatievorm daar het beste bij past. Ook bij de invulling van de nieuwe organisatie kan kritisch worden gekeken hoe het doel het beste wordt gediend: is het nodig om een gezamenlijke identiteit te hebben of is het juist beter de lokale identiteit van de deelorganisaties te behouden? Niet altijd werkt het in deze volgorde. Soms vindt er een organisatieverandering plaats waarbij niet de meest passende governancestructuur wordt gezocht, maar wordt gekeken hoe alle personen aan de top een plek kunnen krijgen in de nieuwe organisatie. Dit kan tot 'ongelukkige huwelijken' leiden. Uit onderzoek van Postma blijkt dat een derde van de fusies afgebroken wordt (2015). Uit hetzelfde onderzoek van Roos (2018) en Postma (2015) blijkt dat bij 38% van de respondenten de fusie niet door is gegaan vanwege verandering in inzicht in het nut van de fusie (32%) of een veranderend(e) standpunt/relatie tussen betrokken bestuurders (30%).

De rol van de zorgbestuurder is ook gelegen in de manier waarop hij de verandering borgt. Dit begint al bij de zorgvuldige weging van belangen (2) om een verandering in gang te zetten en het blijven heroverwegen gedurende de verandering. Hierbij is het

besluitvormingsproces van belang. Dit geven de geïnterviewde zorgbestuurders vorm door informeel contact met medewerkers (meelopen/luisteren) en het organiseren van bijeenkomsten. Indirect proberen ze medewerkers te verbinden door een gezamenlijke inhoudelijke koers te vinden en hun management team te stimuleren om medewerkers en cliënten/patiënten te betrekken. Voor het betrekken van cliënten/patiënten worden verschillende strategieën gekozen, ook omdat de cliënten/patiënten niet altijd in staat zijn om in een bijeenkomst hun stem te laten horen. Ook veranderen de zorgbestuurders processen in de organisatie. Dit kan bijvoorbeeld zijn door bepaalde zaken inzichtelijk te maken voor iedereen, maar ook door het aanpassen van de organisatiestructuur. Het doel is om bijvoorbeeld meer op de inhoud en dichter bij de zorg de beslissingen te nemen. Hiermee proberen de geïnterviewde zorgbestuurders ook uit hun 'ivoren toren' te komen. Dit kan wel spanningen geven met het management team: zij worden hierbij soms gepasseerd of 'overruled'. De professionaliteit van de bestuurder ligt in het organiseren van het proces zodat alle belanghebbenden zich gehoord voelen en mee worden genomen in het uiteindelijke besluit enerzijds. Anderzijds ligt deze in het houden van de regie om te zorgen dat het uiteindelijke besluit leidt tot kwalitatief goede zorg en (in het geval van bezuiniging) zo min mogelijk negatieve effecten heeft voor medewerkers en cliënten/patiënten.

De betrouwbaarheid aan de onderhandeltafel wordt ook bepaald door de manier waarop het veranderproces (1) is vormgegeven. Wanneer de verandering goed doordacht is en intern draagvlak (2) heeft, kan dit helpen om deze goedgekeurd en gefinancierd te krijgen.

De *license to lead* van zorgbestuurders staat onder druk wanneer er geen bewezen meerwaarde (4) is van de veranderingen, zoals schaalvergrotingen, die worden doorgevoerd. Deze meerwaarde heeft te maken met de fase waar de organisatie zich in bevindt. Wanneer de organisatie op het punt staat failliet te gaan, kan de meerwaarde zijn het overleven. Janssen (2017) schat dat zo'n 20% van de zorginstellingen onder bijzonder beheer staat (bij navraag onder andere gebaseerd op het Jaarverslag 2016 van de Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector waarin staat dat 18% -53 organisaties- van het totale aantal deelnemers onder verhoogde risicobewaking staan). Het effect kan dan ook zijn dat faillissement wordt voorkomen. Een uitkomst kan ook zijn dat de organisatie wordt opgeheven, bijvoorbeeld als de toegevoegde waarde van de organisatie ten opzichte van concurrenten niet meer helder is of omdat de organisatie financieel niet meer overeind kan blijven. Door landelijke bezuinigingsmaatregelen is het lastig om het resultaat zichtbaar te maken: de meerwaarde kan zijn dat de organisatie minder verlies draait dan anders, maar dit leidt alsnog tot een negatief resultaat. Een geïnterviewde zorgbestuurder zegt hier bijvoorbeeld over: *"Als je te maken hebt met een sector, waar*

continu sprake is van budgetvermindering, en in het kader van decentralisatie gaat dat soms met tientallen procenten, dat red je het nooit en te nimmer met 'lean' of 'lage overhead'... Als het gaat om meetbare resultaten, dan is het in tijden waarin mensen ontslagen worden en sommige zorg niet meer geleverd kan of mag worden, soms lastig om positieve uitkomsten te realiseren."

Maar ook zonder deze onmiddellijke dreiging worden door de geïnterviewde zorgbestuurders de kwetsbaarheid van de instelling (weinig financiële ruimte) en het kunnen omgaan met financiële tegenvallers genoemd als factoren die de resultaten negatief kunnen beïnvloeden. Soms is de netto opbrengst van de verandering dat een bezuinigingsmaatregel van de overheid een iets minder desastreus impact heeft op de organisatie dan zonder de verandering oftewel het minimaliseren van het verlies. Financiële successen zijn lastig in tijden van bezuiniging. De geïnterviewde zorgbestuurders geven aan succes te zien in bijvoorbeeld het gelijk blijven van medewerkers- en klanttevredenheid in tijden van bezuiniging. Ook kan een succes zijn dat de zorg geleverd kan blijven worden en de kwaliteit gehandhaafd blijft, ondanks bezuinigingsmaatregelen.

Door de invulling van het proces (1) kunnen veranderingen worden 'verankerd', bijvoorbeeld wanneer voor een nieuwe organisatievorm of governancestructuur wordt gekozen.²⁹ De veranderingen die doorgevoerd worden, hebben effect (4) op de staat van de organisatie die de bestuurder achterlaat. Het kunnen formele veranderingen zijn, zoals de (juridische) organisatiestructuur en ook meer informele effecten die het gevolg zijn van de verandering, bewust of onbewust. Maar ook de rol en positie van de bestuurder zelf kunnen door de verandering veranderen. Daarnaast kan de verandering effect hebben op de zorg en het zorgstelsel.

Uit de interviews wordt duidelijk dat bij het inzetten van veranderingen niet altijd wordt gewerkt op basis van de *best available evidence* hoe een verandering vorm te geven en de redenen voor verandering niet altijd goed zijn doordacht en deze niet altijd matchen met het soort verandering die wordt ingezet. Hierdoor zijn veranderingen niet per definitie verbeteringen. Dit kan de legitimiteit van zorgbestuurders negatief beïnvloeden.

Er wordt veel veranderd in de zorg. Positieve effecten die de geïnterviewde zorgbestuurders hiervan noemen, zijn dat instellingen meer naar buiten zijn gericht en dat er meer wordt gezocht naar samenwerking rondom de cliënt/patiënt. Dat wordt gezocht naar

29 Salancik en Pfeffer (1977) spreken over *institutionalizing power*, wanneer het doel van het creëren van relatief permanente structuren en beleid is om de macht van een bepaalde groep binnen een organisatie te versterken (ten koste van een andere groep).

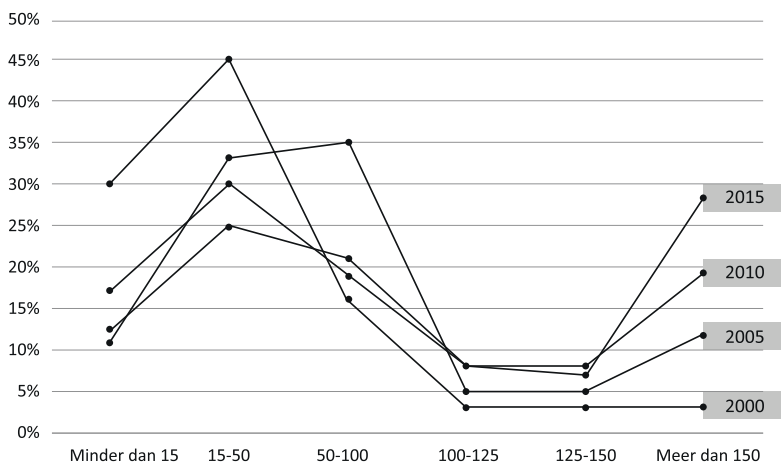
innovatieve manieren om de zorg te organiseren. Dat cliënten/patiënten langer thuis wonen en dat er nieuwe vormen van zorg ontstaan. Dat in het maatschappelijke debat meer aandacht wordt gevraagd voor kwetsbare mensen. Dat door strengere regels en efficiëntieslagen meer aandacht wordt gegeven aan de kwaliteit van zorg. Dat ondanks bezuinigingen wordt gezocht naar manieren om niet 'rendabele' zorg mogelijk te blijven maken. Sommige veranderingen leiden echter tot weinig merkbare effecten. Zo merkt een cliënt/patiënt er weinig van of dezelfde zorg door aanbieder x of y wordt geboden.

De specifieke *setting* leidt tot specifieke vereisten aan zorgbestuurders. Hierbij gaat het om hun vermogen draagvlak vanuit de verschillende regimes (gemeenschap, overheid en markt) te genereren en hun bekwaamheid in deze *setting* de organisatie goed te sturen. Dit bepaalt mede de *license to lead* van zorgbestuurders op zowel individueel- als op organisatie- en systeemniveau.

3.7 Schaalvergroting

Een belangrijke verandering in de afgelopen decennia die de aandacht heeft van politiek en media is schaalvergroting. In deze paragraaf wordt de schaalvergroting apart besproken, omdat deze (los van andere veranderingen) invloed heeft op de *license to lead* van zorgbestuurders. Het effect op de *license to lead* van zorgbestuurders op verschillende niveaus (individu, raad van bestuur en zorgbestuurders als collectief) is in paragraaf 5.6 toegelicht.

Zorgorganisaties zijn in de afgelopen jaren gegroeid. In figuur 17 wordt duidelijk dat er ten opzichte van 2000 minder kleine organisaties (met een omzet onder de 15 miljoen) zijn en meer grote organisaties (met een omzet boven de 150 miljoen).



Figuur 17: bedrijfsopbrengsten in miljoenen euro's (percentage), Bijloos e.a., 2017, p. 28.

Binnen de bestuurskamer heeft zich in de afgelopen decennia een aantal veranderingen voorgedaan. Sinds 2000 is het aantal eenhoofdige besturen met ongeveer 9% toegenomen tot 44% in 2015. Het aantal meerhoofdige besturen met collegiale verantwoordelijkheid is na een daling in 2005 ongeveer gelijk gebleven rond de 42% in 2015. Het aantal besturen met een eerstverantwoordelijke directeur/bestuurder is afgenomen van 22% in 2000 naar 12% in 2015. Het aantal leidinggevende niveaus is afgenomen. In 2015 heeft 25% van de deelnemende organisaties slechts twee leidinggevende niveaus. In 2005 was dit nog 9% (zie onder meer Bijloos e.a., 2017, p. 28-29, Van der Scheer, 2013 en bijlage 5).

Een logische veronderstelling is dat proceslegitimiteit door de jaren heen belangrijker is geworden, nu besturen te complex is (geworden) voor het vormen van een persoonlijke relatie met alle belanghebbenden. Immers het aantal leidinggevende niveaus is afgenomen en de omvang van organisaties is toegenomen. Dit blijkt ook uit de uitgevoerde enquête: de inbreng van professionals op het organisatiebeleid is geformaliseerd. Zo is het percentage organisaties met een duaal bestuur (dus met een vertegenwoordiging vanuit de professionals in het bestuur) van 6% in 2005 gegroeid naar 12% in 2015. Duaal management is toegenomen van 37% in 2005 naar 51% in 2015 (Bijloos e.a., 2017, p. 29, zie ook paragraaf 3.5). Professionals hebben ook meer formele inspraak in besluitvorming: er is een toename van een vrijblijvende adviesstructuur naar een verplichte adviesstructuur en er worden ook steeds vaker alternatieve manieren gevonden om de inbreng van professionals op het organisatiebeleid te vergroten. Dit gebeurt bijvoorbeeld door het vertegenwoordigen van professionals in de staf, door een alternatieve organisatiestructuur te creëren (coöperatie) of op informele wijze (zie onder andere Bijloos e.a., 2017, p. 29). Ook de managementstijl is veranderd van actieve sturing naar meer zelfmanagement:

	2000	2005	2010	2015
Zelfmanagement	10%	14%	24%	43%
Actief sturend management	51%	53%	42%	28%
Meevoelend management	25%	25%	28%	25%
Geduldmanagement	13%	4%	3%	2%
Confronterend management	2%	5%	4%	2%

Figuur 18: opvatting respondenten over het managen van professionals (percentages, slechts één antwoord mogelijk) ,Bijloos e.a., 2017, p. 30.

De veranderingen die hier zijn omschreven zijn deels te verklaren door veranderende opvattingen over leiderschap, waarbij de bestuurder niet langer de *great man* is, maar zijn leiderschap deelt en besluiten gezamenlijk met anderen in de organisatie neemt. Door wet- en regelgeving wordt deze vorm van besturen ook gestimuleerd: de mede-

zeggenschapsorganen krijgen in de wetgeving verdergaande bevoegdheden, waardoor bestuurders geen ingrijpende besluiten kunnen nemen zonder hen te raadplegen (zie paragraaf 4.2.4). Door het toenemen van de organisatieomvang is dit wellicht ook een noodzakelijke stap: bestuurders kunnen niet alles meer weten, overal bij betrokken zijn en alle besluiten nemen. Door de toenemende zorgvraag en druk op de budgetten is het verklaarbaar dat in managementlagen 'gesneden' is. Dit kan er weer toe leiden dat de samenstelling van de raad van bestuur wordt gewijzigd. Een geïnterviewde bestuurder: *"De organisatie had de structuur van een eenhoofdige raad van bestuur en een directielaag en daaronder een laag van managers. En in de hele gehandicaptenzorg zie je dat er gekeken wordt hoe we de organisatie meer zelfsturend kunnen laten zijn. En de overhead terugbrengen. En ik denk dat dat ook een heel goede ontwikkeling is. Want het was wel erg druk aan de top in een heleboel organisaties. ... En de bestuurder die er nu zit die is ontzettend creatief. Heeft duizend ideeën. Maar hij kon in het verleden terugvallen op die hele directielaag om daar ook handen en voeten aan te geven. En die is er nu niet meer."* Daarom is in de organisatie van de geïnterviewde bestuurder gekozen om de raad van bestuur uit te breiden van een eenhoofdige naar een tweehoofdige raad van bestuur.

In 2012 schrijft de onderzoekscommissie Toezichtfunctie VUmc in het rapport 'Weer in contact komen' over de risico's van schaalvergroting wanneer deze niet zorgvuldig gebeurt: *"De kwaliteit van het toezicht komt vanaf ca. 2007 geleidelijk onder druk te staan. Dat komt door een combinatie van factoren, zoals de deels opportunistische werkwijze met betrekking tot de samenstelling van de RvT [raad van toezicht] als gevolg van de beoogde fusies waardoor de RvT onvoldoende grip had op de eigen samenstelling. Hoewel de toezichtstaak veel complexer werd, accepteerde de RvT deze gang van zaken kennelijk bewust. (...) In de literatuur is bekend dat naar mate de raad van commissarissen groter is, de neiging van het bestuur om aan commissarissen (vertrouwelijke) informatie te onthouden groter zal zijn. Daar komt nog bij dat door de invoering van de divisiestructuur (2007) het bestuur op grotere afstand van de operatie geraakte. De RvT organiseerde in deze periode onvoldoende een eigen informatievoorziening met de werkorganisatie om deze afstand te overbruggen."*

De RvT is er jegens het VUmc niet in geslaagd de kwaliteit en de continuïteit van het bestuur voldoende te waarborgen. De kwaliteit van het bestuur werd geleidelijk uitgehold en de samenstelling van het bestuur was inhoudelijk en qua omvang volgens de commissie niet meer toegerust voor de complexiteit van het medisch-wetenschappelijk bedrijf...De commissie adviseerde om een vierhoofdige raad van bestuur in te stellen, waarvan ten minste twee medisch specialisten (van verschillende origine) deel uitmaken "om het contact met de werkvloer en de afdelingen te kunnen intensiveren". Daarnaast benadrukte zij het belang van een verkleining van de gelaagdheid in de organisatie en van de positionering van het medisch primaat in het centrum van de organisatie." (Grinwis e.a. 2012, p. 19-21, geciteerd

in de Thematische Wetsevaluatie bestuursrechtelijk toezicht op de kwaliteit van de zorg, ZonMw, 2013). Dit citaat benadrukt de afstand tussen de raad van bestuur en de werkvloer en de negatieve invloed op de kwaliteit van het bestuur als gevolg van schaalvergroting (door fusie).

In de omgevingsanalyses bij de Parlementaire enquête Woningcorporaties werd ook een zeker verband tussen grootschaligheid en besturingsproblemen vastgesteld: *“Veel semipublieke organisaties zijn gaandeweg uitgegroeid tot grootschalige en complexe/hybride ondernemingen: ook zorginstellingen zijn via schaalvergroting en fusies steeds meer «concerns» en «meervoudige» instellingen geworden met daarbinnen verschillende typen activiteiten (georganiseerd in divisies of op locaties), met verschillende rechtsvormen (stichtingen, BV's maar gaandeweg ook coöperaties) en in veel gevallen voorzien van een eenhoofdig bestuur. ...*

De schaalvergroting en toegenomen complexiteit en hybriditeit hebben in een aantal gevallen tot grote problemen in de governance geleid. De ‘concerns’ bleken gaandeweg last te krijgen van aansturingsproblemen, de afstand tot het primair proces werd te groot, de specifieke kennis/vaardigheden om te besturen en toezicht uit te oefenen ontbrak hier en daar, en de betrokkenheid van belanghebbenden nam af (een toenemende anonimiteit). Analyses van misstanden wijzen er vooral op dat binnen de grootschalige verbanden de interne besturing vaak niet op orde is. In onderzoek en beschouwingen klinkt steeds vaker de (retorische?) vraag of de governance van de semipublieke organisaties wel voldoende meegegroeid is met de ontwikkeling naar grootschaligheid en complexiteit.” (Kamerstuk II 2014/15, 33606, nr. 9, p. 53-54).

Zoals hiervoor beschreven zijn door schaalvergroting raden van bestuur verder verwijderd van het werkproces. De grootte van de instelling en de ervaren afstand tussen bestuur en werkvloer zijn niet aan elkaar gelijk, maar hangen af van de manier waarop het bestuur haar taak uitoefent (Stoopendaal, 2008). Stoopendaal (2008) noemt ook

- extensie (het creëren van een samenhangende structuur van documenten, materialen en geschoolde en getrainde mensen),
- verbindingen (overbruggen van grenzen tussen bijvoorbeeld buitenwereld en organisatie door bijvoorbeeld vertalen van verschillende belevingswerelden),
- ontmoetingsplaatsen (organisatorische nabijheid door standaardisatie, relationele nabijheid door een gezamenlijk ethos, institutionele nabijheid door gezamenlijke regels en temporele nabijheid door een gemeenschappelijke visie op de toekomst) en
- begrenzingen (grenzen aangeven aan bijvoorbeeld verantwoordelijkheden, discretionaire ruimte te definiëren en afstand houden)

als manieren om te besturen. Dit zijn manieren om draagvlak te krijgen die niet gebaseerd kunnen worden op persoonlijk draagvlak aangezien in veel gevallen de persoonlijke relatie ontbreekt.

De commissie die het onderzoek bij de woningcorporaties heeft uitgevoerd, pleit voor een onderscheid in schaling tussen de organisatie (het bestuur), de financiering en de dienstverlening: financiering kan bijvoorbeeld op een andere schaal worden georganiseerd dan de dienstverlening. *"In de discussies zou in onze visie niet zozeer de vraag naar de optimale bestuurlijke schaal centraal moeten staan, maar de vraag hoe het beste klantgerichte dienstverlening hand in hand kan gaan met een robuust financieersmodel en een efficiënte sturing en beheersing. ... Bij deze voorbeelden is de vraag niet het groot- of kleinschalig organiseren, maar zijn de wijze van organiseren en de schaal van organiseren een afgeleide van het streven naar toegankelijkheid, herkenbaarheid en kwaliteit. En daarbij staat de dienstverlening dicht bij de klant zonder dat die iets merkt van de manier en de schaal waarop de financiering en de bestuurlijke organisatie zijn vormgegeven."* (Kamerstuk II 2014/15, 33606, nr. 9, p. 54-55).

Minister Schippers merkt in de Tweede Kamer op dat een fusie meerwaarde moet hebben en geen vlucht moet zijn (Kamerstuk II 2015/16, 32012, nr. 38). Onderzoek van Roos (2018) toont aan dat fuseren niet altijd een verbetering van de kwaliteit van zorg oplevert of gunstigere prijzen voor de geleverde zorg, vaak eerder het tegenovergestelde. Het publiek baseert haar mening niet op wetenschappelijke feiten. De uitkomstlegitimiteit wordt dan ook eerder verkregen door het gevoel dat er winst is behaald. Echter, wanneer dit gevoel niet bestaat (eerder het gevoel van verlies) en er geen bewijs is dat dit gevoel kan weerleggen, kan niet ontkracht worden dat andere factoren zoals statusverhoging of onkunde een rol spelen. Dit kan afbreuk doen aan de persoonlijke legitimiteit, namelijk het beeld van zorgbestuurders als bekwame managers.

3.8 Gedrag en karakter: rechtvaardigingsgronden

Op basis van de onderzoeksdata blijkt dat zorgbestuurders voornamelijk binnen hun organisatie werken om hun *license to lead* te behouden. Voor het verkrijgen van draagvlak wordt niet alleen gebruik gemaakt van democratische methoden, maar eerder rechtvaardigen de geïnterviewde zorgbestuurders hun beleid op basis van hun eigen visie. Het leidende principe van 'goede zorg' is voor bestuurders de duidelijke vertaling van hun taak en de taak van de organisatie (zie paragraaf 3.6). Hierbij botsen soms de opvatting van de zorgbestuurder en de organisatie over wat bijvoorbeeld goede zorg is.

In de focusgroep van zorgbestuurders is de vraag gesteld: kunt u een casus schetsen waarin uw legitimiteit onder druk stond? De volgende casus zijn besproken:

- een situatie waarin de bestuurder een nieuwe divisiestructuur implementeerde,
- een situatie waarin het instellingsterrein waar cliënten woonden werd heringericht,
- een situatie waarin de raad van toezicht is teruggetreden,
- een situatie waarin een bestuurder besluit af te zien van een fusie en
- een situatie waarin de bestuurder besluit niet langer te concurreren met een vergelijkbare instelling in de regio, maar te gaan samenwerking door de zorg te verdelen op basis van inhoudelijke expertise.

De beschreven situaties zijn situaties waarin de bestuurders het als hun missie zien om de functie van de instelling, het leveren van goede zorg, zo goed mogelijk te vervullen. Dit gaat ook om de toekomstige zorg: is de organisatie in staat veranderingen het hoofd te bieden en klaar voor de volgende generatie zorgvragers? Hoewel er in de situaties sprake was van een verlies van legitimiteit over een bepaalde periode, was deze focus op zorgaanbod ook de belangrijkste manier om mensen uiteindelijk mee te krijgen.

De bestuurders uit de focusgroep zochten daarnaast naar legitimiteit in het proces. Zo maakte een bestuurder gebruik van *mediation* om draagvlak te creëren terwijl hij formeel ook een besluit had kunnen nemen zonder dit draagvlak. Transparantie wordt genoemd als belangrijke waarde, maar ook het met elkaar bespreken en uit onderhandelen ondanks dat de bestuurder formeel de macht heeft om de beslissing te nemen. Dit zoeken naar draagvlak richt zich voornamelijk op de medezeggenschapsorganen en medische staf.

De waardering voor het werk van de bestuurder komt in de meeste crisissituaties niet uit de organisatie, maar uit het gevoel het goede voor de organisatie te doen. Een bestuurder geeft zijn eigen overtuiging als volgt weer: "*Je bent je legitimiteit pas echt kwijt, als je club failliet gaat.*" Dit staat dus los van de mening van de omgeving. Op momenten is er getwijfeld door de leden van de focusgroep of ze niet ontslag moeten nemen. De koers opgeven lijkt echter geen optie: iemand moet het doen. Het volgen van persoonlijke waarden kan ook betekenen dat de bestuurder zijn legitimiteit 'teruggeeft': wanneer de uitkomst niet bijdraagt aan het gestelde doel (betere zorg), zal de bestuurder zijn conclusies trekken. Onder de bestuurders in de focusgroep is dit voorgekomen. Zijn de bestuurders altijd overtuigd van hun eigen gelijk? Ze zoeken wel bevestiging bij anderen wanneer iedereen tegen de voorgenomen plannen lijkt. Dit kan zijn door intervisie met collega's, sparren met de raad van toezicht, de medebestuurder of familie (zie ook paragraaf 3.3).

Het risico bij conflictsituaties is dat het een machtsstrijd wordt: wie is de baas in de instelling: de bestuurder of de raad van toezicht of de medezeggenschap of het ma-

nagement team of de specialisten? De uitkomst van het conflict is dan niet alleen een korte termijn overwinning, maar ook bepalend voor de machtsverdeling in 'het huis'. Bestuurders geven aan deze machtsstrijd te proberen te doorbreken door draagvlak te zoeken.

Bij de gehandicaptenzorg, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg wonen cliënten ook op het terrein. De bestuurder beweegt zich dus met zijn beleid letterlijk in het huiselijke domein van deze cliënten. De medewerkers werken vaak ook al jaren bij deze cliënten 'in huis'. Bestuurders ondervinden weerstand wanneer ze de leefomgeving van cliënten aantasten.

Een zorgbestuurder brengt in één van de focusgroepen een casus in waarbij hij een bestuurder opvolgde met een heel grote *license to lead*, waardoor hij deze bestuurder nooit kon evenaren. Hierdoor bleef de functie steeds *ad interim* vervuld: er was niemand goed genoeg. Over het algemeen zien de leden van de focusgroep dat soms bewust een interimfase wordt ingebouwd om de nieuwe bestuurder weer een neutralere uitgangspositie te geven dan direct te benoemen na het vertrek van een voorganger (met een grote *license to lead*). De leden van de focusgroep omschrijven ook verschillende situaties waarin de erfenis van de voorganger bestond uit 'puin ruimen', bijvoorbeeld het opvolgen van een driehoofdig bestuur dat onderling niet goed met elkaar omging en in de organisatie ook een soort dieldeling van geledingen teweeg had gebracht. Het zichtbaar maken van problemen als nieuwe bestuurder in de organisatie kan volgens de groep ook bijdragen aan de *license to lead*. Dit kan soms 'niet netjes afstralen' op de voorganger: om de eigen *license to lead* te vergroten, wordt bewust de *license to lead* van de voorganger afgebroken. De focusgroep geeft aan dat de *license to lead* gebonden is aan de persoon wat het effect heeft dat ook de resultaten die een bestuurder bereikt gemakkelijk ongedaan gemaakt worden op het moment dat deze bestuurder weg is, zeker als zijn *license to lead* niet heel groot was.

Het belang van de verstandhouding met de collega-bestuurder is volgens de geïnterviewde bestuurders en *searchers* en de respondenten van de enquête dan ook groot. Collega-bestuurders kunnen een belangrijke rol spelen voor het behouden of verliezen van de *license to lead*. Ze zijn voor hun *license to lead* ook van elkaar afhankelijk: de raad van bestuur is een orgaan, wanneer de ene bestuurder zijn *license to lead* verliest, kan de ander deze ook kwijt raken. De bestuurder moet soms een afweging maken hoeveel zijn *license to lead* hem waard is: geïnterviewde bestuurders noemen hun eigen morele kompas als 'ondergrens': als hun eigen waarden worden overschreden, zouden ze hun *license to lead* moeten teruggeven. De vraag is of ze dit ook altijd zullen doen: dat kan wel het verlies van de baan betekenen. Wanneer een bestuurder het gevoel heeft dat

zijn collega morele grenzen overschrijdt, is hij ook de eerste die de *license to lead* van zijn collega ter discussie kan stellen in plaats van zelf weg te gaan. Een geïnterviewde bestuurder geeft aan die afweging te hebben gemaakt en uiteindelijk te hebben gekozen te blijven om deze reden.

Uit de interviews komt het beeld naar voren dat zorgbestuurders op organisatieniveau veel aandacht besteden aan het proces van besluitvorming. Dit doen ze op verschillende manieren. Ze zoeken draagvlak voor hun beslissingen bij medewerkers en cliënten/patiënten. Enerzijds willen ze hiermee het gevoel van betrokkenheid vergroten, anderzijds hopen ze ook draagvlak te vinden voor de uitkomst. Bij medewerkers proberen bestuurders ook een gevoel van verbondenheid te bereiken. Anderzijds houden bestuurders ook bewust een bepaalde afstand tot de organisatie om voelsprietten te blijven houden voor veranderingen in de buitenwereld en ook de langere termijn te betrekken. Dit vertaalt zich in de opmerking dat een bestuurder op een gegeven moment zijn effectiviteit verliest of, zoals in de Governancecode Zorg 2017 vastgelegd, dat bestuurders moeten blijven reflecteren of zij nog passen bij de opgaven waar de zorgorganisatie de komende jaren voor staat.

Uitkomst gaat wel voor op proces: het kunnen blijven leveren van goede zorg zien zorgbestuurders als hun primaire taak, waarbij soms ook 'harde' keuzes moeten worden gemaakt, soms tegen de wensen van de organisatie of de medebestuurders in.

3.9 Conclusie

Op basis van de praktijk kan worden gesteld dat de mate waarin draagvlak (zie figuur 1) wordt geworven, samenhangt met de dominante legitimiteitsvorm die wordt gehanteerd: persoonlijke legitimiteit, proceslegitimiteit of uitkomstlegitimiteit. Op basis van dit onderzoek lijkt de mate van draagvlak op de volgende manier te koppelen aan de verschillende legitimiteitsvormen.

Om **legitimiteit** te krijgen om te besturen is voornamelijk de manier waarop zorgbestuurders hun werk doen van belang (proceslegitimiteit). Op basis van de interviews en de enquête zijn er aanwijzingen dat zorgbestuurders veel tijd spenderen en veel belang hechten aan het meekrijgen van de interne organisatie bij besluitvorming. In het dagelijks werk besteden zorgbestuurders dus aandacht aan proceslegitimiteit. Dit komt deels door wetgeving waardoor belanghebbenden inspraak krijgen. De juridische normen die voor zorgbestuurders gelden, spelen hierbij een rol.

De bekwaamheid van de bestuurder ligt onder meer in het organiseren van het proces zodat alle belanghebbenden zich gehoord voelen en mee worden genomen in het

uiteindelijke besluit, maar ook in het houden van de regie dat dit uiteindelijke besluit leidt tot kwalitatief goede zorg en (in het geval van bezuiniging) zo min mogelijk negatieve effecten voor medewerkers en cliënten/patiënten. Proceslegitimiteit alleen is niet voldoende voor het hebben van een duurzame *license to lead*. Bijvoorbeeld omdat ook de belangen van belanghebbenden zonder stem, zoals toekomstige zorggebruikers, zouden moeten worden meegenomen om tot de beste beslissing te komen.

Ook bij de werving van een nieuwe zorgbestuurder is proceslegitimiteit steeds meer centraal komen te staan; *searchers* en raden van toezicht zoeken bij de werving van een nieuwe bestuurder bewust naar draagvlak door belanghebbenden - binnen en soms ook buiten de organisatie - bij het wervingsproces te betrekken. Bijvoorbeeld door werving op basis van een openbaar profiel. Dit draagt bij aan de legitimiteit van de bestuurder in de organisatie.

Om **goedkeuring** te krijgen zijn de kennis, keuzes en het gedrag van individuele zorgbestuurders van belang (persoonlijke legitimiteit). Dit heeft een intellectuele en een morele component. Welke kennis en inzicht voor een zorgbestuurder nodig zijn, hangt af van de tijd en context waarin wordt bestuurd. Zo is voor zorgbestuurders de nadruk meer op het zijn van verbinder dan het zijn van leider komen te liggen. Ook hebben de betrokkenheid bij het primaire proces en het betrekken van de medezeggenschap bij besluitvorming een grotere rol gekregen. Het profiel van het soort bestuurder dat nodig is, verandert wanneer zich nieuwe uitdagingen voordoen. Een bestuurder met een brede kennis en snelle leercurve zal eerder met deze veranderingen kunnen omgaan. Zoals eerder gesteld is er meer nadruk komen te liggen op het systeem van professionaliseren en het ontwikkelen van het 'vak' van besturen. De NVZD werkt bewust aan het vergroten van de *license to lead* van zorgbestuurders als collectief door vakontwikkeling: het verder ontwikkelen en invulling geven aan wat het 'vak' van zorgbestuurder inhoudt. Deze ontwikkelingen kunnen bijdragen aan het draagvlak van de zorgbestuurder, zowel op individueel niveau als voor de bestuurders als collectief. De accreditatie biedt gedeeltelijk een antwoord op de negatieve publiciteit rond zorgbestuurders en zorgbestuurders bouwen daarmee actief aan hun *license to lead*. De accreditatie stelt echter geen ondergrens voor bekwaam bestuur waardoor het in die zin geen *license to practice* biedt: de accreditatie richt zich niet zozeer op de bekwaamheid van zorgbestuurders als wel op de bereidheid van zorgbestuurders om zich te ontwikkelen. Die ondergrens is wel van belang voor de toegevoegde waarde van het accreditatiesysteem, maar hoeft niet per se in het systeem zelf geborgd te worden, ook andere *gatekeepers* kunnen een *license to practice* creëren door bijvoorbeeld het eisen van een bepaald professionaliseringspad bij de werving van zorgbestuurders door raden van toezicht. Hoewel de introductie van marktwerking tijdelijk heeft geleid tot het benadrukken van rollen als ondernemer en er

een tijd een scheiding is geweest tussen bedrijfskundig opgeleide bestuurders en medisch opgeleide bestuurders, lijken deze werelden nu steeds meer samen te komen en is er juist druk van buitenaf voor garanties voor nog meer zorginhoudelijke betrokkenheid en maatschappelijke oriëntatie van zorgbestuurders. Deze oriëntatie beïnvloedt de sociale waardering voor het handelen van de bestuurder, waarbij ondernemerschap bijvoorbeeld minder waardering krijgt dan voorheen.

Om **vertrouwen** om te besturen tot stand te brengen, is het voornamelijk van belang dat zorgbestuurders zichtbaar maken dat ze effectief en doelmatig handelen, daardoor met hun werk bijdragen aan het brengen van de organisatie naar een volgende fase danwel de organisatie stabiel houden en een bijdrage leveren aan goede, toegankelijke en betaalbare zorg voor de instelling, de regio en/of het stelsel (uitkomstlegitimiteit). De bestuurder brengt deze uitkomsten tot stand in verbinding met de organisatie en buiten de grenzen van de organisatie. Dit bouwen vereist het treden buiten bestaande praktijken om de organisatie en/of het stelsel verder te helpen, en de focus ligt daarmee op vernieuwing. Duurzaamheid van het draagvlak is hierbij van belang om de behaalde uitkomsten te bereiken en te bestendigen. Om dit te bereiken is het nodig dat bestuurders veranderingen weten vorm te geven en daarbij draagvlak en beïnvloedingsmacht weten te creëren. In de praktijk vergroten ze hun beïnvloedingsmacht onder meer door schaalvergroting. Door de invulling van het besluitvormingsproces kunnen veranderingen worden ‘verankerd’, bijvoorbeeld wanneer voor een nieuwe organisatievorm of governancestructuur wordt gekozen. De veranderingen die doorgevoerd worden, hebben zo effect op de staat van de organisatie die de bestuurder achterlaat.

Het leidende principe van ‘goede zorg’ is voor bestuurders de duidelijke vertaling van hun taak en de taak van de organisatie. Hierbij botsen soms de opvatting van de bestuurder en de organisatie over wat bijvoorbeeld goede zorg is. Uit de enquête en de interviews komt dus niet het beeld naar voren dat bestuurders draagvlak zien als enige factor voor hun werk. In de keuzes die zij maken, spelen ook andere afwegingen een rol. Zo zoeken ze ook naar manieren om de belangen van de cliënten/patiënten die zich niet goed kunnen laten horen en het bredere maatschappelijke belang bij besluitvorming een rol te laten spelen, zoals het behoud van zorg voor bepaalde cliënten/patiënten in een regio. De geïnterviewde zorgbestuurders vertrouwen hierbij ook op hun eigen ervaring en waardenafweging. Wel betreft de bestuurder in het uitzetten van de koers de verschillende belangen, maar hij vaart hier vooral op zijn eigen inzicht wat deze belangen zijn. Persoonlijke overtuigingen spelen dus een belangrijke rol. Het lijkt bestuurders eerder te gaan om het meekrijgen van belanghebbenden in de door henzelf geformuleerde koers dan om het creëren van een koers met de belanghebbenden gezamenlijk.

Op basis van het voorgaande kan aan de mate van draagvlak de dominante vorm van legitimiteit worden gekoppeld:

Mate van draagvlak	Dominante vorm van legitimiteit
Vertrouwen	Uitkomstlegitimiteit
Goedkeuring	Persoonlijke legitimiteit
Legitimiteit ²⁹	Proceslegitimiteit

Figuur 19: de relatie tussen de mate van draagvlak en de dominante vorm van legitimiteit.

In de praktijk spelen de elementen die de *license to lead* bepalen op de verschillende niveaus van de individuele zorgbestuurder, de raad van bestuur als orgaan en zorgbestuurders als collectief een verschillende rol.

3.9.1 De *license to lead* van de individuele zorgbestuurder

Op basis van de interviews, focusgroep en enquête lijkt de manier waarop individuele zorgbestuurders in de praktijk bouwen aan hun *license to lead* voornamelijk bepaald door:

- de machtsstructuur in de organisatie. Alhoewel zorgbestuurders over het algemeen academische en postacademische opleidingen hebben gevolgd en gemiddeld 25 jaar managementervaring hebben, beroepen ze zich niet primair op de bekwaamheid om gezag af te dwingen. De persoonlijke relaties van de zorgbestuurder met relevante belanghebbenden en de vraag wie in de organisatie bepalend is/zijn, beïnvloeden de persoonlijke legitimiteit van de zorgbestuurder. Dit speelt volgens de geïnterviewde bestuurders en de focusgroep een belangrijke rol bij draagvlakcreatie.
- de intellectuele kennis, kunde en het gedrag van de zorgbestuurder zelf. De in het vorige punt genoemde kennis en ervaring lijken zorgbestuurders vooral nodig te hebben om in het proces van besluitvorming draagvlak te vinden. Ze gebruiken hun kennis en ervaring dus wel, maar niet als legitimiteitsgrond op zichzelf (niet: 'ik heb ervoor gestudeerd, dus ik wil verder geen discussie', maar: 'ik heb ervoor gestudeerd om de discussie in goede banen te leiden').
- de morele kennis, keuzes en gedrag (ervaringsinzicht hoe het goede te doen en de keuze om daarnaar te handelen), zijn van belang bij de gezochte uitkomst van de zorgbestuurder. Deze richt zich over het algemeen op het leveren van goede zorg, maar wat dit inhoudt en voor welke zorg de bestuurder verantwoordelijk is, is niet eenduidig bepaald. Wanneer geen overeenstemming kan worden bereikt met belanghebbenden over wat goede zorg inhoudt, kiezen bestuurders soms voor

30 De ondergrens kan ook worden aangeduid als het verwerven van acceptatie, zie figuur 1.

wat hen het beste lijkt boven de meningen van anderen, ook wanneer ze hierdoor draagvlak van belanghebbenden verliezen. Wanneer blijkt dat de keuzes van de bestuurder gunstig uitwerken voor de belanghebbenden kan hiermee het draagvlak ook weer worden teruggewonnen.

3.9.2 De *license to lead* van raden van bestuur

In de praktijk beïnvloeden de persoonlijke relaties en wie in de organisatie bepalend is/zijn (machtsstructuur) in belangrijke mate de persoonlijke legitimiteit van de raad van bestuur (de status die de raad van bestuur heeft). In de praktijk kan een slimme omgang met macht de raad van bestuur meer draagvlak opleveren dan bijvoorbeeld vakbekwaamheid. Ook voor raden van bestuur, net als voor individuele zorgbestuurders, geldt dus dat niet altijd de beste raad van bestuur (qua kennis, kunde en ervaring) ook het meeste draagvlak krijgt. Of dit in iedere organisatie geldt en in welke mate, valt op basis van dit onderzoek niet te zeggen.

Voor raden van bestuur als orgaan spelen de formele (in wet- en regelgeving en andere institutionele teksten verankerde) machtsstructuren een belangrijke rol bij de manier waarop het besluitvormingsproces wordt vormgegeven. Oftewel het naleven van wet- en regelgeving is voor de proceslegitimiteit een belangrijke maatstaf. Maar ook hier, net als bij individuele zorgbestuurders, geldt dat het naleven van wet- en regelgeving alleen niet voldoende is. De manier waarop de raad van bestuur de organisatie door de veranderende context en eisen van de omgeving weet heen te sturen, bepaalt hun proceslegitimiteit. Voelt de ondernemingsraad zich bijvoorbeeld gehoord wanneer door bezuinigingsmaatregelen ontslagen vallen?

In de praktijk worden ook raden van bestuur (net als individuele zorgbestuurders) afgerekend (bepalend voor hun uitkomstlegitimiteit) op een moreel gedragen uitkomst (namelijk een uitkomst waarover overeenstemming bestaat bij belanghebbenden als de best mogelijke uitkomst waarbij de waarden die van belang zijn op een goede manier zijn gewogen). In dit hoofdstuk is inzichtelijk gemaakt dat overeenstemming over wat de best mogelijke uitkomst is, niet altijd zo makkelijk te bereiken valt. Bijvoorbeeld het leveren van de best mogelijke zorg lijkt op het eerste gezicht wellicht een uitkomst waarover weinig discussie kan ontstaan. Maar op het tweede gezicht kan er een groot verschil in invulling zijn van wat onder goede zorg moet worden verstaan. Zo kan het zijn dat de raad van bestuur de best mogelijke zorg ziet als de meest effectieve en doelmatige zorg en de patiëntenraad dit ziet als de meest persoonsgerichte zorg. Het kan dan zijn dat de raad van bestuur in zijn ogen de organisatie in staat stelt de best mogelijke zorg te leveren, maar dit toch niet leidt tot (uitkomst-)legitimiteit. Of de resultaten kunnen worden bereikt door de raad van bestuur, hangt ook af van de fase

waarin de organisatie zich bevindt: wanneer deze onder bijzonder beheer staat, zal het financieel op orde brengen van de organisatie prioriteit hebben boven het verbeteren van het zorgproces.

3.9.3 De *license to lead* van zorgbestuurders als collectief

In de praktijk is de afgelopen jaren in institutionele teksten, waaronder wet- en regelgeving, aangescherpt aan welke criteria een zorgbestuurder moet voldoen. Dit is de graadmeter voor de mate van draagvlak voor zorgbestuurders in de semipublieke *setting*, omdat gebrek aan draagvlak leidt tot institutionalisering. Deze institutionele teksten leiden tot een breder gedragen inzicht in wat goed bestuur is en waaraan goede bestuurders moeten voldoen. Bij het ontwikkelen van deze teksten draagt ook het debat over goed bestuur bij aan een gedragen normenkader voor goed bestuur. Door bijvoorbeeld te benoemen dat het beste voor de maatschappij en het beste voor de organisatie niet altijd hetzelfde zijn (denk aan het verlenen van verliesgevende zorg) en hier een bestuurlijk dilemma kan ontstaan, is geëxpliciteerd dat de maatschappelijke doelstelling voor gaat voor de organisatiedoelstellingen.

De NVZD besteedt aandacht aan vakontwikkeling waarbij normen voor professioneel bestuur worden geëxpliciteerd.

Voor de inrichting van het wervingsproces van zorgbestuurders, zo blijkt uit de interviews en de focusgroep, is op collectief niveau minder aandacht. Ook de veranderende context is een uitdaging waar individuele zorginstellingen en hun bestuurders aandacht aan besteden, wellicht in sector- of regionaal verband, maar waaraan niet door zorgbestuurders als collectief richting wordt gegeven.





4 Theoretische verdieping

4.1 Inleiding

De thema's die uit de analyse van de interviews en focusgroep naar voren kwamen, zijn gebruikt om te zoeken in wetenschappelijke teksten. In dit hoofdstuk worden de gevonden wetenschappelijke uitgangspunten en theorieën besproken.

Niveaus waarop de *license to lead* wordt gevormd

Er zijn door het combineren van de interviews en focusgroep met de literatuur elementen gevonden die van invloed zijn op de *license to lead* van zorgbestuurders. Het gaat om

1. systeemkenmerken,
2. organisatiekenmerken en
3. persoonskenmerken

(deze niveaus komen overeen met figuur 2 in paragraaf 1.2). Deze drie typen kenmerken zijn gebruikt als 'kapstok' voor de theorie in de paragrafen 4.2, 4.3 en 4.4 van dit hoofdstuk.

Op systeemniveau (1) beïnvloedt de wijze waarop de zorg georganiseerd is welke belanghebbenden de *license to lead* kunnen verlenen, vergroten en ontnemen. Stelselwijzigingen bepalen welke (verander)opgaven zorgbestuurders hebben en beïnvloeden daarmee de *task difficulty* en de uitkomstlegitimiteit en dus ook de *license to lead* van zorgbestuurders. Het morele kader voor het handelen van zorgbestuurders wordt onder andere gevormd door de juridische kaders voor zorgbestuurders. Op basis van wet- en regelgeving wordt gekeken welke elementen een zorgbestuurder een goede (als in: legitieme) zorgbestuurder maken. Ook andere institutionaliseringstendensen op systeemniveau zijn van invloed op de *license to lead*, namelijk vakontwikkeling van zorgbestuurders als collectief en de manier waarop de werving van zorgbestuurders is vormgegeven.

Op organisatieniveau (2) werken deze systeemkenmerken door. Daarnaast is de specifieke organisatiecontext relevant. De fase waar de organisatie zich in bevindt en hoe met macht³¹ wordt omgegaan in de organisatie zijn hierbij op basis van de theorie relevante factoren voor de *license to lead*. Op basis van organisatiekundige theorieën

31 Salancik en Pfeffer (1977) omschrijven macht als het vermogen om dingen gedaan te krijgen op de manier waarop je wilt dat ze gedaan worden. In deze dissertatie wordt waar nuttig een onderscheid gemaakt tussen autoriteit/gezag (morele macht), formele status (positiemacht) en/of afdwingbaarheid (machtsmiddelen).

wordt gekeken welke elementen een zorgbestuurder een goede (als in: effectief en doelmatige³²) zorgbestuurder maken.

Ten slotte beïnvloeden op individueel niveau persoonskenmerken (3) van de bestuurder zijn *license to lead*. Hierbij spelen zijn professionaliteit, zijn deugdzame karakter³³, hoe hij omgaat met (systeem)veranderingen en hoe hij zijn handelen rechtvaardigt (zie voetnoot 9) een rol. Oftewel zijn kennis en kunde, zijn karakter en zijn gedrag beïnvloeden de *license to lead* van de zorgbestuurder. Op basis van management-, leiderschapsliteratuur en organisatiekundige literatuur wordt gekeken welke elementen een zorgbestuurder een goede (als in: professionele) zorgbestuurder maken. Op basis van de deugdenethiek wordt gekeken naar het deugdzame karakter. Ook vormen van rechtvaardigingsgronden en hoe deze de *license to lead* beïnvloeden worden besproken.³⁴

4.2 Systeemniveau

4.2.1 De semipublieke setting

De zorg is een publieke dienst die wordt verleend door private dienstverleners. Hetzelfde geldt voor onderwijs en sociale woningbouw. Het collectief van organisaties met

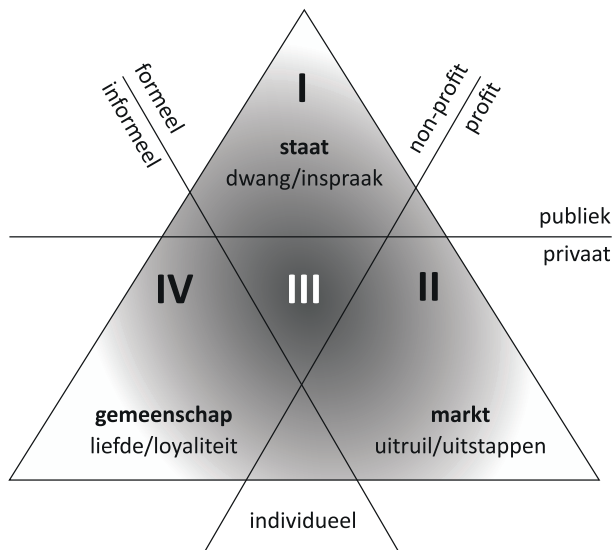
32 Met 'effectief' wordt het antwoord op de vraag bedoeld: wordt het doel bereikt?

Met 'doelmatig' wordt het antwoord op de vraag bedoeld: zijn de middelen die zijn ingezet de meest geëigende om het doel te bereiken?

33 Een deugdzaam karakter wordt in deze dissertatie beschouwd langs lijnen van het werk van Aristoteles: het gaat om de intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag bedoeld om het beste te doen, voortkomend uit een bestendige dispositie. Aristoteles ziet deugden/karakter als onderscheiden van intellect. Zijn opvatting over intellectuele en morele kennis zijn in deze definitie samengevat, maar de definitie komt dus niet direct van Aristoteles. Overigens vallen alle kenmerken uit paragraaf 4.4 onder deze definitie. Voor de leesbaarheid worden ze apart besproken, waarbij in paragraaf 4.4.2 het morele element van het karakter wordt uitgelicht. Deugden komen volgens Aristoteles voort uit een dispositie: "*Met disposities bedoel ik datgene wat we hebben op grond waarvan het goed of slecht met ons gesteld is ten aanzien van de emoties. We hebben bijvoorbeeld een slechte dispositie ten opzichte van woede als we op heftige wijze of ongeremd woedend worden.*" (Aristoteles, 350 v.C./Hupperts en Poortman (vert.) 2005, p.135). Vrij vertaald gaat het om het vermogen tot zelfbeheersing. Deugdzaam handelen vraagt een bestendige dispositie, anders zou een deugdzame handeling ook een 'toevalstreffer' kunnen zijn (vergelijk Aristoteles, 350 v.C./Hupperts en Poortman (vert.) 2005, p. 109).

34 Kets de Vries (2007) verbindt organisatie- en persoonskenmerken in een driehoek van organisatie-/omgevingscontext, ondergeschikten en de leider. De aspecten die hij noemt (karaktertypen en waarden/attitudes en overtuigingen van leider en ondergeschikten, groepscohesie, de positie en ervaring van de leider, leiderschapsstijl, de aard van de taak, de fase van de organisatie, variabelen in de organisatie, bedrijfscultuur, aard van de bedrijfstak en de sociaaleconomische/politieke omgeving) komen in dit hoofdstuk terug. Daaraan wordt hier kennis van de bestuurder toegevoegd. De manier van rechtvaardigen en de omgang van bestuurders met verandering zouden onderdeel kunnen uitmaken van wat Kets de Vries 'leiderschapsstijl' noemt.

dit kenmerk wordt ook wel omschreven als de 'derde sector'. Alle organisaties in deze sector hebben gemeen dat ze *caring organizations* zijn: "*Care for others on a voluntary basis, directed at a more or less defined and exclusive "other," is regarded as their common denominator.*" (Brandsen e.a., 2005, p. 751). Ook interacteren ze met de overheid, de markt en de gemeenschap. De mate van interactie verschilt tussen organisaties en ook in de tijd. Brandsen e.a. (2005) omschrijven vier types 'derde sector organisaties', weergegeven in figuur 20 (gebaseerd op Pestoff, 1992, en Zijdeveld, 1999). Figuur 20 laat zien dat sommige organisaties in de derde sector formeler georganiseerd zijn dan andere en dat organisaties dichterbij en verder weg van de eerste, tweede en vierde sector geplaatst kunnen worden. Voor zorgorganisaties geldt dat er variaties zijn tussen verschillende organisaties: de gemeenschap kan informeel zorg verlenen aan elkaar, ze kan daarbij georganiseerd raken, subsidie krijgen of winst gaan maken en dus bewegen van het snijvlak met de vierde sector naar het snijvlak met de eerste of tweede sector (Brandsen e.a., 2005, p. 753).

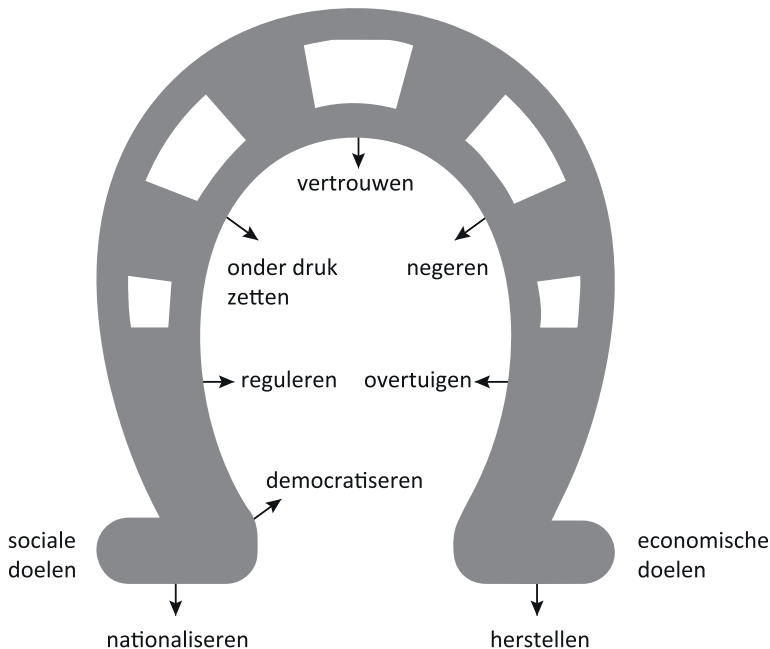


Figuur 20: de verhouding tussen staat, markt, gemeenschap en de derde sector, gebaseerd op Brandsen e.a., 2005, p. 752, die het model hebben ontwikkeld naar Pestoff, 1992 en Zijdeveld, 1999.

Hoe dichterbij organisaties op het raakvlak van een andere sector komen, des te meer ze onderhevig zijn aan het regime van die sector. Dit gebeurt niet vanzelf: organisaties en hun bestuurders kunnen hierbij een actieve rol spelen. Vanuit de organisatie kunnen professionals of cliënten/patiënten initiatieven nemen die leiden tot beweging richting een andere sector, bijvoorbeeld om de positie van de organisatie te versterken. Maar ook vanuit de omgeving kunnen initiatieven komen, bijvoorbeeld van de gemeenschap die vrijwilligerswerk op zich neemt ten behoeve van een zorginstelling.

Mintzberg (1985, p. 47) omschrijft de invloed van het snijvlak waar de organisatie zich bevindt op de handelingsruimte van de bestuurder als volgt: *"The various viewpoints on corporate control can be laid out along a political spectrum, from nationalization at one end to restoration of shareholder power at the other. From the managerial perspective, however, those two extremes are not so far apart."*

Both call for direct control of the corporation's managers by specific outsiders: in one case by the government, to ensure the pursuit of social goals; in the other by the shareholders, to ensure the pursuit of economic ends. It is the moderate positions - notably, trusting the corporation to the social responsibility of its managers - that are furthest from these extremes. Seen in this way, the spectrum assumes the shape of a horseshoe."



Figuur 21: Politiek spectrum van ingrijpen in organisaties door bijvoorbeeld politiek of aandeelhouders. Gebaseerd op de 'conceptual horseshoe' van Mintzberg, 1985, p 49.

Dus de mate van vertrouwen die een organisatie krijgt, is medebepalend voor hoeveel controle er is op het werk van de bestuurder. Wanneer er weinig vertrouwen is, zal de

buitenwereld (afhankelijk van het snijvlak de overheid, de markt of de gemeenschap) meer geneigd zijn om directe controle uit te oefenen.³⁵

De zorg is in Nederland geregeld op het snijvlak tussen publiek en privaat. Er zijn verschillende mechanismen waarmee de zorg wordt gereguleerd en gecontroleerd. Het doel is om de zorg voor eenieder die deze nodig heeft toegankelijk te houden ondanks een toenemende zorgbehoefte door onder andere vergrijzing (zie ook paragraaf 4.2.3). De introductie van marktwerking en tegelijkertijd de toenemende overheidsregulering hebben effect op de besturing van zorgorganisaties (zie onder meer Putters, 2009).

Het verkrijgen van de *license to lead* voor zorgbestuurders als collectief wordt beïnvloed door deze semipublieke *setting*. Deze bepaalt de taakstelling van zorgbestuurders en daarmee de uitkomstlegitimiteit. Ook bepaalt het de proceslegitimiteit, namelijk wie de belanghebbenden zijn en hoe hun belangen moeten worden meegewogen bij een beslissing (zie paragraaf 4.4.3). Wanneer draagvlak voor zorgbestuurders als collectief afneemt, is het mogelijk dat regulerings- of zelfs nationaliseringstendenzen optreden waarmee ook de handelingsruimte voor raden van bestuur en individuele zorgbestuurders kan afnemen.

4.2.2 Wie de *license to lead* kan ontnemen

De zorg bevindt zich dus in een meervoudigheid van institutionele ordes: staat, markt, maatschappelijk middenveld³⁶ en professionele zelfregulering (Helderman, 2007, Bal, 2008 en Putters e.a., 2009). Elke institutionele orde kent haar eigen sturing. Bij de staat is de dominante vorm van sturing regulering, bij de markt het contract, bij het maatschappelijke middenveld het (corporatistisch) overleg en bij de professionele zelfregulering gedeelde normen (Bal, 2008). De sturing is dus afhankelijk van de institutionele orde waarin een bepaalde sector zich bevindt (Bal, 2008 en Putters e.a., 2009). Sturingsinstrumenten in de zorg zijn opgezet omdat er veel verschillende publieke belangen tegelijkertijd in het geding zijn in deze sector. Deze hebben onder andere betrekking op de kwaliteit van de zorg, de toegankelijkheid, efficiëntie, solidariteit, werkgelegenheid, sociale zekerheid, milieu, hygiëne, financiële stabiliteit en het voorkomen van fraude (Putters e.a., 2009). Hoek schrijft in zijn dissertatie dat er in de gezondheidszorg sprake is

35 Leiders hebben een belangrijke rol bij het verkrijgen van het vertrouwen voor de organisatie (Miao e.a., 2014) oftewel vertrouwen in de organisatie is verbonden met vertrouwen in de leidinggevenden (Wong e.a., 2003). Uit onderzoek blijkt dan ook dat managers hun handelen bewust rechtvaardigen op een manier waarvan ze verwachten dat dit bijdraagt aan hun legitimiteit en dus aan het vertrouwen dat in hen en hun organisatie wordt gesteld (Sitkin en George, 2005, Long, 2018). Draagvlak, handelingsruimte en vertrouwen zijn dus aan elkaar verbonden.

36 Waarmee wordt bedoeld burgers en hun belangenbehartigers.

van drie governance-werelden (publieke, private en professionals-governance), waarbij de ene governance wereld niet belangrijker is dan de andere (2007, p. 234). Tegelijkertijd stelt hij ook dat de publieke governance voor een groot deel de kaders en het speelveld bepalen voor beide andere governance werelden (2007, p. 234). De eerdergenoemde *conceptual horseshoe* van Mintzberg (zie paragraaf 4.2.1) laat zien dat bij verschillende governance regimes verschillende manieren van sturing passen. Hierna worden sturingsinstrumenten uit het publieke, private, markt en professionele domein besproken.

Publieke domein

Bij de publieke functie van zorginstellingen past overheidstoezicht. De Autoriteit Consument en Markt (ACM) controleert fusies en overnames (www.acm.nl). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevordert betaalbaarheid, toegankelijkheid en transparantie van de zorg. Ze houdt markttoezicht op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) bewaakt en bevordert de veiligheid en kwaliteit van de zorg. De IGJ handelt onder andere op basis van klachten (in 2017 waren dit er 7000). Daarnaast handelt zij op basis van eigen risico inschatting. De IGJ kan strafrechtelijk onderzoek doen, een last onder dwangsom en bestuurlijke boetes opleggen. Daarnaast kan de IGJ waarschuwingen geven, aanwijzingen en zelfs bevelen geven. Een andere maatregel is het onder verscherpt toezicht stellen van een instelling. De IGJ en NZa doen ook gezamenlijk onderzoek.³⁷ De IGJ betreft ook de raad van toezicht bij haar toezicht op goed bestuur. De NZa kan een aanwijzing geven, een last onder bestuursdwang of dwangsom opleggen of een bestuurlijke boete opleggen (artikel 78, 80 Wet marktordening gezondheidszorg). De minister van VWS kan op grond van artikel 27 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en artikel 9.3 eerste lid van de Jeugdwet een zorgaanbieder een aanwijzing geven met als doel de praktijk in overeenstemming te brengen met de wettelijke normen. De inhoud van de aanwijzing kan zijn een concrete opdracht of de verplichting om een deskundige bij te plaatsen in de raad van bestuur of raad van toezicht en als ultieme maatregel het uitbreiden met of vervangen van één of meer leden van de raad van toezicht of raad van bestuur.³⁸ De minister heeft dus een formele bevoegdheid om de *license to lead* van een zorgbestuurder te ontnemen. Deze bevoegdheid is gemandateerd aan de IGJ (wat betekent dat de IGJ onder verantwoordelijkheid van de minister een aanwijzing kan geven, maar dat de minister ook nog steeds bevoegd is om het zelf te doen).

37 www.igj.nl geraadpleegd 28 mei 2018.

38 Kamerstuk II, 2015/16, 32012, nr. 35, p. 8-9: "De afgelopen jaren ligt het aantal gegeven aanwijzingen op jaarbasis in de langdurige zorg en de curatieve zorg tezamen in de orde van 15 à 20."

Bij Zorggroep Alliade leidde in 2016 de constatering dat de schijn van belangenverstrengeling was gewekt, hoewel er volgens de IGJ (toen nog IGZ) en NZa formeel geen regels waren overtreden, tot een serie aanbevolen maatregelen van de inspecties. Eén van de maatregelen die de instelling heeft genomen, was het ontslaan van de directeuren.³⁹ Deze casus kwam aan het licht op basis van berichtgeving in de media, die dus ook een rol spelen bij het bepalen van op welke zorginstellingen toezicht wordt gehouden en bij de vraag wat toelaatbaar is. Hier heeft de IGJ dus direct invloed uitgeoefend op het verlies van de *license to lead* van de directeuren zonder formeel ingrijpen.

Hoewel de NZa, de ACM en de IGJ in het huidige zorgstelsel ieder hun eigen taken en verantwoordelijkheden hebben en de taakverdeling in samenwerkingsprotocollen nader is uitgewerkt, is er op sommige terreinen toch sprake van samenloop van bevoegdheden en spanningen door tegengestelde normen (Legemaate e.a., 2013).

Op grond van de WTZi worden zorginstellingen toegelaten tot de zorgsector en mogen daarmee zorg verlenen en contracten sluiten met verzekeraars. Ook hierbij geldt overheidstoezicht. Wanneer niet voldaan wordt aan de eisen in de WTZi en Wkkgz kan de zorginstelling een last onder bestuursdwang of dwangsom opgelegd krijgen en is de minister van VWS bevoegd de toelating in te perken of in te trekken (artikelen 13 en 14 WTZi). De aanpassingswet op de WTZi, die op het moment van schrijven, 7 december 2018, in behandeling is bij de Tweede Kamer, maakt dat voor deze toelating nadere voorwaarden worden gesteld.

De minister van Binnenlandse Zaken handhaaft de WNT. Wanneer een bestuurder een hogere bezoldiging krijgt dan volgens de wet toegestaan is, krijgt de zorginstelling een last onder dwangsom opgelegd (artikel 5.4 WNT). De overtreding wordt openbaar gemaakt. Niet zozeer de last onder dwangsom alswel de openbaarmaking kan de *license to lead* van zowel de individuele zorgbestuurder als van zorgbestuurders als collectief schaden door negatieve publiciteit en publieke verontwaardiging.

Als het gaat om overheidstoezicht is de combinatie van overheidsbevoegdheid met de rol van de media van belang voor de *license to lead* van zorgbestuurders.

39 En na een tweede onderzoek, verschenen in maart 2019, het ontslaan van de voorzitter van de raad van bestuur.

Private domein

De interne toezichthouder, de raad van toezicht dan wel de raad van commissarissen, past bij een overheid op enige afstand en komt voor in het private domein en bij andere semipublieke organisaties.

In de statuten van stichtingen is geregeld wie de bestuurder benoemt en ontslaat (artikel 2:286 lid c Burgerlijk Wetboek). Op grond van de Governancecode Zorg 2017 is de raad van toezicht hiertoe bevoegd (artikel 6.5.2), net als voor jaarlijkse functioneringsgesprekken met de leden van de raad van bestuur (artikel 7.2).

In het private domein is dus de rol van de raad van toezicht van belang voor de *license to lead* van een zorgbestuurder.

Marktdomein

In het marktdomein geldt een centrale rol voor belanghebbenden die naar de rechter kunnen stappen (artikel 10 lid 2 Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, Wmcz). Zo heeft een centrale cliëntenraad via de Ondernemingskamer bewerkstelligd dat een onderzoek wordt gestart door de kamer naar tegenstrijdig belang dan wel (de schijn van) belangenverstrengeling van de bestuurder (Gerechtshof Amsterdam (2018), 30-04-2018, ECLI:NL:GHAMS:2018:1465). Op grond van artikel 2:298 BW kan een bestuurder van een stichting die iets doet of nalaat in strijd met wettelijke of statutaire bepalingen of die zich schuldig maakt aan wanbeheer ook door de rechter worden ontslagen op verzoek van het openbaar ministerie of van iedere belanghebbende. Deze bestuurder kan na zijn ontslag voor vijf jaar geen bestuurder meer zijn van een stichting.

Ook kunnen in het marktdomein banken, verzekeraars en het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) bij contractering eisen stellen aan goed bestuur en zij doen dit ook in de praktijk.

Zowel door wetgeving als door de afhankelijkheden die een zorginstelling heeft van zijn omgeving, kunnen in het marktdomein zowel interne als externe belanghebbenden druk uitoefenen op de *license to lead* van een zorgbestuurder.

Professionele domein

In het professionele domein van zorgbestuurders zelf zijn de accreditatie en de Governancecommissie van het Scheidsgerecht gezondheidszorg handhavingsinstrumenten van de normen van goed bestuur. Bij het Scheidsgerecht gezondheidszorg is een Governancecommissie ingesteld die kan toetsen op een eventuele schending van de Governancecode Zorg 2017. Hier zijn in 2015, 2016 en 2017 samen in totaal vier zaken

behandeld. In 2018 zijn vijf zaken behandeld. De commissie geeft een zwaarwegend, maar geen bindend advies. De brancheorganisatie waarbij de betrokken instelling aangesloten is, kan vervolgens maatregelen nemen, zoals opzegging van het lidmaatschap (<https://www.actiz.nl/nieuws/web/ouderenzorg/open/2017/12/de-governancecode-zorg-en-bv-constructies>).

Het handhavingsinstrumentarium in het professionele domein is beperkt, namelijk het opzeggen van het lidmaatschap van de beroepsvereniging (de NVZD) wanneer een bestuurder niet geaccrediteerd is dan wel, indirect, van de betreffende branchevereniging wanneer een organisatie zich niet houdt aan het advies van de Governancecommissie.

Binnen verschillende institutionele ordes zijn er dus bevoegdheden gecreëerd om een individuele zorgbestuurder en in het verlengde daarvan de raad van bestuur zijn positie en daarmee zijn *license to lead* te ontnemen. Die worden in de praktijk ook gebruikt.

4.2.3 Veranderende context

De taakstelling van zorgbestuurders wordt bepaald door de semipublieke *setting*, zoals gezegd in paragraaf 4.2.1. In de '*Volksgesondheid Toekomst Verkenning 2018*' (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2018) voorspelt het RIVM dat de uitgaven aan de gezondheidszorg in 2040 zullen zijn verdubbeld ten opzichte van 2015. Dit gaat gepaard met een stijging van de levensverwachting van gemiddeld 4,5 jaar. Dit komt volgens het rapport voor een derde deel door vergrijzing en bevolkingsgroei. Doordat ziekten beter behandeld kunnen worden, leven mensen ook langer door met een aandoening. Andere factoren zijn (technologische) vernieuwingen: met het ontdekken van nieuwe behandelmethoden stijgen ook de behandelkosten. De groei houdt niet altijd gelijke tred met de mate waarin de aandoening wordt voorkomen (RIVM, 2018).

Met een betekenisvolle verandering in de context is verandering van de organisatie dikwijls noodzakelijk of onvermijdelijk (Drucker, 1994). In deze paragraaf wordt de veranderende context voor zorgorganisaties en hun bestuurders besproken.

Janssen (2017) omschrijft op basis van zijn eigen ervaring als zorgbestuurder en op basis van literatuur de situatie van GGZ-instellingen die in de periode 2000-2010 met elkaar fuseren waardoor ze buiten hun eigen regio gingen opereren en waarmee de tien grootste organisaties samen bijna de helft van de totale sectorale omzet voor hun rekening nemen. Dit heeft de markt veranderd. Andere ontwikkelingen in de GGZ markt die Janssen in zijn oratie omschrijft zijn de komst van nieuwe toetreders vanaf 2008 die als 'spelveranderaars' worden gezien omdat zij door hun specialistische karakter in staat zijn de kosten te drukken en daarmee door verzekeraars worden gebruikt om tarieven

onder druk te zetten. In 2012 werd in het bestuurlijk akkoord GGZ een reductie van 30% van de klinische capaciteit afgesproken. Dit bracht onder andere een uitdaging hoe om te gaan met het vastgoed dat door deze ontwikkeling leeg zou komen te staan.

Door de financiële crisis zijn allerlei maatregelen genomen om de risico's van niet-gedekte leningen bij banken en voorschotbetalingen bij verzekeraars te reduceren. Het effect hiervan is dat de eisen aan zorginstellingen zijn aangescherpt, pas achteraf wordt vergoed op basis van daadwerkelijk geleverde zorg en leningen minder gemakkelijk verkregen worden. Het overbrengen van de verantwoordelijkheid voor delen van de zorg naar de gemeenten leidt bovendien tot fragmentatie. Verschillende gemeenten, banken en verzekeraars stellen verschillende eisen aan zorginstellingen voor het contracteren. In de verschillende sectoren spelen verschillende 'dreigingen' op verschillende momenten door verschillende regimes van wet- en regelgeving (Janssen, 2017).

Deze systeemveranderingen worden niet alleen beïnvloed door veranderingen in beleid en bezuinigingsmaatregelen op landelijk niveau, maar ook door een veranderend beeld wat goede zorg is. Zo heeft ambulantisering plaatsgevonden: zorg is gericht op het behandelen van mensen in hun eigen omgeving. Ook verwachten burgers wat anders van hun zorgverlener: burgers zijn kritischer geworden en er is minder 'natuurlijk gezag' voor artsen en andere zorgverleners. Door de verlengde levensverwachting en toenemende behandel mogelijkheden hebben burgers het idee van maakbaarheid en daarmee hooggespannen verwachtingen van zorg. Door de vergrijzing is aan de andere kant de grens van wat mogelijk is in zicht: de zorg kan niet aan iedereen geboden worden wanneer niet wordt bezuinigd (Putters, 2017).

Een deel van de zorginstellingen bevindt zich, door maatregelen vanuit de overheid om te komen tot kostenreductie gericht op het betaalbaar houden van het zorgstelsel, in een stadium van beheersing waarbij de focus ligt op het 'overeind' blijven van de instelling en het toegankelijk houden van de zorg, met weinig ruimte voor verbeteringen in het zorgproces. Dit kan de legitimiteit van zorgbestuurders negatief beïnvloeden en heeft daarmee een negatief effect op de *license to lead* van zowel de betreffende zorgbestuurder/raad van bestuur als van zorgbestuurders als collectief.

Voor individuele zorgbestuurders, raden van bestuur en daarmee zorgbestuurders als collectief zal de manier waarop ze omgaan met deze veranderende context van invloed zijn op zowel hun proces- als uitkomstlegitimiteit. Voor individuele zorgbestuurders kan de professionele omgang met deze uitdagingen bovendien hun persoonlijke legitimiteit beïnvloeden.

4.2.4 Juridische normstelling

Zoals gezegd in het theoretisch kader beïnvloedt institutionalisering de (duurzaamheid van de) *license to lead*. In de afgelopen 25 jaar zijn regels voor goed bestuur, zowel openbaar, als semipubliek, als privaat, in wet- en regelgeving en codes en kaders verankerd. Deze regels richten zich bijvoorbeeld op het proces van besluitvorming: dit moet op een eerlijke, transparante manier plaatsvinden. De achtergrond is dat hiermee de ongelijke machtsverhouding tussen bestuur en degenen die bestuurd worden, wordt rechtgetrokken: de machtige partij dient zich te houden aan bepaalde regels. In bijlage 2 is een overzicht van wet- en regelgeving en codes en kaders opgenomen. Samengevat gelden de volgende normen voor zorgbestuurders:

Norm	Verankering
Behoorlijk bestuur	BW, WTZi
Zorgvuldige besluitvorming	Wmcz, Governancecode Zorg 2017, Kader IGZ-NZa
Gemotiveerde besluitvorming	Governancecode Zorg 2017, Kader IGZ-NZa
Gelijke behandeling	Governancecode Zorg 2017
Verbod op machtsmisbruik	Governancecode Zorg 2017
Afspraak is afspraak	Governancecode Zorg 2017
Verantwoordelijk zijn	Governancecode Zorg 2017, Kader IGZ-NZa
Toetsbaar/transparant zijn	NVZ, Governancecode Zorg 2017, Kader IGZ-NZa, WTZi, Wmcz
Gepaste beloning bij publieke taak	WNT
Integriteit (belangenverstrengeling)	Governancecode Zorg 2017, Kader IGZ-NZa, BW
Verantwoording afleggen	Governancecode Zorg 2017, Kader IGZ-NZa, Wkkgz, Jeugdwet
Betrekken van belanghebbenden	Governancecode Zorg 2017, Kader IGZ-NZa, Wmcz
Doelgerichtheid en doelmatigheid	Governancecode Zorg 2017, Kader IGZ-NZa
Lerend en zelfreinigend vermogen	Governancecode Zorg 2017, Kader IGZ-NZa
Deskundigheid en competentie	Governancecode Zorg 2017, Kader IGZ-NZa
Zelf invulling geven aan waardenkader en dit zichtbaar maken in cultuur en gedrag	Governancecode Zorg 2017
In control zijn	Kader IGZ-NZa, Jeugdwet
Bewaken, beheersen en verbeteren kwaliteit van zorg	Wkkgz

Figuur 22: juridisch normenkader voor zorgbestuurders met verwijzing naar de bron.

Hieruit is het volgende te concluderen: *een goede zorgbestuurder neemt zorgvuldige, gemotiveerde besluiten waarin hij gelijke gevallen gelijk behandelt, belanghebbenden betreft en geen ander doel beoogt dan dat waarvoor hij bevoegd is. De bestuurder neemt verantwoordelijkheid, houdt zich aan zijn afspraken, is toetsbaar en open, legt verantwoording af en verdient een maatschappelijk verantwoorde beloning. Hij waakt voor belangenverstrengeling, leert van fouten en is deskundig en competent en in control. Hij is in staat*

*een waardenkader te ontwikkelen dat past bij de context van de eigen instelling. Daarbij bewaakt, beheerst en verbetert hij de kwaliteit van zorg systematisch. Zorgbestuurders als collectief weren slechte bestuurders.*⁴⁰

Bovenstaande typering van de goede zorgbestuurder kan worden gezien als het kader waarbinnen de zorgbestuurder zijn *license to lead* kan verwerven, waarbij de normstelling gebaseerd is op de politieke vertaling in wetgeving van de maatschappelijke opvatting van een goede zorgbestuurder gecombineerd met de eigen opvatting van zorgbestuurders hierover in de Governancecode Zorg 2017. Het bevat ook elementen van de *license to lead* als moreel kader. Ook geeft het weer hoe de *license to lead* wordt geïnstitutionaliseerd: in wet- en regelgeving en codes en kaders wordt invulling gegeven aan wat een bestuurder een goede zorgbestuurder maakt. Hierbij is ook van institutionalisering afgezien: er is geen wet goed bestuur in de zorg gekomen of een door de overheid opgelegde gedragscode, vanuit de gedachte dat moreel gedrag zich niet op deze manier laat dwingen (zie bijlage 2). Op papier zitten hier dus allerlei elementen van de *license to lead* in.

4.2.5 Vakontwikkeling

Professionele standaarden ontwikkelen zich door de tijd en in de context. Wat wordt gezien als professie is niet statisch en het woord 'professie' wordt ook gebruikt in verschillende contexten en met verschillende betekenissen.⁴¹

Het idee dat voor bepaalde beroepen professionele vaardigheden en gekwalificeerde training nodig zijn, is voor het eerst vastgelegd in Engeland in 1541 (Barnhart 1988, p.

40 In Kamerstuk II 2015/16, 32012, nr. 35 (p. 3) staan de eisen die gesteld worden aan de raden van bestuur en raden van toezicht als volgt samengevat:

- “- Open en integer
- Omgevingsbewust en participatief
- Doelgericht en doelmatig
- Lerend en zelfreinigend
- Verantwoordend en transparant”

Hierin ontbreekt een aantal van de genoemde elementen:

- Zorgvuldig en eerlijk
- Verantwoordelijk en betrouwbaar
- Gepast beloond en deskundig
- Vormend in waardenkader, cultuur en gedrag
- In control en gericht op verbetering

41 Zo gaan *job crafting* theorieën ervanuit dat individuen de inhoud van hun werk kunnen veranderen door andere taken uit te voeren of door de interactie tussen verschillende taken te veranderen of door de grenzen van hun kennis en relaties te verruimen (Wrzesniewski en Dutton, 2001).

844). In de negentiende eeuw ontstonden de eerste beroepsgroepen met expert-kennis, namelijk de medische, juridische en kerkelijke beroepen. Deze beroepsgroepen wilden een autonome positie verwerven ten opzichte van zowel de staat als de private sector (Elliot, 1972). Hiervoor werd een eigen kwaliteitskader met eigen sanctiemaatregelen ontwikkeld. Ook werd toegang tot de beroepsgroep exclusief: de groep zelf bepaalde wie er wel en niet bij mocht horen aan de hand van objectieve standaarden. Het werk van de groep was voorbehouden aan die specifieke beroepsgroep: zonder tot de groep te behoren was (en is) het (bij wet) verboden de diensten te leveren.

Noordegraaf e.a. (2015, p. 2) omschrijft een professie als: *"a vocation founded upon specialised educational training, the purpose of which is to supply objective counsel and service to others, for a direct and definite compensation, wholly apart from expectation of other business gain."* Hij vervolgt: *"Professional societies and its members are characterised by some extent of internal regulation and quality control, autonomy, power, status and prestige. There are two sides to such regulation: (a) the distinct right of professionals to perform acts that people are otherwise forbidden to do and (b) an obligation of the professions to organise internal control of quality of work. Only with obvious quality of work, transparent quality control and a not unreasonable honorarium for services, society is willing to trust the professions."*⁴² Bij een professie hoort een beroepsgroep die interne regulering heeft. Dit wordt ook onderschreven door Hoek (2007, p. 30): *"In professionals governance wordt de macht van de individuele beroepsbeoefenaar ingeperkt door de professionele standaards, de opleiding, de visitatie en de registratie. En als dat niet voldoende is, meestal ook nog door een vorm van eigen tuchtrecht."*

In de professionaliseringsliteratuur wordt de manier waarop en met welk doel de term 'professie' wordt gebruikt ook wel als *professional talk* gelabeld (Watson, 2002). Het gaat om een bewuste actie vanuit een beroepsgroep om zichzelf als beroepsgroep neer te zetten. Watson (2002) beargumenteert dat *professional talk* waardegeladen is en dat wetenschappers het meer neutrale woord *occupation* (in het Nederlands: werk/functie/baan) zouden moeten bezigen. *'Professionalism, in certain of its usages, tends to be a "bandwagon" idea—a vehicle used to further or defend particular occupational interests.'* (p. 94-95) Het gebruiken van *professional talk*, dus de manier waarop vakontwikkeling

42 Dit citaat komt uit een *position paper* en vat andere omschrijvingen van een professie samen, zie ook Carr-Saunders, 1928, Freidson, 1994, Greenwood, 1953 en Noordegraaf, 2007. Noordegraaf en Van der Meulen, 2008 en Van der Meulen, 2009 geven aan dat de pilaren van een professie bestaan uit cognitieve mechanismen (zoals kennis en scholing), normatieve mechanismen (zoals selectiecriteria, gedragscodes en sancties) en symbolische mechanismen (zoals toelatingsrituelen en een dienstverleningsethos).

wordt gebruikt om de belangen van een specifieke groep te bevorderen, in plaats van de professionalisering zelf zou onderwerp moeten zijn van wetenschappelijk onderzoek volgens hem.

Uit de definitie van een professie blijkt dat hier onmiskenbare voordelen aan zitten: autonomie, exclusiviteit, macht, prestige en status. *"In an article explaining the advantages that would follow from this achievement [erkend worden als beroepsgroep], the director general pointed to three benefits: (1) "It recognises the professionalism, body of knowledge and practical competence of our members" (i.e., "We have joined the premier league of professional bodies"); (2) "It makes us even more of a 'must belong' body for anyone who is professionally involved in people management and development"; and (3) "Our charter means that we are recognised as a 'must consult' body by policymakers in government and elsewhere on the whole range of people issues and work" (Armstrong 2000, 54). In his celebration of this occupational body's new status, its main spokesperson pressed a whole series of emotionally positive "buttons" that imply high occupational status, expert knowledge, social closure, and national influence."* (Watson, 2002, p. 103) Een baan een professie noemen is soms onderdeel van de strategie om bepaalde groepen met status te bekleden. Het verwerven van status en prestige kan op zichzelf de reden zijn om te 'professionaliseren' (Watson, 2002). Becker merkt in dit kader op: *"professions" are "simply those occupations which have been fortunate enough in the politics of today's work world to gain and maintain possession of that honorific title"* (Becker, 1970, p. 92). In de literatuur rond professionalisering wordt er, zoals gezegd, vaak vanuit gegaan dat beroepsgroepen zichzelf als zodanig profileren om zo hun belangen te behartigen (Parkin, 1974 en Watson, 2002). Hierom en gezien het feit dat de definitie van wat een professie is, verandert door de tijd, is het interessanter om de *professional talk* te ontleden dan om de vraag te beantwoorden of zorgbesturen een professie is (immers: dat hangt ervan af vanuit wiens perspectief, op welk moment en in welke context).

Een belang waarvoor vakontwikkeling wordt ingezet is om de reputatie van een specifieke groep te verbeteren. Schinkel en Noordegraaf (2011) vergelijken functionele omschrijvingen van wat een professie is naast machtsgeoriënteerde benaderingen. In de functionele omschrijvingen is interne controle en exclusiviteit van belang omdat de *professionals* een ingewikkelde taak hebben en lastige situaties behandelen, waarbij ze varen op hun unieke kennis. De machtsgeoriënteerde benaderingen zien de strijd om het label 'beroepsgroep' als een machtsstrijd waarbij bepaalde *professionals* kennis claimen ten opzichte van anderen (een voorbeeld hiervan is wanneer bestuurders zich afzetten tegen managers) en onderling (specialisaties binnen een beroepsgroep). Volgens deze benaderingen is er geen functionele noodzaak om een unieke status als professie te claimen, maar kan het een tactische zet zijn.

MacIntyre onderscheidt, in aansluiting op de deugdenethiek van Aristoteles, praktijken en instituties. MacIntyre definieert een praktijk als een gezamenlijke activiteit, waarin wordt gestreefd naar het zo goed mogelijk uitvoeren van de activiteit (MacIntyre 1984 in Beauchamp 2001). MacIntyre (1984 in Beauchamp 2001, p. 199): *"A practice is any coherent and complex form of socially established cooperative human activity through which goods internal to the form of activity are realized in the course of trying to achieve those standards of excellence which are appropriate to, and partially definitive of, that form of activity, with the result that human powers to achieve excellence, and human conceptions of the ends and goods involved, are systematically extended."* Praktijken zijn bijvoorbeeld de activiteiten van ouder, leraar of arts. Praktijken kunnen worden gevonden in instituties, disciplines en professies. Praktijken hebben een geschiedenis en traditie en de deelnemers aan de praktijk worden geacht bepaalde deugden te cultiveren en in stand te houden (Beauchamp, 2001, p. 199). De *goods internal to the form of activity* zijn specifiek voor die praktijk, bijvoorbeeld specifieke kennis. Er zijn ook *external goods* zoals status en inkomen. Deze kunnen op allerlei manieren worden verkregen en zijn dus niet intrinsiek verbonden aan de praktijk. Het verschil tussen praktijken en instituties is volgens MacIntyre dat instituties meer bezig zijn met *external goods* en gestructureerd zijn in termen van macht en status. Praktijken kunnen niet overleven zonder instituties, maar zijn niet hetzelfde. Een essentiële functie van een deugd is om de *'corrupting power of institutions'* die een negatieve invloed heeft op praktijken te weerstaan (Beauchamp, 2001, p. 199). Daarmee biedt deugdzaam handelen (zie paragraaf 4.4.2 voor een nadere invulling hiervan) een tegenwicht tegen corrumperende effecten van instituties. Deze benadering van MacIntyre sluit aan bij de vorige alinea en is interessant voor dit onderzoek aangezien de kritiek op zorgbestuurders zich juist richt op 'graaien' en op 'vriendjespolitiek' ofwel de *external goods* van de praktijk van zorgbestuurders (voor zover dit een praktijk is en geen instituut). Voor het vergroten van de *license to lead* is dit onderscheid tussen *internal goods* en *external goods* interessant, omdat in het publieke debat weinig aandacht is voor de *internal goods* van zorgbesturen (voor zover die er zijn. Uit dit onderzoek blijkt van wel).

MacIntyre koppelt deze *internal goods* aan *standards of excellence* (MacIntyre 1984 in Beauchamp 2001, p. 201-202): *"A practice involves standards of excellence and obedience to rules as well as the achievement of goods. To enter into a practice is to accept the authority of those standards and the inadequacy of my own performance as judged by them. It is to subject my own attitudes, choices, preferences and tastes to the standards which currently and partially define the practice. Practices of course, as I have just noticed, have a history: games, sciences and arts all have histories. Thus the standards are not themselves immune from criticism, but nonetheless we cannot be initiated into a practice without accepting the authority of the best standards realized so far."* Praktijken hebben dus bepaalde best prac-

tices. Wanneer we dit koppelen aan de deugdenethiek is het moreel kader (gedefinieerd als de meer of minder intersubjectieve - opvattingen over wat de goede uitkomsten, goede werkwijzen en goede motieven zijn) voor zorgbestuurders in te vullen door het nastreven van excellentie voor het zijn van zorgbestuurder.

Vakontwikkeling kan dus in termen van functionele omschrijvingen bijdragen om de unieke kennis en kunde van zorgbestuurders te definiëren en hierop te controleren. Volgens machtsgeoriënteerde benaderingen kan het succesvol neerzetten van zorgbesturen als professie bijdragen aan het verkrijgen van autonomie, macht, status en prestige. Voor de *license to lead* is relevant of vakontwikkeling plaatsvindt en of dit leidt tot draagvlak om te besturen. Hierbij zijn een aantal elementen die een functie tot professie maken van belang, zoals zelfreinigend vermogen, dat door de beroepsgroep wordt bepaald wie tot de groep wordt toegelaten, het hebben van autonomie en het idee dat er *expert knowledge* vereist is. Ook is relevant welke *expert knowledge* dit volgens wetenschappelijke inzichten zou moeten zijn. Dit laatste wordt in paragraaf 4.4.1 besproken.

4.2.6 Wervingsproces

Werving en selectie is een aparte industrie en apart onderzoeksdomein. Voornamelijk psychologen hebben allerlei selectiemethoden ontwikkeld voor werving. Hollenbeck (2009) noemt onder andere: interviews, testen, *assessments*, 360 graden feedback, talent management, het regelmatig bekijken door het bestuur van het potentieel in de organisatie en gedragscompetentiemodellen bedoeld om selectie en ontwikkeling te sturen. In hetzelfde artikel geeft Hollenbeck aan dat er een aparte groep *searchers* is voor het werven van het topniveau van de organisatie. Psychologen hebben hierbij een beperkte rol en middelen zoals *assessments* worden op dit niveau minder gebruikt (Hollenbeck, 2009).

De manier waarop geworven wordt en wat de selectiecriteria zijn, zijn afhankelijk van tijd en context. In paragraaf 4.2.1 is het semipublieke karakter van zorginstellingen geschetst. Dit karakter bepaalt mede wie de selectieprocedure voert, hoe de procedure

loopt en wie er benoemd wordt als zorgbestuurder.⁴³ Verschillende soorten organisaties vereisen verschillende methoden voor het werven van bestuurders, Hollenbeck (2009): *"Companies such as J&J, General Electric (GE), and Proctor & Gamble almost never hire executives from outside. Organizations focused on shortterm turnarounds with intense immediate pressures for results are likely, and rightfully so, to focus on competence: can the executive do the job required now. Character can wait until later."*

In het bedrijfsleven is een grote variëteit aan organisaties met een even grote variëteit aan wervingsmethodieken voor bestuurders. Zo kunnen personen zelf een organisatie oprichten waar ze vervolgens bestuurder van worden zonder wervingsproces, bestuurders kunnen voortkomen uit de organisatie zelf via *management development* programma's, geworven worden via openbare werving of in het eigen netwerk van raden van commissarissen en bestuur of via een *searchbureau*.⁴⁴

In Nederland geldt voor overheidsinstellingen dat de Algemene Bestuursdienst (ABD) topambtenaren traint en werft. De ABD is als het ware een publiek *searchbureau*. Zij stellen het functieprofiel mee op en doen de voorselectie van kandidaten op basis van het curriculum vitae en oriënterende gesprekken. Vervolgens heeft de kandidaat bij de departementale selectieronden een gesprek met een selectiecommissie en een draagvlakcommissie die bestaat uit een afvaardiging van de organisatie-eenheid, aangevuld met een lid van de ondernemingsraad. De ABD heeft een eigen visie op publiek leiderschap. Topmanagement bij de overheid wordt aangesteld voor een vastgestelde periode van maximaal zeven jaar. De 559 personen die 'in de kaartenbak' van de ABD zitten, staan op de website vermeld. Daarnaast voert de ABD ook loopbaangesprekken met talenten die door de departementen als zodanig worden aangemerkt en biedt de ABD een ontwikkelaanbod aan topambtenaren.⁴⁵

43 Zo schrijft Salancik over Amerikaanse ziekenhuisbestuurders: *"Not surprisingly, the characteristics of administrators predictably reflect the funding context of the hospitals with which they are associated. Those hospitals with larger proportions of their budget obtained from private insurance companies were most likely to have administrators with backgrounds in accounting and least likely to have administrators whose professions were business or medicine. In contrast, those hospitals with larger proportions of their budget derived from private donations and local governments were most likely to have administrators with business or professional backgrounds and least likely to have accountants. The same held for formal training in hospital management. Professional hospital administrators could easily be found in hospitals drawing their incomes from private insurance and rarely in hospitals dependent on donations or legislative appropriations."* (Salancik en Pfeffer, 1977, p. 15).

44 Hierbij kan ervaring met voorgaande bestuurders een rol spelen: Hollenbeck (2009) geeft aan dat in Amerika naast succesfactoren organisaties vaak ook een lijst met faalfactoren van bestuurders hebben.

45 www.algemenebestuursdienst.nl, geraadpleegd op 22 mei 2018.

Incidenten bij private organisaties met publieke taken hebben er bij woningcorporaties, banken en verzekeraars toe geleid dat de benoeming van bestuurders in (in ieder geval) twee stappen gebeurt: eerst moet er toestemming zijn op basis van een overheidstoets en daarna benoemt de interne toezichthouder. Zowel het private als het publieke element van de sector vertaalt zich in de wijze van aanstelling. Voor zorgbestuurders geldt de eerste stap niet: alleen de interne toezichthouder gaat over de benoeming.

Bij woningcorporaties is er de 'fit en proper test'. Deze is ingericht naar aanleiding van een rapport van de commissie Kaderstelling en Toezicht Woningcorporaties (commissie Hoekstra) eind 2012 die stelt dat voor vormen van zelfregulering alle ruimte is, *'maar in de schaduw van de hiërarchie'* (p. 11), vanwege de verantwoordelijkheid die de minister van volkshuisvesting heeft voor woningcorporaties. Extern toezicht staat voorop, vanwege het publieke belang van de sector. In de Woningwet is bepaald: *"alvorens de raad van toezicht bestuurders die natuurlijke personen zijn/commissarissen benoemt, verzoekt de toegelaten instelling Onze Minister om zijn zienswijze op de geschiktheid van die personen voor het lidmaatschap van het bestuur/raad van toezicht en de betrouwbaarheid van die personen aan haar kenbaar te maken."* (artikel 25 lid 2 Woningwet)

In het Besluit toegelaten instellingen volkshuisvesting is dit nader uitgewerkt (artikel 19 lid 1): de zienswijze van de minister heeft in elk geval betrekking op:

"a. de geschiktheid van de beoogde bestuurder of commissaris, blijkend uit diens opleiding, diens werkervaring, vakinhoudelijke kennis en de competenties, genoemd in bijlage 1 bij dit besluit, en

b. de betrouwbaarheid van de beoogde bestuurder of commissaris, blijkend uit diens handelen of nalaten of voornemens daartoe en uit de antecedenten, genoemd in bijlage 2 bij dit besluit."

De minister betreft bij zijn zienswijze de aard en zwaarte van de functie waarvoor de beoogde bestuurder of commissaris in aanmerking wordt gebracht, en de aard en de omvang van de werkzaamheden van de instelling. Ook hier, net als bij de ABD, ligt een visie op leiderschap ten grondslag aan de gehanteerde methodieken.⁴⁶

⁴⁶ [https://www.ilent.nl/onderwerpen/goedkeuringen-autoriteit-woningcorporaties/documenten/publicaties/2016/12/01/beoordelingskader-geschiktheid-en-betrouwbaarheid,geraadpleegd op 22 mei 2018.](https://www.ilent.nl/onderwerpen/goedkeuringen-autoriteit-woningcorporaties/documenten/publicaties/2016/12/01/beoordelingskader-geschiktheid-en-betrouwbaarheid,geraadpleegd%20op%2022%20mei%2018)

Bestuurders van banken en verzekeraars worden getoetst door De Nederlandse Bank (DNB). Zij toetsen de betrouwbaarheid en geschiktheid van kandidaten. Deze toets is in twee fasen ingevoerd: eerst werd de kennis en deskundigheid getoetst, hier is daarna de geschiktheid aan toegevoegd. De financiële crisis en het verlies van vertrouwen van burgers in banken worden als aanleiding genoemd door de minister van Financiën (Kamerstuk II 2010/11, 31980, nr. 16).

Voor de zorg gelden dergelijke wettelijke toetsen niet. In de wet is niet geregeld hoe een bestuurder van een stichting wordt benoemd, enkel dat dit in de statuten moet worden geregeld. In de Governancecode Zorg 2017 staat dat de raad van toezicht de raad van bestuur benoemt (artikel 6.5.2). De raad van toezicht dient een profielschets op te stellen en zich te vergewissen voorafgaand aan de benoeming van het werkverleden van een bestuurder, diens integriteit, kwaliteit en geschiktheid voor de functie en of er belangentegenstellingen of nevenfuncties zijn die de bestuurder in het uitoefenen van zijn functie kunnen belemmeren (artikel 6.5.3). De raad van toezicht benoemt tevens haar eigen leden. Voor de benoeming van raad van toezicht leden wordt geregeld dat de inbreng van raad van bestuur, cliëntenraad en ondernemingsraad wordt meegenomen en dat openbaar wordt geworven (artikelen 6.2.1, 6.2.4 en 6.3.1). Voor de benoeming van raden van bestuur wordt inspraak en openbare werving niet geregeld in de code. Wel geldt op basis van de Wet medezeggenschap cliëntenraden zorginstellingen dat de cliëntenraad adviesrecht heeft (dit is niet nader omschreven, zie artikel 3 lid 1f en 2 Wmcz) en op basis van de Wet op de Ondernemingsraden dat de ondernemingsraad adviesrecht heeft (artikel 25 lid 1a en 2 WOR). Naast dit adviesrecht en het opstellen van een profielschets zijn er dus geen vereisten voor de procedure van het werven van de bestuurder. De benoeming door de raad van toezicht geldt bij stichtingen. Bij andere rechtsvormen (coöperaties, verenigingen of besloten vennootschappen) hebben de leden of aandeelhouders (soms tevens bestuurder) een belangrijke rol bij de benoeming van een bestuurder.

De institutionalisering die in andere sectoren heeft plaatsgevonden, is dus bij de zorgsector niet tot stand gekomen. Er is wel in de Tweede Kamer een aantal malen gesproken over een bestuurderstoets die vergelijkbaar zou zijn met de toetsen in genoemde sectoren, maar de minister van VWS heeft aangegeven dat dit niet nodig is, aangezien de accreditatie door zorgbestuurders zelf is ingevoerd als toets (bijvoorbeeld Kamerstuk II 2014/15, 32012, nr. 33, zie ook bijlage 1).

Openbare werving kan leiden tot transparantie en daarmee bijdragen aan proceslegitimiteit. Het opstellen van een profielschets en het openbaar maken hiervan kan bijdragen aan de persoonlijke legitimiteit, omdat kennis en kunde van de nieuwe bestuurder

expliciet zijn getoetst. De legitimiteit heeft zowel betrekking op zorgbestuurders als collectief als op individuele zorgbestuurders (en in het verlengde daarvan de raad van bestuur). Hoe werving in de praktijk de *license to lead* van zorgbestuurders als collectief, raden van bestuur en individuele zorgbestuurders beïnvloedt, wordt in hoofdstuk 5 besproken.

4.3 Organisatieniveau

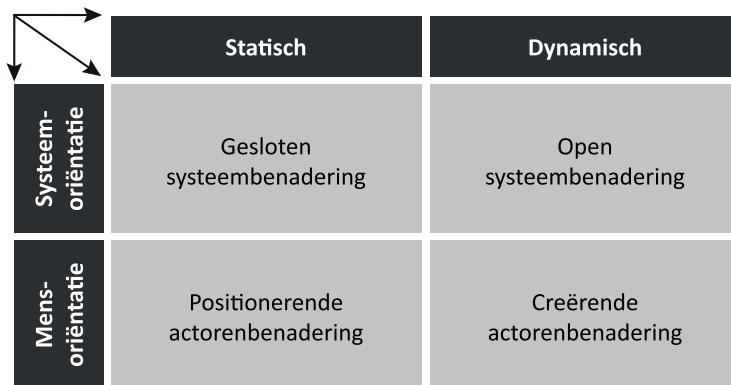
4.3.1 Macht

Hoe machtsstructuren in een organisatie zijn vormgegeven, bepaalt mede de manier waarop een zorgbestuurder in zijn organisatie aan draagvlak kan bouwen. Machtsstructuren maken onderdeel uit van de 'organisatiecultuur'. Onder de cultuur van een organisatie verstaat Schein (1983, p. 1-2) *"een patroon van basale aannames bedacht, ontdekt of gecreëerd door een specifieke groep in de omgang met zijn problemen van externe aanpassing en interne integratie die goed genoeg werken om als geschikt te worden gezien en daarom worden geleerd aan nieuwe leden als de correcte manier om te kijken naar, te denken over en te voelen in relatie tot die problemen"*.

Hopfl (1999) onderscheidt drie vormen van macht gebaseerd op de Latijnse woorden voor macht: *auctoritas*, *potestas* en *potentia*. *Auctoritas* noemt hij morele autoriteit (gezag). Deze is gebaseerd op morele verbondenheid, niet op juridisch bindende afspraken. *Auctoritas* geeft het recht om naar geluisterd te worden en te worden gerespecteerd, maar niet het recht om te commanderen. Deze vorm van macht is persoonlijk, contingent (contextbepaald) en niet overdraagbaar. Het is ook cultuurafhankelijk: waar in veel culturen juist senioriteit status geeft, wordt in modern Europa vaak juist een vernieuwende visie gezien als een statusbepaler. *Potestas* is macht verkregen op basis van het hebben van een positie: het zijn van zorgbestuurder geeft macht (formele/positiemacht). Deze positie en de bijbehorende macht kunnen worden gedeeld (met andere bestuurders of door middel van delegatie/mandatering) en zijn (in principe) overdraagbaar. *Potentia* ten slotte zijn machtsmiddelen (waarmee macht wordt of kan

worden afgedwongen).⁴⁷ Van de drie vormen van macht is *auctoritas* de meest waardevolle. Immers, degene die gehoorzaamt op basis van *auctoritas* gehoorzaamt vrijwillig. Echter, het is ook persoonsgebonden. Om deze te institutionaliseren is een verbinding nodig tussen *auctoritas* en *potestas*, in dit geval de functie van zorgbestuurder. Hoe dit wordt bereikt, met welke machtsmiddelen, is van belang voor de duurzaamheid van de verbinding. Dit raakt ook de drie onderzoeksniveaus (individuele zorgbestuurder, raad van bestuur, zorgbestuurders als collectief), omdat het erover gaat of een individuele bestuurder in staat is zijn *license to lead* te verankeren voor de raad van bestuur als orgaan. In de conclusie wordt hierop gereflecteerd.

Hoe macht (zowel gezag als positiemacht) binnen een organisatie kan worden verkregen, hangt af van de dominante oriëntatie van de organisatie. Hierbij kunnen systemen of actoren centraal worden gezet (Luscuere in De Caluwé en Vermaak, 2001, p. 154). Het gaat om een vierdeling waarbij op de y-as systeemoriëntatie en mensoriëntatie staan en op de x-as statisch en dynamisch:



	Statisch	Dynamisch
Systeem-oriëntatie	Gesloten systeembenadering	Open systeembenadering
Mens-oriëntatie	Positionerende actorenbepandering	Creërende actorenbepandering

Figuur 23: model om inzichtelijk te maken hoe macht binnen een organisatie kan worden verkregen, gebaseerd op Ten Have, 2011, p. 137, gebaseerd op Luscuere, 2001, p. 154.

47 Kor e.a. (1991) noemen acht bronnen van macht:

1. deskundigheid (kennis en ervaring),
2. fysieke macht,
3. persoonlijkheid (uitstraling),
4. toegang tot informatie via netwerk,
5. formele positie en daarbij behorende sanctieinstrumenten en
6. beloningsinstrumenten
7. het kunnen geven van opdrachten en
8. het krijgen van steun van personen.

In de omschrijving in deze paragraaf kunnen 1 en 3 leiden tot gezag, 2, 5 en 7 tot positiemacht (waar ze overigens ook uit voort komen) en 4, 6 en 8 tot één van beiden, afhankelijk van de manier waarop ze worden ingezet.

- Bij een gesloten systeembenadering horen termen als (re)productie en beheersing. De gesloten systeembenadering is sterk intern gericht en draait om het registreren en corrigeren van de (eenmaal) vastgestelde norm.
- Bij de open systeembenadering horen termen als creatie en aanpassing.
- In de positionerende actorenbenadering draait het om het krachtenveld en de machtsverdeling. Het gaat niet zozeer om de interactie, maar om de individuele belevingswereld. Hiërarchie is van belang.
- Bij de creërende actorenbenadering draait het juist wel om interactie en daarbij behorende leerprocessen en betekenisgeving.

Bij de systeembenadering gaat het om de organisatie als technisch-rationele entiteit, als economisch of technisch systeem. Bij de actorenbenadering gaat het om de organisatie als sociaal-emotionele entiteit, het sociaal en politiek systeem (Ten Have, 2011, p. 137). Bij de statische benaderingen ligt de nadruk op meer geïnstitutionaliseerde elementen. Bij open systemen en creërende actoren is meer ruimte voor processen van creatie, interactie, leren en betekenisgeving.

Voor het bouwen aan draagvlak zal bij een positionerende actorenbenadering positie-macht van belang zijn en kan draagvlak bijvoorbeeld worden gecreëerd door bevriende personen op belangrijke posities te plaatsen. Bij een creërende actorenbenadering speelt gezag en de omgang met de omgeving en het proces van besluitvorming een rol bij het verkrijgen van draagvlak. Bij een gesloten systeembenadering is de invloed die de bestuurder weet uit te oefenen op de inrichting van het systeem een relevante factor om draagvlak te krijgen. Bij een open systeembenadering zal een bestuurder die zichtbare resultaatsverbetering tot stand brengt zijn *license to lead* kunnen vergroten.

4.3.2 Fase van de organisatie

Ook de fase waarin de organisatie zich bevindt speelt een rol bij het bouwen aan de *license to lead*. Greiner (1998) omschrijft zes levensfasen van een organisatie:

- 1) De pioniersfase. Groei ontstaat door creativiteit (ruimte voor flexibiliteit en gedrevenheid).
 - Door groei kan een leiderschapscrisis ontstaan: de individualistische/ad hoc manier van leidinggeven die eerst goed werkte, werkt door schaalvergroting niet meer.
- 2) De managementfase. Groei door (formeel) leiderschap.
 - Door groei kan een autonomiecrisis ontstaan: het leiderschap en de organisatie is geformaliseerd. Deze centrale hiërarchie kan tot frustratie leiden en een ervaren gebrek aan verantwoordelijkheid voor managers, die meer taken krijgen, maar vaak ook nog inhoudelijk werk doen.

- 3) De decentralisatiefase. Groei door delegatie (aan midden managers).
 - Managers ervaren meer autonomie, totdat door groei een beheerscrisis ontstaat omdat de autonomie te groot wordt en er geen centrale sturing meer mogelijk is.
- 4) De standaardisatiefase. Groei door coördinatie(systemen). Afstemming wordt geformaliseerd en gesystematiseerd.
 - Door een toename aan regels en procedures kan een bureaucratiecrisis ontstaan, waarbij de bureaucratie het primair proces gaat hinderen.
- 5) De samenwerkingsfase. Groei door samenwerking (ruimte voor inhoudelijke samenwerking en vernieuwing).
 - Wanneer niet meer de inhoud, maar politieke 'spelletjes' een rol gaan spelen, kan een overlegcrisis ontstaan.
- 6) Groei door ondernemen (medewerkers worden ondernemers, weer meer resultaatgericht werken).
 - Door de nadruk op resultaten verliezen medewerkers het gevoel van betrokkenheid en kan een sociale identiteitscrisis ontstaan.

Door Keuning en Eppink (2004) is fase zes anders omschreven en zijn er nog twee fasen aan toegevoegd:

- 6) Groei door verzakelijking. Als efficiëntie het belangrijkste doel wordt, ontstaat verkieling en gebrek aan visie.
 - Naast de interne identiteitscrisis kan dit ook leiden tot een externe legitimiteitscrisis.
- 7) Groei door geïntegreerd mens- en omgevingsbeleid. Groei door afstemming tussen medewerkerstevredenheid en kwaliteit en efficiëntie. Extern door gerichtheid op maatschappelijke meerwaarde. De missie en identiteit van de organisatie staat centraal.
 - Bij lager management kan dit leiden tot een verantwoordelijkheidscrisis omdat hun taken en verantwoordelijkheden onhelder zijn.
- 8) Groei door coöperatieve strategie in intelligente organisaties in een netwerkcultuur. Groei door een duidelijk missie, draagvlak, taakstelling en toegevoegde waarde, een lerende organisatie waar ruimte is voor zelfsturing, maar ook sprake is van heldere aansturing.
 - Een crisis kan ontstaan door overschatting van de capaciteit of een tekort aan regels of als principes niet goed zijn uitgewerkt.

Ten Have (2011, p.85) noemt de mate van *in control* zijn van de organisatie en onderscheidt hierin drie fasen:

- 1) Basis op orde: de operationele en financiële processen zijn op orde. De organisatie is niet *in control*, systematisch besturen⁴⁸ is niet mogelijk. De nadruk ligt op korte termijn verbeteringen, zoals werkprocessen en huisvesting. De toegevoegde waarde van bestuurlijke ingrepen is: direct bijdragen aan het (beter) realiseren van doelstellingen van de organisatie.
- 2) De organisatie begint *in control* te komen, systematisch besturen begint in zicht te komen. De nadruk ligt onder andere op beheersing, ontwikkelen medewerkers en verbeteren van klantwaardering.
- 3) Systematisch bestuurd (*in control*): de organisatie is in staat om proactief te besturen, de effectiviteit van ingrepen is bekend (feedback wordt opgevolgd), activiteiten worden in samenhang beoordeeld en uitgevoerd. De focus komt op vernieuwing en anticiperen op de toekomst.

In control kan volgens Ten Have (2011, p. 15) worden omschreven als “ ‘the ability to manage or direct’ (www.dictionary.com). Bij deze definitie gaat het niet om het verantwoord, maar juist over het kunnen besturen van de organisatie. Dat laatste vergt meer dan goed risicomanagement, laat staan dat uitsluitend achteraf verantwoording afleggen over die risico's afdoende is. In control gaat in essentie dus meer over systematisch besturen dan over verantwoorden, en vooral over vooruitkijken in plaats van terugblikken.” Het is hiervoor noodzakelijk dat de managementprocessen van de organisatie hierop zijn ingericht en goed functioneren.

Juist in de situatie van groei waarbij de organisatie systematisch wordt bestuurd (*in control* is), is inzicht in de eigen organisatie en ruimte voor het effectiever werken en vooruitblikken. Silzer in Hollenbeck e.a. (2006) roept op om uitkomstindicatoren voor bestuurlijk handelen te ontwikkelen die verder gaan dan financiële resultaten. Voor zorgbestuurders zijn financiële resultaten niet het doel van het handelen, zoals ook blijkt uit de Governancecode Zorg, maar “het realiseren van de maatschappelijke doelstelling van de zorgorganisatie”, waarbij publieke en maatschappelijke belangen een rol spelen (Governancecode Zorg 2017, p. 14).

Om aan deze doelstelling toe te komen, zal de interne organisatie eerst op orde moeten zijn. Een bestuurder van een instelling in de pioniersfase zal aandacht moeten besteden aan het op orde krijgen van de processen en het inrichten van de organisatie. Een bestuurder die de basis op orde heeft, heeft een korte termijn doel van beheersing. Wanneer de organisatie voldoet aan wet- en regelgeving en de financiën op orde zijn, is er ruimte voor ontwikkeling en vervolgens vernieuwing en anticipatie. Ten Have (2011,

48 Ten Have (2011) noemt dit ook effectief besturen (p. 37).

p. 53): *"Goed functionerende organisaties beschikken over superieur management dat een systeem heeft om doelen en beleid te ontwikkelen en dat eenduidig kan vertalen en verspreiden door de hele organisatie heen."*

De fase waarin de organisatie zich bevindt en of de zorgbestuurder in staat is hierop aan te sluiten en de organisatie verder te helpen kunnen op verschillende manieren zijn *license to lead* vergroten. Hij kan persoonlijke, proces- en uitkomstlegitimiteit verwerven door de organisatie vanuit zijn kunde op een goede manier te helpen het organisatie-doel te verwezenlijken.

4.3.3 Omgang met verandering

In paragraaf 4.2.1 is de veranderende context geduid. De manier waarop zorgbestuurders met deze veranderingen omgaan, kan hun *license to lead* vergroten, verkleinen of zelfs doen verliezen.

Ondersteunende en managementprocessen staan ten dienst van de zorgverlening en hebben daarmee een afhankelijk bestaansrecht (zie Ten Have, 2011 en 2016). Dit betekent voor bestuurders dat zij geen inherent recht hebben op de positie die zij hebben, maar dit recht wordt ontleend aan de functie die zij vervullen, namelijk het toevoegen van waarde voor het primair proces (Ten Have, 2017). Dit noemt Ten Have het onderscheid tussen 'hebben' en 'zijn': het 'hebben' gaat bijvoorbeeld uit van het aantal fte dat een bestuurder 'onder zich' heeft en de omzet van de organisatie. Het 'zijn' gaat uit van de toegevoegde waarde die de bestuurder heeft voor de cliënt/patiënt. Het waarde toevoegen in verbinding met de organisatie en de externe omgeving is de *raison d'être* (het bestaansrecht) van zorgbestuurders en een antwoord op de klacht dat *overhead* alleen maar geld kost dat ook ten behoeve van de zorg zelf had kunnen worden besteed (zie bijvoorbeeld de motie van Tweede Kamerlid Agema (PVV) voor een overheadnorm in de zorg, Motie bij Kamerstuk II 2017/18, 34775-XVI, nr. 60). Van Dijk beschrijft in haar oratie (2018) de opgave voor (semi-)publieke leiders van het creëren van waarde voor de samenleving. Het gaat voor zorgbestuurders in het verlengde hiervan niet alleen om het toevoegen van waarde voor het proces van zorgverlening voor de huidige cliënten/patiënten in de eigen instelling, maar ook voor toekomstige generaties en ook buiten de grenzen van de eigen instelling. Hoe ver dit reikt, wordt in de conclusies besproken.

Ten Have (2017, p. 13) beschrijft het nut van veranderen als volgt: *"De primaire functie van een organisatie ligt in het voorzien van de buitenwereld (klanten, cliënten/patiënten, burgers enzovoort) van goederen en/of diensten die het oogmerk van haar bestaan vormen. Uitgangspunt ... is dat de organisatie de legitimering van haar bestaan ontleent aan het nut dat anderen hechten aan die producten of diensten. ... Uiteraard hebben organisaties*

ook een meer psychologische functie en voorzien ze in identiteit, verbinding en emotioneel comfort ... Organisatie en verandering ontmoeten elkaar in ieder geval

- *als het bestaansrecht in het geding is, onder druk staat (Drucker, 1994);*
- *als een organisatie de psychologische functie niet (goed) vervult en zeker*
- *als de primaire functie niet 'werkt' en de toegevoegde waarde voor klanten, cliënten/patiënten of andere stakeholders niet of onvoldoende wordt gerealiseerd."*

Een goed doordachte verandering staat dus ten dienste van het direct of indirect (beter) laten functioneren van het primair proces, oftewel de zorgverlening. Uitkomst van de verandering is dan bijvoorbeeld een efficiënter, effectiever, flexibeler en/of creatiever proces van zorgverlening.

Idealiter is een bestuurder in staat om proactief te sturen waarbij ontwikkelingen tijdig worden waargenomen en bijsturing gericht plaatsvindt, zodat veranderingen incrementeel (geleidelijk) kunnen plaatsvinden, geïntegreerd in de reguliere managementtaken (Ten Have, 2017). Ten Have merkt op dat veranderingen '*maar al te vaak*' als vanzelfsprekend en weinig doordacht worden ingezet. Dit terwijl de nulhypothese bij veranderen zou moeten zijn dat veranderen niet nodig is en dat er een gedegen analyse nodig is waarom wel veranderd zou moeten worden (naar Van Witteloostuijn in Ten Have en Ten Have 2004, p. 3). Bij het mislukken van een verandering wordt vaak opgegeven in plaats van dat er wordt gezocht naar de oorzaken en deze oorzaken systematisch worden opgepakt (Ten Have, 2011, p. 37).

De *license to lead* van de raad van bestuur en de *license to operate* van de organisatie zijn hierbij nauw aan elkaar verbonden: wanneer de raad van bestuur niet in staat is om de organisatie mee te laten bewegen met de veranderende context en eisen, kan de organisatie draagvlak bij bijvoorbeeld banken en verzekeraars verliezen en daarmee zijn *license to operate*, wat kan leiden tot faillissement.

4.4 Individueel niveau

Hierna wordt de invloed op de *license to lead* van de persoonlijke kennis en kunde (professionaliteit, paragraaf 4.4.1), het karakter (paragraaf 4.4.2) en het gedrag (de manier van rechtvaardigen, paragraaf 4.4.3) van zorgbestuurders besproken. Wat hiervoor is besproken hangt hiermee samen. In hoofdstuk 5 worden deze verbanden getrokken.

4.4.1 Professionaliteit

Professionalisering draagt bij aan de persoonlijke legitimiteit van een individuele zorgbestuurder: wanneer er vertrouwen is in de kunde van de zorgbestuurder, zal meer draagvlak bestaan voor de besluiten die hij neemt, ook als deze leiden tot minder gun-

stige resultaten (uitkomstlegitimiteit) of als deze zijn genomen zonder het betrekken van alle belanghebbenden (proceslegitimiteit). Bij deze persoonlijke professionalisering werkt de vakontwikkeling van zorgbestuurders als collectief door: wanneer er geen eenduidig beeld is over wat de kennis en kunde is waarover een zorgbestuurder moet beschikken, zal het volgen van een opleiding of een andere scholingsactiviteit door een zorgbestuurder bij zijn omgeving ook niet meteen leiden tot het gevoel dat de bekwaamheid van de individuele zorgbestuurder is vergroot. Hierna een korte verkenning van het denken over wat de kennis en kunde van een zorgbestuurder zou moeten zijn.

De rolopvatting van bestuurders is door de tijd heen veranderd. Algemene opvattingen over wat een goede leider is en welke leiderschapsstijl daarbij hoort ook (zie onder meer Evans e.a., 2013). Oorspronkelijk werd meer nadruk gelegd op de persoonlijke legitimiteit: het zijn van een 'grote leider' vanwege achtergrond en afkomst. De leider staat nu 'in dienst' van de organisatie, dienend leiderschap, dus de bestuurder als procesbewaker, is een belangrijkere kwalificatie geworden om te besturen (zie onder meer Alimo-Metcalf e.a. 2008, Gardner e.a., 2005 en Manz e.a. 2008). Stoker (2005) omschrijft de ontwikkeling in de twintigste eeuw in leiderschapsdenken van het centraal stellen van persoonskenmerken van de *great man*, naar stijl-benaderingen waarbij het ging om gedrag, naar contingentie-benaderingen waarbij de context centraal werd gesteld en tenslotte de 'nieuwe' benaderingen die uitgaan van het vergroten van de betrokkenheid van medewerkers, zoals transformationeel, charismatisch en inspirerend leiderschap.

Universiteiten en andere scholingsaanbieders zijn geen waardevrije instituten: zij kiezen een perspectief op management. Aangezien er geen gedeelde visie is op wat bewezen *best practices* zijn, valt op iedere methode iets af te dingen. Als het gaat om bestuurders die zijn opgeleid als algemeen manager, zeggen *critical management studies*: op *business schools* is te weinig aandacht voor de belangen van andere belanghebbenden dan aandeelhouders en voor het algemene maatschappelijke belang (Wentink, 2013). Dit sluit aan bij de vraag of wordt uitgegaan van het Angelsakisch of van het Rijnlandse model. Het eerste is gericht op marktdenken, het tweede op waardencreatie voor belanghebbenden (o.a. Wentink, 2013). Als het gaat om opleidingen specifiek voor zorgbestuurders kan de kritiek zijn dat er te weinig oog is voor de kennis en kunde die zich buiten de eigen sector bevindt (zoals bij onderwijsbestuurders in Amerika). Hess (2003, p. 10-11): "*Educational administration is a sub-specialization of the sprawling field of leadership and management. Construing educational administration as a self-contained field has severed its links to the larger body of management knowledge and practice, and dampened the attention that the broader management community pays to education. The result is a field of educational administration unfamiliar with and uninterested in the broader body of work on management theory and practice.*" Er is bovendien wetenschappelijke discussie over

de vraag of opleiden überhaupt leidt tot betere managers. Een meer algemene kritiek (zowel binnen als buiten de universiteit) is dat managementwetenschap überhaupt geen wetenschap is (Wentink, 2013, Khurana, 2007). Bij het ontbreken van bewijs wat de beste leerschool is, zijn er allerlei hypes en modes in de literatuur (Wentink, 2013). Barker (2010): *"the difference between a business education and a professional education is stark and fundamental: the former may help individuals improve their performance, but it cannot certify their expertise. The role of the manager is inherently general, variable, and indefinable."* (p. 56-58) Drucker (1966) stelt bijvoorbeeld dat alleen ervaring de leermeester van managers is. Hess (2003, p. 19) zegt ten aanzien van onderwijsbestuurders: *"Today, America's executive workforce is admired across the globe and business schools are among the nation's most prestigious educational units. This all transpired without formal licensing; neither business schools nor America are any the worse off because Bill Gates or Michael Dell never obtained an MBA. The world of educational leadership is ripe for a similar revolution."* Mintzberg (2009) stelt voor effectieve managers ontwikkeling centraal, niet door het volgen van opleidingen, maar door *reflect in action* oftewel leren door te doen en te experimenteren. Grzeda (2005): *"Unlike many other professions, it has been difficult to establish unequivocal causal relationships between knowledge acquired through formal or informal training and outstanding managerial performance."* (p. 531) Competenties kunnen volgens Grzeda worden gezien als een aantal vaststaande eigenschappen, soorten kennis, houding en ervaring of als unieke deugden die in sociale interactie tot uitdrukking komen (Grzeda, 2005). In het tweede geval zijn er geen algemene managementcompetenties te benoemen, omdat de interactie centraal staat. Ruijters koppelt dit leren door ervaring aan het niveau van ontwikkeling (2017, p. 13): *"Een hogere mentale ontwikkeling kun je niet trainen, die ontwikkel je doordat je huidige manier van kijken niet meer werkt. Dat kost tijd, vraagt ervaring, groei, worsteling en niet weten."*

Evidence-based management gaat ervan uit dat er expertise (oftewel kennis) en ervaring, organisatiekennis en inzicht in de waarden en belangen van belanghebbenden en wetenschappelijk onderzoek moet worden gebruikt (en dus bij managers en bestuurders bekend moet zijn) om te komen tot de best mogelijke besluitvorming. Ten Have e.a. (2009, p. 19): *"Professioneel betekent, net als bij andere vakgebieden, systematisch en methodisch en, waar mogelijk, met gebruikmaking van de aanwezige kennis, ervaring en inzichten. Het betekent ook met gebruikmaking van intuïtie, creativiteit en experiment waar nodig (en verantwoord)." Dit heeft hij schematisch als volgt weergegeven:*



Figuur 24: vier bronnen van *evidence-based* werken, uit Ten Have (2017, p. 11) en gebaseerd op het model van het Center for Evidence-based Management.

Uit een verkenning in de literatuur voor dit onderzoek⁴⁹ is een aantal *standards of excellence* gedestilleerd die worden gezien als relevant voor het professionaliseren als bestuurder. Dit zijn:

- Kennis van en inzicht in wat effectief besturen is;
- Kennis van wat de medewerkers doen;
- Kennis van hoe organisaties werken en welke rol een bestuurder daarin heeft;
- Kennis van en betrokkenheid bij de inhoud van het product van het bedrijf in alle facetten;
- Adaptief vermogen om opgedane ervaring toe te passen en hiervan te leren;
- Inzicht in en aandacht voor: de belangen van belanghebbenden, de maatschappij en het wege van deze belangen.

Vertaald naar de praktijk van zorgbesturen:

- Kennis van en inzicht in wat effectief besturen in de zorg is;
- Kennis van wat medische professionals, verpleegkundigen en andere medewerkers doen;
- Kennis van hoe zorgorganisaties werken en welke rol de bestuurder heeft;
- Kennis van en betrokkenheid bij de zorg die wordt geleverd in alle facetten;
- Adaptief (of aanpassings-)vermogen om opgedane ervaring toe te passen en hiervan te leren;

⁴⁹ Onder andere Ballinger, 2009, Barker, 2010, Crossan e.a., 2008, Drath e.a., 2008, Drucker, 1963, Grzeda, 2005, Hess, 2003, Kets de Vries, 2001, Khurana en Nohria, 2008, Mintzberg, 1990, Mintzberg, 2009, Mitchell e.a., 1997, Nordhaug, 1998, Pfeffer en Sutton, 2006, Silzer in Hollenbeck e.a., 2006, Ten Have e.a., 2009 en Wentink, 2013.

- Inzicht in en aandacht voor: de belangen van belanghebbenden, de maatschappij en het wege van deze belangen.

Het gaat dan om zowel kennis van de zorg zelf als van de processen daaromheen, zoals vastgoedbeheer, ICT-inrichting en facilitaire diensten.

Deze domeinen overlappen elkaar: wat effectief besturen is, hangt bijvoorbeeld samen met alle andere elementen. Het belang van deze verschillende elementen en de invulling ervan verschilt in tijd en context.

Noordegraaf en Schinkel (2011) omschrijven de professionalisering van managers als uniek in die zin dat de introductie van managers juist is voortgekomen uit de wens de isolatie en autonomie van *professionals* in te perken: "*In fact, it [managerialism] claims professional status in managerializing other professions.*" (p. 119). Uit de literatuur zijn hierbij dus wel een aantal kerncompetenties te halen. Uit de literatuur wordt ook duidelijk dat het bekwamen in deze competenties niet alleen scholing vereist, maar ook ervaring en reflectie.

Het creëren van een eenduidig gedeeld professionaliseringskader kan het draagvlak voor zorgbestuurders als collectief vergroten, maar het helpt ook de individuele zorgbestuurder bij het verkrijgen van zijn persoonlijke legitimiteit: wanneer de individuele zorgbestuurder kan aantonen kennis en ervaring te hebben opgedaan binnen het professionaliseringskader kan hij zijn persoonlijke legitimiteit en daarmee zijn *license to lead* vergroten.

4.4.2 Karakter

Voor het verkrijgen van de *license to lead* spelen verschillende morele elementen een rol. Het gaat om morele waarden die verankerd zijn in wet- en regelgeving en gedragscodes, maar ook om karaktereigenschappen. Bovendien gaat het om de acties en belangenafweging van zorgbestuurders in hun dagelijks werk. Het gaat er niet om dat de bestuurder een overtuiging heeft, maar dat hij de *juiste* overtuiging heeft, namelijk de overtuiging en de normen en waarden die passen bij de organisatie (zie onder andere Piper, 2007). De bestuurder kan zich deze normen en waarden niet zomaar aanmeten,

nu hij een voorbeeldfunctie heeft: de bestuurder belichaamt de normen en waarden.⁵⁰ In de omschrijving van Gardner e.a. (2005) en Gardner e.a. (2011) gaat het om authentiek gedrag: acties die gestuurd worden door de leiders 'ware zelf' gerefecteerd in kernwaarden, overtuigingen, gedachten en gevoelens, in tegenstelling tot omgevingsomstandigheden of druk van anderen.

Voor het onderzoeken van het draagvlak van bestuurders vanuit moreel perspectief is gebruik gemaakt van de deugdenethiek. De deugdenethiek, gebaseerd op het werk van Aristoteles (350 v.C./Hupperts en Poortman (vert.) 2005), stelt motieven en karaktereigenschappen centraal. Een deugd is een karaktereigenschap die sociaal wordt gewaardeerd, zoals zorgzaamheid.⁵¹ Aristoteles onderscheidt intellectuele en morele eigenschappen van de ziel. Intellectuele eigenschappen (filosofische wijsheid, intellect en kennis) kunnen worden aangeleerd door kennisverwerving, praktische eigenschappen (waaronder morele deugden) ontstaan voornamelijk door gewoonten oftewel ervaring (Hupperts en Poortman, 2005, p. 67). Aristoteles: *"Zo worden we ook rechtvaardig door rechtvaardige handelingen te verrichten, en gematigd door gematigde handelingen, en moedig door moedige handelingen te verrichten."* (350 v.C./Hupperts en Poortman (vert.) 2005, p. 123).⁵² De eigen capaciteiten van de zorgbestuurder zijn deels te ontwikkelen en deels aanwezig. Zonder een diepgaande bespreking van *nature/nurture* kan in het algemeen worden gezegd dat mensen zich kunnen ontwikkelen, maar dat daarbij ook hun aangeboren capaciteiten van belang zijn.⁵³ De deugdenethiek biedt een praktisch handvat voor morele vraagstukken. Het gaat niet om het (zonder oefening) excellent zijn, maar om het nastreven van morele excellentie (zie ook Sanderse in Sanderse en Kole, 2018, p. 33).

50 Hofmann en Nelson (2001) spreken over de verantwoordelijkheid van de bestuurder om moreel bewustzijn binnen de organisatie te creëren/stimuleren. Manz e.a. (2008) stellen spiegelbeeldig dat bestuurders als legitieme vertegenwoordigers van hun organisatie een unieke positie hebben om immoreel gedrag toe te staan in de organisatie. Daarom is het volgens hen van belang om deugdzaamheid te stimuleren bij bestuurders.

51 Echter, in de woorden van Van Tongeren in Trouw, 2007: *"Deugd heeft niets met braafheid te maken, betekent ook niet dat je oppassend of zoetsappig moet zijn. Deugd betekent voortreffelijkheid."*

52 Dit is een vereenvoudigde weergave, volgens Aristoteles doen ook aangeboren eigenschappen ertoe: *"Net zoals er twee soorten disposities, namelijk slimheid en praktisch inzicht, in het meningsvormende deel van de ziel zijn, zo zijn er dus ook twee disposities in het morele deel van de ziel: natuurlijke deugd en deugd in de strikte zin van het woord. De deugd in de strikte zin kan zonder praktisch inzicht niet bestaan."* (350 v.C./Hupperts en Poortman (vert.) 2005, p. 327).

53 Zo zegt Aristoteles over de deugd moed: *"Alles wijst erop dat de moed die uit het temperament voortkomt, het meest natuurlijk is en echte moed wordt, wanneer een weloverwogen keuze en een doel ermee gepaard gaan."* Aanleg helpt dus, maar is niet genoeg voor deugdzaam handelen.

Deugdzaam handelen gaat gepaard met een motivatie, een behoefte, om het goede te doen (Beauchamp, 2001). Volgens de deugdentheorie gaat 'goed' gepaard met het succesvol/excellent vervullen van je rol/functie. De motieven en karaktereigenschappen van een persoon spelen een rol in de mate waarin we deze persoon vertrouwen: *"A person we trust to do what is morally right is one who has an ingrained motivation and desire to perform right actions and who characteristically cares about a morally appropriate response. The person who simply follows rules of obligation, and otherwise exhibits no special moral character, may not be trustworthy in critical circumstances."* (Beauchamp, 2001, p. 197).

De deugdenethiek loopt als rode draad door het onderzoek heen: deugdzaam handelen en draagvlak verkrijgen worden naast elkaar gezet. Zoals gezegd wordt een deugdzaam karakter in deze dissertatie beschouwd langs lijnen van het werk van Aristoteles: het gaat om de intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag bedoeld om het beste te doen, voortkomend uit een bestendige dispositie. Deugdenethiek die het karakter centraal stelt en morele kaders die verplichtingen centraal stellen kunnen naast elkaar bestaan: de goede persoon doet de goede dingen op de goede manier met de goede redenen (Beauchamp, 2001, p. 203). Draagvlak en deugdzaamheid kunnen elkaar dus raken, maar zijn niet altijd hetzelfde, in ieder geval volgens de deugdenethiek. Het deugdzame karakter richt zich op het nastreven van excellent gedrag. Wat deze excellentie bepaalt, maakt of dit de *license to lead* ook vergroot: wanneer er geen overeenstemming is over wat moet worden nagestreefd, kan de uitkomstlegitimiteit worden onthouden. Omdat het bij deugden gaat om karaktereigenschappen die sociaal gewaardeerd worden, draagt een gedeelde opvatting over deze karaktereigenschappen bij aan draagvlak.

4.4.3 Manier van rechtvaardigen

In de zorg zijn verschillende belangen in het geding. De waarden die gehanteerd worden, zijn afhankelijk van het perspectief. Zo gelden vanuit een medisch perspectief vaak andere prioriteiten dan vanuit een bestuurlijk perspectief. Soms botsen deze belangen. Er zijn hoge verwachtingen van de zorg, maar beperkte mogelijkheden om aan deze verwachtingen te voldoen (Oldenhof, 2012). Er heerst een spanning tussen sturing en

toezicht, vraag en aanbod en verwachtingen en verantwoording⁵⁴, zoals door Putters in onderstaande figuur samengevat is:



Figuur 25: besturen met duivelselastiek, uit Putters, 2009, p. 12.

De zorgbestuurder voert zijn werk uit binnen deze hybride (geen markt noch overheid) omgeving en heeft verschillende taak- en daaraan verbonden normstellingen meegekregen. Enerzijds wordt de zorgbestuurder gezien als een ondernemer met de doelstelling van de zorginstelling een succesvol bedrijf te maken, anderzijds is de zorgbestuurder verantwoordelijk voor de maatschappelijke belangen van toegankelijkheid en kwaliteit van zorg (onder meer Putters, 2009 en Oldenhof, 2012).

Putters (2009, p. 35): *“De bestuurder zit dus tussen al die trekkkrachten. Zijn gedrag past niet in de verantwoordingsstructuren in elk van die richtingen afzonderlijk. Zijn ogenschijnlijk ‘ongrijpbare’ bestuurlijke handelen wordt door de politiek daardoor verder in procedurele oplossingen gevangen om er nog meer grip op te krijgen. Dat lukt echter niet met nog meer toezichthouders, prestatie indicatoren en sanctionerend overheidsingrijpen. Het leidt tot een schijnwerkelijkheid, waardoor het ‘echte bestuur’ zich aan het oog van de politiek onttrekt. De bestuurder moet namelijk eigen afwegingen maken en schipperen tussen alle belangen. Het vraagt juist om de acceptatie van machtsdeling in de publieke ruimte. De grenzen van de bestuurlijke ruimte zijn dus eerder normatief dan geografisch of institutioneel van aard.”*

54 Deze spanning duidt Putters (2009, p. 11) als volgt: *“in de eerste plaats de ruimte tussen sturing en toezicht, waar zowel de toenemende marktwerking als de overheidsregulering het zorgbestuur onder druk zetten. Het tweede elastiek staat gespannen tussen vraag en aanbod, omdat de individuele keuze van zorgvragers steeds meer botsen met collectieve afwegingen. Het derde elastiek staat gespannen tussen verwachtingen en verantwoording, omdat er hoge en soms tegenstrijdige ambities zijn die in steeds meer richtingen moeten worden waargemaakt.”*

Janssen (2017) voegt hieraan toe dat veranderingen binnen de bestaande structuren alleen kunnen worden doorgevoerd via het zoeken naar draagvlak en naar onderhandelingsruimte.

Naast de waarden waar de omgeving een oordeel over velt, brengt de bestuurder ook zijn eigen overtuigingen, opvattingen en motieven mee. Bauman (2013) onderscheidt morele en persoonlijke waarden. Morele waarden omschrijft hij als waarden waarvan de samenleving een recht heeft te verwachten dat personen ernaar handelen. Persoonlijke waarden als waarden waar een persoon zich om persoonlijke redenen aan committeert zonder dat de gemeenschap het recht heeft de hieruit voortvloeiende handelingen van die persoon te verwachten. Wanneer het gaat om persoonlijke waarden gaat het dus om verantwoording afleggen aan jezelf. Oldenhof e.a. (2014) koppelt verschillende (zoals Bauman zou zeggen: morele) waarden aan verschillende rechtsvaardigingscategorieën:

Rechtsvaardigings-categorie	Waarden	Gekenmerkt door het zijn van..	Evaluatiecriteria
Markt	Competitie, winst, klantkeuze	Begeerd, waardevol, winnaar	Prijs
Industrie	Efficiëntie, planning	Effectief, functioneel, betrouwbaar	Functionaliteit
Civiel	Gelijkheid, welvaart, sociale participatie	Representatief, wettelijk voorgeschreven	Stemmen, burgerrechten, wet
Huiselijk	Huishoudelijke taken, traditie, vertrouwen, familie eer	Goedhartig, welopgevoed, wijs, sensibel	Verantwoordelijkheden
Inspiratie	Inspiratie, creativiteit, gratie	Bizar, verschillend, origineel, spontaan	Eigenaardigheid, uniciteit
Roem	Publieke opinie	Beroemd, prestigieus	Publieke relaties, publieke erkenning

Figuur 26: verschillende rechtsvaardigingscategorieën en waarden, naar Oldenhof e.a., 2014, gebaseerd op Boltanski en Thévenot (2006).

Er zijn parallellen tussen de rechtsvaardigingscategorieën en de genoemde driedeling in paragraaf 1.2: markt en industrie richten zich voornamelijk op het resultaat, civiel op de procedure en huiselijke en inspiratie op de persoon/persoonlijke verhoudingen. Hieronder is in een tabel de vergelijking tussen de in dit onderzoek genoemde rechtsvaardigingscategorieën naar rechtsvaardigingsvormen gegeven voor de vergelijkbaarheid. Deze vergelijking is ten behoeve van de vergelijkbaarheid door mijzelf gemaakt.

1	Industriële rechtvaardigingsgronden	Uitkomstlegitimiteit/ Distributieve rechtvaardigheid
2	Civiele rechtvaardigingsgronden	Proceslegitimiteit/ Procedurele rechtvaardigheid
3	Persoonlijke waarden	Persoonlijk, niet gericht op rechtvaardiging
4	Huiselijke rechtvaardigingsgronden	Persoonlijke legitimiteit/ Interactionele rechtvaardigheid
5	Roem	Persoonlijk legitimiteit/ Interactioneel rechtvaardigheid

Figuur 27: rechtvaardigingsgronden vergeleken met legitimiteits-/rechtvaardigheidsvormen.

Uit deze paragraaf blijkt dat er verschil kan bestaan in opvatting van wat als nastrevenswaardig moet worden gezien. Hier ligt een verschil in het wegen van waarden aan ten grondslag. Voor individuele zorgbestuurders en raden van bestuur zal hun *license to lead* mede worden bepaald door de manier waarop ze in staat zijn belanghebbenden van hun eigen waarden te overtuigen en om aan te sluiten bij de waarden van belanghebbenden in de omgeving.

4.5 Conclusie

4.5.1 De *license to lead* van de individuele zorgbestuurder

Om de *license to lead* te vergroten kan op basis van de theorie worden gesteld dat de bestuurder draagvlak dient te zoeken zowel door zijn kennis en morele oordeelsvorming te ontwikkelen (dit draagt bij aan zijn persoonlijke legitimiteit), als door zijn werkwijze (proceslegitimiteit) als door het bereiken van goede resultaten (uitkomstlegitimiteit). Duurzaam draagvlak kan dus worden bereikt door vakbekwaam beslissingen te nemen, hierbij een zorgvuldig proces van besluitvorming te doorlopen waarin kennis, keuzes en acties worden besproken en gedeeld, en door een resultaat te bereiken waarvoor draagvlak is en wat gebaseerd is op de *best available evidence*. Dit wordt hieronder toegelicht, waarna het in een tabel is samengevat.

- De persoonlijke legitimiteit van een individuele zorgbestuurder hangt op basis van de theorie af van:
 - het voldoen aan de normen die in wet-, regelgeving en andere institutionele teksten staan, zoals dat in de Governancecode zorg 2017 staat dat bestuurders zorgen dat zij vakbekwaam en geschikt zijn en blijven (artikel 7.1.2).
 - de professionalisering van de zorgbestuurder en hoe die zich verhoudt tot de vakontwikkeling van zorgbestuurders in het algemeen, oftewel: is de kennis en kunde van de bestuurders 'up to standard'?
 - de manier waarop de zorgbestuurder geworven is en of er hierbij is getoetst op zijn vakbekwaamheid, zijn drijfveren en zijn gedrag, in deze dissertatie samengevat onder de term 'karakter'.

- de *match* tussen de bestuurder en de manier waarop in de organisatie wordt omgegaan met macht: is de organisatie bijvoorbeeld sterk hiërarchisch ingericht en is de bestuurder in staat zich hiertoe te verhouden?
 - de vraag of de bestuurder de juiste persoon is om de organisatie verder te brengen. Dit kan gaan om het *in control* brengen van de organisatie, maar ook bijvoorbeeld om het inrichten van een organisatie die nog aan het pionieren is.
- De proceslegitimiteit van een individuele zorgbestuurder hangt op basis van de theorie af van:
 - de verschillende sturingsmechanismen specifiek voor de zorg vanwege het semi-publieke karakter. Deze bepalen wie formeel draagvlak kunnen geven, vergroten of ontnemen.
 - wet- en regelgeving waarin procesgaranties centraal staan, zoals zorgvuldigheid.
 - de omgang met macht in de organisatie. Dit bepaalt bijvoorbeeld of de bestuurder zijn draagvlak het beste kan vergroten door het volgen van formele procedures of juist door het centraal stellen van personen en hun creatieve processen de vrije ruimte geven.
 - de fase van de organisatie. Bij een startende organisatie ontbreken vaak formele structuren waardoor proceslegitimiteit niet kan worden verkregen door het doen van een beroep op procedures, maar bijvoorbeeld wel door een gedragen inrichting hiervan.
 - authentiek gedrag dat bijvoorbeeld leidt tot zorgvuldige belangenafweging en het hanteren van normen en waarden die passen bij de organisatie en de belichaming hiervan (karakter).
 - De uitkomstlegitimiteit van een individuele zorgbestuurder hangt op basis van de theorie af van:
 - institutionele teksten zoals wet- en regelgeving waarin ook een verwachting ten aanzien van resultaten worden benoemd. Bijvoorbeeld in de Wkkgz staat dat de bestuurder de kwaliteit van zorg systematisch dient te bewaken, beheersen en verbeteren. Met andere woorden: waarop je als bestuurder afgerekend wordt, is in wet- en regelgeving bepaald.
 - De omgang met macht in de organisatie en fase van de organisatie: wat is een haalbare uitkomst binnen de gegeven context?
 - De kennis, kunde en het gedrag van de zorgbestuurder zelf: waar ligt zijn expertise/welke uitkomst kan hij behalen? (karakter).

Een gedeeld moreel kader, namelijk overeenstemming onder de verschillende belanghebbenden en de maatschappij over wat goed bestuur is, draagt aan alle drie deze

vormen van legitimiteit bij. Als deze overeenstemming er is, kan ook aan de daaruit voortvloeiende normstelling 'getoetst' worden (formeel en informeel). Het voldoen aan de normstelling kan draagvlak opleveren.

Samengevat wordt het draagvlak van de individuele zorgbestuurder in theorie door de volgende elementen bepaald.

	Individuele zorgbestuurder
Persoonlijke legitimiteit	- Juridische normstelling - Professionalisering - Wervingsproces - Machtsstructuur en fase organisatie - Intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag - Gedeeld moreel kader
Proceslegitimiteit	- Semipublieke <i>setting</i> - Juridische normstelling - Machtsstructuur en fase organisatie - Intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag - Gedeeld moreel kader
Uitkomstlegitimiteit	- Juridische normstelling - Machtsstructuur en fase organisatie - Intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag - Gedeeld moreel kader

Figuur 28: de relatie tussen de verschillende legitimiteitsvormen en de *license to lead* van individuele zorgbestuurders op basis van de theorie ingevuld.

4.5.2 De *license to lead* van raden van bestuur

Voor raden van bestuur als orgaan geldt in belangrijke mate hetzelfde als voor individuele zorgbestuurders. Het verkrijgen van legitimiteit hangt ook voor raden van bestuur af van hun persoonlijke, proces- en uitkomstlegitimiteit. In dit hoofdstuk zijn de uitdagingen waar zorginstellingen voor staan beschreven. De *license to operate* van de instelling⁵⁵ en de *license to lead* van raden van bestuur zijn nauw met elkaar verbonden: raden van bestuur worden geacht de organisatie te laten meebewegen met de veranderende context en eisen die de omgeving stelt, anders kan de organisatie draagvlak bij bijvoorbeeld banken en verzekeraars verliezen, die ze nodig hebben voor hun financiering. Het verschil met de elementen in figuur 28 is dus dat bij raden van bestuur de manier waarop ze omgaan met verandering een belangrijke rol speelt. Raden van bestuur als orgaan worden meer afgerekend op hun gedrag dan op hun kennis en kunde, al hangen deze natuurlijk wel samen (de keuzes die ze maken komen voort uit hun kennis en ervaring). Ook bij raden van bestuur spelen elementen als de machts-

⁵⁵ Een set van eisen en verwachtingen die lokale belanghebbenden en de maatschappij hebben over hoe een organisatie zijn werk moet doen.

structuur binnen de organisatie een belangrijke rol: hoe lopen de hiërarchische lijnen en hoeveel invloed hebben ze op hun medewerkers? In theorie wordt de *license to lead* van raden van bestuur dus door de volgende elementen gevormd:

	Raad van bestuur
Persoonlijke legitimiteit	- Juridische normstelling - Vakontwikkeling - Wervingsproces - Machtsstructuur en fase organisatie - Omgang met verandering
Proceslegitimiteit	- Semipublieke <i>setting</i> - Juridische normstelling - Machtsstructuur en fase organisatie - Omgang met verandering
Uitkomstlegitimiteit	- Juridische normstelling - Machtsstructuur en fase organisatie - Omgang met verandering - Veranderende context

Figuur 29: de relatie tussen de verschillende legitimiteitsvormen en de *license to lead* van raden van bestuur op basis van de theorie ingevuld.

4.5.3 De *license to lead* van zorgbestuurders als collectief

Zorgbestuurders kunnen ook als collectief hun *license to lead* vergroten, verkleinen of zelfs verliezen. In theorie zijn hierbij de volgende elementen van belang:

- De semipublieke *setting* wordt bepaald door de uitdagingen rond betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. De overheid zoekt naar nieuwe manieren om het zorgstelsel zo in te richten dat dit doel wordt bereikt zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg. De introductie van marktwerking en tegelijkertijd de toenevende overheidsregulering en systeemveranderingen gericht op bezuiniging heeft effect op de besturing van zorgorganisaties en de resultaten die kunnen worden bereikt (uitkomstlegitimiteit). De semipublieke *setting* bepaalt wie formeel de *license to lead* van zorgbestuurders kunnen ontnemen en daarmee wie de gesprekspartners zijn van zorgbestuurders oftewel hun proceslegitimiteit.
- De wet- en regelgeving en andere institutionele teksten rond goed bestuur (zoals de Governancecode Zorg 2017) bepalen de kaders voor het bestuurlijk handelen.
- Ook veranderingen in de zorg door technologische vernieuwingen, vergrijzing en bevolkingsgroei en veranderende opvattingen in de samenleving over wat goede zorg is, beïnvloeden het werk van zorgbestuurders. Zo leiden overheidsmaatregelen om de zorg op collectief niveau betaalbaar te houden voor zorgbestuurders tot vraagstukken hoe bepaalde typen verliesgevendende zorg toch toegankelijk te blijven houden.

- Gebrek aan draagvlak leidt tot institutionalisering en overheidsingrijpen. Door collectieve institutionaliseringsacties van zorgbestuurders zelf, zoals vakontwikkeling en inrichten van het wervingsproces, kan een dergelijk overheidsingrijpen voorkomen worden. Deze acties leiden tot het collectief werken aan een *pool* van vakbekwame zorgbestuurders en het weren van onbekwame bestuurders en dragen daarmee bij aan de persoonlijke legitimiteit van zorgbestuurders als collectief en daarmee aan de status van de functie.

In theorie wordt *de license to lead* van zorgbestuurders als collectief dus door de volgende elementen gevormd:

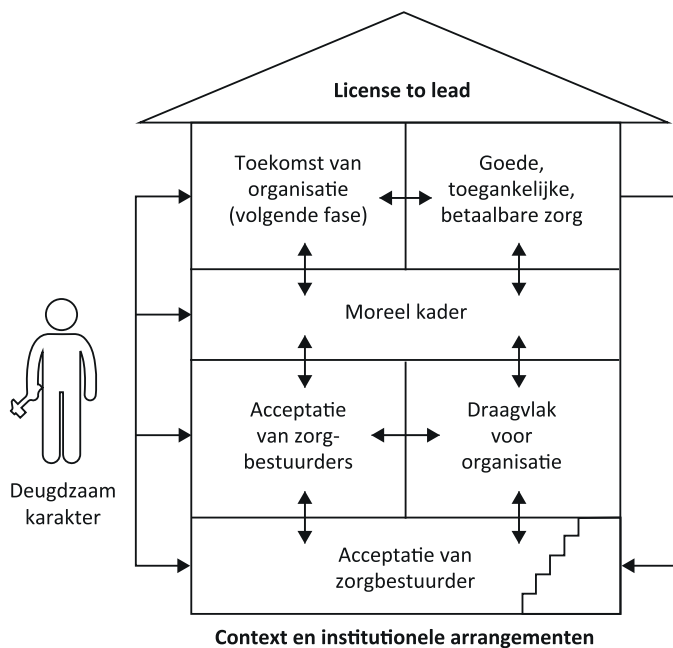
	Zorgbestuurders als collectief
Persoonlijke legitimiteit	- Juridische normstelling - Vakontwikkeling - Wervingsproces
Proceslegitimiteit	- Semipublieke <i>setting</i> - Juridische normstelling
Uitkomstlegitimiteit	- Semipublieke <i>setting</i> - Juridische normstelling - Veranderende context

Figuur 30: de relatie tussen de verschillende legitimiteitsvormen en de *license to lead* van zorgbestuurders als collectief op basis van de theorie ingevuld.

4.5.4 Bouwstenen van de *license to lead*

Uit de voorgaande paragrafen volgt dat in theorie zowel de intellectuele als morele eigenschappen van de zorgbestuurder van belang zijn, hier samengevat als deugdzaam karakter. Enige mate van acceptatie voor zowel de individuele zorgbestuurder als zorgbestuurders als collectief is van belang. Daarnaast is draagvlak voor de organisatie noodzakelijk. Uit dit hoofdstuk blijkt dat morele overeenstemming tussen bestuurder en omgeving een rol speelt, bijvoorbeeld in de manier waarop zorgbestuurders zich rechtvaardigen. Bovendien is de zorgbestuurder mede verantwoordelijk voor zowel de organisatie als voor het systeem. Voor het eerste is de fase van de organisatie relevant, voor het tweede het effect op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.'

De mate waarin draagvlak wordt geworven om te besturen voor zowel individuele zorgbestuurders als raden van bestuur als zorgbestuurders als collectief wordt in theorie dus bepaald door verschillende bouwstenen van de *license to lead*. Deze zijn in figuur 31 samengevat.



Figuur 31: bouwstenen van de *license to lead*.





5 Confrontatie tussen theorie en praktijk

5.1 Inleiding

Nadat in hoofdstuk 3 is beschreven hoe zorgbestuurders in de praktijk bouwen aan hun *license to lead* en in hoofdstuk 4 is beschreven welke methoden volgens theoretische inzichten leiden tot het vergroten van de *license to lead*, wordt in dit hoofdstuk geanalyseerd in hoeverre de acties van zorgbestuurders daadwerkelijk leiden tot het vergroten van hun *license to lead*. In dit hoofdstuk wordt eerst kort het politieke debat over zorgbestuurders geschetst. Daarna wordt een aantal thema's besproken die uit voorgaande volgen. Hierbij worden vakontwikkeling en professionalisering samen besproken (paragraaf 5.2), net als moreel kader, gedrag, karakter en machtsdeling (paragraaf 5.4). Dit omdat deze op elkaar inwerken met betrekking tot de *license to lead* en de effecten onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden. Werving (paragraaf 5.3), omgang met verandering (5.5) en schaalvergroting (paragraaf 5.6) worden apart besproken. In het volgende hoofdstuk worden overkoepelende conclusies getrokken.

Zoals gezegd wordt ook in de politiek gediscussieerd over wat goed (en slecht) zorgbestuur is. Van der Scheer omschrijft in haar dissertatie (2013) de discussie in de politiek in de periode 2000-2010. Incidenten rond zorgbestuurders en zorgorganisaties en de (te) hoge salarissen van zorgbestuurders waren in deze periode onderwerp van discussie en werden aan elkaar gekoppeld. Negatief *framen* van het 'ondernemerschap' van zorgbestuurders speelde hierbij een rol. SP en PVV namen in deze discussie het initiatief, maar stonden volgens Van der Scheer niet alleen.

In de periode 2013 tot 8 juni 2018 (de onderzoeksperiode van dit onderzoek) waren er meerdere kwesties die de aandacht van de Tweede Kamer vroegen. Dit ging onder andere om discussiepunten rond de beloning van zorgbestuurders. De WNT waarin een maximum werd gesteld aan de beloning voor zorgbestuurders trad 1 januari 2013 in werking en hierover werd daarna jaarlijks gerapporteerd, wat tot discussies in de Kamer leidde. Bijlage 1 bevat een uitgebreidere omschrijving van het politieke debat. Samengevat werd gediscussieerd over transparantie van gemaakte kosten van raden van bestuur bij zorginstellingen, er werd een oproep gedaan voor de invoering van een bestuurderstoets, de kwaliteit in de verpleeghuiszorg stond ter discussie en er werden kritische vragen gesteld over fusies bij zorginstellingen. Over fraude, faillissementen en een vermeende angstcultuur bij zorginstellingen werden eveneens Kamervragen gesteld. Bij al deze onderwerpen was ook de kwaliteit van zorgbestuurders onderwerp van debat. Er zijn in de genoemde periode ook aanvullende regels rond zorgbestuurders in de Tweede Kamer besproken en geformuleerd.

Op basis van het voorgaande zou dit onderzoek zich ook kunnen richten op het beloningsdebat, dat een belangrijke rol lijkt te spelen voor het draagvlak voor zorgbestuur-

ders. Echter, over medisch specialisten en hoogleraren in de zorgsector die uit hetzelfde zorggeld betaald worden, wordt dit debat niet gevoerd. Daarom was een aanname, die bij nadere bestudering van het Tweede Kamer debat werd bevestigd, dat het debat niet zozeer ingegeven werd door de discussie over de hoogte van het salaris bij een baan in de zorg, maar eerder door een gebrek aan draagvlak voor en twijfels over de toegevoegde waarde van bestuurders. In de conclusie (hoofdstuk 6) wordt kort teruggekomen op de beloningsdiscussie.

5.2 Draagvlak voor vakontwikkeling en professionalisering

In de vorige hoofdstukken is besproken dat zorgbestuurders middels de NVZD vakontwikkeling bewust inzetten als een manier om hun *license to lead* voor zorgbestuurders als collectief te vergroten. Dat ze zich steeds meer een (beroeps)groep voelen, lijkt mede te komen door de negatieve politieke uitlatingen over zorgbestuurders. Het succesvol neerzetten van zorgbestuur als professie kan bijdragen aan het verkrijgen van autonomie, macht, status en prestige, allemaal uitingen van draagvlak. Er lijkt steeds meer een eenduidig beeld te komen over welke kennis en ervaring nodig is om zorgbestuurder te zijn. De afgelopen twintig jaar heeft een institutionaliseringstendens plaatsgevonden waarbij er steeds meer opleidingen beschikbaar zijn gekomen voor zorgbestuurders en er een accreditatietraject is ingericht. Er is dus meer nadruk komen te liggen op het systeem van professionaliseren en het ontwikkelen van het 'vak' van besturen. Vakontwikkeling leidt ertoe dat zorgbestuurders als collectief zich steeds meer profileren als beroepsgroep (en vice versa). Deze twee ontwikkelingen (vakontwikkeling en professionalisering) kunnen elkaar versterken: wanneer een eenduidig kader ontstaat over wat het vak van besturen inhoudt, geeft dit richting aan het persoonlijke professionaliseringstraject van bestuurders (zie ook paragraaf 4.4.1). De kritiek op zorgbestuurders heeft in die zin geleid tot bewuste acties om de *license to lead* te vergroten. Deze acties leveren een positieve bijdrage aan het ontwikkelen van een normenkader voor de professie van zorgbestuurder. Het vertrouwen van de omgeving van de zorgbestuurder in zijn professionaliteit kan bijdragen aan de persoonlijke legitimiteit van de zorgbestuurder.

Noordegraaf e.a. (2015) geeft aan dat het voor vertrouwen in een beroepsgroep van belang is dat er overeenstemming bestaat (bij de directe omgeving, binnen de organisatie en in de samenleving) over wat voor eisen er aan zorgbestuurders gesteld kunnen worden en dat deze eisen bekwaamheid vergen (zie citaat in paragraaf 4.2.5). Kortom, het draagvlak voor het professionele kader draagt bij aan het draagvlak voor zorgbestuurders. Immers, pas door het hebben van een professioneel kader kan inzichtelijk gemaakt worden of een zorgbestuurder aan deze kwaliteitseisen voldoet.

Op het niveau van zorgbestuurders als collectief is beroepsvorming volgens de definitie van Noordegraaf (zie paragraaf 4.2.5) geslaagd wanneer zorgbestuurders worden gezien als *professionals* met specialistische kennis en ervaring, er kwaliteitscontrole is op hun werk en de *professionals* transparant zijn over de uitkomsten van deze controle en wanneer ze professionele maatstaven hebben voor de kwaliteit van het geleverde werk. Een aantal typerende elementen voor een beroepsgroep ontbreekt bij zorgbestuurders:

- Er is geen gedeelde vooropleiding (maar het gevoel dat specialistische kennis nodig is, groeit). Bestuurders zien zichzelf niet altijd, zo blijkt uit de interviews en focusgroep, als expert/specialist.
- Er is vertrouwen aan het ontstaan vanuit de politiek in het zelfreinigend vermogen van de beroepsgroep (zie onder meer paragraaf 5.3). Het zelfreinigend vermogen van zorgbestuurders is beperkt tot initiatieven van de NVZD, zonder wettelijke verankering zoals bij andere beroepsgroepen. In de politiek is verschillende malen gedebatteerd over de optie van een 'bestuursverbod' of een 'zwarte lijst van zorgbestuurders' (zie bijlage 1);
- Aanneمة gebeurt niet door bestuurders zelf (of je zou bestuur en toezicht als één 'governance groep' moeten zien, zoals medisch specialisten artsen zijn met een verschillende specialisatie en advocaten juristen zijn met een specifieke specialisatie);
- Het beeld van wat goed besturen is, is op grond van het beeld uit de interviews en focusgroep en zoals ook aangegeven door Van der Scheer, 2013 en Putters, 2009, diffuus. Dit heeft er ook mee te maken dat er geen eenduidig beeld is van hoe het werk van een bestuurder eruit zou moeten zien.
- De groep krijgt geen autonomie: deze is hiervoor te machtig (vergelijk met regels voor openbaar bestuur om de macht van de overheid aan banden te leggen, zie ook bijlage 2): zij worden bijvoorbeeld bij wet verplicht belanghebbenden te betrekken, de politiek wil 'zwakken' (cliënten/patiënten) beschermen.
- In de definitie van Noordegraaf e.a., 2015 (zie paragraaf 4.2.5) van wat een professie is, wordt onder andere gesproken over een directe en vaststaande beloning. De beloning van zorgbestuurders staat ter discussie. De NVZD en NVTZ, Vereniging van Toezichthouders in Zorg en Welzijn, hebben tot 2013 een beloningscode voor bestuurders in de zorg (BBZ) gehad. Deze had geen bindende werking en werd niet door alle bestuurders nageleefd. Inmiddels is er, met de inwerkingtreding van de WNT, geen sprake meer van zelfregulering als het gaat om beloning. Hoewel niet uit de definitie van Noordegraaf e.a. blijkt dat het moet gaan om een zelf bepaalde directe en vaststaande beloning is dit wel gebruikelijk bij beroepsgroepen.

Zorgbestuurders en voornamelijk de NVZD werken steeds actiever aan vakontwikkeling en professionalisering van zorgbestuur blijkt uit de beleidsstukken met betrekking tot het accreditatietraject, de enquête (zie bijlage 5) en het interview met de directeur

van de NVZD. Zorgbestuurders zetten vakontwikkeling bewust in als een manier om hun *license to lead* als groep te vergroten. Dat ze zich steeds meer een (beroeps)groep voelen, lijkt mede te komen door de negatieve uitlatingen in media en politiek over zorgbestuurders. Er lijkt steeds meer een eenduidig beeld te komen over welke kennis en ervaring nodig is om zorgbestuurder te zijn. Dit is geïnstitutionaliseerd in het accreditatietraject en vastgelegd in de Governancecode zorg. De kritiek op zorgbestuurders heeft in die zin geleid tot bewuste acties die de *license to lead* zouden moeten vergroten en heeft daarmee een positieve bijdrage geleverd aan de normstelling voor kwaliteit van zorgbestuurders.

De functie van zorgbestuurder heeft elementen van een praktijk en elementen van een institutie volgens de omschrijving van MacIntyre (1984 in Beauchamp, 2001 zie paragraaf 4.2.5). Om de '*corrupting power of institutions*' het hoofd te bieden is het van belang de *internal goods* van de praktijk te formuleren en deze de drijfveer te laten zijn voor zorgbestuurders om hun werk te doen. Het zichtbaar maken aan de buitenwereld van deze *internal goods* kan ertoe leiden dat het gevoel afneemt dat zorgbestuurders voornamelijk door *external goods* zoals macht, aanzien, invloed, status en geld gedreven worden. Dit vereist inzicht in wat de *best practices* zijn. Dit inzicht wordt door vakontwikkeling geboden. Op basis van de literatuur zijn *standards of excellence* te bepalen die overeenkomen met de expertisegebieden in het accreditatiesysteem.

Deze gebieden (zo blijkt uit de omschrijving in het Handboek accreditatie 2018) sluiten aan op de in paragraaf 3.4.1 geformuleerde *standards of excellence*⁵⁶.

De persoonlijke ontwikkeling, oftewel het verbeteren van de eigen kennis en het eigen inzicht, wordt door de respondenten van de enquête als belangrijkste reden om op te gaan voor accreditatie genoemd. De negatieve reputatie van zorgbestuurders, oftewel de status, is wel een reden geweest om het accreditatiesysteem op te zetten. In de interviews en focusgroep lopen de bespreking van *internal* en *external goods* door elkaar. Zo worden het ontwikkelen van competenties en bekwaamheid, het vergroten van de integriteit, het organiseren van tegenkracht, het inleven in managers/artsen, het verbin-

-
- 56 • Leiderschap omvat kennis en inzicht in wat effectief besturen in de zorg is.
- Resultaatgericht sturen vereist kennis van wat medewerkers doen en hoe ze het beste aan te sturen zijn en kennis van hoe zorgorganisaties werken en welke rol een bestuurder daarin heeft.
 - In verbindend samenwerken is inzicht en aandacht voor de belangen van belanghebbenden en maatschappij van belang.
 - De maatschappelijke bijdrage overlapt met kennis van en betrokkenheid bij de zorg en inzicht in en aandacht voor de belangen van de maatschappij.
 - Continu ontwikkelen past bij het adaptief vermogen om opgedane ervaring toe te passen.

den van de organisatie aan de omgeving en het zien van het lange termijnperspectief genoemd als elementen die als *internal goods* kunnen worden gezien. Professionalisering kan door zorgbestuurders bewust en onbewust gebruikt worden als een manier om hun netwerk en invloed te vergroten. Dit kan als *external good* gezien worden wanneer status en macht het einddoel zijn. Maar wanneer dit als middel wordt gebruikt om de belangen van cliënten/patiënten beter te kunnen behartigen, kan het ook bij de *internal goods* horen. Op basis van dit onderzoek is over deze achterliggende motieven geen uitspraak te doen. Volgens MacIntyre biedt deugdzaam handelen een tegenwicht tegen corrumperende effecten van instituties (meer hierover in paragraaf 5.4).

Zorgbestuurders zijn niet de eersten die door een kwaliteitssysteem hun reputatie willen verbeteren. Zo schrijft Hess (2003) over Amerikaanse schoolleiders die werken met een licentiesysteem dat is opgezet om de reputatie te verbeteren het volgende: *"Disturbed that their field lacks the professional esteem of law or medicine, professors of educational administration argue that stricture licensure will elevate the prestige of school leaders. If licensure were the key to professional respect, however, we might expect that more would be accorded to traffic school instructors, athletic trainers, nail care professionals, and practitioners of the many other certified fields for which the public exhibits no special regard. There is nothing about licensure that necessarily raises a profession's prestige or attracts more able practitioners. The of-cited cases of law and medicine do not offer the guidance that proponents imagine. In those fields, the public has evidence that practitioners have mastered essential knowledge – an impossible task in the case of educational leadership, where such a canon does not exist."* Om dit te vertalen naar de woorden van MacIntyre: zonder de *internal goods* zijn alleen de *external goods* niet voldoende om een praktijk te vestigen. Wanneer blijkt dat er inderdaad bepaalde kennis en inzicht nodig zijn om te kunnen besturen (en op basis van de literatuur is dit inderdaad het geval) dan zullen bestuurders zich ook langs de meetlat van deze 'professionaliseringsnormen' moeten leggen. Wanneer deze normen gedragen worden door de omgeving van de zorgbestuurder, kunnen de zorgbestuurders die werken aan deze professionalisering zich ook op hun professionaliteit beroepen ter vergroting van hun *license to lead*.

In paragraaf 3.3 werd het belang van ervaring besproken voor de professionalisering van zorgbestuurders. Voor de *license to lead* van de zorgbestuurders als collectief is de grens wanneer voldoende ervaring aanwezig is om te starten met besturen een interessante: ook een chirurg moet ervaring opdoen aan de operatietafel, maar niemand wil door een chirurg geopereerd worden die de operatie niet goed zou kunnen uitvoeren, omdat hij het nog moet leren. Zijn er voldoende garanties dat de zorgbestuurders die hun eerste bestuurlijke functie aangaan de basiskwalificaties bezitten om te starten als bestuurder? Is er voldoende aandacht voor het leren en ontwikkelen van deze

groep bestuurders? Wanneer overeenstemming is over het professionele kader, is kwaliteitscontrole dus van belang. In de politiek is een aantal maal de suggestie naar voren gebracht een bestuursverbod in te stellen voor 'falende' bestuurders. Om het tij van het negatieve imago van bestuurders en managers te keren noemt Wentink (2013) de route van professionalisering met een beroepsorganisatie, certificatie als een *license to practice* en toezicht op de naleving van een morele code in de beroepsuitoefening. Het gaat erom aan te tonen dat er meerdere belangen relevant zijn voor managers dan het eigen belang, zoals het belang van de klant en de maatschappij. Hoewel veel van de genoemde elementen (beroepsorganisatie, accreditatie en een governancecode) aanwezig zijn, is er geen *license to practice*. Er is bijvoorbeeld geen erkende opleiding tot zorgbestuurder. De groep bepaalt niet zelf wie tot de beroepsgroep wordt toegelaten en de diensten die worden geleverd zijn niet exclusief: binnen de wet- en regelgeving is het mogelijk een eigen zorgorganisatie op te zetten en zorgbestuurder te worden zonder hiervoor bij de beroepsvereniging te hoeven aansluiten. Ook voor managers in de zorg (wat vaak de achtergrond is van zorgbestuurders) is er geen toelatingstoets. Ook is er geen verplichte kwaliteitstoets voor zittende zorgbestuurders. Het zelfreinerend vermogen is daarmee beperkt, wat niet bijdraagt aan de *license to lead* van zorgbestuurders op collectief niveau volgens de theorie besproken in paragraaf 4.2.5.

Dat niet-geaccrediteerd zijn niet leidt tot sanctionering in de zin van een bestuursverbod kan op termijn veranderen: de accreditatie kan formeel (via wet) of informeel (via de groep zelf) dwingende werking krijgen: zonder geaccrediteerd te zijn, zou het dan niet meer mogelijk zijn om het werk als zorgbestuurder te blijven uitoefenen. Al bij de totstandkoming van het systeem was er verdeeldheid onder de groep die de accreditatie mee heeft ontworpen (de 'kopgroep') of accreditatie (op den duur) mede bepalend zou moeten zijn voor de raad van toezicht bij het aanstellen van bestuurders.

Het accreditatiesysteem van de NVZD hinkt in dat opzicht op twee benen: enerzijds wordt besturen als professie neergezet en wordt een kwaliteitskader geformuleerd, maar aan de andere kant blijft een toets op dit kader en sanctionering, in de zin van een bestuursverbod, uit en wordt de uiteindelijke toets door externen (de 360 graden feedback, auditoren en accreditatiecommissie) verricht. En hoewel goed bestuur samenhangt met de context waarbinnen de bestuurder opereert, zijn er over deze context en de *fit* met de bestuurder wel degelijk objectieve uitspraken te doen, wat ook gereflecteerd is in de expertisegebieden die in de accreditatie zijn benoemd. Oftewel, bij de accreditatie zou naast het betrekken van de *feedback* van de omgeving ook een proeve van bekwaamheid kunnen passen door te toetsen aan de expertisegebieden die door de NVZD worden benoemd. Deze proeve van bekwaamheid zou kunnen bijdragen aan het

vergroten van de persoonlijke *license to lead* van zorgbestuurders op de verschillende niveaus (individuele zorgbestuurder, raad van bestuur, zorgbestuurders als collectief).

Er lijkt dus een institutionaliseringstendens van de vakontwikkeling van zorgbestuurders zichtbaar die kan bijdragen aan het vergroten van de *license to lead*. Dit wil niet zeggen dat professionalisering ook geïnstitutionaliseerd moet zijn. Professionalisering van zorgbestuurders is ook niet synoniem voor het volgen van opleidingen. De geïnterviewde zorgbestuurders relativeren het belang van deze opleidingen en stellen informeel leren en ervaring meer centraal. Volgens de principes van *evidence based* werken zouden besluiten van managers gebaseerd moeten zijn op:

- onderzoeksresultaten
- de specifieke *setting* en informatie van de organisatie
- de weging van de waarden en belangen van belanghebbenden en
- de kennis en ervaring van degene die de beslissing neemt

(Ten Have e.a. 2015 en Ten Have, 2017, zie paragraaf 4.4.1). Zorgbestuurders lijken hun legitimiteit meer uit de manier waarop ze het besluitvormingsproces inrichten te halen (zie paragrafen 3.6 en 3.7) dan te baseren op het expliciteren van hun persoonlijke kennis en ervaring. Als het gaat om de professionaliteit van de zorgbestuurder wordt, geven de geïnterviewde zorgbestuurders aan, waarde gehecht aan kwaliteiten die hiermee samenhangen, zoals de manier van communiceren, de leiderschapsstijl, de daadkracht, de prioritering, het verbinden van korte en lange termijn, het denken op groepsniveau, een open houding en het stellen van kritische vragen.

Hoewel professionalisering een instrument kan zijn voor het vergroten van de *license to lead*, is dit niet een instrument dat door de geïnterviewde bestuurders ook wordt genoemd. Dit is verklaarbaar in het licht van het voorgaande: wanneer overeenstemming over welke beroepsnormen gelden ontbreekt, is het ook lastig om op basis van de eigen professionalisering gezag te claimen: wie zegt dat die specifieke professionalisering jou tot een betere bestuurder maakt? Zolang de normstelling voor goed zorgbestuur diffuus is, kan hier ook geen legitimiteit aan worden ontleend. Zoals gezegd wordt deze normstelling steeds minder diffuus, door het accreditatiesysteem, wet- en regelgeving en de Governancecode Zorg. Voor het vergroten van de *license to lead* van zorgbestuurders op verschillende niveaus zouden als volgende stap op basis van deze normstelling professionaliseringspaden kunnen worden benoemd. Bij de verschillende expertisegebieden van het accreditatiesysteem kan inzichtelijk worden gemaakt hoe een bestuurder zich hierin kan ontwikkelen. Dit kan zijn door bijvoorbeeld het volgen van opleidingen, maar ook door ervaring of door intervisie, meelopen, coaching en nevenfuncties. Hierbij gaat het om zowel kennis als ervaring.

Concluderend leidt de ontwikkeling van een professioneel normenkader door vakontwikkeling tot persoonlijke legitimiteit (wat zich vertaalt in bijvoorbeeld status) voor zorgbestuurders als collectief. Ook kan het voldoen hieraan bijdragen aan de persoonlijke legitimiteit van individuele zorgbestuurders. De vakontwikkeling gericht op het zichtbaar maken en versterken van de *internal goods* die verbonden zijn aan het werk van zorgbestuurders biedt een weerwoord tegen de negatieve uitlatingen van pers en politiek waarbij juist *external goods* zoals macht en inkomen worden benadrukt. Wanneer *external goods* niet het doel zijn, kunnen deze wel het gevolg zijn van andere doelen gericht op *internal goods*. Zo kan het werken op basis van *best available evidence* leiden tot status. Professionaliseringsnormen bieden individuele zorgbestuurders een middel om hun *license to lead* te vergroten. Voor het vergroten van de persoonlijke legitimiteit en de uitkomstlegitimiteit van zorgbestuurders is het van belang om *evidence based* te werken waarbij de professionaliteit van zorgbestuurders niet alleen wordt bepaald door de inrichting van het proces van besluitvorming, maar ook door de kennis en ervaring, die zorgbestuurders op diverse manieren opdoen (zoals blijkt uit paragraaf 3.3). De professionaliseringspaden die hieraan bijdragen, zouden zorgbestuurders als collectief kunnen benoemen. Kwaliteitscontrole of zelfs een *license to practice* zouden de *license to lead* van zowel individuele zorgbestuurders als zorgbestuurders als collectief kunnen vergroten. De accreditatie biedt wel een aanzet hiertoe, maar is geen *license to practice*.

5.3 Draagvlakcreatie bij werving

Er is kritiek vanuit de pers en politiek op zorgbestuurders dat zorgbestuurders zich begeven in een *old boys network*. Hieruit spreekt een bepaald beeld over het vermeende exclusieve karakter van de groep van zorgbestuurders. Zo werden er op 10 februari 2017 Kamervragen gesteld over een zorgbestuurder die een vertrekbonus van 65.000 euro had gekregen van een zorginstelling, zonder daar een dag gewerkt te hebben. De toenmalige staatssecretaris Van Rijn noemt dit een '*betreurenswaardige verspilling van zorggeld*' en '*slecht voor het imago van de sector*' (Aanhangsel Handelingen 2016/17, 1440, p. 1). Het proces dat heeft geleid tot de benoeming van deze zorgbestuurder is volgens de staatssecretaris niet goed gegaan. Uiteindelijk is de raad van toezicht teruggetreden en is er een interim-bestuurder aangesteld. De staatssecretaris antwoordt op de vraag hoe lang het *old boys network* in de zorg nog in stand blijft het volgende: "*Ik vind dat bestuurders te allen tijde moeten worden geselecteerd op basis van hun kwaliteiten en niet (louter) op basis van hun netwerk. De raad van toezicht draagt zorg voor een goede en evenwichtige samenstelling van de raad van bestuur die aansluit op de behoefte van de organisatie. Zij moet zich goed vergewissen van de daadwerkelijke kennis en kunde van een bestuurderskandidaat.*" (Aanhangsel Handelingen 2016/17, 1440, p. 2).

De werving van zorgbestuurders is weinig gereguleerd of geïnstitutionaliseerd. In het publieke debat kan dit ertoe leiden (en dat gebeurt ook) dat er twijfels worden geuit over de vraag of een zorgbestuurder op basis van heldere criteria en aantoonbare competenties is benoemd. Er lijkt zich in de afgelopen decennia wel een gangbare praktijk te hebben ontwikkeld. Om zorgbestuurder te worden, zijn informele toegangseisen gecreëerd. Deze eisen ligt in het verlengde van het genoemde 'gemiddelde' curriculum van zorgbestuurders: leeftijd, managementervaring en groeicurve spelen hierbij een rol. Het gaat niet alleen om algemene vaardigheden: er moet ook een match zijn in de specifieke situatie waarvoor een bestuurder wordt gezocht. De intelligentie en de leercurve van zorgbestuurders spelen juist door het niet gestructureerde karakter van opleiden een belangrijke rol. Dit sluit aan op de bevindingen in de vorige paragraaf dat zorgbestuurders zich gedragen als een beroepsgroep in wording.

Tijdens de werving en het aannemen van zorgbestuurders heeft een aantal *gatekeepers* invloed op de mate waarin de bestuurder zijn *license to lead* verwerft. De *gatekeepers* die zijn genoemd, zijn raden van toezicht, *searchers*, opleidingsinstituten en de medezeggenschap. Op groepsniveau is er een professionaliseringsslag geweest van zowel toezichthouders, *searchers* als zorgbestuurders. Er wordt niet meer alleen vertrouwd op goede contacten, maar ook gezocht naar draagvlak binnen de organisatie voor de nieuwe bestuurder. Bij het bredere publiek is weinig bekend over deze ontwikkeling. Naast draagvlak is er dan ook kritiek op de manier waarop zorgbestuurders worden geworven en wordt gesproken over het *old boys network*. Op basis van de onderzoeksdata lijkt deze kritiek onterecht: maar een zeer kleine groep (4% of minder) zorgbestuurders wordt wellicht op basis van hun persoonlijke connecties met raden van toezicht danwel bestuur benoemd. Bovendien is er ruimte voor nieuwe zorgbestuurders. Wel is het lastig om van buiten de zorg zorgbestuurder te worden. De betrokkenheid bij de zorg wordt door de geïnterviewden ook als een belangrijke voorwaarde gezien voor een professionele zorgbestuurder (zie paragraaf 3.3). Wel hangt veel af van de persoonlijke klik met de *gatekeepers* die hun eigen ervaring als maatstaf nemen.

Een eerlijk wervingsproces kan de *license to lead* van individuele zorgbestuurders, de raad van bestuur en zorgbestuurders als collectief versterken. De rol van de *gatekeepers* is informeel en speelt zich grotendeels in de sfeer van het vertrouwelijke af, zowel met betrekking tot het proces van werving als hun rol in het proces als de criteria die zij bij de werving hanteren. Vertrouwelijkheid bij werving is natuurlijk op zich gangbaar en logisch. Het gaat hier dan ook niet om het openbaar maken van wie in de procedure zit, maar over de vraag of de manier waarop geworven wordt en de criteria die daarbij een rol spelen objectief bepaald zijn.

Searchers zijn heel bewust bezig met het bouwen aan de *license to lead* van de kandidaat-bestuurder: het succes van hun werk is immers dat de kandidaatbestuurder succesvol is. Het betrekken van de medezeggenschapsorganen is wettelijk verplicht. Dit wordt ook in de praktijk gedaan bij zowel het bepalen van het profiel van de gezochte bestuurder als de beslissing wie gekozen wordt. De geïnterviewde *searchers* gaan hierin meestal verder dan de wettelijke verplichtingen om daadwerkelijk draagvlak te verwerven voor de kandidaat. Ook maken ze (samen met de raad van toezicht) een organisatieprofiel: wat voor bestuurder is hier nodig? *Searchers* besteden dus steeds meer aandacht aan de proceslegitimiteit.

Over de mate waarin raden van toezicht en opleidingsinstituten zich bewust zijn van hun rol als *gatekeeper* bij het verwerven van de *license to lead*, is op basis van dit onderzoek geen uitspraak te doen. Wel blijkt dat de *gatekeepers* hun eigen 'toelatingscriteria' hanteren. Raden van toezicht zouden met meer gebruikmaking van professionele toetsing met onderbouwde methodieken en instrumenten het succes van de benoeming kunnen vergroten. Zorgbestuurders zelf hebben in het accreditatietraject en in de Governancecode Zorg 2017 een aantal beroepsnormen geformuleerd. Voor het gevoel van een transparant wervingsproces bij politiek en maatschappij en dus het vergroten van de *license to lead* op collectief, maar ook op individueel niveau, zou het kunnen helpen om deze criteria een (formeel) onderdeel van het wervingsprofiel te maken en hieraan te toetsen in het wervingsproces.

Er is geen kwantitatieve informatie beschikbaar over het succes van het aannemen van zorgbestuurders. De werving van een nieuwe bestuurder kan ingrijpende gevolgen hebben voor de koers van een organisatie. Juist daarom is het positief voor de *license to lead* van de bestuurder binnen de organisatie dat hierbij een bepaalde gangbare praktijk aan het ontstaan is waarbij relevante partijen worden betrokken. De interviews en focusgroep geven het beeld dat dit meer gebeurt dan op basis van de wettelijke verplichtingen noodzakelijk is. Het is op basis van dit onderzoek overigens niet te zeggen of deze praktijk voornamelijk door *searchers*, die minder dan de helft van de wervingsprocessen begeleiden, wordt gebezigd, of ook breder. Juist daarom zou het mooi zijn om ook de criteria voor het succes van een benoeming te definiëren en hierop als raad van toezicht te reflecteren.⁵⁷ Een benoeming is succesvol wanneer er draagvlak is voor

57 Drucker geeft in 1985 aan dat maar een derde van de bestuurdersaannamen succesvol zijn. Hogan, Hogan en Kaiser (2010) geven aan dat schattingen van het falen van managers tussen de 30 en 67 procent zijn. Deze percentages roepen bij mij de vraag op of de aanname van bestuurders niet trefzekerder kan worden ingericht.

zowel de persoon van de gekozen bestuurder als voor de manier waarop de werving heeft plaatsgevonden.

De zelfregulering in de vorm van het accreditatiesysteem heeft ervoor gezorgd dat in de zorg niet dezelfde geschiktheidstoetsen zijn ingevoerd bij de benoeming van een bestuurder als in andere semipublieke sectoren en de financiële sector. Er is dus vanuit de politiek gezien (op het moment van schrijven) voldoende draagvlak voor de zelfregulering om van verdere institutionalisering door overheidsingrijpen af te zien als het gaat om benoeming van zorgbestuurders. Voor zorgbestuurders als collectief heeft de vakontwikkeling bijgedragen aan de *license to lead*, wat doorwerkt in het afzien van verder overheidsingrijpen bij de werving. Het citaat van de Staatssecretaris in reactie op de Kamervragen wat in deze paragraaf is besproken, vervolgt dan ook met: *"De Nederlandse vereniging voor bestuurders in de zorg (de NVZD) heeft een accreditatietraject ontwikkeld waarin wordt getoetst of bestuurders actief werken aan hun vakontwikkeling en beschikken over zelfreflectief vermogen. Voor de raden van toezicht is deze accreditatie een praktisch handvat om de competenties van kandidaat bestuurders te kunnen beoordelen. Ik roep raden van toezicht dan ook op om al hun bestuurders op te laten gaan voor accreditatie."* (Aanhangsel Handelingen 2016/17, 1440, p. 2).

Concluderend zijn er informele toegangseisen gecreëerd om zorgbestuurder te worden die worden bepaald door een aantal *gatekeepers*. Het toetsen aan heldere criteria en aantoonbare competenties kan bijdragen aan de *license to lead* van zorgbestuurders op verschillende niveaus (individueel, organisatie en als collectief). De kritiek van 'vriendjespolitiek' lijkt onterecht, maar door de vertrouwelijkheid rond wervingsprocedures lastig te weerleggen, wat de *license to lead* van zorgbestuurders als collectief niet vergroot. In het wervingsproces is wel steeds meer aandacht voor het betrekken van belanghebbenden, dit vergroot de legitimiteit van individuele zorgbestuurders. Door het succes van benoeming van zorgbestuurders te meten, zou ook de *license to lead* van zorgbestuurders op de verschillende niveaus (individuele zorgbestuurder, raad van bestuur en zorgbestuurders als collectief) kunnen worden vergroot. De *license to lead* voor zorgbestuurders als collectief is (tot op heden) groot genoeg om overheidsingrijpen in de wervingsprocedure tegen te houden.

5.4 Moreel kader en deugdzzaam karakter

In juli 2016 maakt Staatssecretaris Van Rijn van VWS bekend welke zorginstellingen volgens de Inspectie voor de gezondheidszorg (wat later de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd is geworden) 'onder de maat' presteren. De zogenaamde 'zwarte lijst' haalt de landelijke media. Dit leidt ook tot negatieve kritiek op zorgbestuurders in politiek en media. Mevrouw Volp (PvdA): *"De inspectie noemt in het kort drie hoofdzaken:*

de bestuurder, de deskundigheid en de zorgvraag. Laat ik beginnen met het eerste punt. In 40% van de gevallen weet de bestuurder niet eens wat er speelt in zijn huis. Ik heb een functieprofiel voor een bestuurder bekeken en daarin staat dat hij eindverantwoordelijk is voor de aansturing, de positionering en de kwantitatieve en kwalitatieve zorgresultaten, en dat hij daarnaast naar nieuwe mogelijkheden en kansen op de markt moet zoeken om het huis op de agenda te zetten enzovoorts. Dat is natuurlijk prachtig, maar er staat niet in dat een bestuurder moet weten wie er in zijn huis woont en werkt en wat die cliënten en zorgverleners, de mensen aan het bed, willen, kunnen en nodig hebben." (Handeling II 2015/16, 31765, nr. 105, p. 1).

Ook voor individuele zorgbestuurders heeft de lijst consequenties. Een voorbeeld is de bestuurder van zorginstelling Careyn, die op de 'zwarte lijst' stond. Op de website van deze instelling staat te lezen dat de voorzitter van de raad van bestuur *"erkent dat ondanks grote inspanningen de verbeteraanpak onvoldoende resultaat heeft opgeleverd, o.a. op het gebied van personele bezetting. Daarom heeft hij besloten plaats te maken voor een nieuwe bestuurder"*⁵⁸

In pers en politiek worden, zo blijkt ook uit voorgaande, twijfels geuit over de toegevoegde waarde van bestuurders en over hun morele kompas (in deze casus: de betrokkenheid bij de cliënten en zorgverleners). Naast specifieke kennis hebben traditionele professies ook een dienstverleningsethos (Schinkel en Noordegraaf, 2011). Het vertrouwen hierin lijkt voor zorgbestuurders en andere managers klein. Het deugdzame karakter richt zich op het nastreven van excellent gedrag. Hierbij zijn zowel intellectuele als morele kennis, keuzes en gedrag van belang. Individuele zorgbestuurders hebben invloed op hun eigen kennis, kunde en gedrag. Wanneer overeenstemming is over wat excellent gedrag is, kan dit de *license to lead* vergroten: wanneer er geen overeenstemming is over wat moet worden nagestreefd, kan de uitkomstlegitimiteit worden onthouden. Voor individuele zorgbestuurders en raden van bestuur zal hun *license to lead* mede worden bepaald door de manier waarop ze in staat zijn om aan te sluiten bij de waarden van de belanghebbenden in de omgeving. In deze paragraaf zijn op basis van het voorgaande deugden geformuleerd die passen bij de besproken normen voor een goede bestuurder die in de afgelopen jaren zijn ontwikkeld.

Beroepsmoraal bestaat volgens Kole (in Sanderse en Kole, 2018, p. 41) uit gedeelde verwachtingen, normen, waarden, deugden en idealen van de beroepsbeoefenaars.

⁵⁸ Dit citaat is afkomstig van de website van Careyn. Inmiddels is dit citaat niet meer op hun website te vinden. Wel blijkt uit verschillende nieuwsberichten dat een dergelijk bericht geplaatst heeft gestaan. Zie bijvoorbeeld: <https://www.rtlnieuws.nl/node/350956>.

Deze vormen een 'normatieve onderstroom' die in bijvoorbeeld een beroepscode kan worden geëxpliceerd. Naast de eigen beroepsmoraal is de publieke moraal (de opvattingen van burgers, het publiek en de politiek) over hoe professionals hun werk zouden moeten doen van belang. Ook persoonlijke waarden noemt Kole (in Sanderse en Kole, 2018) als bron voor het vormen van een beroepsethiek. De deugden die hierbij horen hangen af van het doel, oftewel de *internal goods*, van de professie (Vos in Sanderse en Kole, p. 61). Met moreel kader wordt in deze dissertatie bedoeld de - meer of minder intersubjectieve - opvattingen over wat de goede uitkomsten, goede werkwijzen en goede motieven zijn. Vanuit de veronderstelling dat een goede zorgbestuurder meer draagvlak heeft dan een slechte is op basis van inzichten uit organisatiekunde en leiderschapsliteratuur, gekeken over welke kwaliteiten een professionele zorgbestuurder zou moeten beschikken:

Kader 1: de normen voor een (professionele) zorgbestuurder:

- Kennis van en inzicht in wat effectief besturen in de zorg is;
- Kennis van wat medische professionals (voor zover aanwezig), verpleegkundigen en andere medewerkers doen;
- Kennis van hoe zorgorganisaties werken en welke rol de bestuurder heeft;
- Kennis van en betrokkenheid bij de zorg die wordt geleverd in alle facetten;
- Adaptief (of aanpassings-)vermogen om opgedane ervaring toe te passen en hiervan te leren;
- Inzicht in en aandacht voor: de belangen van belanghebbenden en de maatschappij en voor het wege van deze belangen.

Het gaat dan om zowel kennis van de zorg zelf als van de processen daaromheen, zoals vastgoedbeheer, ICT-inrichting en facilitaire diensten.

En een effectieve en doelmatige zorgbestuurder de volgende:

Kader 2: de normen voor een (effectieve en doelmatige) zorgbestuurder:

Om effectief en doelmatig te zijn staat de zorgbestuurder ten dienste aan het primair proces van de organisatie, sluit hij in zijn handelingswijze aan bij de fase waar de organisatie zich in bevindt en helpt de organisatie verder. Zijn doel is zowel het gezond houden van de organisatie als van het zorgstelsel.

Op basis van wet- en regelgeving, codes en kaders gelden voor een legitieme zorgbestuurder (intersubjectieve opvattingen die in zijn verankerd in wet- en regelgeving, codes en kaders) de volgende normen:

Kader 3: de normen voor een (legitieme) zorgbestuurder:

Een zorgbestuurder neemt zorgvuldige, gemotiveerde besluiten waarin hij gelijke gevallen gelijk behandelt, belanghebbenden betreft en geen ander doel beoogt dan dat waarvoor hij bevoegd is. De bestuurder neemt verantwoordelijkheid, houdt zich aan zijn afspraken, is toetsbaar en open, legt verantwoording af en verdient een maatschappelijk verantwoorde beloning. Hij waakt voor belangenverstrengeling, leert van fouten en is deskundig en competent en *in control*. Zorgbestuurders als collectief weren slechte bestuurders en zijn zelf in staat een waardenkader te ontwikkelen dat past bij de context van de eigen instelling. Daarbij bewaken, beheersen en verbeteren ze de kwaliteit van zorg systematisch.

De eerste en tweede kaders weerspiegelen de normen op basis van wetenschappelijke inzichten die aansluiten bij de normen die zorgbestuurders zelf in het accreditatietraject hebben vastgelegd, het derde kader de verwachtingen van de maatschappij van een bestuurder die in institutionele teksten zijn vastgelegd. Deze normen overlappen, maar zijn niet identiek. De norm voor professioneel zorgbestuurder (eerste kader) geeft bijvoorbeeld verdere invulling aan 'deskundig en competent en *in control*' uit de juridische normstelling (derde kader). Het wegen van belangen (eerste kader) wordt in de juridische normstelling (derde kader) weer nader ingevuld als het gelijk behandelen van gelijke gevallen en het toetsbaar en open zijn.

Uit dit hoofdstuk blijkt dat verschillende elementen van de *license to lead* op de verschillende niveaus van de individuele zorgbestuurder, de raad van bestuur als orgaan en zorgbestuurders als collectief van belang zijn.

Deze omschreven *standards of excellence* kunnen worden gezien als het na te streven doel voor zorgbestuurders. Het accreditatiesysteem is ontstaan vanuit zorgbestuurders zelf met wetenschappelijke inbreng vanuit de Erasmus Universiteit. De aan de in het accreditatiesysteem te koppelen deugden zouden kunnen worden gezien als de beroepsmoraal van zorgbestuurders.

In de accreditatie is geen expliciete morele component geformuleerd, maar uit de benoemde expertisegebieden blijken qua morele kennis, keuzes en gedrag deugden als bezinning, zelfdiscipline en flexibiliteit van belang te zijn.

In paragraaf 4.2.4 wordt het wettelijke normenkader rond goed bestuur samengevat. Dit normenkader is in de afgelopen twintig jaar ontwikkeld: in de Kwaliteitswet zorginstellingen uit 1996 werd de verantwoordelijkheid van de bestuurder voor de kwaliteit

van zorg en de verbetering hiervan vastgelegd (zie bijvoorbeeld Handelingen EK 95/96, 23633, nr. 17). In paragrafen 3.5 en 3.6 laten de geïnterviewde zorgbestuurders en de focusgroep een beeld zien dat de besproken normen 'disciplinerende werking' hebben en inderdaad leiden tot zorgvuldige en gemotiveerde besluitvorming, verantwoording afleggen, openheid en transparantie en het betrekken van belanghebbenden. Aan de andere kant biedt dit onvoldoende handvatten voor het dagelijks handelen en ontwikkelen bestuurders zelf handelingsstrategieën voor de omgang met deze eisen. Hierbij besteden ze aandacht aan het proces van besluitvorming en het creëren van een gedragen uitkomst. Deugden die passen bij het wettelijk normenkader en de manier waarop zorgbestuurders de proceslegitimiteit invullen zijn deugden als verantwoordelijkheid, rechtvaardigheid en zorgvuldigheid.

De *license to lead* wordt altijd gegeven en ontnomen door iemand. Oftewel, er is een minimaal draagvlak nodig om te blijven besturen. Er zijn verschillende belanghebbenden die zowel in theorie als in de praktijk de *license to lead* van een bestuurder beïnvloeden (zie de paragrafen 3.2.2 en 3.5). Het gaat om interne belanghebbenden, zoals de raad van toezicht, de medebestuurder, het managementteam en de *professionals* en externe belanghebbenden zoals banken, verzekeraars en de (lokale) overheid. Uit paragrafen 3.5, 3.6 en 3.8 blijkt dat zij in die zin het handelen van zorgbestuurders sturen, dat de bestuurders bewust aandacht besteden aan de betrokken partijen zoals omschreven in paragraaf 3.5. Aan de andere kant lijkt de eigen *license to lead* niet het enige belang waar de geïnterviewde bestuurders mee bezig zijn: soms kiezen ze er ook bewust voor een koers te varen die ze het beste achten met het risico dat ze hun eigen *license to lead* verliezen omdat deze koers niet door iedereen wordt gedeeld (zie paragraaf 3.8). Het doel gaat dan voor op de manier waarop dit wordt bereikt. Het verlies van de *license to lead* van een individuele zorgbestuurder zou kunnen bijdragen aan de *license to lead* van zorgbestuurders als collectief, wanneer overeenstemming bestaat in de samenleving over het belang van goede zorg en de manier waarop de bestuurder hieraan werkt. Uit paragraaf 3.8 blijkt echter dat er verschillende waarden in het geding kunnen zijn die ook verschillend worden gewogen. Zo kan het in het belang van goede zorg zijn om niet alle wet- en regelgeving te volgen, maar kan dit door de maatschappij worden veroordeeld. Ook bijvoorbeeld het ambulantiseren van zorg kan vanuit principiële overtuigingen gebeuren, maar voelen als harteloos omdat de cliënten hun 'huis' verliezen.

Op organisatieniveau wordt veel aandacht besteed aan het proces (wat kan leiden tot proceslegitimiteit). De professionaliteit van de bestuurder ligt in het organiseren van het proces zodat alle belanghebbenden zich gehoord voelen en mee worden genomen in het uiteindelijke besluit en ook in het houden van de regie zodat dit uiteindelijke besluit leidt tot goede kwalitatieve zorg en (in het geval van bezuiniging) zo min mogelijk

negatieve effecten voor medewerkers. Een eerlijk, transparant proces waarin belanghebbenden het gevoel hebben gehoord te worden, draagt bij aan de *license to lead*. Wanneer de *license to lead* van zorgbestuurders onder druk staat, wordt voornamelijk geïnvesteerd in het proces- en de uitkomstlegitimiteit (zie paragraaf 4.8). Alleen met de medebestuurder(s) speelt ook de persoonlijke/interactionele legitimiteit/rechtvaardigheid een grote rol. Oftewel, de menselijke factor is in deze verhouding van groot belang: is het een 'gelukkig huwelijk'? Ook is het mogelijk dat 'waardenverstrengeling' plaatsvindt wanneer een zorgbestuurder zelf conflicterende waarden allebei belangrijk vindt of wanneer binnen de raad van bestuur waarden verschillend worden geprioriteerd.

In stakeholdertheorieën wordt ervan uitgegaan dat de belangen van stakeholders (belanghebbenden) worden gewogen op basis van de macht van de stakeholder, de legitimiteit van zijn positie en de urgentie van zijn belang (Mitchell e.a., 1997). In de interviews lijken bestuurders een andere weging te hanteren: ook de belangen van de zwakkeren spelen een rol (met weinig macht) en de belangen van toekomstige zorggebruikers (met weinig urgentie). Hierbij varen de zorgbestuurders ook op hun eigen kompas, dus ook hun persoonlijke normen en waarden spelen een rol bij de belangenafweging. Het lijkt eerder te gaan om het meekrijgen van belanghebbenden in de door de bestuurder bedachte koers dan om het creëren van een koers met de belanghebbenden gezamenlijk. Wel betreft de bestuurder in het uitzetten van de koers de verschillende belangen, maar vaart hier vooral op zijn eigen inzicht wat deze belangen zijn. Dit blijkt ook uit de volgorde van belang van rechtvaardigingscategorieën die door de focusgroep werden genoemd, waarbij de uitkomst (kwalitatief goede zorg) de belangrijkste rechtvaardigingsgrond is. De volgende rechtvaardigingsgronden werden in de in hoofdstuk 3.8 besproken focusgroep gebruikt (op volgorde van belang):

1. Industriële rechtvaardigingsgronden
2. Civiele rechtvaardigingsgronden
3. Persoonlijke waarden
4. Huiselijke rechtvaardigingsgronden
5. Roem

Ook door de respondenten in de enquête wordt goede zorg genoemd als belangrijkste resultaatsnorm (letterlijk: zaak waar bestuurders op afgerekend wensen te worden, Bijloos e.a., 2017, p. 40, zie ook paragraaf 3.8). Hoewel deze twee naast elkaar kunnen bestaan, wordt in de focusgroep en in de interviews aangegeven dat bij conflict uitkomstlegitimiteit voorrang krijgt boven proceslegitimiteit. Op basis hiervan kan aan de hierboven genoemde deugden van bezinning, zelfdiscipline en flexibiliteit en verantwoordelijkheid, rechtvaardigheid en zorgvuldigheid worden toegevoegd dat in de praktijk ook moed en vastberadenheid van belang zijn.

Uit hoofdstuk 4 blijkt dat om effectief en doelmatig te zijn de bestuurder ten dienste staat aan het primair proces van de organisatie, in zijn handelingswijze aansluit bij de fase waar de organisatie zich in bevindt en de organisatie verder helpt. Zijn doel is zowel het gezondhouden van de organisatie als van het zorgstelsel. Hoewel dit niet van iedere individuele bestuurder zal worden verwacht of niet van iedere raad van bestuur, is dit wel wat verwacht wordt van zorgbestuurders als collectief door de samenleving om de uitdagingen waar het zorgstelsel voor staat het hoofd te bieden. Dubbink (in Sanderse en Kole) onderscheidt morele problemen met een een collectieve dimensie (macrovraagstukken) en morele problemen met een persoonlijke dimensie (microvraagstukken). Trots volgens de interpretatie van Aristoteles is een deugd die past bij deze macrovraagstukken: Aristoteles ziet trots als het midden tussen valse bescheidenheid en eerzucht. Om trots te kunnen zijn, moet degene om wie het gaat tot grootse dingen in staat zijn en die ook nastreven vanuit een intrinsieke motivatie om het beste te doen. Dit is dus ook niet voor iedereen weggelegd. Aristoteles ziet deze deugd als de kroon op de andere deugden: het maakt de andere deugden groter, maar heeft een afhankelijk bestaansrecht. De deugd kan niet bestaan zonder andere deugden, zoals een goed en nobel karakter. Eer, macht en rijkdom zijn niet belangrijk voor de trotse persoon, omdat hij weet wat hij waard is en hij streeft dit ook niet in het bijzonder na.

In de inleiding werd het politieke debat rond de 'zwarte lijst' van zorginstellingen besproken. Het citaat van mevrouw Volp maakt duidelijk dat over de invulling van normen verschil van inzicht kan bestaan. Zo vindt zij het van belang dat bestuurders weten wie er in hun zorginstelling woont. In de interviews worden redenen genoemd om dit juist niet te willen weten, zoals de privacy van de cliënten en de grootschaligheid die nodig is om bepaalde zorg te kunnen leveren. Dit is een voorbeeld van rechtvaardigingsgronden die door bestuurders worden gebruikt, maar niet leiden tot draagvlak omdat waarden anders worden gewogen door, in dit geval, de politiek. Voor de *license to lead* is het van belang over deze botsing van waarden de dialoog aan te gaan en de gekozen waarden ook steeds te heroverwegen. Ook het komen tot een gedragen invulling van de gestelde normen kan behulpzaam zijn. Wat is openheid en transparantie? Hoe ver gaat deze en hoe weegt deze op tegen privacy overwegingen? Hoe creëer je een lerende organisatie en een open cultuur? Hierbij kan de organisatiekunde behulpzaam zijn.

Samengevat is te stellen dat er in politiek en maatschappij met enige regelmaat getwijfeld wordt aan het morele kader en deugdzame karakter van zorgbestuurders. Dit hangt mede samen met het gegeven dat er in de zorg verschillende waarden in het geding kunnen zijn die ook verschillend worden gewogen. Deugden zoals verantwoordelijkheid, rechtvaardigheid, zorgvuldigheid, bezinning, zelfdiscipline, flexibiliteit, moed, vastberadenheid en trots zouden, op basis van wat hiervoor is besproken, kunnen

gelden als 'dienstverleningsethos'. Het expliciteren van een dergelijk ethos helpt om te komen tot een gedragen normenkader wat de *license to lead* van zorgbestuurders kan vergroten. Wanneer waarden botsen of 'waardenverstrengeling' ontstaat, helpen deze deugden de dialoog te zoeken en waarden te wegen en heroverwegen.

5.5 Omgang met verandering

In de deugdenethiek staat het ontwikkelen van deugdzaam handelen door gewoonten centraal. De ontwikkeling van een professioneel karakter omschrijft Sanderse (in Sanderse en Kole, 2018, p. 165) als een proces waarbij "*mensen deugden die ze privé al (deels) hebben, ook leren herkennen en toepassen in voor hun beroep typische werksituaties*". Hoewel er wel (bediscussieerde) instrumenten zijn om deugden meetbaar te maken (zie Kristjánsson in Sanderse en Kole, 2018), is het dus van belang het ontwikkelperspectief centraal te stellen - welke morele intenties, keuzes en acties zijn nastrevenswaardig - en niet zozeer om te komen tot een nieuw toetsingsinstrument. De *license to lead* van de individuele zorgbestuurder hangt onder andere af van de manier waarop hij tijdens zijn werk aan een verandering vorm weet te geven. De nulhypothese bij verandering zou moeten zijn dat veranderen niet nodig is (zie paragraaf 4.3.3). De afgelopen 15 jaar is er veel veranderd in de zorg. Voorbeelden zijn schaalvergroting (zie paragraaf 5.6), nieuwbouw/renovatie, verbeteren ICT-structuur, nieuwe vormen van samenwerking en veranderingen in de topstructuur. De mate van *in control* zijn van zorgbestuurders wordt bepaald door hun inzicht in de fase waarin de organisatie zich bevindt en hun kundigheid om in deze fase op de juiste wijze te sturen. Zorgbestuurders hebben invloed op het zichtbaar maken van problemen die ten grondslag liggen aan een verandering en de manier waarop ze de organisatie hier doorheen sturen. In de praktijk worden veranderingen niet altijd vormgegeven volgens de fasering zoals die in paragraaf 4.3.2 omschreven is. Soms wordt het middel (bijvoorbeeld fusie) centraal gesteld en niet het doel (bijvoorbeeld toegankelijkheid van zorg door 24 uur per dag bereikbaar te zijn, wat voldoende personele bezetting vraagt).

De bestuurder brengt zijn eigen kennis en ervaring mee om veranderingen vorm te geven. In het proces worden door de bestuurder strategische keuzes gemaakt en wordt gezocht naar draagvlak en beïnvloedingsmacht (zie paragraaf 3.6). Het zoeken naar de beste organisatievorm voor goede zorgverlening, heeft effect op de inrichting van de top van de organisatie. Idealiter in die volgorde. Wanneer persoonlijke motieven, zoals meer aanzien, ten grondslag liggen aan het inzetten van een verandering kan dit afbreuk doen aan de *license to lead* van zorgbestuurders als collectief. Zorgbestuurders als collectief kunnen hier actief op sturen door onkunde te verminderen middels een *license to practice*. Eerder is gesproken over *evidence based* werken (zie paragraaf 4.4.1).

Voor de uitkomstlegitimiteit van zorgbestuurders als groep is het van belang aan te tonen dat de veranderingen die ze doorvoeren bewezen resultaat hebben. Dit effect kan bijvoorbeeld zijn het stroomlijnen van de zorg rondom de cliënt/patiënt, innovatie, kwaliteitsverbetering en het continueren van zorg en werkgelegenheid in tijden van bezuiniging. Zoals gezegd is er soms een existentiële noodzaak om te veranderen. Financiële successen zijn sowieso lastig in tijden van bezuiniging. Factoren die gemeten kunnen worden zijn ziekteverzuim, doorloop van personeel, openstaande vacatures, de financiële staat en het innovatie potentieel. Soms is de uitkomst van een verandering dat een deel van de zorg of een deel van de medewerkers wordt afgestoten respectievelijk ontslagen. Een positieve uitkomst voor deze medewerkers kan zijn dat de bestuurder heeft zorggedragen dat ze bij een andere organisatie aan het werk kunnen.

De vraag is wanneer het effect van de verandering merkbaar wordt en of deze dan nog gekoppeld wordt aan de verandering die is doorgevoerd. Er zijn omgevingsfactoren die de duurzaamheid van de verandering beïnvloeden, zoals wijzigingen in het overheidsbeleid en contracten met een korte doorlooptijd met verzekeraars. Een belangrijke factor is budgetvermindering door overheidsmaatregelen. Het doorvoeren van maatregelen in dit kader kan de *license to lead* van een bestuurder bij cliënten/patiënten en medewerkers negatief beïnvloeden. Er zijn vele manieren op krimp door te voeren, een taak van bestuurders is om deze goed te begeleiden en sturen. De beslissingen die moeten worden gemaakt in tijden van krimp, zijn beslissingen die in commerciële bedrijven anders gaan dan in zorginstellingen, omdat de instellingen ook een maatschappelijke functie hebben. Of de veranderingen voldoende zijn om alle vormen van zorg te blijven garanderen en betaalbaar te houden en of dit ook voldoende is voor de zorgbeleving van cliënten/patiënten, is de vraag. Het RIVM spreekt over een verdubbeling van de zorgkosten in 2040 ten opzichte van 2015. Uitkomstlegitimiteit krijgen is voor zorgbestuurders dus een lastige opgave.

De mate waarin de zorgbestuurder zijn beleid weet te 'verankeren', heeft invloed op de mate waarin zijn beleid wordt voortgezet na zijn vertrek. Het afzien van verandering van de opvolger (duurzame visie) kan bijdragen aan de *license to lead* van zorgbestuurders als collectief wanneer hiermee wordt gekoerst op een bewezen positief effect. Hierbij speelt een belangrijke rol dat er draagvlak is voor het beleid en dat de vorm die wordt gekozen aansluit op het beoogde doel. Ook de timing en tijdsplanning zijn van belang. Wanneer het proces moeizaam verloopt, kan dit ook afbreuk doen aan de *license to operate* van de organisatie. Bijvoorbeeld als er een bestuurscrisis ontstaat. Ook kunnen organisaties verandermoe worden wanneer veranderingen elkaar te snel opvolgen. De proceslegitimiteit speelt dus een rol. Door schaalvergroting is de manier waarop de processen in de organisatie worden vormgegeven belangrijker dan de persoonlijke relatie, omdat bestuurders niet met iedereen een persoonlijke relatie kunnen onderhouden.

Samengevat is er door de veranderende context veel verandert in zorginstellingen. Voor de uitkomstlegitimiteit van zorgbestuurders als collectief is het van belang dat deze veranderingen bewezen effecten hebben. In het algemeen geldt dat wanneer het doel van de verandering niet wordt gedragen door de organisatie intern of extern, draagvlak voor de uitkomst kan ontbreken. Om het effect van een verandering zichtbaar te maken, is het van belang dat aandacht besteed wordt aan de proceslegitimiteit en goed wordt nagedacht over het beoogde doel van de verandering, de gekozen vorm, de timing en tijdsplanning. De uitkomstlegitimiteit speelt ook voor de raad van bestuur als orgaan een rol.

5.6 Schaalvergroting

Schaalvergroting is een zichtbaar effect van het werk van bestuurders, dit heeft ermee te maken dat een fusie moeilijk ongedaan te maken is. Uit onderzoek van Postma (2015) blijkt dat bij pers, politiek en professionals vaak andere waarden een rol spelen bij het bepalen van de goede schaal dan voor bestuurders, bijvoorbeeld persoonlijke aandacht voor de cliënt/patiënt in plaats van bijvoorbeeld de betaalbaarheid van de zorg.

Afwegingen voor een bepaalde schaal kunnen gekoppeld worden aan de mate waarin de organisatie *in control* is: wellicht ziet een bestuurder de fusie als noodzakelijk voor het bestaansrecht/stand blijven houden/zorg blijven leveren. Uit het genoemde onderzoek van Postma (2015) en Roos (2018) blijkt dat 28% van de respondenten van hun enquête vanwege financiële redenen besluit te fuseren. De meest voorkomende redenen, het verbeteren van het zorgaanbod (69%) en het versterken van de marktpositie (63%) en efficiëntie (46%), kunnen zowel gaan om het vechten voor het bestaansrecht als het *in control* komen als het *in control* zijn. Janssen (2017) schat, zoals gezegd, dat ongeveer 20% van de zorginstellingen onder bijzonder beheer staat. Een conclusie kan dus zijn dat een fusie een manier is om faillissement te voorkomen. Hierdoorheen speelt de vraag of zorginstellingen in staat zijn *in control* te zijn en hoeveel instellingen zich daadwerkelijk in een positie bevinden dat ze systematisch bestuurd kunnen worden of dat er zoveel disruptieve effecten zijn dat voortbestaan de primaire focus is. Dan is het al een gunstige uitkomst als het huidige aanbod/de huidige klanttevredenheid in stand blijft. Dit zou ook het gebrekkige bewijs voor de toegevoegde waarde van fusies kunnen verklaren: wellicht was het zonder de fusie nog veel slechter afgelopen door de veranderende context. Maar ook andere afwegingen spelen een rol, zoals blijkt uit onderzoek van Roos (2018) en Postma (2015, zie paragraaf 3.6).

Het gebrek aan bewijs voor schaalvergroting leidt bijvoorbeeld tot overheidsmaatregelen om de handelingsruimte van zorgbestuurders verder te reguleren en daarmee in te perken. Zo is er bij wet geregeld dat de Minister van VWS de bevoegdheid heeft

om een aanwijzing te geven om de zorginstelling op te splitsen vanwege redenen van ernstige afbreuk aan de kwaliteit van zorg (artikel 28 Wkkgz, zie ook Dekker en Sijmons, 2013, voor kanttekeningen bij deze bevoegdheid). Ook wordt gezocht naar manieren om de medezeggenschap en voornamelijk de cliëntenraad meer inspraak te geven bij fusies. In het rapport 'Medezeggenschap op maat: onderzoek naar de wijze waarop vorm en inhoud wordt gegeven aan medezeggenschap van cliënten in de zorg' van het Verwey-Jonker Instituut (2015) in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wordt aangegeven: *"Uit de vraaggesprekken komt naar voren dat waar zich conflicten voordoen tussen bestuur en cliëntenraad, deze vaak betrekking hebben op meer bestuurlijke thema's, zoals organisatieverandering, financieringskwesties, fusies of overnames. Er is in die gevallen sprake van duidelijk tegengestelde belangen en verstoorde werkverhoudingen. Ook hier speelt de opstelling van het bestuur een rol, in die zin dat het zich in deze gevallen terughoudend en formeel opstelt ten aanzien van de medezeggenschap. De cliëntenraad wordt in dit verband voornamelijk gezien als een factor die de besluitvorming nodeloos vertraagt. Ook komt het voor dat het bestuur slechts met één (centrale) cliëntenraad wenst samen te werken en niet met de raden per organisatieonderdeel. Het ontbreekt in die gevallen aan een vertrouwensrelatie, aldus respondenten uit cliëntenraden."* (p. 30). Tweede Kamerleden Leijten (SP) en Bouwmeester (PvdA) merkten op dat cliëntenraden en ondernemingsraden soms een fusie wilden blokkeren, maar de bestuurder simpelweg niet luisterde en dat daarom de raden meer rechten moeten krijgen in wetgeving (Kamerstuk II 2014/15, 32012, nr. 33).

Wanneer de organisatie groter is geworden kan het gevoel van verbondenheid en eenheid onder druk komen te staan. De voordelen van een professionelere organisatie, zoals carrièrekansen, zijn dan van belang om de tevredenheid gelijk te houden.

Samengevat doet het gebrek aan bewijs voor het nut van schaalvergroting afbreuk aan de *license to lead* van zorgbestuurders als collectief. Ook voor individuele zorgbestuurders en raden van bestuur kan schaalvergroting de *license to lead* negatief beïnvloeden wanneer de belangenafweging onduidelijk is of niet aansluit bij de belangrijkste waarden voor belanghebbenden of wanneer het proces van schaalvergroting niet op een goede manier wordt vormgegeven, bijvoorbeeld qua fasering, het betrekken van belanghebbenden of het centraal stellen van doel (denk aan beter beschikbare zorg) boven middel (fuseren). Op basis van dit onderzoek valt niet te concluderen dat schaalvergroting niet moet plaatsvinden, maar dat het van belang is aan te tonen welk doel wordt beoogd en welk effect de schaalvergroting heeft. Dit sluit aan bij de conclusie in 5.5 over veranderingen in het algemeen.

5.7 Conclusie

In het volgende hoofdstuk worden overkoepelende conclusies getrokken. Hierna is de analyse van het verschil tussen theorie en praktijk voor het bouwen aan de *license to lead* op de verschillende niveaus van individuele zorgbestuurder, raad van bestuur als orgaan en zorgbestuurders als collectief besproken.

5.7.1 De *license to lead* van de individuele zorgbestuurder

Samengevat (zie paragraaf 3.9.1 en figuur 28) is er de volgende relatie tussen de *license to lead* van de individuele zorgbestuurder waarbij de theorie en de praktijk zijn vergeleken.

Individuele zorgbestuurder	Theorie	Dominant in de praktijk
Persoonlijke legitimiteit	- Juridische normstelling - Professionalisering - Wervingsproces - Machtstructuur en fase organisatie - Intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag - Gedeeld moreel kader	- Machtstructuur organisatie
Proceslegitimiteit	- Semipublieke <i>setting</i> - Juridische normstelling - Machtstructuur en fase organisatie - Intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag - Gedeeld moreel kader	- Intellectuele kennis, keuzes en het gedrag
Uitkomstlegitimiteit	- Juridische normstelling - Machtstructuur en fase organisatie - Intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag - Gedeeld moreel kader	- Morele kennis, keuzes en gedrag

Figuur 32: de relatie tussen de verschillende legitimiteitsvormen en de *license to lead* van individuele zorgbestuurders waarbij de theorie en praktijk zijn vergeleken.

Individuele zorgbestuurders hebben zeer beperkt invloed op wet- en regelgeving en codes (de juridische normstelling), de morele overtuigingen van hun omgeving (gedeeld moreel kader) en de manier waarop hun eigen werving verloopt en beperkte invloed op de machtstructuur en de fase van de organisatie (deze invloed zal in de ene organisatie groter zijn dan in de andere). Het is dan ook logisch dat zorgbestuurders bij het zoeken naar draagvlak vooral zichzelf als instrument inzetten. Daarom is het ook logisch dat in de praktijk van het bouwen aan de *license to lead* sommige elementen voor individuele zorgbestuurders een minder grote rol spelen, zoals de juridische normstelling.

Bovendien blijkt in de praktijk dat het voldoen aan wet- en regelgeving niet voldoende is om draagvlak te krijgen. Ook het hebben van ervaring en kennis is niet voldoende: draagvlak wordt in de praktijk ook verkregen door meer informele processen (een gezellig etentje met de medebestuurder).

In de praktijk is een ontwikkeling te zien met betrekking tot andere elementen, waarbij (mede door schaalvergroting) formele toetsing (op basis van wet- en regelgeving) een belangrijkere rol heeft gekregen, zoals de inbreng van de medezeggenschap bij werving van een bestuurder en bij het besluitvormingsproces (wat ook de machtsstructuur in een organisatie verandert). Binnen de kaders die institutionele arrangementen geven, creëren individuele zorgbestuurders ook weer handelingsruimte.⁵⁹ In deze dissertatie is bijvoorbeeld de rol van de bestuurder bij veranderingen besproken. De bestuurder brengt zijn eigen kennis en ervaring mee om veranderingen vorm te geven. In het veranderingsproces maakt de bestuurder strategische keuzes en zoekt hij naar draagvlak en beïnvloedingsmacht. Het is de taak van de bestuurder om op basis van de eigen ervaring en kennis de onzekere toekomst hanteerbaar te maken en met een kritische blik te kijken naar het bestaande. Bij de strategische keuzes is het van belang dat de vorm die wordt gekozen voor de verandering congrueert met het doel, past binnen de juridische en fiscale kaders en dat wordt gekozen voor een passende timing en fasering. Draagvlak wordt gezocht door kaders te scheppen, zichtbaar te zijn, actie te ondernemen op basis van een heldere visie, tegenmacht te organiseren, een vertrouwensrelatie op te bouwen en te zoeken naar extensies, verbindingen, ontmoetingsplaatsen en begrenzingen. Ook wordt soms besloten dat (een deel van) de medewerkers niet passen bij de toekomstige uitdagingen. Dit kan leiden tot ontslagen in plaats van zoeken naar draagvlak. Beïnvloedingsmacht wordt gecreëerd door (lokaal en landelijk) te werken aan een vertrouwensrelatie, nevenfuncties te vervullen zoals deelname aan het bestuur van een brancheorganisatie en media-aandacht te zoeken voor de problematiek van de cliënten/patiënten. Het aanscherpen van de normstelling op collectief niveau biedt in de praktijk dus ook juist weer handelingsruimte, zoals de ruimte voor interpretatie binnen de kaders van de Governancecode Zorg 2017.

Toch zijn er ook andere manieren van bouwen aan draagvlak denkbaar: de intellectuele kennis, kunde en gedrag zouden ook kunnen leiden tot persoonlijke legitimiteit ('op basis van mijn ervaring kan ik deze risico inschatting maken') en uitkomstlegitimiteit ('uit wetenschappelijke inzichten blijkt dat deze methodiek tot de beste resultaten leidt, dus daarom doen we het op deze manier') wanneer zorgbestuurders zich hier vaker op beroepen. Morele kennis, keuzes en gedrag kunnen ook worden ingezet om persoonlijke legitimiteit en proceslegitimiteit te krijgen door intenties en waardenafwegingen

59 Deze bevinding sluit aan op Putters, 2009, die vier hulpbronnen omschrijft voor zorgbestuurders om legitimiteit voor zijn handelen te vinden: "*de institutionele vormgeving (zoals rechtsvormen), de interacties met de omgeving (zoals samenwerking), de informatie en kennis die gebruikt worden (bijvoorbeeld ervaringsdeskundigheid), en de intuïties van bestuurders zelf (zoals het al dan niet inzetten op winstoogmerk).*" (p. 11)

te bespreken. Zo kan er draagvlak ontstaan voor de bestuurder ondanks dat belanghebbenden niet achter de uiteindelijke keuzes staan.

De *license to lead* van individuele zorgbestuurders zou, kortom, kunnen worden vergroot wanneer meer aandacht is voor de andere elementen die op basis van de theorie van belang zijn. Per geval zal het ene element meer van belang zijn dan het andere. Bijvoorbeeld in een organisatie die financieel in de problemen is, zal de intellectuele kennis van de bestuurder op financieel gebied en zijn kennis om de organisatie verder te helpen relevanter zijn dan zijn morele overtuigingen over wat bijvoorbeeld goede zorg is en of deze overtuigingen aansluiten bij de opvattingen in de organisatie (gedeeld moreel kader).

5.7.2 De *license to lead* van raden van bestuur

Samengevat (zie paragraaf 3.9.2 en figuur 29) zijn voor het draagvlak van raden van bestuur als orgaan in de praktijk de volgende elementen dominant.

Ook raden van bestuur, net als individuele zorgbestuurders, hebben zeer beperkt invloed op wet- en regelgeving en de veranderende context. Raden van bestuur hebben als orgaan meer invloed dan individuele zorgbestuurders op de machtsstructuur binnen de organisatie. Deze wordt bijvoorbeeld mede bepaald door de manier waarop over voorgangers en medebestuurders wordt gesproken. Wanneer iedere vier jaar een nieuwe bestuurder in de raad van bestuur komt die zijn voorganger en/of medebestuurder zwart maakt, zal dit de positiemacht van de raad van bestuur als orgaan negatief beïnvloeden, zeker voor medewerkers die lang in dezelfde organisatie werken. Die zullen zich in toenemende mate om de raad van bestuur heen gaan bewegen (dit wordt ook wel eens omschreven als het creëren van 'konijnenpaadjes'). Het gevolg is dat niet alleen het gezag van de raad van bestuur verloren gaat, maar ook dat de resultaten die een raad van bestuur heeft bereikt na een wisseling van personen gemakkelijk weer ongedaan gemaakt worden. Dit zal minder snel gebeuren bij beslissingen die op brede steun kunnen rekenen.

Raden van bestuur kunnen hun eigen *license to lead* vergroten door voorbij de grenzen van de eigen zittingsduur te kijken en aandacht te besteden aan het gezag van de raad van bestuur ook na het eigen vertrek (3). Ook bij het wervingsproces is dit van belang: zoeken ze de beste medebestuurder voor de organisatie of iemand waar ze een 'klik' mee hebben? Hoewel ook deze klik van belang is om als raad van bestuur te functioneren, is te hopen dat andere aspecten (kennis, kunde, ervaring) domineren.

<i>Raad van bestuur</i>	Theorie	Dominant in de praktijk
Persoonlijke legitimiteit	- Juridische normstelling - Professionalisering - Wervingsproces - Machtsstructuur en fase organisatie - Omgang met verandering	- Machtsstructuur organisatie
Proceslegitimiteit	- Semipublieke <i>setting</i> - Juridische normstelling - Machtsstructuur en fase organisatie - Omgang met verandering	- Machtsstructuur organisatie - Omgang met verandering - Juridische normstelling
Uitkomstlegitimiteit	- Juridische normstelling - Machtsstructuur en fase organisatie - Omgang met verandering - Veranderende context	- Gedrag (waardenafweging) waaronder de omgang met verandering - Fase van de organisatie

Figuur 33: de relatie tussen de verschillende legitimiteitsvormen en de *license to lead* van raden van bestuur waarbij de theorie en praktijk zijn vergeleken.

5.7.3 De *license to lead* van zorgbestuurders als collectief

Uit dit onderzoek blijkt dat de *license to lead* voor zorgbestuurders als collectief zich in positieve richting lijkt te ontwikkelen waarbij er een steeds duidelijker beeld ontstaat bij de maatschappij en bij zorgbestuurders zelf (dat ook in overeenstemming met elkaar is) van wat een goede bestuurder is. Een aantal typerende elementen voor het winnen van draagvlak als beroepsgroep ontbreekt bij zorgbestuurders:

- Er is geen erkende vooropleiding.
- Er is beperkt vertrouwen vanuit de politiek in het zelfreinigend vermogen van de beroepsgroep.
- Aanname gebeurt niet door bestuurders zelf.
- Het beeld van wat goed besturen is, is - maar wordt steeds minder - diffuus.
- De groep krijgt geen autonomie.
- De beloning van zorgbestuurders staat ter discussie.

Kortom, op collectief niveau is er aandacht voor het vergroten van de *license to lead* wat in de praktijk ook effect heeft, al zijn er ook nog aanbevelingen te doen.

<i>Zorgbestuurders als collectief</i>	Theorie	Dominant in de praktijk
Persoonlijke legitimiteit	- Juridische normstelling - Vakontwikkeling - Wervingsproces	- Juridische normstelling - Vakontwikkeling
Proceslegitimiteit	- Semipublieke <i>setting</i> - Juridische normstelling	- Semipublieke <i>setting</i> - Juridische normstelling
Uitkomstlegitimiteit	- Semipublieke <i>setting</i> - Juridische normstelling - Veranderende context	- Semipublieke <i>setting</i> - Juridische normstelling

Figuur 34: de relatie tussen de verschillende legitimiteitsvormen en de *license to lead* van zorgbestuurders als collectief waarbij de theorie en praktijk zijn vergeleken.

Zorgbestuurders als collectief hebben meer invloed op de context dan individuele zorgbestuurders of raden van bestuur. Zij kunnen als collectief meepraten over wet- en regelgeving en zelf institutionele teksten (oftewel de juridische normstelling) ontwikkelen. Door collectieve institutionaliseringsacties van zorgbestuurders zelf, zoals het ontwikkelen van een governancecode en een accreditatietraject, is overheidsingrijpen bij bijvoorbeeld de werving van zorgbestuurders (tot nu toe) uitgebleven, terwijl dit in andere sectoren wel heeft plaatsgevonden. Aandacht op collectief niveau voor een meer transparante en eenduidige inrichting van het wervingsproces kan bijdragen aan het vergroten van de *license to lead* van zorgbestuurders. Ditzelfde geldt voor het op collectief niveau bespreekbaar maken van de uitdagingen waar het zorgstelsel voor staat.





6 Conclusions

6.1 Inleiding

In dit onderzoek staat de vraag centraal: 'Hoe bouwen zorgbestuurders aan hun *license to lead*?' De *license to lead* is gedefinieerd als 'draagvlak om te besturen'. De onderzoeksvraag is in drie deelvragen beantwoord:

- 1 Hoe bouwen zorgbestuurders in de praktijk (op basis van de voor dit onderzoek verzamelde empirische data) aan hun *license to lead* (beschrijving praktijk)?
- 2 Welke methoden leiden volgens theoretische inzichten tot het vergroten van de *license to lead* (beschrijving theorie)?
- 3 In hoeverre leiden de acties van zorgbestuurders tot het vergroten van hun *license to lead* (analyse van de praktijk met behulp van de theorie)?

De zeven belangrijkste conclusies in dit onderzoek worden hierna op basis van de drie onderzoeksvragen (aangegeven met (1), (2) of (3)) behandeld. Deze zijn op de drie onderzoeksniveaus besproken, namelijk het niveau van:

- de individuele zorgbestuurder,
- de raad van bestuur als orgaan en
- zorgbestuurders als collectief.

Ieder van deze niveaus is samengesteld uit individuele zorgbestuurders. Het onderscheid tussen de niveaus is gemaakt omdat draagvlak op het ene niveau niet (altijd) gelijk opgaat met draagvlak op het andere niveau. Dit geldt zelfs voor eenhoofdige raden van bestuur, waarbij te verwachten zou zijn dat het eerste en het tweede niveau identiek zijn. Echter, bij het eerste niveau gaat het om individueel draagvlak wat bijvoorbeeld kan leiden tot morele autoriteit (gezag). Bij het tweede niveau gaat het om formele/positiemacht. Uit dit onderzoek blijkt dat de verschillende niveaus niet los van elkaar staan. Daarom wordt hierna de wisselwerking tussen de niveaus besproken. Daarna volgen eerst de wetenschappelijke implicaties van dit onderzoek. In paragraaf 6.4 worden de praktische implicaties besproken, waarin ook de aanbevelingen staan.

6.2 Zeven conclusies

Eerste conclusie: de mate van draagvlak wordt beïnvloed door de manier waarop de zorgbestuurder hieraan werkt

In figuur 31 zijn de bouwstenen van de *license to lead* weergegeven. De mate waarin er draagvlak is, kan verschillen (3). Er kan legitimiteit zijn, goedkeuring of vertrouwen, waarbij legitimiteit de ondergrens van draagvlak is en vertrouwen het hoogste niveau. Hierbij kunnen bestuurders zichzelf als instrument gebruiken: hun persoonlijkheid (persoonlijke legitimiteit), de manier waarop ze het besluitvormingsproces inrichten (proceslegitimiteit) en het resultaat dat ze weten te bereiken (uitkomstlegitimiteit) leiden tot een verschillende mate van draagvlak.

De mate van draagvlak is opgebouwd van onder naar boven: om niet alleen legitimiteit maar ook goedkeuring te krijgen, is niet alleen proceslegitimiteit maar ook persoonlijke legitimiteit nodig en voor vertrouwen zijn alle drie de vormen van legitimiteit van belang. Vertrouwen is dus gebaseerd op zowel draagvlak voor de manier waarop de zorgbestuurder het besluitvormingsproces inricht als voor de bestuurder als persoon als voor de uitkomsten die hij weet te bereiken. Voorgaande is te koppelen aan de *license to lead* zoals omschreven in figuur 31. Het gaat dan in de onderste lagen om een vorm van proceslegitimiteit. Voor de verdieping van een gedeeld moreel kader⁶⁰ is persoonlijke legitimiteit van belang en voor de bovenste verdieping uitkomstlegitimiteit.

Niveau van <i>license to lead</i>	Dominante vorm van legitimiteit	Element van de <i>license to lead</i>
Vertrouwen	Uitkomstlegitimiteit	Bijdrage aan de toekomst van de organisatie en goede, toegankelijke en betaalbare zorg
Goedkeuring	Persoonlijke legitimiteit	Een gedeeld moreel kader
Legitimiteit	Proceslegitimiteit	Acceptatie voor bestuurder(s) en organisatie

Figuur 35: de relatie tussen de mate van de *license to lead*, de dominante vorm van legitimiteit en bepalende bouwstenen van de *license to lead*.

Om de *license to lead* duurzaam en zowel op individueel als op collectief niveau te behouden, zijn alle genoemde bouwstenen uit figuur 31 relevant. Wanneer aan al deze aspecten wordt gewerkt, kan dit leiden tot duurzaam draagvlak.

Het huis is van onder naar boven opgebouwd. De onderste lagen zijn dus van belang voor een solide bovenlaag. Andersom heeft het ook effect op de stevigheid als de bovenste lagen ontbreken.

⁶⁰ In deze dissertatie is vanuit verschillende invalshoeken gekeken naar goed bestuur. In de wetenschap wordt gediscussieerd over de vraag of wat een goed bestuurder is contextgebonden is of dat er algemene uitspraken te doen zijn over wat een goed bestuurder is. In dit onderzoek is de rol van de context besproken en wordt een aantal normen voor goed bestuur genoemd die in iedere context gelden. Wat een goede zorgbestuurder is, is dus deels afhankelijk van de context en deels contextonafhankelijk. Vanuit ethisch perspectief zijn er verschillende opvattingen over de vraag hoe wordt bepaald wat goed is. In dit onderzoek worden met een goede zorgbestuurder de – meer of minder intersubjectieve – opvattingen bedoeld over wat de goede motieven, werkwijzen en resultaten van een zorgbestuurder zijn. De normen die hieraan richting geven, worden gevormd door zowel de samenleving als door de zorgbestuurder zelf. Samen vormen deze het moreel kader voor het handelen van zorgbestuurders. Het voldoen aan de normstelling kan draagvlak opleveren.

Tweede conclusie: institutionalisering kan de *license to lead* versterken, mits op de juiste manier ingezet

Institutionele arrangementen bestaan uit formele en informele regels, normen en gebruiken. In deze dissertatie wordt duidelijk dat institutionele arrangementen zoals een governancecode en een accreditatietraject gebruikt kunnen worden om draagvlak te vergroten. Institutionele arrangementen dragen alleen bij aan draagvlak wanneer zij voortkomen uit een gedeeld moreel kader of vormend kunnen zijn voor dit kader (2). Door het accreditatiesysteem is er in de politiek afgezien van verdere wetgeving zoals de invoering van een wettelijke geschiktheidstoets: in de politiek is er (vooralsnog) voldoende draagvlak voor het zelfreinigend vermogen van zorgbestuurders (2). Dit sluit aan bij de theorie over instituties waarbij zowel formele als informele controle worden genoemd als een manier om vertrouwen te vergroten. Maar institutionalisering door het creëren van formele regels kan ook juist een uiting zijn van een afname van draagvlak (2). Wet- en regelgeving is deels voortgekomen uit een gebrek aan vertrouwen (1). Wanneer medezeggenschap bijvoorbeeld alleen wordt ingevuld zoals vastgelegd in formele regels, maar niet door een praktijk waarin het betrekken van belanghebbenden de norm is en een vanzelfsprekendheid, dan leidt de wetgeving tot rechten van medezeggenschapsorganen, maar niet tot draagvlak voor zorgbestuurders. Wanneer de discussie over de rol van de medezeggenschap in onder meer de politiek leidt tot een bewustwordingsproces waarbij inspraak normaal gebruik wordt, dan zijn de formele regels vormend voor een gedeeld moreel kader over het belang van inspraak van medewerkers en cliënten/patiënten. Deze praktijk kan het draagvlak voor zorgbestuurders vergroten.

Institutionalisering leidt dus tot draagvlak wanneer deze voortkomt uit een gedeeld moreel kader of vormend is hiervoor. Hiermee wordt bedoeld dat institutionalisering leidt tot draagvlak wanneer deze bijdraagt aan de consensus over wat goede motieven, werkwijzen en resultaten van zorgbestuurders zijn. Wanneer consensus is over deze zaken bij de verschillende belanghebbenden en de maatschappij, kan hier ook aan 'getoetst' worden (formeel en informeel).

Derde conclusie: een goede zorgbestuurder is een professionele, legitieme en effectieve en doelmatige bestuurder

Door institutionalisering in onder andere wet- en regelgeving, het accreditatietraject en de Governancecode Zorg 2017 zijn voor goede zorgbestuurders de volgende normen geformuleerd, die hier zijn samengevat rond persoon van de bestuurder, proces van besluitvorming en verwachte uitkomst:

Persoon	• Verantwoordelijk, • reflectief en adaptief, • deskundig: inzicht in - managementprocessen, - leiderschap, - organisatiekunde, - zorgprocessen, • competent: ervaring met het werken volgens bovenstaande inzichten, • authentiek en betrokken, • inkomen niet primaire focus
Proces	• Zorgvuldig, • gemotiveerde besluiten, • gelijke behandeling gelijke gevallen, • betrekken en begrijpen belanghebbenden, • doelgericht, • afspraak is afspraak, • toetsbaar en open, • verantwoording afleggen, • rolvast
Uitkomst	• <i>In control</i>, • effectief, • bewaken, beheersen en verbeteren kwaliteit zorg

Figuur 36: het door de maatschappij en zorgbestuurders zelf geformuleerde normenkader voor een goede zorgbestuurder.

In dit onderzoek zijn op basis van de deugdenethiek die zijn oorsprong vindt bij Aristoteles, de bij de genoemde normstelling (zie figuur 36) relevante deugden geformuleerd. Bij het bouwen aan proceslegitimiteit zijn deugden zoals verantwoordelijkheid, rechtvaardigheid en zorgvuldigheid van belang. Bij het bouwen aan persoonlijke legitimiteit zijn deugden zoals bezinning, zelfdiscipline en flexibiliteit van belang. Bij het bouwen aan uitkomstlegitimiteit zijn deugden zoals moed, vastberadenheid en trots van belang.

Dit figuur 36 biedt inzicht in wat van een zorgbestuurder door de maatschappij en door andere zorgbestuurders wordt verwacht. Binnen de normen in dit kader is nog veel interpretatieruimte mogelijk: hoe verhouden de verschillende elementen zich tot elkaar? Waar ligt de nadruk? Aan wie verantwoording af te leggen? Wat is rolvastheid? Hoe om te gaan met conflicterende waarden tussen belanghebbenden?

Hoewel de normen voortkomen uit diverse institutionele teksten, is de ordening zoals hier gegeven nieuw. Dit normenkader zou behulpzaam kunnen zijn voor raden van toezicht om bestuurders te evalueren en voor verdere vakontwikkeling en het accreditatietraject van zorgbestuurders.

Vierde conclusie: het zijn van een professionele, legitieme, effectieve en doelmatige bestuurder is geen garantie voor draagvlak

Op basis van de theorie zou te verwachten zijn dat een professionele, legitieme, effectieve en doelmatige zorgbestuurder (in paragraaf 5.4 wordt nader op deze elementen ingegaan) draagvlak krijgt (2). In de praktijk blijkt dit niet altijd het geval (1). Door het ontbreken van harde eisen aan zorgbestuurders is er geen kwaliteitsgarantie dat iedere zorgbestuurder voldoet aan het geschetste normenkader. Zo wordt bij de werving van zorgbestuurders soms volstaan met een informele toets om de klik met de raad van toezicht en medebestuurder te onderzoeken. Dit leidt niet altijd tot het benoemen van de meest passende bestuurder bij de organisatie (1). In individuele gevallen is het zijn van een professionele, legitieme, effectieve en doelmatige bestuurder dus geen garantie voor draagvlak (3). Er is een groot verschil tussen hoe individuele zorgbestuurders in de praktijk hun *license to lead* verkrijgen en hoe ze dit op basis van de theorie op de meest effectieve manier zouden moeten doen. Het gedeelde normenkader is dus in ontwikkeling en kan verder verstrekt en verankerd worden om de *license to lead* van zorgbestuurders te vergroten. Het gaat niet om het maken van een 'afvinklijst', maar om het toetsen door *gatekeepers* van de kunde en intrinsieke motivatie van zorgbestuurders om dit normenkader na te streven.

Vijfde conclusie: de context bepaalt mede de *license to lead*; vooral de semipublieke setting en de aansluiting van de bestuurder bij de organisatie zijn hierbij relevant

In het theoretische kader is gesproken over de drie lagen van invloed van

1. de context,
2. institutionele arrangementen en
3. zorgbestuurders zelf

op de *license to lead* van zorgbestuurders (zie figuur 7) (2). Hiervoor is het werk van zorgbestuurders zelf besproken, immers onderzoekssubject. Door een combinatie van de literatuur en de voor dit onderzoek verzamelde kwalitatieve data is inzichtelijk gemaakt dat de context een rol speelt en dat de belangrijkste contextfactoren ook te benoemen zijn (1 en 2). Hoewel dus in iedere situatie een verschillende combinatie van factoren een rol kan spelen, is niet iedere situatie zo uniek dat er geen meer generaliseerbare uitspraken over te doen zijn. De volgende contextfactoren worden in dit onderzoek benoemd die een (meer of minder belangrijke) rol spelen voor de *license to lead* van individuele zorgbestuurders:

Maatschappelijke context

- Overheidsbeleid;
- Dominant moreel kader in de samenleving, te weten: alle individuele en gedeelde opvattingen over wat de goede uitkomsten, goede werkwijzen en goede motieven zijn (deels vertaald in wetgeving);
- De mate waarin een samenleving/de omgeving vertrouwen kan geven, niet specifiek gericht op zorgbestuurders, maar in het algemeen.

Organisatie context

- De fase waarin de organisatie zich bevindt;
- De dominante oriëntatie van de organisatie: mensgericht of systeemgericht, statisch of dynamisch;
- De mate waarin de organisatie *in control* is;
- Dominant moreel kader in de organisatie, te weten: alle individuele en gedeelde opvattingen over wat de goede uitkomsten, goede werkwijzen en goede motieven zijn;
- De *match* met voornamelijk de medebestuurder, de raad van toezicht en het management team en de verenigbaarheid/complementariteit van hun karakter;
- De voorganger.

Op deze contextfactoren hebben zorgbestuurders zelf in meer of mindere mate invloed. De factoren die zijn genoemd zijn allemaal altijd van invloed op de *license to lead* van zorgbestuurders (3). Veranderingen in de maatschappelijke context kunnen direct doorwerken op de *license to lead* van individuele zorgbestuurders, bijvoorbeeld wanneer nieuw overheidsbeleid wordt doorgevoerd (zie paragraaf 5.4) of de opvattingen in de samenleving over wat goede zorg is veranderen waardoor andere eisen aan zorgbestuurders worden gesteld.

Zoals hiervoor beschreven wordt de *license to lead* op verschillende niveaus gebouwd: het niveau van de individuele bestuurder, de raad van bestuur als orgaan en zorgbestuurders als collectief (2). In de praktijk (1) werken deze niveaus op elkaar in. Zo helpt het voor een nieuw bestuurslid om draagvlak als individu te verwerven dat zijn raad van bestuur veel draagvlak heeft. En zo doen nieuwsberichten over een (individuele) frauderende zorgbestuurder afbreuk aan de *license to lead* van zorgbestuurders als collectief. Omgekeerd is de *license to lead* van individuele zorgbestuurders kwetsbaarder door gebrek aan draagvlak voor zorgbestuurders als collectief (3). Dit laatste heeft er bijvoorbeeld (mede) toe geleid dat de minister de bevoegdheid heeft om individuele zorgbestuurders te vervangen.

Op de organisatiecontext heeft de individuele bestuurder een grotere invloed. Deze context kan meer of minder relevant zijn. Zo is de invloed van de voorganger groter wanneer deze heel veel of juist heel weinig draagvlak had en kan er wel of geen medebestuurder zijn. Voornamelijk bullet 5 en 6 onder organisatie context spelen dus een wisselende rol. De andere factoren spelen altijd een rol. Deze factoren kunnen de *license to lead* van zorgbestuurders zowel positief als negatief beïnvloeden, afhankelijk van de aansluiting van de bestuurder met de organisatie.

Zesde conclusie: door institutionalisering bewust in te zetten zal het zijn van een professionele, legitieme, effectieve en doelmatige bestuurder in toenemende mate leiden tot draagvlak

In deze dissertatie worden de volgende onderwerpen genoemd waarbij het bewust inzetten van institutionele arrangementen de *license to lead* van zorgbestuurders kan vergroten (1 en 2):

- Het verankeren van gedeelde opvattingen over een goede zorgbestuurder, de transparante communicatie hierover en het afmeten van bestuurders hieraan. Het accreditatietraject voor zorgbestuurders kan hier een rol in spelen. Bij de inrichting van het wervingsproces zijn nog stappen te zetten, zoals institutionele garanties voor een transparante werving gebaseerd op een breed gedragen profiel. In de verankering van normen voor zorgbestuurders zoals in codes is het van belang de context te betrekken. Het verbeteren van de kwaliteit van zorg is bijvoorbeeld pas mogelijk wanneer de organisatie enige mate van *control* heeft. Door dit soort elementen te expliciteren, kan bijgedragen worden aan een realistisch verwachtingspatroon (3). Het gaat dus om het zoeken naar en vormen van gedeelde opvattingen over een goede bestuurder in formele en informele regels en normen, maar ook om het aansluiten bij de praktijk zodat gebruiken ontstaan. Zo zou in de governancecode (extra) aandacht kunnen worden besteed aan:
 - de omgang met conflicterende doelstellingen tussen het organisatiebelang en het maatschappelijk belang, bijvoorbeeld door moreel beraad,
 - crisissituaties zoals bijzonder beheer, 'mouterij' of verscherpt toezicht, waarbij niet alleen risico indekking en ingrijpen van intern en extern toezicht handelingsstrategieën zijn, maar ook ruimte nodig is om te de-escaleren,
 - de omgang met conflicterende waarden, de bestuurder lijkt nu steeds te moeten zoeken naar overeenstemming, maar wat als dit niet haalbaar is?
 - de inrichting van het wervingsproces van zorgbestuurders (transparant, openbaar, een profiel waarin deskundigheid en organisatiecontext een rol krijgen)
 - een invulling van de professionele normstelling voor goed bestuur (over welke deskundigheid moet een bestuurder beschikken, zie ook de vorige conclusie).

Niet de verankering in de code op zich, maar het debat over deze onderwerpen en het laten ontstaan van gebruiken om goed bestuur te bevorderen, draagt bij aan draagvlak voor zorgbestuurders.

- Voor de *licence to lead* van zorgbestuurders is het goed als voor iedereen helder is in welke mate zorgbestuurders verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit, toegankelijkheid én betaalbaarheid van de zorg – niet alleen in het kader van hun eigen instelling of regio, maar op nationaal niveau (2). Volgens de huidige juridische kaders dienen zorgbestuurders de kwaliteit van zorg systematisch te bewaken, beheersen en verbeteren (2). Zorgbestuurders hebben volgens politiek en samenleving ook een rol als het gaat om de toekomst van de zorg. Zorgbestuurders zien ook een rol voor zichzelf als het gaat om de toekomst van de zorg, maar vooral zo lang het gaat om het type zorg zoals die door hun organisatie wordt geleverd (1). Dit roept de vraag op in hoeverre zorgbestuurders in staat zijn en moeten worden geacht de toekomst van de zorg veilig te stellen. De mate waarin de verantwoordelijkheid voor de toekomst van de zorg gemeenschappelijk wordt gevoeld en gedragen bepaalt de mate waarin gezamenlijk naar oplossingen kan worden gezocht. Het maken van afspraken over verantwoordelijkheidsverdeling, succesfactoren en de omgang met tegenslagen kan hierbij behulpzaam zijn (3).

Zevende conclusie: er is meer aandacht voor draagvlakcreatie gekomen, maar er is ook nog veel te winnen.

In paragraaf 1.1 wordt de loopbaan van twee geïnterviewde zorgbestuurders uitgelicht (1). Bij bestuurder A is de ontwikkeling van het vak goed zichtbaar: hij gaat na twintig jaar manager/bestuurder te zijn geweest pas een opleiding volgen. Zijn verhaal laat ook zien hoe in een organisatie waar machtsstructuren domineren, morele overwegingen niet per se tot draagvlak voor het handelen leiden, maar eerder ‘politiek’ handelen. In de loopbaan van deze bestuurder ontbreken *gatekeepers*, omdat de raden van toezicht net als de raden van bestuur mee fuseren naar een nieuwe organisatie. Het resultaat van het werk van de zorgbestuurder is niet wat hij ervan hoopt, soms omdat draagvlak ontbreekt, soms door de negatieve invloed van overheidsbeleid. Het ontbreken van verschillende bouwstenen voor het verkrijgen van de *license to lead* (zie figuur 31) zijn in de loopbaan van deze bestuurder aan te wijzen als de oorzaak dat de bestuurder (in één van de instellingen waar hij werkte) zijn *license to lead* uiteindelijk is verloren. Het laat ook zien dat het ontbreken van een element niet meteen leidt tot het verlies van de *license to lead*. De bestuurder is op het moment van schrijven nog steeds actief zorgbestuurder en heeft de instelling waar hij ontslag heeft genomen ook vijf jaar bestuurd.

Bestuurder B wordt in een andere tijd dan bestuurder A bestuurder. Er zijn inmiddels actieve *gatekeepers*, namelijk *searchers* en raden van toezicht. Hij volgt een opleiding en gaat op voor accreditatie. Bij de sollicitatie en bij de besluiten die hij neemt, zoals het afzien van een fusie, is het betrekken van belanghebbenden een belangrijk onderdeel van het proces (1).

Op deze casus kan gereflecteerd worden in het licht van de ontwikkelingen die in deze dissertatie worden geschetst: de introductie van een professioneel normenkader, de rol die *gatekeepers* hebben verworven bij het werven van een bestuurder en het aanscherpen van het normenkader rond goed bestuur in wet- en regelgeving hebben de loopbaan van zorgbestuurders veranderd ten opzichte van dertig jaar geleden (3). Toch lijkt de *license to lead* ook bij B op basis van *trial and error* verkregen te worden. Zo zouden de normen voor de professionele zorgbestuurder die in deze dissertatie worden genoemd, kunnen helpen om 'beginnersfoutjes', zoals B deze noemt, te reduceren door systematisch te werken aan de eigen kennis en ervaring. Deze dissertatie biedt inzicht in de wijze waarop bewust kan worden gewerkt aan de *license to lead* in plaats van dat deze door *trial and error* moet worden verkregen.

6.3 Wetenschappelijke implicaties

Handelingsruimte

In hoofdstuk 4 is besproken dat er verschillende opvattingen in organisatiekundige theorieën en in leiderschapsliteratuur zijn over de vraag hoe dominant de context is voor het bepalen van wat als goed bestuur moet worden gezien. Uit paragraaf 4.2.2 zou kunnen worden geconcludeerd dat er een stapeling van sturingsinstrumenten voor bestuurders geldt waarbij het de vraag is of ze nog wel eigen handelingsruimte hebben en, in het verlengde daarvan, of ze wel invloed hebben op hun eigen *license to lead*. Uit dit onderzoek komt een beeld naar voren van actief sturende bestuurders die het verbeteren van de kwaliteit van zorg als leidend zien en hierbij uit de buitenwereld en de organisatie zelf halen wat nodig is om bij te dragen aan deze kwaliteit. Binnen de normstelling in wetten en codes is veel ruimte voor eigen interpretatie en dus ook invulling. Zo kan er verschil van mening zijn over wat goede zorg is. Het stelsel waarbinnen zorgbestuurders werken is, zoals geschetst, een stelsel met vele verantwoordingsinstrumenten en partijen die belangen hebben. Het leidende principe van 'goede zorg' is voor bestuurders de duidelijke vertaling van hun taak en de taak van de organisatie. In dit onderzoek is de rol van zorgbestuurders geduid. Zorgbestuurders kunnen de context beïnvloeden en daarmee het draagvlak voor de organisatie. Ook kunnen ze institutionele kaders creëren. Met hun eigen intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag kunnen zij aan hun *license to lead* bouwen. Dit kunnen ze doen als persoon, als raad van bestuur of als collectief. In tegenstelling tot de genoemde theorieën wordt in dit

onderzoek dus belicht dat bestuurders sturend kunnen zijn en hun omgeving kunnen beïnvloeden waarmee ze de handelingsruimte van zichzelf en de organisatie kunnen vergroten en kunnen bijdragen aan een goed, toegankelijk en betaalbaar zorgstelsel.

Soms geeft wet- en regelgeving ook juist doorzettingsmacht. Zo bezien zijn de wettelijke eisen niet zozeer beperkend, maar eerder richtinggevend. De vraag van Putters (2009) of bestuurders nog wel kunnen besturen kan bevestigend beantwoord worden, maar wel met de nodige afhankelijkheden, contextfactoren en een continue zoektocht naar legitimiteit.

De rol van institutionalisering

Wetgeving over behoorlijk bestuur is gebaseerd op het principe dat bestuurders veel macht hebben en degenen die van hen afhankelijk zijn daarom enige bescherming moeten krijgen. Oftewel, de macht van bestuurders moet worden ingeperkt door eisen aan de uitvoering van hun taak in wetgeving vast te leggen. Beargumenteerd kan worden dat juist door het wettelijk verankeren van de eisen aan goed bestuur het draagvlak voor zorgbestuurders toe kan nemen (dit sluit aan bij de in paragraaf 4.1 besproken institutionele theorieën). In dit onderzoek wordt inzichtelijk gemaakt dat institutionele arrangementen kunnen bijdragen aan de *license to lead*. Zo heeft het accreditatietraject een positief tegengeluid geboden tegen kritiek van Tweede Kamerleden op zorgbestuurders. Op basis van dit onderzoek zijn geen uitspraken te doen over de mate waarin institutionalisering wenselijk is. Transparantie over wat goed bestuur is en het inzichtelijk maken van processen zoals het wervingsproces, kunnen bijvoorbeeld ook worden vormgegeven zonder dat dit verder wordt geïnstitutionaliseerd. In dit onderzoek is ook duidelijk gemaakt dat juist het gebrek aan vertrouwen tot institutionalisering heeft geleid, bijvoorbeeld door de inrichting van het accreditatiesysteem en door wetgeving en codering.

Het dynamische aspect van de *license to lead* kan samenhangen met de opvatting dat besturen complex is (zie bijvoorbeeld Stoopendaal, 2008, Putters, 2009 en Van der Scheer 2013). Het bouwen aan, behouden en vergroten van de *license to lead* vraagt continue aandacht, het is nooit 'af'. De verschillende manieren om te bouwen kunnen wel leiden tot een meer of minder duurzame *license to lead*. Zo kan door institutionele verankering een duurzame invulling worden gezocht.

De rol van de context

De *license to lead* van zorgbestuurders wordt in dit onderzoek bekeken in de periode van 2013 tot half 2018. Uit het voorgaande blijkt dat verschillende theorieën de genoemde context nog te breed vinden en dat er alleen iets over zorgbestuurders te zeggen valt

wanneer er inzicht is in de specifieke (organisatie)context waarbinnen ze opereren. Door de context te bestuderen, maar ook door, op basis van literatuur, inzichten uit andere contexten mee te nemen, is in dit onderzoek duidelijk gemaakt welke bouwstenen van de *license to lead* meer of minder contextafhankelijk zijn. Dit betekent dat het wel degelijk mogelijk is om te zoeken naar de juiste bestuurder op de juiste plek op basis van inzicht in de factoren die op die plek een belangrijke rol spelen.

Hiervoor is op basis van dit onderzoek inzichtelijk gemaakt welke omstandigheden en actoren de *license to lead* van zorgbestuurders beïnvloeden. Daaraan kan worden verbonden wat voor soort leider bij welke situatie past.

Dit onderzoek onderschrijft dat de context invloed heeft op de *license to lead*. Zorgbestuurders kunnen echter ook invloed hebben op de taak die hen gesteld wordt en de haalbaarheid daarvan bespreekbaar maken. Zeker op collectief niveau hebben zorgbestuurders mogelijkheden om dit te beïnvloeden. De rol van de context kan dus dominanter of minder dominant zijn. Ook dit is, net als de *license to lead*, constant in beweging.

Het creëren van draagvlak

Het begrip 'draagvlak' wordt voornamelijk gebruikt in de bestuurskunde. De beperkte definiëring/omschrijving van draagvlak in wetenschappelijke teksten sluit aan bij de ordeningsprincipes persoonlijke, proces- en uitkomstlegitimiteit die in deze dissertatie worden gehanteerd. Het begrip draagvlak krijgt soms ook een negatieve duiding.⁶¹ In dit onderzoek wordt duidelijk dat de *license to lead* gebouwd is op draagvlak, maar dat duurzaam draagvlak voor het werk van zorgbestuurders niet alleen verkregen wordt door 'de wil van de meerderheid' (utilisme) of van de meest dominante/hardst roepende belanghebbenden (stakeholdertheorieën) te volgen. Hierbij speelt de persoonlijke legitimiteit mee die de zorgbestuurder weet te verkrijgen. En ook de proceslegitimiteit die hij weet te verkrijgen. Daarnaast is ook de uitkomstlegitimiteit die hij weet te bereiken door de organisatie en het zorgstelsel verder te helpen van belang.

Semipublieke context

De zorg wordt in de literatuur omschreven als een 'hybride' systeem, omdat het elementen bevat van verschillende regimes (het private, markt, maatschappelijke en

61 Duineveld en Beunen (2006) p. 19: "*Wij denken dat veel gehoorde ambitie "draagvlak creëren" soms louter een vorm van retoriek is, waarmee problemen worden verhuld die daadwerkelijk in plannings-arena's spelen. Het kan er daarbij toe leiden dat bepaalde belangen of ideeën worden onderdrukt of gemarginaliseerd.*"

professionele regime). In dit onderzoek is inzichtelijk gemaakt dat deze elementen niet zozeer met elkaar conflicteren, maar dat er een opbouw zit in de manier waarop aan deze elementen gewerkt kan worden: het deugdzame karakter zit in het professionele domein en richt zich op persoonlijke legitimiteit. Het publieke en maatschappelijke domein heeft te maken met draagvlakcreatie en het creëren van een gedeeld moreel kader. Bij het private domein ligt de nadruk op het verder helpen van de organisatie en de uitkomstlegitimiteit. Maatschappelijk draagvlak heeft zowel te maken met een gedeeld moreel kader als met de mate waarin zorgbestuurders bijdragen aan een bestendig zorgstelsel, oftewel de uitkomstlegitimiteit. De professionaliteit is, zo blijkt uit dit onderzoek, nodig om de publieke belangen, de private belangen en uiteindelijk ook de maatschappelijke belangen te dienen.

Het belang van kennis en ervaring

Kennis en ervaring zijn van belang voor het zoeken naar draagvlak, zeker wanneer de uitkomst niet voor iedereen gunstig is (dus wanneer legitimiteit in het geding is). Het gaat dan om zowel intellectuele kennis van bijvoorbeeld managementprocessen, organisatiekunde en zorgprocessen en ervaring hoe deze toe te passen zijn in de praktijk, als om morele kennis die gebaseerd is op ervaring, zoals wat een zorgvuldig besluitvormingsproces is of welke uitkomsten gebaseerd zijn op moed, maar niet op overmoed.

Pfeffer en Sutton (2006) vergelijken de rol van managers met die van artsen: managers houden de organisatie gezond. Het grote verschil is dat er het beeld heerst in de samenleving dat artsen beschikken over onderzoeksdata welke ingrepen de meest betrouwbare zijn, waar deze, volgens sommige hier genoemde wetenschappelijke opvattingen, bij managers vaak ontbreken of niet bekend zijn. In dit onderzoek is *evidence based* werken als factor genoemd voor het vergroten van de *license to lead*. Zorgbestuurders hebben daarbij niet alleen een rol in het gezond houden van de organisatie, maar ook van het zorgstelsel. Zowel kennis als ervaring zijn hierbij van belang.

Moreel handelen

In dit onderzoek is onderscheid gemaakt tussen persoonlijke en morele waarden. Persoonlijke waarden zijn waarden waar een persoon zich om persoonlijke redenen aan committeert zonder dat de gemeenschap het recht heeft de hieruit voortvloeiende handelingen van die persoon te verwachten. Het gaat om verantwoording afleggen aan jezelf. Deze persoonlijke waarden kunnen in de praktijk een belangrijke rol spelen en daarmee een toevoeging vormen op opvattingen over waardenweging, zoals in stakeholdertheorieën of de genoemde rechtsvaardigingscategorieën van Oldenhof e.a. (2014).

6.4 Praktische implicaties

In dit onderzoek wordt duidelijk dat de *license to lead* geen vaststaand gegeven is. Dit betekent enerzijds dat zorgbestuurders deze actief kunnen beïnvloeden. Het betekent anderzijds dat het behouden van de *license to lead* blijvend de aandacht vraagt. Een praktische implicatie is dat het nuttig is om met enige regelmaat de vraag te stellen: is de *license to lead* nog aanwezig? Dit kan zowel gaan om individuele bestuurders als een raad van bestuur als de zorgbestuurders als collectief. Dit onderzoek biedt handvatten om daarna ook de vraag te stellen: wat kan ik/kunnen wij actief doen om de *license to lead* te vergroten?

De belangrijkste aanbevelingen zijn de volgende, deze worden hierna toegelicht:

- Maak heldere afspraken op stelselniveau over verantwoordelijkheidsverdeling, zodat helder is tot hoever de verantwoordelijkheden van zorgbestuurders strekken.
- Maak van een incident (ontslag bestuurder, verscherpt toezicht, negatieve media-aandacht) ook een leermoment.
- Geef aandacht aan een zorgvuldig en transparant wervingsproces waarbij de persoonlijke kwaliteiten van de bestuurder en de match met de organisatie worden geëxpliciteerd en geëvalueerd.
- Benoem professionaliseringspaden voor zorgbestuurders (hoe een zorgbestuurders zich op de verschillende expertisegebieden verder kan ontwikkelen) waarbij formeel (bijvoorbeeld opleidingen) en informeel (bijvoorbeeld intervisie) leren een rol hebben;
- Zoek *high potentials* binnen de zorgorganisatie en leidt ze op langs deze professionaliseringspaden;
- Overweeg om in het accreditatietraject een proeve van bekwaamheid toe te voegen en (bij voldoende maatschappelijk draagvlak) er een *license to practice* (verplichting voor het uitoefenen van het vak) van te maken;
- Bespreek als bestuurder niet alleen besluiten, maar ook motieven en keuzes. Zo kan worden gezocht naar morele overeenstemming.
- Neem besluiten altijd op basis van *best available evidence*.
- Kijk voorbij de grenzen te kijken van de eigen zittingsduur en besteed aandacht aan het gezag van de raad van bestuur en zorgbestuurders als collectief ook na het eigen vertrek.

Professionaliseringsruimte

Bewust zou door zorgbestuurders en toezichthouders moeten worden nagedacht over de ruimte voor zorgbestuurders (binnen en buiten de organisatie) om zich verder in het vak te bekwaamen.

Het merendeel van de zorgbestuurders werkte voordat ze zorgbestuurder werden al in een zorginstelling. De kans is dus groot dat de toekomstige generatie bestuurders in de huidige zorginstellingen werkzaam is. De professionaliteit van deze toekomstige generatie kan door talent management worden ontwikkeld. Het verdient aanbeveling om *high potentials* binnen de organisatie te benoemen en op te leiden (via de eerder genoemde professionaliseringspaden) met (onder meer) als doel interne doorstroom tot op raad van bestuur niveau.

Het merendeel van bestuurders komt uit de zorg, maar is dit ook wenselijk? Als bijvoorbeeld ICT de grootste uitdaging is, moeten er dan geen bestuurders met verstand daarvan geworven worden? Of in worden opgeleid? Idem voor personele vraagstukken, vastgoed en bezuinigingen. Als het netwerken zo belangrijk is: moeten er dan niet meer politici in het bestuur (voor zover dit niet al gebeurt)? Het zou nuttig zijn om te onderzoeken welk profiel toekomstige generaties zorgbestuurders zouden moeten hebben en hier ook actief op te sturen om te werken aan een duurzame *license to lead*.

Individuele zorgbestuurders kunnen zich de vraag stellen in hoeverre zij bewust werken aan hun persoonlijke, proces- en uitkomstlegitimiteit. Hierbij bieden de besproken normen voor een goede zorgbestuurder (zie figuur 36) handvatten. Ook kunnen zij toetsen of zij bewust werken aan iedere 'kamer' van figuur 31 en aan hun eigen kennis en ervaring. Het bewust hierop reflecteren kan helpen om inzicht te verkrijgen waar het persoonlijke ontwikkelpotentieel ligt. Op basis van deze reflectie kunnen individuele zorgbestuurders zich ook afvragen wat de uitdagingen zijn die ze gezamenlijk met anderen (de raad van toezicht, het management team, VWS, medebestuurders, NVZD enz.) zouden moeten aangaan.

Binnen de organisatie is steeds meer aandacht voor draagvlakcreatie. Voornamelijk in het proces wordt gezocht naar draagvlak, bijvoorbeeld door te spreken met alle belanghebbenden wanneer zich belangrijke organisatieveranderingen voordoen. Door schaalvergroting is dit ook belangrijker geworden, omdat het niet meer mogelijk is voor zorgbestuurders om met iedereen een persoonlijke relatie te hebben. Dit brengt ook risico's met zich mee, omdat het lastiger wordt om eerlijke feedback te krijgen wanneer medewerkers en cliënten/patiënten meer op afstand staan. Het bewust zijn van deze afstand en het zoeken naar manieren om feedback over beleid, het functioneren van de organisatie en de werkwijze van de raad van bestuur op te halen, is hiermee belangrijker geworden en essentieel voor het duurzaam behouden van de *license to lead*. Morele macht (gezag) en positiemacht (status) zijn verschillende zaken. Om eerlijke feedback te kunnen krijgen, is het van belang dat de positiemacht niet te vaak wordt ingezet bij besluitvormingsprocessen, maar te werken aan morele macht.

De afgelopen twintig jaar zijn opleidingen voor zorgbestuurders tot bloei gekomen. De invulling van het curriculum van opleidingsinstituten is in deze dissertatie niet apart onderzocht. Het zou interessant zijn om de elementen van goed (vertaald in professioneel, legitiem en effectief en doelmatig) bestuur naast het opleidingscurriculum te leggen om matches en hiaten te zoeken. Ook zou kunnen worden gekeken wat voor soort leermethode zorgbestuurders kan helpen. De geïnterviewde zorgbestuurders benadrukken het belang van ervaring. Ook ervaring kan een belangrijk onderdeel zijn van het opleidingscurriculum (werkend leren). Door inzichtelijk te maken hoe opleiden kan bijdragen aan goed zorgbestuur, kan het idee groeien dat voor zorgbesturen *expert knowledge* nodig is. Dit draagt bij aan het beeld dat zorgbesturen een professie is en daarmee een bepaalde mate van vakbekwaamheid vergt. Voor het vergroten van de *license to lead* van zorgbestuurders zouden professionaliseringspaden kunnen worden benoemd. Bij de genoemde elementen van professioneel zorgbestuur (terugkomend in de expertisegebieden bij het accreditatietraject van de NVZD) kan inzichtelijk worden gemaakt hoe een bestuurder zich hierin kan ontwikkelen. Dit kan zijn door bijvoorbeeld het volgen van opleidingen, maar ook door ervaring of door intervisie, meelopen, coaching en nevenfuncties. Uit deze dissertatie valt te halen dat van zorgbestuurders basiskennis is vereist op het gebied van organisatiekunde, managementprocessen, leiderschap en zorgprocessen. Daarnaast is ervaring nodig met besluitvormingsprocessen om deze bijvoorbeeld zorgvuldig, eerlijk en transparant te laten verlopen. Bovendien is het van belang dat bestuurders hun eigen morele inzicht ontwikkelen. Volgens Aristoteles wordt deze ontwikkeling gestimuleerd door te doen. Dus door te streven naar een rechtvaardige uitkomst voor alle betrokkenen vergroot de bestuurder zijn eigen rechtvaardigheid. In deze dissertatie is ook besproken dat beïnvloedingsmacht van belang is en dat deze tijdens de loopbaan kan worden vergroot. Ook dit kan dus een element zijn van het professionaliseringspad, bijvoorbeeld door bij professionalisering netwerken met politiek, gemeenten, andere zorginstellingen en/of verzekeraars een plek te geven. Wellicht is dit allemaal al onderdeel van opleidingen. In dat geval zou het goed zijn dit in kaart te brengen en centraal inzichtelijk te maken.

Bij de accreditatie zou naast het betrekken van de *feedback* van de omgeving ook een proeve van bekwaamheid kunnen passen door te toetsen aan de expertisegebieden die door de NVZD worden benoemd. Deze proeve van bekwaamheid kan bijdragen aan het vergroten van de persoonlijke *license to lead* van zorgbestuurders op de verschillende niveaus. Deze zou op den duur (bij voldoende maatschappelijk draagvlak) kunnen leiden tot een *license to practice* als volgende stap in de vakontwikkeling.

Vertrouwen op persoonlijke waarden

In deze dissertatie is aandacht besteed aan de deugdenethiek. Naast het benoemen van normen is ook het benoemen van deugden die daarbij passen van belang: hiermee worden naast acties ook motieven bespreekbaar. In dit onderzoek zijn deugden benoemd die van belang zijn voor zorgbestuurders omdat ze voortkomen uit gedeelde opvattingen over goed bestuur in literatuur en wet- en regelgeving en andere institutionele teksten. Het kan zo zijn dat er eenzelfde drijfveer is (bijvoorbeeld het leveren van goede zorg), maar dat deze voor belanghebbenden leidt tot andere keuzes en acties, bijvoorbeeld omdat patiënten/cliënten goede zorg zien als het hebben van een gevoel van veiligheid en comfort ('huiselijke rechtvaardigingsgronden') en de bestuurder goede zorg ziet als efficiënte en doelmatige zorg ('industriële rechtvaardigingsgronden'). Het is aan te bevelen nader te verkennen hoe deugdzaam handelen meer op de agenda kan worden geplaatst bij zowel het debat over goed zorgbestuur in de politiek als bij zorgbestuurders zelf als bij *gatekeepers* zoals raden van toezicht en *searchers*. Het gaat om de morele kennis, keuzes en gedrag bedoeld om het beste te doen. Deugdzaam handelen zoals in deze dissertatie omschreven, gaat gepaard met het streven naar excellentie. Om richting aan deze kennis, keuzes en acties te geven, is een gedeeld normenkader van belang: welke kennis, keuzes en acties zijn nastrevenswaardig? Het is voor draagvlak van belang om hierover de dialoog aan te gaan, waarbij *best available evidence* waarop de keuze is gebaseerd zichtbaar wordt gemaakt.

Gezamenlijk met de intellectuele kennis (de normen voor professioneel zorgbestuur), kan het inzicht in de morele eigenschappen bijdragen aan zowel het debat over goed bestuur als de eisen die aan zorgbestuurders worden gesteld. Het kan kortom nuttig zijn om zowel intellectuele als morele kennis, keuzes en gedrag inzichtelijk en daarmee toetsbaar te maken. Dit toetsen kan formeel in een toetsingssysteem, maar ook informeel door het bijvoorbeeld te gebruiken bij het maken van een profielschets voor het werven van een nieuwe bestuurder.

Omdat het gedeelde morele kader constant in beweging is, zal een zorgbestuurder niet altijd zijn *license to lead* kunnen behouden door alleen de actuele morele opvattingen te volgen. Een goede zorgbestuurder is zich bewust van het morele kader, maar is ook in staat 'voor de troepen uit te lopen' en zijn persoonlijke waarden gemeenschapsgoed te maken. De bestuurder moet soms een afweging maken hoeveel zijn *license to lead* hem waard is. Geïnterviewde zorgbestuurders noemen hun eigen morele kompas als 'ondergrens': als hun eigen waarden worden overschreden, zouden ze hun positie moeten neerleggen. Dit gebeurt soms, maar niet altijd. Op basis van dit onderzoek is niet te zeggen hoe vaak.

Omgang met collega's

Raden van bestuur kunnen hun *license to lead* vooral vergroten door voorbij de grenzen te kijken van de eigen zittingsduur en aandacht te besteden aan het gezag van de raad van bestuur ook na het eigen vertrek.

Een incident (ontslag bestuurder, verscherpt toezicht, negatieve media-aandacht) is ook een leermoment. Hierbij kunnen vragen worden gesteld als: is professioneel, legitiem en effectief en doelmatig gehandeld? Is legitimiteit gezocht? Zijn de morele kaders veranderd (bijvoorbeeld de opvattingen over wat goede zorg opgeschoven)? Dit kan helpen om toekomstige incidenten te voorkomen.

Het in een kwaad daglicht zetten van de voorganger of medebestuurder kan afbreuk doen aan de *license to lead* van de raad van bestuur en zorgbestuurders als collectief. Dit verdient dus geen aanbeveling wanneer dit gericht is op het versterken van de eigen positie.

Voor zorgbestuurders als collectief en de politiek: de toekomst van het zorgstelsel

Er is een aantal factoren dat lastig of niet door zorgbestuurders zelf kan worden veranderd. De bestuurder heeft op de kwaliteit van de geleverde zorg alleen indirecte invloed. Dit heeft te maken met de uitdagingen waar de zorg voor staat, namelijk het toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief goed houden van zorg met een toenemende zorgvraag vanwege onder meer vergrijzing. Maar ook met de mate waarin de samenleving überhaupt vertrouwen heeft in instituties. Uit dit onderzoek blijkt dat er ook zeker factoren zijn waar zorgbestuurders wel invloed op kunnen hebben. Zorgbestuurders zouden (en doen dit ook al) met de overheid samen kunnen kijken naar de uitdagingen voor de toekomst en zo als gesprekspartners een rol spelen in het zoeken naar goed beleid om deze uitdagingen het hoofd te bieden. Voor de *licence to lead* van zorgbestuurders is het goed als er heldere afspraken worden gemaakt over de vraag in welke mate zorgbestuurders verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit, toegankelijkheid én betaalbaarheid van de zorg – niet alleen in het kader van hun eigen instelling of regio, maar op nationaal niveau. Ook kunnen zorgbestuurders expliciteren wat voor soort zorgbestuurder hierbij nodig is en zoeken naar breed gedragen draagvlak voor wat een goede zorgbestuurder is.

Voor de in deze dissertatie genoemde uitkomstlegitimiteit is het van belang vast te stellen welke uitkomsten mogelijk en ook reëel zijn, gezien de uitdagingen waar de zorg voor staat. Wanneer de opgaven die er voorliggen niet binnen de huidige kaders kunnen worden opgelost, dan leidt dit, wanneer er niets verandert, tot vermindering van het draagvlak voor het werk van zorgbestuurders. Belangrijker nog is dat dit ook zorgwekkend is omdat de zorg één van de belangrijkste sectoren in de samenleving

is. Een oplossing zou kunnen zijn om de kaders aan te passen, bijvoorbeeld door meer overheidsbudget voor zorg beschikbaar te stellen. Oplossingen zijn niet op basis van dit onderzoek te geven.

Voor zorgorganisaties: het wervingsproces

Niet alleen de raad van bestuur zelf bepaalt hoe groot zijn *license to lead* is. De in deze dissertatie genoemde *gatekeepers*, namelijk raden van toezicht, *searchers* en opleidingsinstituten spelen hierbij een belangrijke rol. Zij bepalen immers wie er in de raad van bestuur komt en hoe het wervingsproces vorm krijgt. De *gatekeepers* die in deze dissertatie worden benoemd, spelen op bepaalde momenten (professionalisering, vakontwikkeling en werving en aanname van zorgbestuurders) een belangrijke rol. Ook de professionaliteit van de raden van toezicht en de manier waarop zij zijn geworven is van belang voor wie uiteindelijk zorgbestuurder wordt en daarmee zijn *license to lead* verworft. Zij kunnen ook afbreuk doen aan de *license to lead* van de zorgbestuurder. Dit kan terecht zijn wanneer dit gebeurt op basis van helder omschreven criteria, maar het kan ook liggen aan botsingen van karakter. Wanneer meer irrationele aspecten dominant zijn, doet dit de reputatie van de top van de organisatie geen goed. Raden van toezicht kunnen een rol spelen in het vergroten van de *license to lead* van 'hun' raad van bestuur door een zorgvuldig wervingsproces te doorlopen en door de persoonlijke kwaliteiten van de bestuurders en de match met de organisatie te expliciteren en te evalueren.

Uit deze dissertatie blijkt dat voor een succesvolle benoeming een aantal factoren in ieder geval relevant is.

De normen voor professioneel, legitiem en effectief en doelmatig bestuur kunnen bij de profielschets worden gebruikt, waarbij de accenten afhangen van:

- Aansluiting op de fase waarin de organisatie zich bevindt;
- De dominante oriëntatie van de organisatie: mensgericht of systeemgericht, statisch of dynamisch;
- Een match qua profiel met de mate waarin de organisatie *in control* is en de kwaliteiten van de kandidaat;
- De match met voornamelijk de medebestuurder, de raad van toezicht en het management team en de verenigbaarheid/complementariteit van hun karakter (zowel intellectuele als morele kennis, keuzes en gedrag);
- Hoe de voorganger de organisatie heeft achtergelaten en in hoeverre eventuele problemen bekend zijn bij belanghebbenden als de raad van toezicht en het management team;

- De match met het dominante moreel kader (alle individuele en gedeelde opvattingen over wat de goede uitkomsten, goede werkwijzen en goede motieven zijn) in de organisatie;

Bewustzijn van en transparantie over deze zaken, kan de *license to lead* van raden van bestuur en zorgbestuurders als collectief vergroten.

Uit deze dissertatie blijkt dat soms veranderingen binnen de organisatie noodzakelijk zijn voor het voortbestaan van de organisatie of voor het bieden van de beste zorg. In die gevallen is alleen aansluiting zoeken bij de fase waarin de organisatie zich bevindt, de dominante oriëntatie en de morele overtuigingen niet voldoende. Er is dan een kandidaat nodig die de *setting* van de organisatie begrijpt en zich hierin kan bewegen, maar ook in staat is de organisatie verder te brengen.

Voor andere sectoren

In dit onderzoek wordt de specifieke context van de zorg omschreven en wordt aangenomen dat deze context een rol speelt bij het verkrijgen van de *license to lead*. Deze context hangt onder meer samen met specifieke wet- en regelgeving, de formele en informele manier waarop professionals en cliënten/patiënten inspraak hebben en de marktwerking die het mogelijk maakt dat instellingen elkaar kunnen wegconcurreren en failliet kunnen gaan. In deze dissertatie wordt besproken dat de context maakt dat bepaalde elementen belangrijker zijn dan anderen, maar er wordt ook aangegeven dat (een deel van) het normenkader voor andere bestuurders in andere sectoren ook geldt. Bijvoorbeeld wat professioneel en effectief en doelmatig bestuur is. Voor andere (semi-publieke) sectoren, zoals het onderwijs, de woningcorporaties en de zorgverzekeringssector, kan de context in grote mate overeenkomen, waardoor ook voor bestuurders in die sectoren deze dissertatie van toegevoegde waarde zou kunnen zijn.





7 Reflecties

7.1 Begrenzungen

Theoretische begrenzingen

Whetten (1989) noemt vier criteria om een theorie te beoordelen:

- de (beschreven of geëxpliciteerde) factoren;
- de relatie (tussen die factoren);
- de aannames of wetmatigheden (als grondslag voor de selectiefactoren);
- de begrenzing van de theorie (in relatie tot het betreffende fenomeen of onderwerp).

Het gaat om de interne validiteit (voldoende inhoudelijke verbanden in de theorie) en de externe validiteit (generaliseerbaarheid).

In de hoofdstukken 5 en 6 zijn de verschillende factoren genoemd die de *license to lead* beïnvloeden en is aangegeven hoe die zich tot elkaar verhouden. Zoals al aangegeven is een theorie een generalisatie. In dit onderzoek zijn vereenvoudigingen gehanteerd, waardoor bijvoorbeeld niet altijd inzichtelijk is dat draagvlak klein of groot kan zijn en wie op persoonsniveau dit draagvlak vormen. Ook is niet direct inzichtelijk waar zwaartepunten liggen, omdat dit ook per situatie kan verschillen. De complexiteit van de situatie waarin verschillende aspecten op elkaar inwerken, heeft geen plaats. Zo wordt de *license to lead* op het niveau van de individuele bestuurder, de raad van bestuur en zorgbestuurders als collectief gevormd en werken deze op elkaar in. Aan de hand van een aantal figuren (28 tot en met 31) is de *license to lead* besproken, om een overzicht te geven hoe de *license to lead* werkt.

De gekozen perspectieven om de *license to lead* te bestuderen hebben overeenkomsten met andere wetenschappelijke perspectieven, maar zijn weer anders geordend. Zo omschrijft Moore (1995) een drietal aspecten voor bestuurders van een maatschappelijke onderneming die van belang zijn, namelijk:

- 1) legitimiteit en draagvlak,
 - 2) een maatschappelijke waardepropositie en
 - 3) operationele capaciteit.
-
- 1) komt terug in de definitie van de *license to lead*,
 - 2) in de *license to lead* als moreel kader en de bijdrage aan het zorgstelsel.
 - 3) speelt een rol in de vorming van de *license to lead* en is bijvoorbeeld afhankelijk van de fase waarin de organisatie zich bevindt.

Er is gekeken naar de *license to lead* vanuit een historiografisch, juridisch, filosofisch/ethisch, leiderschaps-, organisatiekundig en bestuurskundig perspectief. Hieraan zouden in ieder geval kunnen worden toegevoegd een psychologisch, communicatiewe-

tenschappelijk en antropologisch perspectief. Deze perspectieven zijn in dit onderzoek niet gehanteerd.

Aannames

In dit onderzoek is inzichtelijk gemaakt welke aannames aan het de benoemde elementen van de *license to lead* ten grondslag liggen:

- Zo verschillen de opvattingen over de mate waarin moraal afhankelijk is van de mening van de meerderheid en in hoeverre moraal overlapt met wet- en regelgeving. Wanneer moraal wordt gezien als hetgeen waar draagvlak voor is, zou het moreel kader geen aparte verdieping hoeven te zijn, maar onderdeel uitmaken van de onderste drie verdiepingen van figuur 31. In dit onderzoek worden ook persoonlijke waarden waar geen/weinig draagvlak voor is als onderdeel van het moreel kader gezien.
- Ook wordt in dit onderzoek uitgegaan van een samenleving die het nastreven van excellent gedrag waardeert, wat niet per se het geval hoeft te zijn.
- Er wordt een onderscheid gemaakt tussen wat de organisatie nodig heeft en wat het zorgstelsel nodig heeft. Dit kunnen ook dezelfde dingen zijn.
- Een andere aanname is dat organisaties die *out of control* zijn weinig ruimte hebben om bij te dragen aan het zorgstelsel. Dit is niet altijd zo. De bouwstenen in figuur 31 lijken te impliceren dat iedere bouwsteen één blok is, terwijl ook binnen de bouwstenen en tussen de bouwstenen conflicterende factoren een rol kunnen spelen. Dit wordt in dit onderzoek wel geduid.
- De *license to lead* is gedefinieerd als draagvlak om te besturen. In dit onderzoek is inzichtelijk gemaakt dat het draagvlak voor zorgbestuurders als collectief de handelingsruimte van de individuele zorgbestuurder beïnvloedt. Om de macht van zorgbestuurders in te perken is bijvoorbeeld de rol van de medezeggenschap geformaliseerd. Gebrek aan vertrouwen heeft geleid tot nadere normstelling rond goed bestuur in onder meer wet- en regelgeving en het accreditatietraject van de NVZD. Draagvlak is hierdoor een minder belangrijke factor geworden, omdat goed bestuur (deels) kan worden afgedwongen. Doordat er meer is geïnstitutionaliseerd, is het belang van draagvlak op collectief niveau naar verhouding afgenomen. Tijdens dit onderzoek is draagvlak dus in die zin een steeds minder relevante operationalisering van het begrip *license to lead* geworden en het voldoen aan de intersubjectief bepaalde opvattingen over wat een goede bestuurder is een steeds belangrijkere operationalisering.

Een aanname van een ander type is dat de geïnterviewden een bepaalde mate van eerlijkheid in hun antwoorden hebben gehanteerd. Hierna wordt hier nader op ingegaan.

Validiteit

(De totstandkoming van) de *license to lead* is getoetst in gesprekken in de focusgroep van tien bestuurders en komt voort uit een brede literatuurstudie gecombineerd met de interviews. Hiermee is enige mate van validiteit aan te nemen. In de methodologie zijn de verschillende niveaus van bewijsvoering besproken. Wat in dit onderzoek over de praktijk (de eerste onderzoeksvraag) wordt gezegd op basis van de enquête, focusgroep en interviews heeft de bewijskracht van niveau C: er zijn aanwijzingen dat het zo is (zie paragraaf 2.2). De uitspraken in dit onderzoek zijn inductief, namelijk afgeleid van het onderzochte. Het zou interessant zijn om de resultaten verder te toetsen aan de werkelijkheid. Wat op basis van de theorie (de tweede onderzoeksvraag) wordt besproken, heeft een verschillende mate van bewijskracht, die ook niet altijd te herleiden is.

Tijdens de duur van het onderzoek hebben zich veranderingen voorgedaan. De interviews zijn voornamelijk in 2014 en 2015 uitgevoerd. De enquête is in 2015 gehouden. De focusgroep loopt als rode draad door de hele periode heen. De mate waarin zorgbestuurders hun *license to lead* hebben is, zoals gezegd, aan continue verandering onderhevig. Er valt dus geen algemene uitspraak te doen over de precieze mate van draagvlak voor zorgbestuurders. Dit is ook niet gepoogd. In die zin verliest de conclusie met verloop van de tijd niet zijn validiteit.

Extrapolatie

Is de hier besproken werking van de *license to lead* nu specifiek voor zorgbestuurders? Dit is de groep die onderzocht is, maar het is goed mogelijk dat het ook voor andere bestuurders zo werkt. De invulling is wel zorgspecifiek, zoals de uitdaging waar de zorg voor staat, namelijk het garanderen van goede, toegankelijke en betaalbare zorg voor een toenemende groep zorgbehoevenden.

Insidersperspectief

Het onderzoek is vanuit een *insidersperspectief* uitgevoerd. Ik werk als beleidsmedewerkers voor de NVZD. In die zin is het herhalen van het onderzoek onder precies dezelfde omstandigheden lastig. Er is tijdens het onderzoek een omslagpunt gekomen van verkennend naar toetsend van de bevindingen aan de literatuur. Door de bevindingen te leggen naast reeds bestaande onderzoeken, kan wel van een hogere mate van bewijskracht worden gesproken. Omdat de *license to lead* iets is dat zorgbestuurders ervaren en niet een objectief fenomeen is, is het perspectief van de zorgbestuurders een belangrijk perspectief. Tegelijkertijd doet zich het risico voor dat zorgbestuurders niet alleen omschrijven hoe de praktijk eruit ziet, maar ook hoe zij zouden willen dat de praktijk eruit ziet. Ook kan hun beleving anders zijn dan de beleving van anderen.

Narratieve theorie biedt aanknopingspunten om de context van ‘verhalen’ (in dit geval de omschreven stukken, interviews en verslagen van de focusgroep) te onderzoeken.⁶² De wetenschappelijke stroming van de narratieve ethiek gaat ervan uit dat ieder verhaal dat verteld wordt met waarden geladen is. Dit gaat om zowel de morele opvattingen van de subjecten die in het verhaal een rol spelen, de rol van de verteller ten opzichte van de subjecten en het onderwerp, de morele verplichtingen van de auteur ten opzichte van het geproduceerde verhaal en de moraal van degenen die het materiaal lezen: hebben zij morele verplichtingen ten opzichte van de auteur? Door vanuit verschillende perspectieven de vraagstelling te onderzoeken, is inzicht verkregen in de waarden die aan de verschillende perspectieven ten grondslag ligt. Hoewel de narratieve ethiek zich voornamelijk richt tot verhalen en niet primair tot wetenschappelijk onderzoek, zijn de vier lagen bij het doen van sociologisch onderzoek van belang. Temeer nu de focus van dit onderzoek ligt bij de *license to lead* die wordt gevormd door de opvattingen van de omgeving en van de bestuurder zelf. Om de *license to lead* zo zuiver mogelijk te belichten, is het relevant om de context waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden te duiden. De vier lagen van morele kaders die hierbij een rol spelen (die van de onderzoeksobjecten, de onderzoeker ten opzichte van de subjecten, de onderzoeker ten opzichte van het verhaal en die van de lezer) worden hierna uitgewerkt.

The ethics of the told

De onderzoeksobjecten zijn zorgbestuurders. Er is voor gekozen om hen zelf aan het woord te laten door een enquête onder zorgbestuurders uit te zetten, zorgbestuurders te interviewen en een focusgroep van zorgbestuurders in te richten. Een kanttekening die bij kwantitatief onderzoek (in de vorm van een enquête) te plaatsen is, is dat er gereageerd wordt op wat er gevraagd wordt, waarbij niet altijd zeker is of de vraagstelling ook de juiste is dan wel de kern raakt. Dit is bij het maken van de enquête getoetst door in verschillende fasen zorgbestuurders te laten meedenken (zie hierna voor een nadere toelichting) en doordat de enquête voorafgaand aan en na ieder enquêtejaar is geëvalueerd waarbij opmerkingen van respondenten zijn meegenomen. Naast het analyseren van de inhoud kan bij interviews en een focusgroep ook de manier waarop het verhaal wordt verteld worden geanalyseerd (Coffey en Atkinson, 1996). Dit valt buiten de *scope* van dit onderzoek. Wetenschappelijke bronnen, Tweede Kamerstukken en communicatie van de NVZD zijn gebruikt om de data te toetsen en om ook de derde manier van het lezen van de onderzoeksvraag te beantwoorden, namelijk: in hoeverre leiden de acties die bestuurders ondernemen tot het vergroten van hun *license to lead*?

62 Phelan, James: "Narrative Ethics". In: Hühn, Peter et al. (eds.): the living handbook of narratology. Hamburg: Hamburg University. URL = <http://www.lhn.uni-hamburg.de/article/narrative-ethics> (geraadpleegd op 7 december 2018).

The ethics of the telling

Mijn rol als beleidsmedewerker bij de NVZD, maakt dat ik toegang heb tot zorgbestuurders. Hierdoor vindt ook regelmatig interactie met zorgbestuurders plaats en is er een langdurige samenwerking met sommige zorgbestuurders. De focusgroep en geïnterviewden zijn betrokken geraakt bij het onderzoek. Het voordeel is dat door deze interactie een band is opgebouwd, waardoor diepgang wordt bereikt bij interviews en in de focusgroep. Het doel van het onderzoek is niet om een waardeoordeel over zorgbestuurders te vellen. Het doel is inzicht te bieden in het creëren van draagvlak om te besturen. Daarom is het hebben van een band met onderzoekssubjecten een waardevol uitgangspunt. Ook in dit opzicht is er gekozen voor een *insidersperspectief*: de data komt voornamelijk van zorgbestuurders zelf. Zij hebben in hun loopbaan wel andere rollen gehad, vaak in de zorg, en nemen hun eigen ervaring met andere zorgbestuurders mee. Het politieke debat is geanalyseerd en er wordt in het onderzoek een enkele maal verwezen naar krantenberichten. Opvattingen van de markt (banken, verzekeraars) en de medische professie zijn niet apart uitgevraagd of onderzocht.

Om wetenschappelijke distantie te houden is de datatriangulatie van belang en het toetsen van het besprokene met promotoren en andere wetenschappers. Het wetenschappelijke onderzoek naar zorgbestuurders in Nederland is in belangrijke mate uitgevoerd in nauwe samenspraak met of in opdracht van de NVZD. Dit is logisch aangezien NVZD een belangrijke toegangspoort biedt tot zorgbestuurders. Het onderzoekskader is voorgelegd aan een groep van internationale beleidswetenschappers op het EGPA congres⁶³ om ook buiten de context van de Nederlandse wetenschap te valideren. Dit is gedaan met behulp van een *paper* waarin het begrip *license to lead* is onderbouwd en de onderzoeksmethoden uiteen zijn gezet. De reflecties tijdens het congres hebben geholpen om het wetenschappelijk kader aan te scherpen en kritisch stil te staan bij de eigen rol.

Overheidsdocumenten vertegenwoordigen de opvattingen van de verschillende politieke partijen. Door partijen voor wie het werk van zorgbestuurders onderdeel uitmaakt van hun politieke agenda zal er meer over het onderwerp worden gesproken dan door anderen. De juridische weerslag van deze discussies in wet- en regelgeving reflecteert de opvattingen van de dominante politieke partijen. Ook recht is niet waardevrij, maar juist sterk waardengeladen.

63 De *European Group for Public Administration*, onderdeel van de *International Institute of Administrative Sciences (IIAS)*, een kennis-/wetenschappelijk platform voor bestuurskundig onderzoek.

The ethics of writing/producing

Met de NVZD zijn contractuele afspraken gemaakt over de wetenschappelijke onafhankelijkheid naar analogie van de richtlijnen van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschap (zie bijlage 6). De NVZD kan het onderzoek niet aan- of bijsturen als het gaat om zowel de inhoud als de uitkomsten. Ik ben wel in loondienst bij de NVZD en zou daarmee een morele verplichting kunnen voelen om een gunstig licht op (het werk van) zorgbestuurders te laten schijnen. Hiervan ben ik mij bewust. Mijn overtuiging is echter dat bestuurders er meer van profiteren als het onderzoek handvatten biedt voor verbetering, waarbij de bevindingen de meeste waarde hebben als ze zo min mogelijk worden ingekleurd door mijn persoonlijke overtuigingen. Bovendien is een belangrijk onderdeel van mijn werk het wetenschappelijke onderzoek en is er gekozen voor publicatie in boekvorm, waardoor de publicatie van het boek ook het moment zal zijn dat het continueren van de arbeidsrelatie gespreksonderwerp zal worden. Dit wordt door beide partijen als wenselijk gezien.

The ethics of reading/reception

Het onderzoek is bestemd voor wetenschappers en zorgbestuurders zelf. Uiteraard zou het positief zijn als het ook bredere belangstelling verkrijgt. In het schrijven van deze dissertatie is toegespitst op de eerste doelgroep. Het gaat immers om een wetenschappelijke publicatie. Voor de tweede doelgroep kan - indien gewenst - gekozen worden voor (een) aparte publicatie(s) om de leesbaarheid te vergroten en te komen tot concrete aanbevelingen voor de praktijk.

7.2 Verder onderzoek

Professionalisering

Doordat zorgbestuurders vaak een opleiding volgen die specifiek is toegespitst op zorgbestuurders, is er maar een beperkte opleidingsmarkt. De kwaliteit van de opleidingen is van belang voor de kwaliteit van degenen die worden opgeleid. Interessant zou zijn om Nederlandse opleidingen te vergelijken met internationaal en transsectoraal aanbod.

Ook zou het interessant zijn om te onderzoeken hoe het opleiden van bestuurders invloed heeft op de kwaliteit van bestuurders. Wordt het succes van studenten gemeten? Op basis van dit onderzoek zou hierbij kunnen worden gekeken naar de mate waarin de kennis, keuzes en acties van de zorgbestuurder leiden tot persoonlijke legitimiteit, proceslegitimiteit en uitkomstlegitimiteit. Om dit concreet te vertalen zijn de omschreven normstellingen voor een professionele, legitieme en effectieve en doelmatige bestuurder relevant. De kennisdomeinen die voor een professionele bestuurder zijn benoemd, zijn geconcretiseerd in de 360 graden feedback van het accreditatiesysteem. Een dergelijk *assessment* zou voor de opleiding en een jaar daarna kunnen worden gedaan om te zien

of er zich verbeteringen hebben voorgedaan. Dit zou verder moeten worden uitgewerkt omdat ook andere variabelen dan de opleiding hierbij een rol kunnen spelen.

In de interviews is niet expliciet stilgestaan bij de vraag hoe doorgeleerd wordt wanneer bestuurders al langer bestuurder zijn. Voor het ontwikkelen van professionaliseringspaden voor zorgbestuurders zou het goed zijn te onderzoeken in welke carrièrefase welke leermethoden het meest effectief zijn. Naast het bijscholen van intellectuele kennis, blijkt uit dit onderzoek dat ook het zoeken naar morele afstemming van belang is. Informeel leren kan ook gepaard gaan met het zoeken naar dialoog en feedback. Bijvoorbeeld door aan intervisie te blijven doen of binnen de organisatie moreel beraad te voeren. Vanuit onder meer onderwijskundige perspectief kan hier nader naar worden gekeken.

Het ontwikkelen van een talentenpool in de zorg op verschillende niveaus kan bijdragen aan de professionaliteit van de managers die onder de zorgbestuurders werken en daarmee meer kritisch tegengeluid mogelijk kunnen maken en bovendien toegevoegde waarde kunnen hebben voor toekomstige generaties zorgbestuurders. Hoe deze ontwikkeling eruit zou moeten zien, zou verder onderzocht moeten worden.

Werving

Over recruitmentstrategieën in het bedrijfsleven zijn data beschikbaar. Het zou interessant zijn om te onderzoeken of deze strategieën op onderdelen ook in de zorg zouden kunnen worden toegepast.

Met het wegvallen van managementlagen is het de vraag of eenhoofdige raden van bestuur genoeg competentie hebben om de rol van manager en leider te vervullen. In deze dissertatie wordt duidelijk welke intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag van een raad van bestuur worden geleverd. De vraag is of al deze elementen bij een eenhoofdige bestuur voldoende geborgd kunnen zijn, bijvoorbeeld zowel zorginhoudelijke als bedrijfskundige kennis. Onderzoek naar verschillen tussen eenhoofdige en meerhoofdige raden van bestuur zou in dit kader interessant zijn. Het doel hiervan zou kunnen zijn om te zoeken naar een optimale *governance*structuur waarin het aantal managementlagen en bestuurders voldoende professionaliteit, legitimiteit en effectiviteit en doelmatigheid kan garanderen om het primaire proces zo goed mogelijk te faciliteren, de organisatie verder te helpen en bij te dragen aan het zorgstelsel.

Het risico van werving via netwerk is dat er niet een voldoende pool is voor de uitdagingen van de toekomst. Het merendeel van bestuurders komt uit de zorg, maar is dit ook wenselijk? Als bijvoorbeeld ICT de grootste uitdaging is, moeten er dan geen bestuurders met verstand daarvan geworven worden? Of in worden opgeleid? Idem voor

personele vraagstukken, vastgoed en bezuinigingen. Als het netwerken zo belangrijk is: moeten er dan niet meer politici in het bestuur (voor zover dit niet al gebeurt)? In het leger worden niet degene met de meeste ervaring de leider, maar degene met de hoogste opleiding. Het zou interessant zijn om te onderzoeken welk profiel toekomstige generaties zorgbestuurders zouden moeten hebben. Dit hangt ook samen met de vorige alinea: de borging kan op verschillende manieren plaatsvinden: binnen de raad van bestuur of binnen het management team of door het inhuren van experts op thema's. Volgens de methode van *evidence based werken* zijn zowel wetenschappelijke inzichten als professionaliteit (kennis en ervaring) als de specifieke organisatiekenmerken als de normen en waarden van belanghebbenden voor het beste professionele oordeel van belang. De intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag van de toekomstige generatie zorgbestuurders zou dusdanig moeten zijn dat zij met elkaar en andere systeemverantwoordelijken een oplossing vinden voor de verdubbeling van de zorgkosten naar 2040 die het RIVM voorspelt. Het zou in dit kader wenselijk zijn het gewenste profiel voor zorgbestuurders te onderzoeken.

In control zijn

Janssen (2017) schat dat 20% van de organisaties onder bijzonder beheer staat. Dit percentage behoeft nader onderzoek, maar ook hoeveel procent van de zorginstellingen *in control* zijn. Wanneer dit inzichtelijk is, kan worden afgewogen welke rol bestuurders kunnen spelen en kan worden gemonitord of er een toename is van instellingen die onvoldoende *in control* zijn. Vervolgens kan worden geanalyseerd of dit te maken heeft met zorgbestuurders of met het stelsel of met andere factoren.

Over de license to lead

In de inleiding is een onderzoek van het NIVEL aangehaald naar vertrouwen in zorgbestuurders. Wanneer draagvlak wordt getoetst bij verschillende groepen (medewerkers, managementteam, ondernemingsraad, cliënten-/patiëntenraad, externe belanghebbenden en het publiek draagvlak) kan inzicht worden verkregen in trendontwikkelingen. Dit vergt nader onderzoek.

Drucker (1985) en Hogan, Hogan en Kaiser (2010) hebben een schatting gemaakt van het falen van bestuurders die tussen de 30% en 67% ligt. Er is geen kwantitatieve informatie beschikbaar over het succes van zorgbestuurders in Nederland. De factoren voor het meten van succes zouden kunnen worden vastgesteld en de ontwikkelingen in het zorgbestuur zouden hiermee kunnen worden gemonitord. Voor de *license to lead* zou het helpen wanneer hierbij ook meetbaar wordt gemaakt wat de bijdrage is die bestuurders leveren aan de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Welke acties ondernemen ze? Welke uitkomsten leveren die acties op? Zijn de acties gericht op

het versterken van persoonlijke relaties (persoonlijke legitimiteit) of op de procesgang of op gunstige uitkomsten? Wordt er voldaan aan de normstelling voor professionele besturing? En aan de wettelijke vereisten? En is de besturing effectief en doelmatig? De normstellingen die in deze dissertatie worden besproken, kunnen hierbij behulpzaam zijn.

Deze onderwerpen en de reflecties in dit hoofdstuk kunnen worden vertaald in de volgende onderzoeksvragen:

- Welk effect hebben de door zorgbestuurders gevolgde opleidingen op de kwaliteit van zorgbestuurders?
- Zijn er hiaten in dit opleidingsaanbod of elementen die een minder belangrijke rol spelen?
- Hoe kan in de zorg de ontwikkeling van een talentenpool worden ingericht?
- Zijn er bij de werving van zorgbestuurders recruitmentstrategieën te benoemen die kunnen bijdragen aan het werven van goede bestuurders?
- Heeft het zijn van een eenhoofdige of meerhoofdige raad van bestuur en het aantal managementlagen effect op de kwaliteit van het bestuur?
- Welk profiel van zorgbestuurders past bij de uitdagingen voor de toekomst?
- Welke mate van *control* hebben bestuurders van zorginstellingen, hoe ontwikkelt zich dit en welke factoren spelen hierbij een rol?
- Hoe ontwikkelt het draagvlak van verschillende belanghebbenden voor zorgbestuurders zich?
- Zijn er op basis van andere wetenschapsdisciplines, zoals de psychologie, communicatiewetenschappen of antropologie, nog elementen toe te voegen aan de manier waarop aan de *license to lead* gebouwd kan worden?
- Komt er op basis van onderzoek in de omgeving van zorgbestuurders een ander beeld naar voren van de manier waarop bestuurders hun *license to lead* invulling geven en de weging van de elementen?
- Wat is in de praktijk het 'succes' van zorgbestuurders?





8 Samenvatting

Er is kritiek op zorgbestuurders. Juist bestuurders hebben vertrouwen en handelingsruimte nodig om hun werk goed te kunnen doen. Het belang dat aan zorg wordt gehecht, maakt het des te verontrustender dat er weinig vertrouwen is in degenen die de zorg besturen. De afgelopen vijf jaar waren onder meer de hoogte van het salaris van zorgbestuurders, de wenselijkheid van het invoeren van een bestuurderstoets, fusies, personeelstekorten in de verpleeghuiszorg, fraudezaken en faillissementen in de zorg aanleiding voor debat in de Tweede Kamer over zorgbestuurders en onderwerp van aandacht in de media. Een onderzoek van NIVEL over vertrouwen in zorgverzekeraars, waarbij dit vertrouwen werd afgezet tegen vertrouwen in andere actoren, zoals zorgbestuurders, laat zien dat slechts 9% van de bevolking zorgbestuurders vertrouwen geeft. Dit gebrek aan vertrouwen van de samenleving in zorgbestuurders heeft ertoe geleid dat de afgelopen jaren goed bestuur op de beleidsagenda van de politiek en toezichthoudende instanties is gekomen. Het effect is aanscherping in wetgeving van wat toelaatbaar is en wat niet, en verdergaande bevoegdheden voor de minister en toezichthouders om in te grijpen. Ook bij zorgbestuurders zelf is goed bestuur hoger op de beleidsagenda gekomen, wat onder meer heeft geleid tot de ontwikkeling door zorgbestuurders zelf van een accreditatiesysteem voor zorgbestuurders en een nieuwe versie van de Governancecode zorg.

In deze dissertatie staat de vraag centraal: hoe bouwen zorgbestuurders aan hun *license to lead*? Met *license to lead* wordt bedoeld draagvlak (steun van de relevante belanghebbenden) om te besturen.

Het gaat in dit onderzoek (waar mogelijk en relevant) om drie niveaus:

Draagvlak voor...	Draagvlak van...
1 individuele bestuurders	1 de directe omgeving van de bestuurder
2 de raad van bestuur als orgaan	2 de relevante stakeholders binnen en buiten de organisatie
3 zorgbestuurders als collectief	3 de samenleving in het algemeen

Figuur 2: de relatie tussen de ontvanger en geveer van de *license to lead*.

De onderzoeksvraag is beantwoord op basis van een literatuurstudie, een longitudinale enquête onder zorgbestuurders met driehonderd respondenten, gestart in 2000 en vervolgens iedere vijf jaar herhaald, interviews onder tweeëntwintig zorgbestuurders, *searchers*, bestuurssecretarissen, de directeur van de NVZD – Vereniging van bestuurders in de zorg en een adviseur en een focusgroep van tien zorgbestuurders die vijf jaar lang ongeveer ieder half jaar bijeen is geweest (**hoofdstuk 2**).

Om in de praktijk voldoende legitimiteit te krijgen om te besturen (**hoofdstuk 3**) is voornamelijk de manier waarop zorgbestuurders het proces inrichten van belang (proceslegitimiteit). Procesgaranties zijn in wetgeving verankerd en lijken ook een belangrijk onderdeel van het dagelijks werk van de bestuurder. Ook bij het wervingsproces van een nieuwe bestuurder wordt hier aandacht aan besteed, door bijvoorbeeld interne en externe belanghebbenden te betrekken en te werven met een openbaar profiel. In dit onderzoek zijn op basis van de deugdenethiek die zijn oorsprong vindt bij Aristoteles, de bij de kaders voor goed bestuur relevante deugden geformuleerd. De morele deugden die op basis van de juridische normstelling bij deze proceslegitimiteit passen zijn verantwoordelijkheid, rechtvaardigheid en zorgvuldigheid.

Om goedkeuring te krijgen, is het voornamelijk van belang hoe zorgbestuurders hun eigen professionaliteit en karakter in weten te zetten om te komen tot een gedeeld moreel kader (persoonlijke legitimiteit). Door vakontwikkeling bouwen zorgbestuurders (verenigd in de NVZD) aan een gedeeld normenkader voor professioneel bestuur. Een aantal zaken maakt dit lastig. Zorgbestuurders hechten veel belang aan ervaring en informeel leren om zich te professionaliseren. Informeel leren en ervaringskennis zijn minder eenvoudig zichtbaar te maken als het gaat om het aantonen van de eigen professionaliteit. De morele deugden die op basis van de professionele normstelling uit de literatuur en het accreditatietraject bij de persoonlijke legitimiteit passen zijn bezinning, zelfdiscipline en flexibiliteit.

Om vertrouwen te krijgen om te besturen is het voornamelijk van belang dat zorgbestuurders zichtbaar maken dat ze effectief en doelmatig handelen, en daardoor met hun werk bijdragen aan het brengen van de organisatie naar een volgende fase (danwel de organisatie stabiel houden) en een bijdrage leveren aan goede, toegankelijke en betaalbare zorg voor de instelling, de regio en/of op nationaal niveau (uitkomstlegitimiteit). In de praktijk is het leidende principe van 'goede zorg' voor bestuurders de vertaling van hun taak en de taak van de organisatie. De bestuurder brengt goede zorg tot stand in verbinding met de organisatie en buiten de grenzen van de organisatie. Hierbij botsen soms de opvatting van de bestuurder en die van belanghebbenden binnen en buiten de organisatie over wat goede zorg is. Om belanghebbenden mee te krijgen in de bedachte koers, is het nodig dat bestuurders veranderingen weten vorm te geven en daarbij draagvlak en beïnvloedingsmacht weten te creëren. In de praktijk vergroten zij hun beïnvloedingsmacht onder meer door schaalvergroting. Door de invulling van het proces kunnen veranderingen worden 'verankerd', bijvoorbeeld wanneer voor een nieuwe organisatievorm of governancestructuur wordt gekozen. Morele deugden die op basis van organisatiekunde en de praktijk nodig zijn voor het bereiken van uitkomstlegitimiteit zijn moed, vastberadenheid en trots.

Op basis van de theorie zijn verschillende systeemkenmerken, organisatiekenmerken en persoonskenmerken van de zorgbestuurder aan te wijzen die de *license to lead* kunnen beïnvloeden (**hoofdstuk 4**). Op systeemniveau gaat het om de semipublieke *setting* die de taakstelling voor zorgbestuurders mede bepaalt, beïnvloedt wie de *license to lead* formeel kan ontnemen en waarbinnen juridische normen worden gesteld aan zorgbestuurders. Op systeemniveau kunnen zorgbestuurders zelf als collectief via vakontwikkeling en de inrichting van het wervingsproces hun *license to lead* beïnvloeden.

Op organisatieniveau bepalen machtsverhoudingen in de organisatie en de fase waarin de organisatie zich bevindt hoe zorgbestuurders binnen de organisatie kunnen bouwen aan hun *license to lead*. Zorgbestuurders bepalen zelf hoe ze omgaan met veranderingen waar hun organisatie mee te maken krijgt in bijvoorbeeld overheidsbeleid. De wijze waarop zij hun organisatie hierdoorheen sturen, beïnvloedt de *license to lead*.

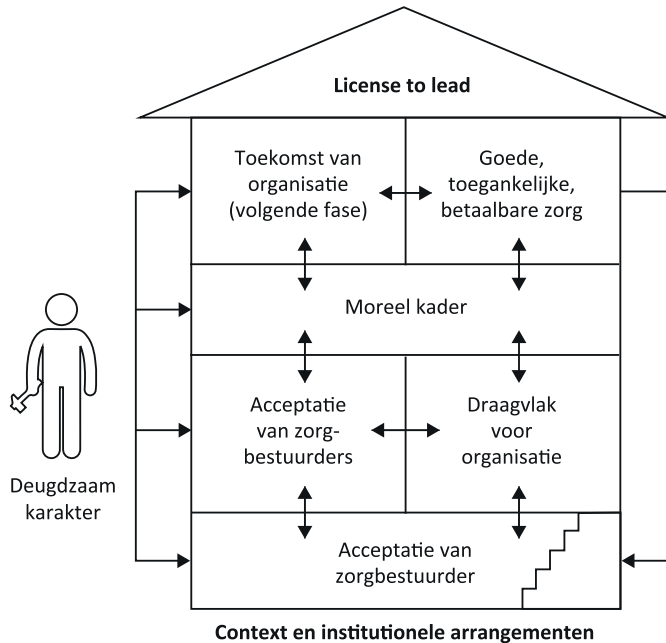
Persoonskenmerken ten slotte zijn de intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag van de zorgbestuurder, oftewel zijn deugdzame karakter.

Op basis van dit onderzoek kan worden gesteld dat de *license to lead* van zorgbestuurders wordt opgebouwd met de volgende bouwstenen:

- Het deugdzame karakter van de bestuurder (de intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag bedoeld om het beste te doen, voortkomend uit het vermogen tot zelfbeheersing);
- Het creëren door de bestuurder van acceptatie voor zichzelf;
- Het creëren door de bestuurder van draagvlak⁶⁴ voor de organisatie;
- Het creëren van acceptatie door de bestuurder voor zorgbestuurders als collectief;
- Het bouwen door (de) zorgbestuurders(s) aan een moreel kader (de - meer of minder intersubjectieve - opvattingen over wat de goede uitkomsten, goede werkwijzen en goede motieven zijn);
- De bijdrage die de bestuurder levert aan de toekomst van de organisatie;
- De bijdrage die de bestuurder levert aan goede, toegankelijke en betaalbare zorg met betrekking tot de eigen instelling, de regio en/of het nationaal stelsel.

Hieronder is schematisch samengevat hoe die bouwstenen zich grofweg tot elkaar verhouden.

64 In dit onderzoek wordt de relatie tussen legitimiteit, rechtvaardigheid en draagvlak als volgt gedefinieerd. Rechtvaardigheid is een middel dat kan worden ingezet om handelen te legitimeren. Wanneer legitimiteit wordt ervaren door de ander, leidt dit tot draagvlak. Draagvlak is dus waar legitimiteit en rechtvaardigheid samen komen.



Figuur 31: Bouwstenen van de *license to lead*.

Figuur 31 is ideaaltypisch: in de praktijk ontbreken bouwstenen van de *license to lead* (**hoofdstuk 5**). Zo is de normstelling aan goed zorgbestuur diffuus, al is deze de afgelopen jaren wel eenduidiger geworden. In de praktijk kunnen de normen en waarden van bestuurders en belanghebbenden ook botsen of verschillend gewogen worden. Het ontbreken van een eenduidig beeld van wat goed zorgbestuur is, is weer een belangrijke oorzaak van het ontbreken van een breed erkende opleiding voor zorgbestuurders. In de praktijk zijn er bovendien ook onbekwame bestuurders of bestuurders die aan draagvlak bouwen door bijvoorbeeld bevriende personen in het management team te plaatsen. En niet alle bestuurders en zorginstellingen zullen altijd een bijdrage leveren aan goede, betaalbare en toegankelijke zorg.

Iedere bouwsteen uit de figuur afzonderlijk kan voor enige tijd bijdragen aan de *license to lead* zolang er maar enig draagvlak is van een belangrijke belanghebbende voor de bestuurder. De *license to lead* vervalt met het wegvallen van de fundering: de acceptatie van de bestuurder.

In de praktijk 'schaken zorgbestuurders op meerdere borden'. Ook zonder draagvlak van iedereen of zonder morele overeenstemming werken ze aan het verder brengen van de organisatie en het leveren van goede, toegankelijke en betaalbare zorg in de instelling, de eigen regio en op nationaal niveau. De verschillende bouwstenen beïnvloeden

elkaar ook: door het bereiken van goede resultaten kunnen het draagvlak en de morele overeenstemming groeien. Het risico van het vooropstellen van de uitkomst boven het proces ('het doel heiligt de middelen') is dat die gunstige resultaten niet bereikt worden omdat belanghebbenden 'dwars gaan liggen'. De bouwstenen zijn ook in beweging: legitimiteit kan tijdens het proces verloren gaan. Voor een duurzame verankering van bereikte resultaten zijn draagvlak en een gedeeld moreel kader belangrijke voorwaarden.

Om de *license to lead* duurzaam en zowel als individu als op groepsniveau te behouden, zijn alle genoemde bouwstenen relevant. Wanneer aan al deze aspecten wordt gewerkt, kan dit leiden tot duurzaam draagvlak. De verschillende bouwstenen leiden tot verschillende mate van draagvlak, oplopend van legitimiteit tot goedkeuring tot vertrouwen. Hierbij kunnen bestuurders zichzelf als instrument gebruiken: hun persoonlijkheid (persoonlijke legitimiteit), de manier waarop ze het proces inrichten (proceslegitimiteit) en het resultaat dat ze weten te bereiken (uitkomstlegitimiteit) leiden tot verschillende mate van draagvlak.

Centraal in dit onderzoek staat het werk dat zorgbestuurders zelf verrichten om hun *license to lead* te vergroten. De verschillende manieren om te bouwen aan de *license to lead* kunnen leiden tot een meer of minder duurzame *license to lead*. Door institutionele verankering, bijvoorbeeld in wetgeving, gedragscodes of door het maken van modellen door zorgbestuurders zelf, de overheid of anderen, kan een duurzamere invulling worden gezocht. De context en institutionele arrangementen spelen een rol in het versterken of ontkrachten van de *license to lead* van zorgbestuurders.

Concluderend (**hoofdstuk 6**) lijkt de *license to lead* voor zorgbestuurders als collectief zich in positieve richting te ontwikkelen: het accreditatiesysteem heeft er bijvoorbeeld (tot nu toe) mede toe geleid dat van verder overheidsingrijpen in de vorm van een opgelegde geschiktheidstoets is afgezien. Ook is er mede door initiatieven van zorgbestuurders een normenkader voor goed bestuur aan het ontstaan. Zorgbestuurders als collectief gedragen zich als een beroepsgroep in wording. Er wordt (nog) niet getoetst op een gedeeld normenkader en ook niet op gehandhaafd. Zorgbestuurders bepalen ook niet zelf als beroepsgroep wie tot de beroepsgroep kan en mag toetreden (zelfreinigend vermogen). Informeel zijn er *gatekeepers* ontstaan die wel een rol spelen bij de selectie en het toetsen van zorgbestuurders. Het gaat om raden van toezicht, *searchers*, opleidingsinstituten (die ingangseisen stellen voor hun opleidingen) en de medezeggenschap (die steeds vaker een stem heeft bij de benoeming van bestuurders). De rol van de *gatekeepers* is echter niet goed zichtbaar bij het publiek.

De afgelopen jaren is zowel door zorgbestuurders zelf als door wetgevers veel aandacht besteed aan de proceslegitimiteit, wat ertoe heeft geleid dat zorgbestuurders hun macht delen met belanghebbenden in de organisatie. De uitdagingen waar het zorgstelsel voor staat, vragen niet alleen om een goed proces van besluitvorming, maar ook om kennis en kunde die leiden tot de goede uitkomsten. Op basis van dit onderzoek zijn hiervoor aanbevelingen te doen die zorgbestuurders helpen verder te bouwen aan de *license to lead*. De belangrijkste aanbevelingen zijn:

- Maak heldere afspraken op stelselniveau over verantwoordelijkheidsverdeling.
- Maak van een incident (ontslag bestuurder, verscherpt toezicht, negatieve media-aandacht) ook een leermoment.
- Geef aandacht aan een zorgvuldig wervingsproces waarbij de persoonlijke kwaliteiten van de bestuurder en de match met de organisatie worden geëxpliciteerd en geëvalueerd.
- Benoem professionaliseringspaden voor zorgbestuurders waarbij formeel en informeel leren een rol hebben;
- Zoek *high potentials* binnen de zorgorganisatie en leidt ze op langs deze professionaliseringspaden;
- Overweeg om in het accreditatietraject een proeve van bekwaamheid toe te voegen en (bij voldoende maatschappelijk draagvlak) er een *license to practice* van te maken;
- Bespreek als bestuurder niet alleen besluiten, maar ook motieven en keuzes. Zo kan worden gezocht naar morele overeenstemming.
- Neem besluiten altijd op basis van *best available evidence*.





9 Summary

Healthcare executives are the target of criticism, and yet executives in particular need trust and leeway to do their jobs properly. The importance placed on healthcare makes the lack of trust in the people in charge of healthcare even more worrying. In the last five years, the level of healthcare executives' remuneration, the desirability of introducing an executive test, mergers, staff shortages in nursing home care, fraud cases and bankruptcies in healthcare are some of the issues that have given rise to debate in the Dutch House of Representatives about healthcare executives and attracted media attention. Research by NIVEL into trust in healthcare insurers, comparing it with trust in other players such as healthcare executives, reveals that just 9% of the population has trust in healthcare executives. This lack of public trust in healthcare executives has pushed the issue of governance onto the policy agendas of politicians and regulatory authorities in recent years. The outcome has been tighter legislation with regard to what is and is not allowed, and more sweeping powers of intervention for the minister and external regulators. Good governance is also higher on the agenda of healthcare executives, leading among other things to the development of an accreditation system for healthcare executives and a new version of the Governance Code for Healthcare drafted by healthcare executives themselves.

The key question in this dissertation is: what are healthcare executives doing to consolidate their license to lead? Having a license to lead means having the support of relevant stakeholders to lead.

Where feasible and relevant, this study examines three levels:

Support for...	Support from...
1 individual executives	1 the executive's immediate environment
2 the executive board as a body	2 the relevant stakeholders within and outside the organization
3 healthcare executives collectively	3 society at large

Figure 37: the relationship between the recipient and the giver of the license to lead.

The research question has been answered on the basis of a literature review, a longitudinal survey of healthcare executives involving three hundred respondents, started in 2000 and then repeated every five years, interviews with twenty-two healthcare executives, searchers, executives' secretaries, the director of the NVZD – Dutch association of healthcare executives and an advisor and a focus group of ten healthcare executives, which met roughly every six months over a five-year period (**chapter 2**).

In practice (**chapter 3**), how healthcare executives design the process (throughput legitimacy) is of paramount importance in gaining sufficient legitimacy to lead. Process

guarantees are enshrined in law and appear to be an important aspect of an executive's day-to-day work. They are also factored in when recruiting a new executive, for example by involving internal and external stakeholders and undertaking recruitment with a public profile. In this dissertation moral virtues based on the work of Aristoteles are formulated which are extrapolated from research into institutional texts. The moral virtues which the legal standards dictate for this throughput legitimacy are responsibility, fairness and diligence.

Most important of all in obtaining approval is the ability of healthcare executives to draw upon their own professionalism and character to create a shared moral framework (input legitimacy). It is by developing their profession that healthcare executives (collectively within the NVZD) build a shared set of standards for professional governance. A number of things make this difficult. Healthcare executives set great store by experience and informal learning in their endeavors to professionalize. In terms of demonstrating their own professionalism, it is harder for them to provide visible evidence of informal learning and accumulated knowledge.

The moral virtues which, based on professional standards derived from the literature and the accreditation process, are associated with input legitimacy are reflection, self-discipline and flexibility.

When it comes to earning the requisite trust, it is most important that healthcare executives demonstrate that their actions are effective and purposeful and that, in consequence, their work contributes to taking the organization forward (or keeping the organization stable) and to the provision of good, accessible and affordable care for the institution, the region or the system (output legitimacy). In practice, the guiding principle of 'good care' encapsulates the role of executives and of the organization. The executive ensures the provision of good care both in liaison with the organization and outside the confines of the organization. Sometimes, the executive's idea of what constitutes good care is at odds with that of the stakeholders within and outside the organization. To get stakeholders on board with their proposed approach, executives must be able to shape changes while building support and powers of influence. In practice, one of the ways in which they increase their powers of influence is upscaling. The process can be conducted so as to 'anchor' the changes, which is the case when a new organizational form or governance structure is chosen. Moral virtues that are necessary in practice to achieve output legitimacy are courage, tenacity and pride.

Based on the theory, various system characteristics, organizational characteristics and personal characteristics of a healthcare executive can be identified which can affect the

license to lead (**chapter 4**). Looking at the system, the semi-public setting to a degree dictates the tasks of healthcare executives, influences who can formally revoke the license to lead and provides the framework within which legal standards are set for healthcare executives. At the system level, healthcare executives themselves can collectively influence their license to lead, by developing their profession and designing the recruitment process in a certain way.

At the organizational level, power structures within the organization and the organization's current "stage of life" determine how healthcare executives within the organization can consolidate their license to lead. Healthcare executives themselves decide how they will handle the changing context, influenced by public policy among other things, in which healthcare institutions operate. The way they lead their organization through this influences the license to lead.

Lastly, where personal characteristics are concerned, the healthcare executive's intellectual and moral knowledge, choices and actions also influence his license to lead.

Based on this research, it can be stated that the building blocks of a healthcare executive's license to lead are as follows:

- The executive's good character (intellectual and moral knowledge, choices made and actions taken in the best intentions, arising from the capacity for self-discipline);
- The creation by the executive of acceptance^[65] of himself;
- The creation by the executive of support for the organization;
- The creation of acceptance by the executive of healthcare executives collectively;
- The construction by (the) healthcare executive(s) of a moral framework (more or less intersubjective views about what constitutes good outcomes, good methods and good motives);
- The contribution made by the executive to the organization's future;
- The contribution made by the executive to good, accessible and affordable healthcare with respect to his own institution, the region and/or the national system.

The diagram below summarizes how these building blocks roughly relate to each other.

65 When the other person perceives legitimacy, this creates support. Justification is a means that can be used to legitimize actions. Therefore, support is the point at which legitimacy meets justification.

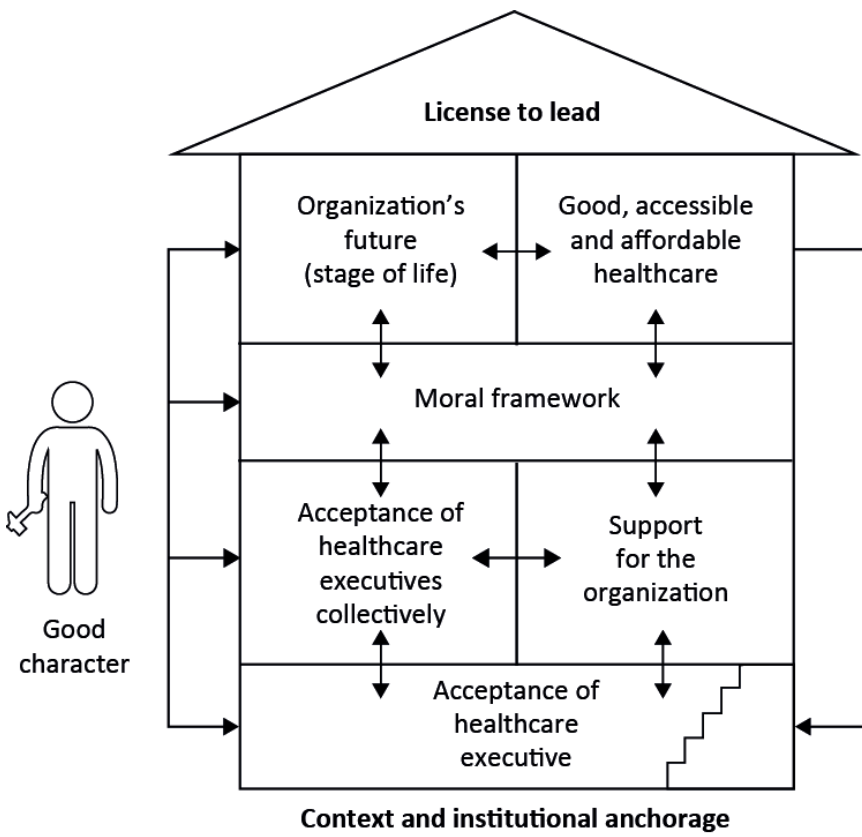


Figure 38: Building blocks of the license to lead.

Figure 38 represents the ideal: in practice, some building blocks of the license to lead are always missing (**chapter 5**). Thus, despite having become less ambiguous in recent years, the standards applied to good governance in healthcare vary greatly. In practice, the standards and values of executives and stakeholders can also clash or be weighted differently. The lack of a clear idea of what constitutes good governance in healthcare is another major factor behind the lack of a recognized training pathway for healthcare executives. Moreover, in practice there are incompetent executives or executives who gain support by, for example, giving jobs to friends on the management team. And not all executives and healthcare institutions will always contribute to good, affordable and accessible healthcare.

Each building block individually may contribute for a time to the license to lead, as long as the executive enjoys some support from a key stakeholder. The license to lead is forfeited when the foundation, the acceptance, is lost.

In practice, executives find themselves juggling many balls. Even without everyone's support or without moral consensus, they work to advance the organization and provide good, accessible and affordable care in the institution, their own region and nationwide. The various building blocks also influence each other: delivering good results leads, in turn, to greater support and moral consensus. If the outcome is prioritized over the process ('the ends justify the means'), there is a risk of failing to achieve positive results, because of stakeholder 'obstruction'. Nor are the building blocks fixed in place: legitimacy can be lost during the process. Support and a shared moral framework are two of the keys to solidifying the results achieved for the long term.

All the building blocks mentioned are important to maintaining the license to lead on a lasting basis, both as an individual and as a group. Lasting support can be achieved if due effort is made in all these aspects. The degree of support may vary. Legitimacy, approval or trust may be gained, legitimacy being the lower threshold for support and trust the highest level. Executives can use themselves as an instrument here: their personality (input legitimacy), the way they design the process (throughput legitimacy) and the result they are able to achieve (output legitimacy) engender varying amounts of support.

The work done by healthcare executives themselves to consolidate their license to lead is a key focus of this research. How lasting that license to lead is will depend on how those executives approach that task. A more lasting license to lead can be achieved through institutional anchorage, be that in legislation, codes of conduct, models created by healthcare executives themselves, the government or other parties, and so on. The context and institutional arrangements are instrumental in bolstering or undermining healthcare executives' license to lead.

In conclusion (**chapter 6**), healthcare executives collectively seem to now be enjoying a more robust license to lead: the accreditation system, for instance, has staved off further government intervention such as the imposition of a suitability test. Furthermore, due in part to initiatives by healthcare executives, a set of standards for good governance is emerging. Healthcare executives collectively behave as a profession in the making. Because of this, they are not assessed by, or held to, a set of common standards. Healthcare executives do not have the distinct right of professionals to perform acts that people are otherwise forbidden to do (internal regulation and quality control). Informally, gatekeepers have emerged who do play a role in the selection and assessment of healthcare executives. These are supervisory boards, searchers, educational establishments (which set entry requirements for their courses) and co-determination bodies (which, increas-

ingly, have a say in the appointment of executives). However, the role of these gatekeepers is not very visible to the general public.

In recent years, both healthcare executives themselves and legislators have devoted a lot of attention to throughput legitimacy, with the result that healthcare executives now share their power with stakeholders in the organization. The challenges faced by the healthcare system call not only for a sound decision-making process, but also the knowledge and skill needed to deliver the right outcomes. Based on this research, recommendations can be made to help healthcare executives consolidate their license to lead. The key recommendations are:

- Make clear arrangements at system level about the sharing of responsibility.
- Use incidents (dismissal of an executive, tighter supervision, negative media reporting) as learning opportunities.
- Ensure a meticulous recruitment process, which specifies and evaluates the executive's personal qualities and match with the organization.
- Define professionalization pathways for healthcare executives, which involve formal and informal learning;
- Identify high potentials within the healthcare organization and train them along those professionalization pathways;
- Consider adding an aptitude test to the accreditation process and (if there is enough public support) making this a license to practice;
- As well as discussing decisions, also discuss motives and choices. This paves the way for achieving a moral consensus.
- Always base decisions on the best available evidence.





10 Dankwoord

Wat is het heerlijk om onderzoek te doen in een tijdperk waarin de wereldbibliotheek online raadpleegbaar is. En wat maakt dat het lastig om hoofd- van bijzaken te scheiden en een eigen koers te varen. Als buitenpromovendus en 'buitenbeen' in het vakgebied, zijn de tips en kritische reflecties van anderen voor mij des te belangrijker geweest. Ik ben dankbaar voor alle betrokkenheid bij mijn onderzoek.

Ten eerste bedank ik mijn promotoren Kim Putters en Wouter ten Have dat jullie dit avontuur met mij aan zijn gegaan. Geweldig om met jullie steeds in dialoog te zijn vanuit zowel jullie wetenschappelijke inzichten als jullie praktijkervaring. Maar ook om zo'n persoonlijke band aan te gaan, waarbij jullie op moeilijke momenten (soms letterlijk) naast mij gingen staan. Ook dank aan jullie secretariaten, het afspreken was soms een hele puzzel.

Kim, je bent een inspiratie. Ik bewonder jouw reflectief vermogen, je open houding, je oprechte betrokkenheid en dat je me mijn eigen weg hebt laten vinden. Ook met jouw lieve sms'jes en je niet aflatende vertrouwen in mij heb je me steeds gestimuleerd. Kritisch, maar wel met het doel het verhaal nog beter te maken. Jouw bevoegenheid maakte van de gesprekken een feestje. Geweldig dat je een netwerk hebt gecreëerd van je promovendi om samen op te trekken: Femke, Jeroen, Lieke, Maarten, Ron, Tim en William. Dank voor jullie feedback en gezelligheid. Ieder jaar gaven jullie me tijdens de aio-dagen 'op de hei' (met een uitstapje naar Genève), een *boost*.

Wouter, wat heb je veel kennis en inzichten en een snelheid van denken. Vanaf het begin hebben we iedere maand afgesproken. Iedere bijeenkomst kwam je weer met een nieuw model, een pakkende *oneliner* of een sprekend voorbeeld. Ik heb genoten van deze gesprekken. Daarnaast was je altijd bereikbaar en beschikbaar voor vragen, praktisch of wetenschappelijk. Jouw passie en enthousiasme zijn aanstekelijk.

De bittere noot van het einde van deze periode is dat ik de regelmatige gesprekken met jullie beide ga missen.

Naast mijn promotoren is Jos de Beer van het begin tot het eind betrokken geweest bij het onderzoek. Jos, zonder jou was het niet mogelijk geweest dit onderzoek te starten en niet om het af te maken. Je combineerde betrokkenheid met afstand, door nooit te sturen op resultaten, maar wel altijd bereid te zijn de dialoog aan te gaan, mee te denken en mee te lezen. Je was in die zin mijn derde promotor. Ik weet nog dat ik solliciteerde bij de NVZD en dat we meteen bezig waren de beleidsagenda en uitdagingen te bespreken, zo natuurlijk ging de samenwerking en gaat deze nog steeds. Ook jouw

relativeringsvermogen en pragmatische houding ('ik kon het toch niet laten nog een typfoutje eruit te halen') waardeer ik.

In verschillende fasen van dit onderzoek hebben verschillende personen een belangrijke bijdrage geleverd. Mijn focusgroep (ook wel bekend als klankbordgroep) bestaande uit (de namen noem ik met toestemming van de betrokkenen): Jos de Beer, Bart Bemelmans, Moniek van Jaarsveld, Richard Janssen, Marjolein ten Kroode, Julianne Meijers, Ernest Muter, Marc van Ooijen, Henri Plagge en Yvonne Wilders. Jullie openheid en betrokkenheid heb ik bijzonder gewaardeerd. Bovendien vond ik onze bijeenkomsten één van de leukste elementen van mijn promotie. Ik prijs mezelf gelukkig dat jullie bereid waren zoveel tijd en aandacht aan dit onderzoek te geven. Richard ook vanuit jouw rol als leerstoelhouder. Ook iedereen met wie ik een interview heb mogen houden, wil ik bedanken. Dank aan het bestuur van de NVZD in wisselende samenstellingen en in het bijzonder Ruud Lapré, Joke van Lonkhuijzen, Jopie Nooren, Marc van Ooijen, Titus Visser en Yvonne Wilders. En ook alle leden van de NVZD voor het invullen van de enquête, de interesse in het onderzoek en voor alle leuke gesprekken.

Soms val je met je neus in de boter: op zoek naar intervisie en reflectie ontving ik een mail van Annemiek Stoopendaal dat er een groep van buitenpromovendi van het iBMG werd gevormd. Dank voor de leuke bijeenkomsten. En Annemiek en Hester van de Bovenkamp voor jullie goede begeleiding en tips.

Wilma van der Scheer, dank voor het vertrouwen om de enquête van Pauline Meurs en jou in 2015 te herhalen en voor je wetenschappelijke inzichten, waar ik in deze dissertatie met plezier gebruik van heb gemaakt. Lizette van Veen-Berkx, dank voor je betrokkenheid bij de totstandkoming van het boek 'Bestuurders in beeld'.

Johan Almeida, Peter Dekker en Niels van der Eng dank voor het vormgeven aan en meedenken bij het digitaliseren en analyseren van (de resultaten van) de enquête.

Ik kan me geen betere collega's voorstellen dan mijn NVZD collega's. Mariët, ik wil jou in het bijzonder bedanken voor het 'door ploeteren' van alle teksten en voor jouw redactieslagen. Marcia en Marjan, dank voor alle cappuccino's, vriendschap en ook jullie hulp om de dissertatie af te maken. Met Marleen, Antoinette en Harry een topteam.

Goede burens, verre vrienden, vriendschappen die al bijna een leven meegaan, of met de komst van de kinderen zijn ontstaan, wat is het fijn als mensen je door en door kennen en als je elkaar altijd weer weet te vinden. Dank lieve vrienden. Ook dank aan mijn

schoonfamilie en in het bijzonder Wim, voor je relativerende woorden vanuit je eigen promotie ervaring.

Mama, dank voor je betrokkenheid, de onderzoeks- en oppasmaandagen en het 'redacteurswerk'. Ik heb tijdens mijn onderzoek vaak teruggedacht aan het opgroeien in een huisartsenpraktijk, waarbij papa al van jongs af aan anekdotes en morele dilemma's uit zijn praktijk deelde en besprak. Nu bewegen Bastiaan (vanuit heel andere hoek) en ik ons beide in het zorgveld en soms letterlijk in de zorg, namelijk het Mr. Vissershuis, waar papa geweldig verzorgd wordt.

Lieve Sytze, Willem en Elise, jullie zijn niet functioneel (al ben je mijn steun en toeverlaat, lieverd) maar essentieel.





11 Literatuurlijst

Autoriteit Consument & Markt (2017). *Prijs- en volume-effecten van ziekenhuisfusies: Onderzoek naar effecten van ziekenhuisfusies 2007-2014* [Rapport, zaaknummer ACM/17/009041]. Den Haag: ACM. Te vinden op: <https://www.acm.nl/sites/default/files/documents/2017-12/rapport-effecten-van-ziekenhuisfusies-prijs-en-volume-aangepaste-versie-2017-12-07.pdf>.

Alimo-Metcalfe, B., Alban-Metcalfe, J., Bradley, M., Mariathasan, J., Samele, C. (2008). The impact of engaging leadership on performance, attitudes to work and wellbeing at work: a longitudinal study. *Journal of health organization and management*, 22(6), 586-598.

Andrews, R., Boyne, G.A., Law, J. en Walker, R.M. (2012). *Strategic management and public service performance*. Houndsmills: Palgrave Macmillan.

Aristoteles, 350 v.C./Hupperts, C. en Poortman, B. (vertaling en toelichting) (2005). *Ethica Nicomachea*, Budel: Damon.

Avolio, B.J. en Gardner, W.L. (2005). Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership. *The Leadership Quarterly*, 16, 315-338.

Bal, R. (2008). *De nieuwe zichtbaarheid: Sturen in tijden van marktwerking* [Oratie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Ballinger, G., Schoorman, D. en Lehman, D. (2009). Will you trust your new boss? The role of affective reactions to leadership succession, *The Leadership Quarterly* 20, 2019-232.

Barker, R. (2010). The big idea: No, management is not a profession, *Harvard Business Review*, 88 (juli-augustus), 52-60.

Barnhart, R.K. (ed.) (1988). *Chamber's Dictionary of Etymology*. Edinburgh: Chambers.

Bauman, D.C. (2013). Leadership and the three faces of integrity, *The Leadership Quarterly*, 24, 414-426.

Beauchamp, T.L. (2001). *Philosophical ethics: An introduction to moral philosophy* (2e ed.). Boston: McGrawHill.

Becker, H.S. (1970). The Nature of a Profession. In H.S. Becker (ed.). *Sociological work: Method and substance* (pp. 87-103). New Brunswick: Transaction Books.

Bijloos, S., van der Scheer, W. en van Veen-Berkx, L. (2017). *Bestuurders in beeld: Vijftien jaar onderzoek naar het besturen van zorgorganisaties*, Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij.

Boschma, H. E., Lennarts, M. L., Veenstra, J. N., en van Veen, K. (2017). *Evaluatie Wet bestuur en toezicht* [WODC rapport; Nr. 2730]. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) .

Brancheorganisaties Zorg (2009). *Zorgbrede Governancecode 2010*. Utrecht: Brancheorganisaties Zorg.

Brancheorganisaties Zorg (2017). *Governancecode Zorg*. Utrecht: Brancheorganisaties Zorg, te vinden op: www.governancecodezorg.nl.

Branden, T., van de Donk, W.B.H.J. en Putters, K. (2005). Griffins or chameleons? Hybridity as a permanent and inevitable characteristic of the third sector, *International Journal of Public Administration*, 28 (9-10), 749-765.

Bressers, H. en Klok, P.-J. (1988). Fundamentals for a theory of policy instruments. *International Journal of Social Economics*, 15(3), 22-41.

Carr-Saunders, A.M. (1928). *Professions. Their organization and place in society*. Oxford: Clarendon Press.

Coffey, A. en Atkinson, P. (1996). Narratives and stories. In: A. Coffey en P. Atkinson. *Making sense of qualitative data: Complementary research strategies (pp. 54-82)*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Colquitt, J.A., Conlon, D.E., Wesson, M.J., Porter, C.O.L.H. en Yee Ng, K. (2001) Justice at the millennium: a meta-analytic review of 25 years of organizational justice research, *Journal of applied psychology*, 86(3), 425-445.

Creswell, J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Crossan, M., Vera, D., Nanjad, L. (2008). Transcendent leadership: Strategic leadership in dynamic environments, *The Leadership Quarterly*, 19, 569-581.

de Graaf, L.J. (2007). *Gedragen beleid. Een bestuurskundig onderzoek naar interactief beleid en draagvlak in de stad Utrecht* [Dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht.

den Breejen, E., Ngo, D., Putters, K. en Bal, R. (2009). *Supervising the quality of care in changing healthcare systems: an international comparison*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.

den Ridder, J., Dekker, P. en van Houwelingen, P. (2015). *Zorgen over de zorg: Bevindingen in recent onderzoek naar de publieke opinie over de gezondheidszorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

den Ridder, J. en Dekker, P. (2018). Publieke opinie. In: *De sociale staat van Nederland 2018*. Te vinden op: <https://digitaal.scp.nl/ssn2018/publieke-opinie>.

Dekker, C.T. en Sijmons, J.G (2013). Continuïteit van zorg en zorgspecifieke fusietoetsing. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 37(2), 136-145.

Derks, M. en Grit, K. (2015). *Een zorgbestuurder benoemen: een gewaagde beslissing*. Rotterdam: Erasmus Centrum voor Zorgbestuur.

DeVault, M. (2013). Institutional ethnography: A feminist sociology of institutional power, *Contemporary Sociology*, 42(3), 332–340.

Drath, W., McCauley, C., van Palus, E. en McGuire, J. (2008). Direction, alignment, commitment: Toward a more integrative ontology of leadership, *The Leadership Quarterly*, 19, 635-653.

Drucker, P.F. (1963). *On the profession of management*. Boston: Harvard Business Review.

Drucker, P.F. (1966). *The effective executive*. London: William Heinemann Ltd.

Drucker, P.F. (1985). *Innovation and entrepreneurship: practice and principles*. New York: Harper&Row, Publishers.

Drucker, P.F. (1994). The theory of the business. *Harvard Business Review*, 72(5), 95-104.

Duineveld, M. en Beunen, R. (2006), *Draagvlak: 1.130.000 hits: een kritische beschouwing van een populair begrip*. Wageningen: Wageningen Universiteit.

Easton, D. (1965). *A systems analysis of political life*. New York: John Wiley & Sons.

Edelman Trust Barometer (2018). Geraadpleegd van https://www.edelman.com/sites/g/files/aatuss191/files/2018-10/2018_Edelman_Trust_Barometer_Global_Report_FEB.pdf.

Elliot, P. (1972). *The sociology of the professions*. London: Macmillan.

Evans, W.R., Pane Hade, S.S., Clayton, R.W. en Novicevic, M.M. (2013). History-of-management-thought about social responsibility, *Journal of management history*, 19(1), 8-32.

Evers, J. (red.) (2013). *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Freeman, R. E. (1984). *Strategic management: A stakeholder approach*. Boston: Pitman.

Freidson, E. (1994). *Professionalism reborn: theory, prophecy, and policy*. Cambridge: Polity.

Fukuyama, F. (1995). *Trust: the social virtues and the creation of prosperity*. New York: Free Press.

Fulmer, R. M. (1997). The evolving paradigm of leadership development. *Organizational Dynamics*, 25(4), 59-72.

Gardner, W.L., Avolio, B.J., Luthans, F., May, D.R., en Walumbwa, F. (2005). "Can you see the real me?" A self-based model of authentic leader and follower development. *The Leadership Quarterly*, 16(3), 343-372.

Gardner, W.L., Coglisier, C.C., Davis, K.M., Dickens, M.P. (2011). Authentic leadership: a review of the literature and research agenda, *The leadership quarterly*, 22, 1120-1145.

Glaser, B.G. en Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative reasearch*. Chicago: Aldine Publishing Company.

Greenwood, E. (1953). *Toward a sociology of work*. Los Angeles: Welfare Council.

Greiner, L. (1998). *Evolution and revolution as organizations grow*. Harvard Business Review Classics, te vinden op: http://nughrdp.org/evolution_and_revolution.pdf.

Grit, K. en Meurs, P. (2005). *Verschuivende verantwoordelijkheden: Dilemma's van zorgbestuurders*. Assen: Koninklijke van Gorcum B.V.

Grzeda, M.M. (2005). In competence we trust? Addressing conceptual ambiguity, *Journal of management development*, 24(6), 530-545.

Gunningham, N., Kagan, R. en Thornton, D. (2004). Social license and environmental protection: Why businesses go beyond compliance. *Law and Social Inquiry*, 29(2), 307-341.

Halsema, F., Februari, M., van Kalveveen, M., Terpstra, D. (2013). *Een lastig gesprek* [Rapport Advies Commissie Behoorlijk Bestuur]. Den Haag: Ministerie van Economische Zaken.

Hart, W. en Buiting, M. (2012). *Verdraaide organisaties: Terug naar de bedoeling*. Deventer, Kluwer.

Helderman, J-K. (2007). *Bringing the market back in? Institutional complementarity and hierarchy in Dutch housing and health-care* [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Helderman, J-K, Honingh, M.E. (2009). *Systeemtoezicht: een onderzoek naar de condities en werking van systeemtoezicht in zes sectoren* [Onderzoek in opdracht van het WODC en de interdepartementale werkgroep Handhaving en Gedrag]. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.

Hernes, T. (2014). *A process theory of organization*. Oxford University Press: Oxford.

Hess, F.M. (2003). *A license to lead? A new leadership agenda for America's schools* [Opinion paper]. Washington: Progressive Policy Institute.

Hilders, C.G.J.M. (2015). *Tijd voor medisch leiderschap: Van verleden naar toekomst* [Oratie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Hoefman, R.J., Brabers, A.E.M, en de Jong, J.D. (2015). *Vertrouwen in zorgverzekeraars hangt samen met opvatting over rol zorgverzekeraars*. Utrecht: NIVEL.

Hoek, H. (2007). *Governance & Gezondheidszorg: private, publieke en professionele invloeden op zorgaanbieders in Nederland* [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Hoekstra, R.J., Hoogduin, L.H. en van der Schaar, J. (2012). *Commissie kaderstelling en toezicht woningcorporaties: Eindrapportage* [Ingesteld door de minister van Binnenlandse

Zaken], te vinden op: https://www.vtw.nl/data/media/files/woningwet/2013_Advies_Commissie_Hoekstra.pdf.

Hofmann, P.B. en Nelson, W.A. (2001). *Managing ethically: an executive's guide*. Chicago: Health Administration Press.

Hogan, J., Hogan, R. en Kaiser, R. B. (2010). Management derailment. In S. Zedeck (ed.) *APA handbook of industrial and organizational psychology*, Vol. 3 (pp. 555-575). Washington, DC: American Psychological Association.

Hollenbeck, G.P. (1991). What did you learn in school? Studies of a university executive program. *Human Resource Planning*, 14, 247-260.

Hollenbeck, G.P. (2009). Executive Selection - What's Right ... and What's Wrong, *Industrial and Organizational Psychology*, 2, 130-143.

Hollenbeck, G.P., McCall Jr., M.W. en Silzer, R.F. (2006) Theoretical and practitioner letters: Leadership competency models. *The Leadership Quarterly*, 17, 398-413.

Hollenbeck, G.P., McCall Jr., M.W. en Silzer, R.F. (2006). Theoretical and practitioner letters: Leadership competency models, *The Leadership Quarterly*, 17(4), 398-413.

Hopfl, H.M. (1999). Power, authority and legitimacy, *Human Resource Development International*, 2(3), 217-234

Hout, E., van der Scheer, W.K., Putters, K. (2007). Managers en professionals in de zorg. Over verschuivende verantwoordelijkheden en hybridisering. *Bestuurskunde*, 16(4), 16-24.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2016). *Eindrapportage toezicht IGZ op 150 verpleeg-zorginstellingen: Bij een derde blijft de inspectie intensief toezicht houden*. Utrecht, IGZ.

Inspectie voor de Gezondheidszorg en Nederlandse Zorgautoriteit (2016). *Voor bestuurders en toezichthouders in de zorg: Toezicht op goed bestuur* [Toezichtkader]. Heerlen, IGZ.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2017a). *Goed bestuur en veilige cultuur; vereisten voor goede zorg. Raad van bestuur UMC Utrecht teveel op afstand*. Utrecht: IGZ.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2017b). *Jaarbeeld 2016*. Utrecht: IGZ.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2017c). *Werkplan 2017*. Utrecht: IGZ.

Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (2018). *Jaarbeeld 2017*. Utrecht: IGJ.

Janssen, M. (2016). *Situated novelty: A study on healthcare innovation and its governance* [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Janssen, R.T.J.M. (2017). *Het onzekere voor het zekere: tweebenig besturen in de zorg* [Oratie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Johnson, G. en Scholes, K. (2002). *Exploring corporate strategy* (6e ed.). Essex: Prentice Hall.

Kets de Vries, M. (2007). Executive complexes, *Organizational Dynamics*, 36(4), 377-391.

Kets De Vries, M.F.R. (2001). *The leadership mystique: Leading behavior in the human enterprise*, Essex: Prentice Hall.

Keuning, D., en Eppink, D.J. (2004). *Management & organisatie: Theorie en toepassing*. Groningen: Stenfert Kroese.

Khurana, R. (2007). *From higher aims to hired hands: the social transformation of American business schools and the unfulfilled promise of management as a profession*. Princeton: Princeton University Press.

Khurana, R. en Nohria, N. (2008). It's time to make management a true profession, *Harvard Business Review*, 86(10): 70-77.

Kor, R., Weggeman, M. en Wijnen, G. (1991). *Management en motiveren*. Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen.

Laarman, B., van Schoten S. en Friele, R. (2016). *Nulmeting Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg (Wkkgz)*. Utrecht: NIVEL.

Legemaate, J., Grit, K., Plomp, E., de Die, M., van de Bovenkamp, H., Broer, T., Bouwman, R., Bomhoff, M., Friele, R. en Bal, R. (2013). *Thematische wetsevaluatie. Bestuurlijk toezicht op de kwaliteit van zorg*. Den Haag: ZonMw.

Leventhal, G.S. (1980). 'What should be done with equity theory? New approaches to the study of fairness in social relationships'. In: K.J. Gergen, M.S. Greenberg en R.H. Willis (red.), *Social exchange: Advances in theory and research* (pp. 27-55). New York: Plenum Press.

Leventhal, G.S. (1976). The distribution of rewards and resources in groups and organizations. In L. Berkowitz en W. Walster (eds.), *Advances in experimental social psychology*, Vol. 9 (pp. 91-131). New York: Academic Press.

Long, C.P. (2018). To control and build trust: How managers use organizational controls and trust-building activities to motivate subordinate cooperation. *Accounting, Organizations and Society*, 70, 69-91.

Luscuere, P.G. (2001). Organisatiekundige en veranderkundige diagnose (afbeelding). In L. De Caluwé en H. Vermaak (eds.), *Leren veranderen: Een handboek voor de veranderkundige*. Alphen aan de Rijn: Samsom.

Marchiavelli, N., 1532 /van Dooren, F. (vertaling en toelichting) (2998). *De heerser*, Amsterdam: Athenaeum - Polak & Van Genneep.

Manz, C.C., Anand, V., Joshi, M., Manz, K.P. (2008). Emerging paradoxes in executive leadership: a theoretical interpretation of the tensions between corruption and virtuous values, *The leadership quarterly*, 19, 385-392.

Maso, I. en Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.

Mein, A. en Oudenampsen, D. (2015). *Medezeggenschap op maat: Onderzoek naar de wijze waarop vorm en inhoud wordt gegeven aan medezeggenschap van cliënten in de zorg* [Opdrachtgever: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport]. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Meurs, P.L. (1997). *Nobele wilden: over verantwoordelijkheden van directeurs van instellingen in de gezondheidszorg* [Oratie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Meurs, P.L. (2012). *Professionalisering van bestuurders: notitie over de ontwikkeling van een systeem van accreditatie* [Intern document]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Miao, Q., Newman, A., Schwarz, G. en Xu, L. (2014). Servant leadership, trust, and the organizational commitment of public sector employees in China. *Public Administration*, 92, 727-743.

Millenaar, L., Graamans, E. P., en ten Have, W. D. (2013). Rechtvaardigheid als bepalende factor bij organisatieverandering. *Holland Management Review*, 149, 44-52.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Rechtmatige zorg*. Den Haag: ministerie van VWS.

Mintzberg, H. (1985). Who should control the corporation? *The McKinsey Quarterly*, 47-64. Gebaseerd op een artikel uit 1984 in *The California Management Review*, 27(1), 90-115.

Mintzberg, H. (1990). The design school: Reconsidering the basic premises of strategic management. *Strategic Management Journal*, 11(3), 171-195.

Mintzberg, H. (2009). *Managing*. Harlow: Pearson Education Limited.

Mitchell, R., Agle, B., en Wood, D. (1997). Toward a theory of stakeholder identification and salience: Defining the principle of who and what really counts. *The Academy of Management Review*, 22(4), 853-886.

Moffat, K.J., Lacey, A. Zhang en Leipold, S. (2015). The social license to operate: a critical review. *Forestry: An international Journal of Forest Research* (november), 1-12.

Moore, M.H. (1995). *Creating public value: Strategic management in government*. Cambridge: Harvard University Press.

Netwerk Toekomst Maatschappelijke Onderneming (2003). *De waarde van de maatschappelijke onderneming geborgd*. Deventer: Netwerk Toekomst Maatschappelijke Onderneming.

Noordegraaf, M. (2007). From 'pure' to 'hybrid' professionalism: present-day professionalism in ambiguous public domains. *Administration and Society*, 39, 761-785.

Noordegraaf, M. (2008). *Professioneel bestuur. De tegenstelling tussen publieke managers en professionals als 'strijd om professionaliteit'*. Den Haag: Lemma.

Noordegraaf, M. en Schinkel, W. (2011). Professional capital contested: a Bourdieusian analysis of conflicts between professionals and managers, *Comparative sociology*, 10, 97-125.

Noordegraaf, M. en van der Meulen, M. (2008). Professional power play: organizing management in health care. *Public Administration*, 86(4), 1055-1069.

Noordegraaf, M., Schaufeli, W., Schneider, M., Peeters, M., Boselie, P., van der Schaaf, M., Langbroek, P. en ten Cate, O. (2015). *Empowering professionals for emerging challenges* [Position paper]. Utrecht: Universiteit Utrecht. Te vinden op: https://www.uu.nl/sites/default/files/focusgebied_professional_performance_150601_position_paper_1_2.pdf.

Nordhaug, O. (1998). Competence specificities in organizations. *International Studies of Management & Organization*, 28(1), 8-29.

NVZ vereniging van ziekenhuizen. (2002). *Het zorghandvest voor ziekenhuizen: Het ziekenhuis als zorgonderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid*. Utrecht: NVZ vereniging van ziekenhuizen.

NVZ (2004). *NVZ-Governancecode*, NVZ Vereniging van Ziekenhuizen, Utrecht.

NVZD (2005). *Gedragcode voor de goede bestuurder*. Utrecht: NVZD.

NVZD (2017) *NVZD Statuten*, Zeist: NVZD.

NVZD (2018). *Handboek accreditatie*, Zeist: NVZD.

NVZD en NVTZ (2018a). *Modelreglement raad van bestuur*. Zeist: NVZD.

NVZD en NVTZ (2018b). *Modelreglement raad van toezicht*. Zeist: NVZD.

NVZD en NVTZ (2018c). *Modelstatuten stichtingen*. Zeist: NVZD.

Oldenhof, L. (2012). *De middenmanager: sleutelfiguur bij transitie in de langdurige zorg* [Studie voor de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg]. Den Haag: RVZ.

Oldenhof, L., Postma, J. en Putters, K. (2014). On justification work: How compromising enables public managers to deal with conflicting values. *Public Administration Review*, 74, 52-63.

Pestoff, V.A. (1992). Third sector and co-operative services – An alternative to privatization. *Journal of Consumer Policy*, 15 (1), 21–45.

Pfeffer, J. and Salancik, G.R. (1978). *The external control of organizations: A resource dependence perspective*. New York: Harper & Row.

Pfeffer, J. en Sutton, R.I. (2006). Evidence-based management, *Harvard Business Review*, 84(1), 62-74.

Phelan, J. Narrative Ethics. In: Hühn, Peter e.a. (eds.). *The living handbook of narratology*. Hamburg: Hamburg University. Te vinden op: <http://www.lhn.uni-hamburg.de/article/narrative-ethics>

Piper, L.E. (2007). Ethics: the evidence of leadership. *The health care manager*, 26(3), 249-254.

Postma, J. (2015). *Scaling care* [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Prodinger, B. en Turner, S.M. (2013). Using institutional ethnography to explore how social policies infiltrate into daily life. *Journal of Occupational Science*, 20(4), 357-369.

Putters, K. (2009). *Besturen met duivelselastiek* [Oratie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Putters, K. (2012). *Verslag van activiteiten over de periode 2008-2012* [Intern document]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Putters, K. (2012). *Legitimiteit van zorgbestuur: trends, oorzaken en gevolgen, onderzoeks-programma bij de leerstoel Management van instellingen in de gezondheidszorg: verslag 2008-2012 en vooruitblik* [Intern document]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Putters, K. (2017). *Was getekend: op weg naar een vernieuwd sociaal contract in de zorg* [Oratie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Putters, K., den Breejen, E. en Frissen, P.H.A. (2009). *De winst van zorgvernieuwing*. Van Gorcum, Assen.

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2016). *Verlangen naar samenhang: Over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit*. Den Haag: RVS.

Roos, A.F. (2018). *Mergers and competition in the Dutch healthcare sector* [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Ruijters, M.C.P., van Luin, G.E.A., Wortelboer, F.Q.C. (red.) (2018). *Mijn binnenste buiten: werken aan je professionele identiteit*. Deventer: Vakmedianet.

Ruijters, M.C.P. (2017). *Leren in verandering: over lerende organisaties, professionele teams en goed werk* [Oratie]. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

Salancik, G.R. en Pfeffer, J. (1977). Who gets power - And how they hold on to it: A strategic-contingency model of power. *Organizational Dynamics*, 5(3), 2-21.

Sanderse, W. en Kole, J. (red) (2018). *Karakter: deugden voor professionals*. Leusden: ISVW Uitgevers.

Schein, E.H. (1983). *Organizational culture: a dynamic model* [Working paper]. Massachusetts: Sloan school of management.

Schinkel, W. en Noordegraaf, M. (2011). Professionalism as symbolic capital: materials for a Bourdieusian theory of professionalism. *Comparative Sociology*, 10, 67-96.

Scott, W. (2001). *Institutions and organizations* (2e ed.). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

Shadish, W., Cook, T., en Campbell, D. (2002). *Experimental & quasi-experimental designs or generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin.

Sitkin, S. B. en George, E. (2005). Managerial trust-building through the use of legitimating formal and informal control mechanisms. *International Sociology*, 20(3), 307-338.

Smith, D.E. (2006). *Institutional ethnography as practice*. Oxford: Rowman & Littlefield.

Speet, M., Sluijs, E. en Wagner, C. (2002). *Toepassing van kwaliteitsmethoden door verpleegkundigen en verzorgenden*. Utrecht: NIVEL.

Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector (2016). *Jaarverslag 2016*. Utrecht: Waarborgfonds voor de Zorgsector.

Stoker, J.I. (2005). *Leiderschap verandert*. Van Gorcum, Assen.

Stoker, J.I. en Garretsen, H. (2018). *Goede leiders zweven niet: de fundamenteën van effectief leiderschap in organisaties en de maatschappij*. Amsterdam: Business Contact.

Stoopendaal, A.M.V. (2008). *Zorg met Afstand: Betrokken bestuur in grootschalige zorginstellingen* [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Strother, G. (1976). The moral codes of executives: A watergate-inspired look at Barnard's theory of executive responsibility. *Academy of Management Review*, 1(2), 13-22.

ten Have, S., en ten Have, W.D., (2004). *Het boek verandering: Over het doordacht werken aan de organisatie*. Amsterdam: Nieuwezijds.

ten Have, S., Otto, M. en Barends, E. (2015). Adviseren als gewetensvolle onzekerheidsreductie. *Holland Management Review*, 159, 27-34.

ten Have, S., ten Have, W.D., en Janssen, B. (2009). *Het Veranderboek: 70 vragen van managers over organisatieverandering*. Amsterdam: Mediawerf Uitgevers.

ten Have, W.D. (2011). *Weg van verandering: systematisch besturen: Organisatiekundige en veranderkundige verkenningen en toepassingen van het in control concept* [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

ten Have, W.D. en ten Have, S. (2010). Management control en effectief besturen: Systematisch en methodisch omgaan met tien bepalende managementprocessen. *Organisatie en Management (september)*, 458-471.

ten Have, S., ten Have, W., van der Eng, N. en Huijsmans, A-B (2013). *Veranderkracht: succesvol doelen realiseren*. Amsterdam: Mediawerf Uitgevers.

ten Have, W.D., (2017). *Waardevol organiseren en veranderen: Van hebben naar zijn* [Oratie]. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

Thomson, I. en Boutilier, R.G. (2011). Social license to operate. In P.Darling (ed.), *SME Mining Engineering Handbook* (pp. 1779-1796). Littleton: Society for Mining, Metallurgy and Exploration.

van der Grinten, T. (2006). *Zorgen om beleid: over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg* [Afscheidscollege]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

van der Grinten, T. en Kasdorp, J. (1999). *25 jaar sturing in de gezondheidszorg: Van vertaaling naar ondernemerschap*. Den Haag: SCP.

van der Meulen, M.J. (2009). *Achter de Schermen. Vakontwikkeling en professionalisering van publieke managers in de zorg en bij de politie* [Dissertatie]. Delft: Uitgeverij Eburon.

van der Schee, E., de Jong, J., Groenewegen, P. (2012). The influence of a local, media covered hospital incident on public trust in health care. *European Journal of Public Health*, 22(4), 459-464.

van der Scheer, W.K. (2007). *Bestuurders in beweging: ontwikkelingen in het profiel van bestuurders van gezondheidszorgorganisaties*. Rotterdam: Erasmus CMDz.

van der Scheer, W.K. (2008). Legitiem Leiderschap. *ZM Magazine Themanummer Leiderschap*.

van der Scheer, W.K. (2013). *Onder zorgbestuurders: omgaan met bestuurlijke ambiguïteit in de zorg* [Dissertatie]. Amsterdam: Bonaventura en Reed Business.

van Dijk, G.M. (2018). *Game of thrones, regels en bedoelingen* [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

van Hout, E., van der Scheer, W. en Putters, K. (2007). Managers en professionals in de zorg. Over verschuivende verantwoordelijkheden en hybridisering, *Bestuurskunde*, 16(4), 16-24.

van Ooijen, M. (2013). *Toezichtdynamica: Een exploratief kwalitatief onderzoek naar het functioneren van Raden van Toezicht in de gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

van Staveren, A., Bosboom, F., Smid, G. en Verweij, W. (2017). *Doen wat nodig is: Evaluatieonderzoek In voor zorg!* [Evaluatieonderzoek/eindrapportage]. Utrecht: Sioo.

van Twist, M., de Jong, I., van der Steen, M., Schulz, M. (2017). Self as tool: Het vermogen vakkundig jezelf te zijn in politiek-ambtelijke verhoudingen [Essay]. Te vinden op: <https://www.nsob.nl/wp-content/uploads/2017/12/Self-as-tool-def.pdf>.

Vennik, F.D. (2016). *Interacting Patients: The construction of active patientship in quality improvement initiatives* [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Watson, T. (2002). Professions and professionalism: Should we jump off the bandwagon, better to study where it is going? *International Studies of Management & Organization*, 32(2), 93-105.

Weber, M. (1978). *Economy and society [Origineel werk gepubliceerd in 1922]. In Roth, G. en Wittich, C. (vert.).* California: University of California Press.

Weick, K.E. (1979). *The social psychology of organizing*. New York: McGraw-Hill.

Wentink, A.A.I.G. (2013). *De tweede managerial revolution: Over kwaliteit en professionalisering van managers en de rol van business schools [Afscheidsrede]*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.

Westerveld, H.E., Briet, J.W., Houwaart, E.S., Legemaate, J., Meerman, Th.J.A.M., Breetvelt, E.J. en van der Wall, E. (2005). Dutch medical oath. *The Netherlands Journal of Medicine*, 63(9), 368-371.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Den Haag/Amsterdam: Amsterdam University Press.

Whetten, D.A. (1989). What constitutes a theoretical contribution?. *The academy of management review*, 14(4), 490-495.

Wong, Y.T., Ngo, H.Y. en Wong, C.S. (2003). Antecedents and outcomes of employees' trust in Chinese joint ventures. *Asia Pacific Journal of Management*, 20, 481-499.

Wrzesniewski, A. en Dutton, J.E. (2001). Crafting a job: Revisioning employees as active crafters of their work. *The academy of management review*, 26(2), 179-201.

Xu, A.J., Loi, R. en Ngo, H. (2016), Ethical leadership behavior and employee justice perceptions: The mediating role of trust in organization. *Journal of Business Ethics*, 134(3), 493-504.

Zijderveld, A.C. (1999). *The Waning of the Welfare State: The End of Comprehensive State Succor*. New Brunswick/London: Transaction Publishers.





13 Bijlagen

**Bijlage 1: Zoekcriteria en –resultaten parlementaire stukken 1
januari 2013 tot en met 8 juni 2018**

Voor dit onderzoek gebruikte zoekcriteria op zoek.officielebekendmakingen.nl met aantal resultaten:

geestelijke gezondheidszorg*: 3077
 directeur gezondheidszorg*: 1986
 directeur gehandicaptenzorg*: 346
 directeur ziekenhuis*: 1248
 directeur thuiszorg*: 607
 directeur verpleeghuis*: 333
 directeur verzorgingshuis*: 182
 directeur GGZ: 976
 bestuur* GGZ: 2944
 bestuur* gezondheidszorg*: 5888
 gehandicaptenzorg* bestuur*: 941
 ziekenhuis* bestuur*: 3481
 thuiszorg* bestuur*: 1466
 verpleeghuis* bestuur*: 882
 verzorgingshuis* bestuur*: 421
 GGZ bestuur*: 2944
 bestuurder zorgsector: 721
 "bestuurder zorg": 15
 zorgbestuur*: 291
 "vereniging van bestuurders in de zorg": 32
 NVZD: 70
 NVZD "vereniging van bestuurders in de zorg": 28
 NVZD accreditatie: 38
 "vereniging van bestuurders in de zorg" accreditatie zonder NVZD: 1
 "vereniging van bestuurders in de zorg" salaris zonder NVZD: 3
 NVZD beloning: 22
 NVZD beloning salaris: 15
 NVZD salaris: 27
 NVZD accreditatie beloning: 10
 zorgbestuur* "goed bestuur": 76
 zorgbestuur* "goed bestuur" accreditatie: 33
 zorgbestuur* "goed bestuur" accreditatie NVZD: 19
 "goed bestuur" zorgsector: 231
 "goed bestuur" zorgsector verantwoording: 144
 "goed bestuur" verantwoording zorgbestuur* zorgsector: 26
 "goed bestuur" verantwoording zorgbestuur*: 39
 "goed bestuur" zorgsector verantwoording accreditatie: 38

"goed bestuur" zorgsector verantwoording beloning: 47
 "goed bestuur" zorgsector verantwoording salaris: 46
 "goed bestuur" zorgsector verantwoording beloning salaris: 26
 "goed bestuur" verantwoording zorgbestuur* zorgsector beloning: 8
 "goed bestuur" verantwoording zorgbestuur* zorgsector salaris: 9
 "goed bestuur" verantwoording zorgbestuur* zorgsector beloning salaris: 4
 "goed bestuur" verantwoording zorgbestuur* zorgsector accreditatie: 13
 "goed bestuur" verantwoording zorgbestuur* zorgsector accreditatie beloning: 3
 "goed bestuur" verantwoording zorgbestuur* zorgsector accreditatie salaris: 4
 "goed bestuur" verantwoording zorgbestuur* zorgsector accreditatie beloning salaris: 0
 "goed bestuur" zorgsector accreditatie: 57
 "goed bestuur" zorgsector accreditatie NVZD: 23
 zorgbestuurder* "slecht bestuur": 4
 zorgbestuurder* "slecht bestuur" accreditatie: 4
 bestuur zorgbestuur*: 196
 wanbestuur zorgsector: 33
 wanbestuur zorgbestuur*: 22
 wanbestuur zorgbestuur* zorgsector: 17
 wanbestuur zorgbestuur* accreditatie: 10
 "old boys network": 87
 zorgbestuur* *old boys network*: 3
 zorgbestuur* verantwoording: 93
 zorgbestuur* verantwoording accreditatie: 26
 zorgbestuur* verantwoording salaris: 35
 zorgbestuur* verantwoording beloning: 29
 zorgbestuur* verantwoording beloning salaris: 17
 zorgbestuur* verantwoording salaris accreditatie: 8
 zorgbestuur* verantwoording beloning accreditatie: 11
 zorgbestuur* verantwoording beloning salaris accreditatie: 2
 zorgbestuur* verantwoording NVZD: 20
 zorgbestuur* salaris: 101
 zorgbestuur* beloning: 76
 zorgbestuur* salaris beloning: 46
 zorgbestuur* salaris NVZD: 14
 zorgbestuur* beloning NVZD: 12
 graaier: 15
 zorg* graaier: 13, 4 niet over de zorg: 9 wel.
 bestuurder ontslag zorgsector: 251
 "goed bestuur" ontslag zorgsector: 331

"goed bestuur" ontslag zorgsector bestuurder: 241
 "goed bestuur" ontslag zorgsector bestuurder salaris: 100
 "goed bestuur" ontslag zorgsector bestuurder beloning: 91
 "goed bestuur" ontslag zorgsector bestuurder beloning salaris: 63
 bestuurder benoeming zorgsector: 107
 "goed bestuur" benoeming zorgsector: 147
 "goed bestuur" benoeming zorgsector bestuurder: 104
 "goed bestuur" benoeming zorgsector bestuurder Wmcz: 13
 "goed bestuur" benoeming zorgsector bestuurder salaris: 54
 "goed bestuur" benoeming zorgsector bestuurder beloning: 50
 "goed bestuur" benoeming zorgsector bestuurder beloning salaris: 37
 "goed bestuur" benoeming zorgsector bestuurder beloning salaris Wmcz: 2
 bestuurder zorgsector headhunter: 2
 "goed bestuur" benoeming zorgsector *headhunter*: 2
 Bestuurder zorgsector *searcher*: 0
 bekwaam* bestuur* gezondheidszorg*: 557
 bekwaam* bestuurder gezondheidszorg*: 275
 bekwaam* "goed bestuur" zorgsector: 42
 bekwaam* "goed bestuur" zorgsector accreditatie: 17
 bekwaam* "goed bestuur" zorgsector verantwoording: 35
 bestuurder zorgsector salaris: 199
 bestuurder zorgsector beloning: 181
 bestuurder zorgsector salaris beloning: 102
 "goed bestuur" fusie zorgsector: 91
 goed bestuur* fusie zorgbestuur*: 29
 goed bestuur* fusie zorgsector zorgbestuur*: 24

De zoektermen die uiteindelijk op basis van deze verkenning systematisch bestudeerd zijn met aantal resultaten:

Bekwaam* "goed bestuur" zorgsector: 42
 "goed bestuur" benoeming zorgsector bestuurder: 104 minus (salaris+beloning)=37
 "goed bestuur" ontslag zorgsector bestuurder: 241 minus (salaris+beloning)=113
 Zorgbestuur* verantwoording minus (beloning+salaris+accreditatie)=37
 Wanbestuur zorgbestuur* zorgsector minus accreditatie: 7
 "goed bestuur" fusie zorgsector zorgbestuur*: 24
 NVZD / "vereniging van bestuurders in de zorg" minus (salaris+beloning+accreditatie)=8.

Overzicht van onderwerpen die hieruit naar voren kwamen

In de periode 2013 tot 8 juni 2018 kregen de volgende kwesties met betrekking tot zorgbestuurders de aandacht van de Tweede Kamer. De beloning van zorgbestuurders en de Wet Normering Topinkomens die op 1 januari 2013 in werking trad. De jaarlijkse rapportage over deze wet leidde tot discussies in de Tweede Kamer. Ook werd door Kamerleden Bouwmeester (PvdA) en De Lange (VVD) om transparantie gevraagd over gemaakte bestuurskosten (declaraties) bij zorginstellingen (Aanhangsel Handelingen II 2015/16, 410). Een ander thema was de invoering van een bestuurderstoets zoals ook in andere semipublieke sectoren werd ingevoerd, vaak besproken in combinatie met het accreditatietraject van de NVZD en met kwesties rond de kwaliteit van zorg (zie bijvoorbeeld: Bijlage bij Kamerstuk II 2016/17, 31765 nr. 279). Er werden kritische vragen gesteld over fusies, zoals de fusie tussen het Franciscus Ziekenhuis en het Lievensberg Ziekenhuis waarbij de Patiëntenfederatie Nederland (NPCF) een procedure had aangespannen tegen het besluit van de Autoriteit Consument en Markt (ACM) (Bijvoegsel bij Handelingen II 2013/14, 297702, nr. 7).⁶⁶ De ACM deed onderzoek naar de effecten van ziekenhuisfusies in 2007 tot 2014 op de prijs en het volume van de zorgverlening (Autoriteit Consument & Markt, 2017). Dit leidde tot een voorstel tot aanscherping van de zorg specifieke fusietoetsing (wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg, Kamerstuk 34445). Het tekort op de arbeidsmarkt en rol van de zorgbestuurder als werkgever hierbij werd besproken (Kamerstuk II 2017/18, 29282, nr. 300). De lastendruk (administratief werk) in de zorg en de verantwoordelijkheid van bestuurders hierbij was ook onderwerp van debat (Handelingen II 2017/18, 29515, nr. 46).

Daardoorheen speelde een aantal ontwikkelingen: in de woningcorporatiesector werd een parlementaire enquête gehouden waarin ook de zorgsector werd besproken. Hugo Borst schreef een ingezonden brief aan staatssecretaris van VWS Van Rijn over de tekortkomingen in de verpleeghuiszorg en het Manifest Scherp op Ouderenzorg samen met Carin Gaemers (<https://www.scherpopouderenzorg.nl/>, oktober 2016). Staatssecretaris Van Rijn reageerde hierop richting Tweede Kamer en noemde ook het accreditatietraject van de NVZD als deel van de oplossing. Ook ontwikkelde hij het plan van aanpak *Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen* (aangeboden in Kamerstuk II, 2014/15, 31765, nr. 124). De IGZ (de huidige IGJ) deed onderzoek naar de kwaliteit en veiligheid in de verpleeghuiszorg (IGZ, 2016). De IGZ en NZa zetten in hun toezichtkader (IGZ en NZa, 2016), werkplannen (o.a. IGZ, 2017c) en jaarbeelden (o.a. IGZ, 2017b) het contact met zorgbestuurders neer als één van de speerpunten. De IGJ stelde in haar Jaarbeeld 2017 thema's als het lerend vermogen van de zorgaanbieders, de rol van het

⁶⁶ NPCF is door de rechter niet ontvankelijk verklaard.

zorgbestuur bij het bevorderen van goede en veilige zorg en bij het ontwikkelen van een open en veilig werkklimaat centraal (IGJ, 2018).

ZonMw publiceerde in november 2013 een rapport met daarin een wetsevaluatie over het bestuursrechtelijk toezicht op de kwaliteit van zorg (Legemaate e.a., 2013). In oktober 2017 bracht het Instituut voor Ondernemingsrecht van de Rijksuniversiteit Groningen een rapport uit aan het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC) met een evaluatie van de Wet bestuur en toezicht (Boschma e.a., 2016). Er werd gewerkt aan wetsvoorstellen rond goed bestuur in de zorg naar aanleiding van een brief van minister van VWS Schippers en staatssecretaris Van Rijn van 13 januari 2016 (Kamerstuk II 2015/16, 32012, nr. 35). Deze wetsvoorstellen zien op wijzigingen in het Burgerlijk Wetboek (BW), onder de noemer Wet Bestuur en Toezicht rechtspersonen, de Wet medezeggenschap cliënten in de zorg (Wmcz), de Wet toelating zorginstellingen (WTZi, onder de noemer WTZa), de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz)⁶⁷, de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) en de Jeugdwet.

In 2017 publiceerden de brancheorganisaties in de zorg de Governancecode Zorg (2017). De jaarlijkse begroting voor de zorg leidde ook tot Kamervragen. In september 2013 verscheen het rapport 'Een lastig gesprek' van de Advies Commissie Behoorlijk Bestuur (ook wel Commissie Halsema genoemd) over verantwoord bestuur en toezicht in de semipublieke sector. Het Sioo kwam met een evaluatierapport van het programma 'In voor zorg!' van het ministerie van VWS (looptijd: 2009-2017) met als doel: het toekomstbestendig organiseren van de langdurige zorg (van Staveren e.a., 2017). Het Verwey-Jonker Instituut maakte in opdracht van het ministerie van VWS het rapport *'Medezeggenschap op maat: onderzoek naar de wijze waarop vorm en inhoud wordt gegeven aan medezeggenschap van cliënten in de zorg'* (Mein en Oudenampsen, 2015).

Ook was er een aantal incidenten: Kamerlid Agema (PVV) koppelde het overlijden van een hoogbejaarde mevrouw in woon-zorg centrum De Taling aan *"een carroussel van disfunctionerende zorgbestuurders die elke keer weer de gelegenheid krijgen om elders te laten zien dat ze onbekwaam zijn"* (Aanhangsel Handelingen II 2012/13, nr. 3114). In de vakpers, Skirp, 16 juli 2014, verscheen een bericht dat tijdelijke bestuurders de zorg overspoelen. Dit was aanleiding voor vragen van de SP aan de minister en staatssecretaris (Aanhangsel Handelingen II 2013/14, 2922). Er kwamen fraudezaken aan het licht, zoals bij de Velpse zorginstelling Boriz (Aanhangsel Handelingen II 2015/16, nr. 3485). Het ministerie van VWS publiceerde in april 2018 het plan Rechtmatige Zorg: aanpak

67 Interessant hierbij is de nulmeting van de Wkkgz door onderzoeksbureau NIVEL (Laarman e.a., 2016). Op de pagina's 58-59 wordt de rol van goed bestuur besproken.

van fouten en fraude 2018-2021 (ministerie van VWS, 2018). De Ondernemingskamer stelde vast dat Meavita failliet ging door wanbeleid van de top (Kamerstuk II 2015/16, 32012 nr. 34). Het faillissement van ziekenhuis De Sionsberg en het faillissement van het Ruwaard van Putten-ziekenhuis kwamen aan de orde (evaluatie van de minister in Kamerstuk II 2015/16, 31016, nr. 92). Voor curatoren werd een handreiking voor faillissementen naar aanleiding hiervan ontwikkeld (Kamerstuk II 2016/17, 32012, nr. 43). Ook leidde de media-aandacht voor zorginstellingen die na faillissement(en) met een nieuwe B.V. met vergelijkbare activiteiten een 'doorstart' kunnen maken, zoals Kliniek Kop & Lijf, tot Kamervragen van de SP over 'malafide bestuurders' (Aanhangsel Handelingen II 2017/18, nr. 2008). Over een vermeende angstcultuur bij Zorggroep Charim werden vragen gesteld en later over het bericht dat het kopje koffie voor bewoners bij dezelfde instelling was afgeschaft (Aanhangsel Handelingen II 2015/16, nr. 1380 en Aanhangsel Handelingen II 2016/17, nr. 1462).

De bestuurder van het Slotervaartziekenhuis kwam begin 2013 in opspraak omdat zij een creditcard van het ziekenhuis voor privé-uitgaven gebruikte en contant geld opnam uit de kluis van het ziekenhuis (Kamerstuk II 2015/16, 24077 nr. 363). Een bestuurder bij zorginstelling Vivantes kreeg een vertrekbonus mee van 65.000 euro zonder dat hij daadwerkelijk in de instelling gewerkt had. Hierover stelde Tweede Kamerlid Kerstens (PvdA) kritische vragen (Aanhangsel Handelingen II 2016/17, nr. 1446). Ook de bestuursvoorzitter van het VUmc kwam in opspraak door zijn vertrekbonus (vragen Tweede Kamerlid Leijten, SP: Aanhangsel Handelingen II 2012/13, 2721, vragen Tweede Kamerlid Klever, PVV: Aanhangsel Handelingen II, 2012/13, 2668). Het UMC Utrecht kwam in opspraak en de IGZ publiceerde hierover het rapport *'Goed bestuur en veilige cultuur: vereisten voor goede zorg. Raad van bestuur UMC Utrecht op teveel afstand'* (IGZ, 2017a, bijlage bij Kamerstuk II 2016/17, 31016 nr. 100). Zorggroep Alliade werd onderzocht wegens vermeende belangenverstrengeling. Hierover stelde Tweede Kamerlid Marijnissen (SP) vragen (Aanhangsel Handelingen II 2017/18, nr. 409).

SP en PVV initieerden in deze periode vaak het debat over zorgbestuurders, maar zij waren niet de enigen met kritische vragen en opmerkingen.

Van de kwesties die gingen over verantwoording van bestuurders (211, zie het begin van deze bijlage voor de zoekcriteria) werden in 48% van de stukken ook de woorden beloning/salaris genoemd en in 24% ook accreditatie (hier bestaat een overlap van 3%). Wanneer over de NVZD werd gesproken ging het in 53% van de stukken ook over accreditatie en in 50% ook over beloning/salaris. Hierin zit een overlap van 14%. Dat betekent dat er acht stukken zijn waarin de NVZD werd genoemd zonder de woorden 'accreditatie', 'beloning' of 'salaris'. Deze stukken hebben betrekking op een motie

van Tweede Kamerlid Agema (PVV) voor een verplichte bestuurderstoets (Kamerstuk II 2017/18, 34775 XVI, nr. 56, 2 stukken), het rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving: *Verlangen naar Samenhang: over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit* (RVS, 2016), een discussie over transparantie en verantwoording rondom onkostenvergoedingen van raden van bestuur (Kamerstuk II 2015/16, 33822, nr. 8) en op de suggestie dat Zorggroep Charim via de NVZD in contact komt met andere zorgaanbieders om te leren zijn governance te verbeteren (Aanhangsel van de Handelingen II 2015/16, 1380). Drie blijken toch over accreditatie (daar professionaliseringstraject genoemd) te gaan.

Bijlage 2: Overzicht wet- en regelgeving en andere institutionele teksten rond goed zorgbestuur.

De basisregels van goed bestuur voor de oudste vorm van bestuur, het openbaar bestuur, worden de algemene beginselen van behoorlijk bestuur genoemd die onder andere in de Algemene wet bestuursrecht (Awb) zijn vastgelegd, die in 1994 in werking trad. Deze regels zijn daarnaast deels ongeschreven. De regels omvatten onder meer normen gericht op (en relevant in het kader van dit onderzoek): een zorgvuldige besluitvorming; het zorgvuldigheidsbeginsel (artikel 3:2 Awb), een gemotiveerde besluitvorming; het motiveringsbeginsel, gelijke behandeling van gelijke gevallen; het gelijkheidsbeginsel, een verbod op machtsmisbruik; *detournement de pouvoir* (artikel 3:3 Awb) en het beginsel dat een toezegging van de overheid, onder voorwaarden, verbindend is; het vertrouwensbeginsel. Deze beginselen richten zich primair op het proces van besluitvorming: dit moet op een eerlijke, transparante manier plaatsvinden. De achtergrond is dat hiermee de ongelijke machtsverhouding tussen burgers en overheid enigszins wordt rechtgetrokken: de machtige partij (de overheid) dient zich te houden aan bepaalde regels. Deze regels gelden niet direct voor zorgbestuurders. Uit het hierna volgende blijkt dat voor zorgbestuurders aansluiting wordt gezocht bij deze publiekrechtelijke normen.

In het rechtspersonen recht is de verantwoordelijkheid van bestuurders van rechtspersonen geregeld (artikel 9 boek 2 BW): *"Elke bestuurder is tegenover de rechtspersoon gehouden tot een behoorlijke vervulling van de hem opgedragen taak. ... Elke bestuurder draagt verantwoordelijkheid voor de algemene gang van zaken. Hij is voor het geheel aansprakelijk terzake van onbehoorlijk bestuur, tenzij hem mede gelet op de aan anderen toebedeelde taken geen ernstig verwijt kan worden gemaakt en hij niet nalatig is geweest in het treffen van maatregelen om de gevolgen van onbehoorlijk bestuur af te wenden."* Hier lijkt het eerder te gaan om een uitkomstverplichting: de toets vindt pas plaats als er negatieve consequenties zijn, zoals faillissement. De bestuurder kan dan persoonlijk aansprakelijk worden gesteld.

Voor zorgbestuurders specifiek is in de WTZi geregeld dat er een ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering moet zijn (artikel 9). In de Wmcz is een informatieplicht richting cliëntenraad geregeld (artikel 5). In de Wkkgz is geregeld dat bestuurders de kwaliteit van zorg systematisch bewaken, beheersen en verbeteren en hierover verantwoording afleggen (artikel 7). In de Jeugdwet staat dat jeugdzorgaanbieders zich op zodanige wijze organiseren, zich kwalitatief en kwantitatief zodanig van personeel en materieel voorzien en zorgdragen voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat één en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde hulp (artikel 4.1.1).

Door de NVZ Vereniging van Ziekenhuizen (2004) en het Netwerk Toekomst Maatschappelijke Onderneming (2003) zijn codes ontwikkeld in navolging van code ontwikkeling

in andere sectoren, zoals de corporate governancecode. De eerste is een nadere uitwerking van Het Zorghandvest (NVZ, 2002) voor ziekenhuizen, waarin deze zich nadrukkelijk opstellen als maatschappelijk ondernemers. De tweede is een branchecode voor de maatschappelijke onderneming.

Op initiatief van de NVZD is in 2005 de gedragscode voor de Goede Bestuurder ontwikkeld. Deze gedragscode is gericht op de individuele bestuurders. In deze code wordt de verantwoordelijkheid van de bestuurder opgedeeld: tegenover de maatschappij (doelmatigheid en efficiëntie), de cliënt (kwaliteit en snelheid), raad van toezicht (bestuurlijk handelen), professionals en medewerkers (optimale inzet en ontwikkeling), alle medewerkers (goed werkgeverschap). Ook wordt de verantwoordelijkheid voor de continuïteit van de organisatie, voor een goede uitoefening van de eigen functie en een medeverantwoordelijkheid voor het bereiken van maatschappelijke doelen ten aanzien van de gezondheidszorg met een actief aandeel in de meningsvorming hierover genoemd. Uitgangspunten: de bestuurder is resultaatgericht, maatschappelijk betrokken, deskundig en competent, proactief, integer en toetsbaar. Het gaat dus zowel om de Persoon van de bestuurder (integer, deskundig, competent, maatschappelijk betrokken), als om het proces (toetsbaar, proactief). De invulling van de verantwoordelijkheid is gericht op het resultaat (bijvoorbeeld efficiënt en doelmatig). Deze gedragscode is inmiddels komen te vervallen (in 2017) omdat met de vernieuwing van de Governancecode Zorg in 2017 de code voornamelijk dubbelingen bevatte (dit is mij bekend vanuit mijn rol als beleidsmedewerker bij de NVZD).

De taakomschrijving van de bestuurder en de handelingsbevoegdheid worden vaak neergelegd in de statuten en reglementen van de instelling. De NVTZ en NVZD hebben voor deze statuten en reglementen modellen gemaakt. In de modelstatuten is invulling gegeven aan de belangenafweging van het bestuur: *“De raad van bestuur richt zich bij de vervulling van zijn taak op het belang van de zorgorganisatie op korte en lange termijn, vanuit het perspectief van het realiseren van de maatschappelijke doelstelling van de zorgorganisatie en de centrale positie van de cliënt daarin. De raad van bestuur maakt een zorgvuldige en evenwichtige afweging tussen de belangen van de cliënten in het algemeen, de publieke en maatschappelijke belangen, de belangen van medewerkers en de overige in aanmerking komende belangen van interne en externe belanghebbenden.”* (Modelstatuten NVTZ-NVZD 2018, artikel 10 lid 2 en 3). In de modelreglementen NVTZ-NVZD (2018) worden de verantwoordelijkheid, maatschappelijke positie en voorbeeldfunctie van het bestuur benadrukt.

In 2013 is door de Minister van Economische Zaken de ‘Commissie Maatschappelijk verantwoord bestuur en toezicht in de semipublieke sector’ (Commissie-Halsema)

ingesteld. Deze kreeg als taak mee een code te ontwikkelen met gedragsregels voor professioneel en ethisch verantwoord handelen van bestuurders en interne toezicht-houders in de semipublieke sectoren. Ook het adviseren over de rol van de rijksoverheid was een expliciete taak van de commissie. De commissie komt tot de conclusie dat een code niet het juiste instrument is: *“In de huidige situatie dreigt verantwoording afleggen de plaats in te nemen van verantwoordelijkheid nemen. Juist als het gaat om moraliteit, om waarden en om de behoorlijkheid van het handelen, kan die nadruk op verantwoording averechts werken. Harde sturing met regels lost immers geen morele dilemma’s op. En in het geval dat een incident voortkomt uit verwarring onder bestuurders over de waarden die ze moeten hooghouden en de eisen waaraan ze hebben te voldoen, klaar je de lucht niet op met toezicht.”* (Halsema e.a., 2013, p. 6).

Het ministerie van VWS heeft in dezelfde maand van het verschijnen van het advies van de Commissie-Halsema een brief aan de Tweede Kamer gestuurd. In deze brief wordt het ontwerpen van de Wet goed bestuur in de zorg aangekondigd voor het voorjaar 2014.⁶⁸ In 2015 is besloten om af te zien van een wet specifiek voor goed bestuur in de zorg, omdat een cultuur van goed bestuur (waarin transparantie, aanspreekbaarheid en verantwoording van belang zijn) zich lastig in harde regels en afvinklijstjes laat vatten (Kamerstuk Tweede Kamer 2014/15, 32012, nr. 23). De normen die in dit wetsvoorstel werden besproken, zijn deels wel uitgewerkt in andere wetgeving, zoals de Wmcz. Hoewel in de behandeling van dit wetsvoorstel werd gesproken van ‘resultaatnormen’, kwamen er ook veel procesnormen naar voren, zoals het regelen van inspraak van de medezeggenschap bij besluitvorming.

In 2017 is de Governancecode Zorg (die in 2006 voor het eerst was gepubliceerd) door de zorgbranches vernieuwd. De code is een instrument om de *governance* zo in te richten

68 VWS kondigt de volgende wettelijke verplichtingen aan (Kamerstuk II 2013/14, 32012, nr. 15, p. 5):

- *De raad van bestuur betreft de raad van toezicht bij besluiten die een grote impact op de zorgaanbieder hebben. Daar waar die besluiten ook grote gevolgen voor overige (interne en externe) belanghebbenden bij de zorgaanbieder hebben (zoals bijvoorbeeld bij fusies), worden deze ook betrokken.*
- *Raden van bestuur en raden van toezicht zorgen ervoor dat zij zich over hun keuzes en besluiten in ieder geval jaarlijks en openbaar verantwoorden richting relevante belanghebbenden. Dit betreft bijvoorbeeld het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.*
- *De raad van toezicht is verantwoordelijk voor het aanstellen, schorsen en ontslaan van de leden van de raad van bestuur tenzij deze bevoegdheid bij de Algemene Vergadering berust.*
- *De raad van toezicht ziet erop toe dat het bestuur haar verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg en voor een ordelijke en controleerbare administratie, waar maakt.*
- *De raad van toezicht verzekert zich ervan dat het bestuur voldoende zicht heeft op de financiële risico's en hier adequaat naar handelt. Dit met het behoud van de eigen verantwoordelijkheid van de raad van bestuur.”*

dat die bijdraagt aan het waarborgen van goede zorg, aan het realiseren van de maatschappelijke doelstelling van zorgorganisaties en het maatschappelijk draagvlak. In de code wordt benadrukt dat de raad van bestuur en raad van toezicht zich dienen te richten op de maatschappelijke doelstelling van de zorgorganisatie: het bieden van goede zorg aan cliënten (Governancecode Zorg, 2017, p. 8): *“De behoeftes, wensen, ervaringen en belangen van de cliënt staan centraal en zijn richtinggevend voor de te bieden zorg.”*

“Zorgorganisaties dragen bij aan de publieke belangen van de gezondheidszorg:

- *kwaliteit (door goede zorg te bieden zie 1.1.);*
- *toegankelijkheid (door beschikbaarheid) en;*
- *betaalbaarheid (door sober om te gaan met de publieke en private middelen waaruit de zorg bekostigd wordt).”* (Governancecode Zorg, 2017, p. 8)

Ook wordt een voor de instelling eigen moreel kader in de code geïntroduceerd (Governancecode Zorg, 2017, p. 9): *‘Naast algemene waarden als integriteit, aanspreekbaarheid, betrouwbaarheid, zorgvuldigheid, professionaliteit, openheid en transparantie maar ook doelgerichtheid en doelmatigheid, gaat het om door iedere zorgorganisatie zelf te bepalen waarden, passend bij haar eigen positie en doelstellingen. De waarden moeten zichtbaar worden in cultuur en gedrag. De maatschappelijke positie van zorgorganisaties vraagt ook om sensitiviteit voor publieke waarden als rechtmatigheid, rechtvaardigheid en rechtszekerheid. De raad van bestuur is verantwoordelijk voor al deze aspecten, is hierop aanspreekbaar en legt er actief verantwoording over af. Dat laat onverlet dat waarden en normen, cultuur en gedrag vooral invulling krijgen in de organisatie als geheel en tot stand komen in dialoog en wederzijdse beïnvloeding. Daarbij is een open cultuur die ruimte biedt voor het leren van fouten en successen een voorwaarde.’*

In het in 2016 ontwikkelde toezichtkader IGZ-NZa is aangegeven wat de beide toezicht instanties van zorgbestuurders verwachten (p. 7):

1. Gedrag en cultuur

- *Verantwoord en transparant*
- *Open en integer*
- *Omgevingsbewust en participatief*
- *Lerend en zelfreinigend*
- *Doelgericht en doelmatig.*

2. Systemen en processen

- *Kwaliteit en veiligheid*
- *Ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering*
- *Correcte registratie en declaratie*
- *Transparantie*

3. Resultaten zorgverlening

De geleverde zorg moet goed, veilig, toegankelijk en betaalbaar zijn. Dankzij transparante informatie zijn patiënten en cliënten in staat een afgewogen keuze te maken."

Ook worden er eisen aan de competenties van bestuurders gesteld: *"het bestuur hoort altijd zicht te hebben op de staat van de eigen organisatie en 'in control' te zijn."* (IGZ/NZa, 2016, p. 7) De houding van zorgbestuurders wordt gekoppeld aan de manier waarop toezicht wordt gehouden: *"Als bestuurders zich toetsbaar opstellen en zich aantoonbaar inspinnen om te voldoen aan de voorwaarden voor goed bestuur zoals geformuleerd in dit kader, dan geeft dat de NZa en IGZ gefundeerd draagvlak en stemmen we de toezichtstrategie daarop af."* (IGZ en NZa, 2016, p. 16)

Naast de taakstelling en verantwoordelijkheid aan en van de bestuurder wordt ook de salariëring van de bestuurder geregeld. Eerst in de Beloningscode voor Bestuurders in de Zorg (hierna: BBZ) en haar voorgangers van de NVZD en NVTZ en sinds 1 januari 2013 in de Wet normering topinkomens (WNT). In 2007 heeft de Adviescommissie rechtspositie politieke ambtsdragers (hierna: commissie Dijkstal) het advies 'Normeren en waarderen' uitgebracht. De BBZ die in 2009 verscheen is mede hierop gebaseerd. Daarnaast is in de BBZ aangesloten op de Governancecode Zorg en de bestaande loongebouwen met CAO's in de zorg. Het salaris van de bestuurder wordt in de BBZ gebaseerd op de complexiteit en impact van de instelling waar de bestuurder werkzaam is. In een bijlage bij de BBZ 2009 worden ook de competenties genoemd die van belang worden geacht voor het goed vervullen van de bestuurdersrol: visie/leiderschap, strategisch denken, besluitvaardigheid/resultaatgerichtheid, vermogen tot zelfreflectie, dienstbaarheid aan de doelstelling en belangen van de organisatie/loyaliteit, moed/onafhankelijkheid/ondernemerschap/innovatief vermogen en het vermogen om "winnende" teams te creëren waarin de juiste persoon op de juiste plek zit. Het al dan niet voldoen aan de competenties vertaalt zich volgens de code in de inschaling en doorgroeisnelheid van de bestuurder en is dus op geld waardeerbaar. In latere versies van de BBZ worden competenties overigens wel als onderdeel van de afweging voor belonen genoemd, maar worden de competenties niet meer expliciet benoemd.

Bijlage 3: Interviews

3.1 Interviewprotocol zorgbestuurders

versie 21 september 2014

Introductie

Tutoyeren/vousvoyeren afspreken.

Dank dat je bereid bent dit gesprek met me te voeren. Vandaag ben ik hier om met je te spreken over jouw ervaring als zorgbestuurder. Dit in het kader van mijn promotie-onderzoek. Ik promoveer aan de Erasmus Universiteit. Mijn promotoren zijn Kim Putters (Erasmus Universiteit Rotterdam) en Wouter ten Have (Vrije Universiteit Amsterdam).

Ik werk als beleidsmedewerker bij de NVZD en ben nauw betrokken geweest bij de inrichting van het accreditatietraject voor zorgbestuurders. Tijdens de ontwikkeling viel het mij op dat er geen eenduidigheid bestaat over wat de kerncompetenties van de bestuurder zijn, wat de acceptatieruimte van het bestuurlijk handelen is en wat het curriculum voor de vakontwikkeling van de bestuurder zou moeten zijn. Dit heeft mij geïnspireerd een onderzoek te starten, voortbouwend op onder meer het onlangs verschenen onderzoek van Wilma van der Scheer naar zorgbestuurders.

In mijn onderzoek staat de levensloop van de bestuurder centraal. Ik zoek een antwoord op de vraag wat de zorgbestuurder zijn *license to operate* geeft en hoe de acceptatieruimte voor het handelen van de bestuurder wordt bepaald.

Aan het einde van het interview dan wel tijdens de eerste bijeenkomst van de focusgroep vertel ik graag meer over mezelf en mijn onderzoek. Ik stel voor nu voor om het interview zo open mogelijk in te gaan. Ik ben vooral benieuwd naar jouw ervaring.

Het onderzoek doe ik parttime. De overige dagen ben ik werkzaam als beleidsmedewerker bij de NVZD. Ik heb met de NVZD de afspraak vastgelegd dat ik mijn onderzoek onafhankelijk uitvoer. Dit betekent dat de NVZD geen invloed heeft op de richting van het onderzoek en de resultaten. Ik krijg van de NVZD een dag in de week om het onderzoek uit te voeren, omdat ze de waarde van een dergelijk onderzoek ziet. Wat hier besproken wordt staat dan ook los van mijn werk bij de NVZD.

Dit interview gebruik ik om te exploreren of theorie en praktijk op elkaar aansluiten. Volgend jaar zal ik een enquête onder alle NVZD leden uitzetten. Ik voer nu met de door mij samengestelde focusgroep, waar je toe behoort, een gesprek. Ik zal de eerste bevindingen terugkoppelen tijdens onze eerste bijeenkomst op 12 december. Het kan zijn dat ik naar aanleiding van deze gesprekken met meer bestuurders een interview

houd. De interviews zal ik ook verwerken in mijn onderzoek. Dit kan bijvoorbeeld zijn door middel van het delen van opvallende bevindingen of citaten. Dit zal anoniem gebeuren, ik zal de namen en instellingen niet noemen. Het interview zal ongeveer een uur tot anderhalf uur duren. Ik zou het interview graag opnemen om het achteraf uit te werken. Is dit akkoord?

Hoofdvragen

Ik ben benieuwd naar jouw carrièrepad. Zou je me hier meer over kunnen vertellen?
Zou je me meer kunnen vertellen over je vakontwikkeling?

Thema's

Vooropleiding: motivatie, hiaten
Werk: aannamebeleid
bestuurlijke opdracht
functioneren binnen de organisatie
vertrouwen/wantrouwen
goed bestuur/slecht bestuur
accreditatie

Opvolging

Doorvragen

Kun je dat toelichten?
Hoe bedoel je?
Waarom heb je deze keuze gemaakt?
Kan je de laatste keer noemen dat je dit hebt meegemaakt?
Noem het laatste voorbeeld waarin je een dilemma had.
Interessant, maar ik ben nu benieuwd naar jouw ervaring.
Wat gebeurt er dan bij jou?

Vervolg vragen

Noem eens een voorbeeld van iemand die goed/slecht vindt en waarom.
Noem eens een voorbeeld van een situatie waarin het minder goed ging.
Je hebt dit en dit benoemt, is dit het?
Speelt de gedragscode voor de goede bestuurder/ het accreditatietraject daar nog een rol?

Opletten!

Samenvatten
Dit bespreek ik graag na het interview.

Afronding

Dank voor het gesprek. We hebben gesproken over...(samenvatten). Wat ik dit zo goed samen? Heb je hier nog iets op aan te vullen? Zijn er nog zaken die je graag wilt noemen? Is er een advies in het kader van mijn onderzoek dat je me zou willen meegeven?

Met wie zou ik volgens jou nog een gesprek moeten voeren in het kader van mijn onderzoek?

Gedragscode

- Resultaatgericht
- Maatschappelijk betrokken
- Deskundig en competent
- Pro-actief
- Integer
- Toetsbaar

3.2 Interviewprotocol bestuurssecretarissen

versie 14 april 2014

Introductie

Dank dat je bereid bent dit gesprek met me te voeren. Is het goed als wij elkaar tutoyeren? Vandaag ben ik hier om met je te spreken over jouw ervaring met zorgbestuurders en zorgbestuur. Dit in het kader van mijn promotieonderzoek. Ik promoveer aan de Erasmus Universiteit. Mijn promotoren zijn Kim Putters (Erasmus Universiteit Rotterdam) en Wouter ten Have (Vrije Universiteit Amsterdam).

Ik werk als beleidsmedewerker bij de NVZD en ben nauw betrokken geweest bij de inrichting van het accreditatietraject voor zorgbestuurders. Tijdens de ontwikkeling viel het mij op dat er geen eenduidigheid bestaat over wat de kerncompetenties van de bestuurder zijn, wat de acceptatieruimte van het bestuurlijk handelen is en wat het curriculum voor de vakontwikkeling van de bestuurder zou moeten zijn. Dit heeft mij geïnspireerd een onderzoek te starten, voortbouwend op onder meer het onlangs verschenen onderzoek van Wilma van der Scheer naar zorgbestuurders. In mijn onderzoek staat de levensloop van de bestuurder centraal. Ik zoek een antwoord op de vraag wat de zorgbestuurder zijn *license to operate* geeft en hoe de acceptatieruimte voor het handelen van de bestuurder wordt bepaald.

We hebben .. uur ingepland voor dit interview. Ik zal de tijd in de gaten houden. Heb je eventueel ruimte voor uitloop? Ik heb voor mijn onderzoek interviews gehad met zorgbestuurders en een focusgroep van zorgbestuurders ingesteld. Ik zal in 2015 een enquête uitzetten onder zorgbestuurders. Naast de zorgbestuurders vraag ik ook de auditoren van de NVZD accreditatie of ik hen mag interviewen. Een van de bestuurders raadde mij aan om ook bestuurssecretarissen te interviewen, omdat zij nauw samenwerken met bestuurders. Ik heb nu vier interviews ingepland staan. Dit zijn open gesprekken. Na afloop zal ik evalueren en op basis daarvan bepalen of ik nog een ronde interviews met bestuurssecretarissen inplan. Ik stel dus voor om het interview zo open mogelijk in te gaan. Ik ben vooral benieuwd naar jouw ervaring.

Wat hier besproken wordt, staat dan ook los van mijn werk bij de NVZD. Dit interview gebruik ik om te exploreren of theorie en praktijk op elkaar aansluiten. De interviews zal ik ook verwerken in mijn onderzoek. Dit kan bijvoorbeeld zijn door middel van het delen van opvallende bevindingen of citaten. Dit zal anoniem gebeuren, ik zal de namen en instellingen niet noemen. Ik zou het interview graag opnemen om het achteraf uit te werken voor mijn eigen analyse. Het interview zal niet integraal in mijn proefschrift worden opgenomen. Is dit akkoord?

Heb je op voorhand nog vragen?

Zijn er onderwerpen die je in dit interview zelf graag aan de orde zou willen hebben?

Hoofdvraag

PERSOONLIJK MAKEN op basis van CV. Zou je vanuit deze verschillende rollen iets kunnen vertellen over jouw ervaring met (het vak van) zorgbestuurders?

Hoe functioneren de bestuurders die je kent binnen je eigen netwerk? Wat vinden ze belangrijk? Wat vind jij belangrijk voor een zorgbestuurder?

Thema's

Vooropleiding: motivatie, hiaten

Werk: aannamebeleid
bestuurlijke opdracht
functioneren binnen de organisatie
vertrouwen/wantrouwen
goed bestuur/slecht bestuur
accreditatie

Opvolging: bestuurlijke houdbaarheid

Vervolg vragen

Werk

Wie is voor jou een goede bestuurder en waarom?

Wie is voor jou een slechte bestuurder en waarom?

Je hebt dit en dit benoemt, is dit het?

Wat is volgens jou de opdracht van een zorgbestuurder?

Wat is de opdracht van de bestuurder/bestuurders van jouw instelling?

Zijn er basisvereisten voor zorgbestuurders?

Zouden deze er moeten zijn?

Hoe worden die in jouw ogen gebruikt?

Welke rol spelen de eisen in het werk van bestuurders?

Speelt de gedragscode voor de goede bestuurder/ het accreditatietraject daar nog een rol?

Wat is naast deze eisen van belang?

Eventueel: expertisegebieden accreditatie benoemen. Komt dit overeen met beleving?

PERSOONLIJKE ERVARING: VERSCHIL SECTOREN

Opvolging

Ben je wel eens betrokken geweest bij het aannameproces voor nieuwe bestuurders?

Zou je hier meer over kunnen vertellen?

Wat is de procedure als (een van) de bestuurder(s) aftreedt?

Is er volgens jou een maximum termijn voor een bestuurder in een bepaalde functie?

Samenvatten

Doorvragen

Kun je dat toelichten?

Hoe bedoel je?

Waarom heb je deze keuze gemaakt?

Kan je de laatste keer noemen dat je dit hebt meegemaakt?

Noem me eens het laatste voorbeeld waarin je een dilemma had.

Interessant, maar ik ben nu benieuwd naar jouw ervaring.

Afronding

Dank voor het gesprek. We hebben gesproken over...(samenvatten). Wat ik dit zo goed samen? Heb je hier nog iets op aan te vullen? Zijn er nog zaken die je graag wilt noemen? Is er een advies in het kader van mijn onderzoek dat je me zou willen meegeven?

Met wie zou ik volgens jou nog een gesprek moeten voeren in het kader van mijn onderzoek?

Gedragscode

- Resultaatgericht
- Maatschappelijk betrokken
- Deskundig en competent
- Pro-actief
- Integer
- Toetsbaar

3.3 Interviewprotocol zorgbestuurders grote en kleine instelling

versie 25 juli 2016

Introductie

Tutoyeren/vousvoyeren afspreken.

Dank dat je bereid bent dit gesprek met me te voeren. Vandaag ben ik hier om met je te spreken over jouw ervaring als zorgbestuurder. Dit in het kader van mijn promotie-onderzoek. Ik promoveer aan de Erasmus Universiteit. Mijn promotoren zijn Kim Putters (Erasmus Universiteit Rotterdam) en Wouter ten Have (Vrije Universiteit Amsterdam).

Ik werk als beleidsmedewerker bij de NVZD en ben nauw betrokken geweest bij de inrichting van het accreditietraject voor zorgbestuurders. Tijdens de ontwikkeling viel het mij op dat er geen eenduidigheid bestaat over wat de kerncompetenties van de bestuurder zijn, wat de acceptatieruimte van het bestuurlijk handelen is en wat het curriculum voor de vakontwikkeling van de bestuurder zou moeten zijn. Dit heeft mij geïnspireerd een onderzoek te starten.

In mijn onderzoek staat de levensloop van de bestuurder centraal. Ik zoek een antwoord op de vraag wat de zorgbestuurder zijn *license to lead* geeft, dus hoe de acceptatieruimte voor het handelen van de bestuurder wordt bepaald.

Aan het einde van het interview kan ik eventueel meer over mezelf en mijn onderzoek vertellen. Ik stel voor nu voor om het interview zo open mogelijk in te gaan. Ik ben vooral benieuwd naar jouw ervaring.

Het onderzoek doe ik parttime. De overige dagen ben ik werkzaam als beleidsmedewerker bij de NVZD. Ik heb met de NVZD de afspraak vastgelegd dat ik mijn onderzoek onafhankelijk uitvoer. Dit betekent dat de NVZD geen invloed heeft op de richting van het onderzoek en de resultaten. Ik krijg van de NVZD een dag in de week om het onderzoek uit te voeren, omdat ze de waarde van een dergelijk onderzoek ziet. Wat hier besproken wordt, staat dan ook los van mijn werk bij de NVZD.

Dit interview gebruik ik om te exploreren of theorie en praktijk op elkaar aansluiten. Vorig jaar heb ik een enquête onder alle NVZD leden uitgezet. Ik heb ook tien zorgbestuurders geïnterviewd en deze groep komt eens in het half jaar bijeen om mee te denken over mijn onderzoeksrichting. De interviews zal ik ook verwerken in mijn onderzoek. Dit kan bijvoorbeeld zijn door middel van het delen van opvallende bevindingen of citaten. Dit zal anoniem gebeuren, ik zal de namen en instellingen niet noemen. Het interview zal

ongeveer een uur tot anderhalf uur duren. Ik zou het interview graag opnemen om het achteraf uit te werken. Is dit akkoord?

Hoofdvragen

Ik ben benieuwd naar jouw carrièrepad. Zou je me hier meer over kunnen vertellen?

Zou je me meer kunnen vertellen over je vakontwikkeling?

Uit het feit dat er een beloningscode is die onder meer gebaseerd is op omvang van de instelling en de discussies die in de politiek worden gevoerd over te grote en te kleine instellingen, maakte ik op dat dit wellicht een thema is dat samenhangt met de legitimiteit van bestuurders. Ik heb dit onderwerp ook in mijn focusgroep besproken. Graag zou ik hier over verder praten.

Is dat wat jou betreft überhaupt een onderwerp?

Hoe ervaar je het?

Wat zou een volgende stap in je carrière kunnen zijn?

Waarom?

Thema's

Vooropleiding: motivatie, hiaten

Werk: aannamebeleid
bestuurlijke opdracht
functioneren binnen de organisatie
vertrouwen/wantrouwen
goed bestuur/slecht bestuur
accreditatie

Opvolging

Fit bestuurder/organisatie (aanname, opvolging, carrière)

Governance (samenwerking medebestuurder/raad van toezicht/andere organisaties/overheid)

Vertrouwen (ervaar je vertrouwen: intern/extern/persoonlijk/als bestuurder grote/kleine instelling)

Legitimiteit (idem)

Doorvragen

Kun je dat toelichten?

Hoe bedoel je?

Waarom heb je deze keuze gemaakt?

Kan je de laatste keer noemen dat je dit hebt meegemaakt?
 Noem me eens het laatste voorbeeld waarin je een dilemma had.
 Interessant, maar ik ben nu benieuwd naar jouw ervaring.
 Wat gebeurt er dan bij jou?

Vervolg vragen

Noem eens een voorbeeld van iemand die goed/slecht vindt en waarom.
 Noem eens een voorbeeld van een situatie waarin het minder goed ging.
 Je hebt dit en dit benoemt, is dit het?
 Speelt de gedragscode voor de goede bestuurder/ het accreditatietraject daar nog een rol?

Samenvatten

Dit bespreek ik graag na het interview.

Afronding

Dank voor het gesprek. We hebben gesproken over...(samenvatten). Wat ik dit zo goed samen? Heb je hier nog iets op aan te vullen? Zijn er nog zaken die je graag wilt noemen? Is er een advies in het kader van mijn onderzoek dat je me zou willen meegeven?

Met wie zou ik volgens jou nog een gesprek moeten voeren in het kader van mijn onderzoek?

Gedragscode

- Resultaatgericht
- Maatschappelijk betrokken
- Deskundig en competent
- Pro-actief
- Integer
- Toetsbaar

3.4 Interviewprotocol searchers

versie 12 augustus 2016

Introductie

Tutoyeren/vousvoyeren afspreken.

Dank dat je bereid bent dit gesprek met me te voeren. Vandaag ben ik hier om met je te spreken over jouw ervaring als zorgbestuurder. Dit in het kader van mijn promotieonderzoek. Ik promoveer aan de Erasmus Universiteit. Mijn promotoren Kim Putters (Erasmus Universiteit Rotterdam) en Wouter ten Have (Vrije Universiteit Amsterdam).

Ik werk als beleidsmedewerker bij de NVZD en ben nauw betrokken geweest bij de inrichting van het accreditatietraject voor zorgbestuurders. Tijdens de ontwikkeling viel het mij op dat er geen eenduidigheid bestaat over wat de kerncompetenties van de bestuurder zijn, wat de acceptatieruimte van het bestuurlijk handelen is en wat het curriculum voor de vakontwikkeling van de bestuurder zou moeten zijn. Dit heeft mij geïnspireerd een onderzoek te starten.

In mijn onderzoek staat de levensloop van de bestuurder centraal. Ik zoek een antwoord op de vraag wat de zorgbestuurder zijn *license to lead* geeft, dus hoe de acceptatieruimte voor het handelen van de bestuurder wordt bepaald.

Aan het einde van het interview kan ik eventueel meer over mezelf en mijn onderzoek vertellen. Ik stel voor nu voor om het interview zo open mogelijk in te gaan. Ik ben vooral benieuwd naar jouw ervaring.

Het onderzoek doe ik parttime. De overige dagen ben ik werkzaam als beleidsmedewerker bij de NVZD. Ik heb met de NVZD de afspraak vastgelegd dat ik mijn onderzoek onafhankelijk uitvoer. Dit betekent dat de NVZD geen invloed heeft op de richting van het onderzoek en de resultaten. Ik krijg van de NVZD een dag in de week om het onderzoek uit te voeren, omdat ze de waarde van een dergelijk onderzoek ziet. Wat hier besproken wordt, staat dan ook los van mijn werk bij de NVZD.

Vorig jaar heb ik een enquête onder alle NVZD leden uitgezet. Ik heb ook tien zorgbestuurders geïnterviewd. Daarnaast heb ik een focusgroep van bestuurders die eens in het half jaar bijeenkomt om mee te denken over mijn onderzoeksrichting. Uit de interviews en de focusgroep kwam naar voren hoe belangrijk de fit tussen bestuurder en organisatie is. Dit heeft mij geïnspireerd ook een aantal headhunters te interviewen, om dit onderwerp beter te doorgronden. De interviews zal ik ook verwerken in mijn onder-

zoek. Dit kan bijvoorbeeld zijn door middel van het delen van opvallende bevindingen of citaten. Dit zal anoniem gebeuren, ik zal de namen en instellingen niet noemen. Het interview zal ongeveer een uur tot anderhalf uur duren. Ik zou het interview graag opnemen om het achteraf uit te werken. Is dit akkoord?

Hoofdvragen

Mijn onderzoek richt zich op statutair eindverantwoordelijke bestuurders, die direct verantwoording afleggen aan de Raad van toezicht.

Kunt je jouw werk omschrijven?

Hoe bepaal je of iemand geschikt is voor een (eerste) bestuurlijke functie?

Wie is jouw gesprekspartner?

Hoe ga je te werk wanneer een instelling je inschakelt om een bestuurder te werven?

Hoe ga je te werk wanneer een bestuurder je vraagt een nieuwe uitdaging te zoeken?

Vragen naar concrete situaties

Welke match/niet-match van de afgelopen jaren is je het meest bijgebleven? Waarom?

Zijn er verschillen tussen verschillende soorten organisaties? Concrete voorbeelden.

Is het wel eens moeilijk/onmogelijk geweest voor een organisatie een geschikte bestuurder te vinden?

Invloed van externe/interne krachten op het zoeken naar goede bestuurder.

Welke rol heeft een medebestuurder/raad van toezicht?

(Hoe) wordt getoetst op intenties/integriteit?

Hoe zie je de toekomst: blijft opvolging op dezelfde manier gaan?

Welke afwegingen maken bestuurders bij het kiezen voor een organisatie?

Welke afwegingen maakt de organisatie?

Thema's

Vooropleiding: motivatie, hiaten

Werk: aannamebeleid
bestuurlijke opdracht
functioneren binnen de organisatie
vertrouwen/wantrouwen
goed bestuur/slecht bestuur
accreditatie

Opvolging

Fit bestuurder/organisatie (aannee, opvolging, carrière)

Zoeken naar legitiem/acceptatie/goedkeuring/vertrouwen

Governance (samenwerking medebestuurder/raad van toezicht/andere organisaties/overheid)

Vertrouwen (ervaar je vertrouwen: intern/extern/persoonlijk/als bestuurder grote/kleine instelling)

Legitimiteit (idem)

Doorvragen

Kun je dat toelichten?

Hoe bedoel je?

Waarom heb je deze keuze gemaakt?

Kan je de laatste keer noemen dat je dit hebt meegemaakt?

Noem me eens het laatste voorbeeld waarin je een dilemma had.

Interessant, maar ik ben nu benieuwd naar jouw ervaring.

Wat gebeurt er dan bij jou?

Vervolg vragen

Noem eens een voorbeeld van iemand die goed/slecht vindt en waarom.

Noem eens een voorbeeld van een situatie waarin het minder goed ging.

Je hebt dit en dit benoemt, is dit het?

Speelt de gedragscode voor de goede bestuurder/ het accreditatietraject daar nog een rol?

Samenvatten

Dit bespreek ik graag na het interview.

Afronding

Dank voor het gesprek. We hebben gesproken over...(samenvatten). Wat ik dit zo goed samen? Heb je hier nog iets op aan te vullen? Zijn er nog zaken die je graag wilt noemen? Is er een advies in het kader van mijn onderzoek dat je me zou willen meegeven? Met wie zou ik volgens jou nog een gesprek moeten voeren in het kader van mijn onderzoek?

Gedragscode

- Resultaatgericht
- Maatschappelijk betrokken
- Deskundig en competent
- Pro-actief
- Integer
- Toetsbaar

3.5 Interviewprotocol directeur NVZD

versie 8 december 2014

Introductie

Dank dat je bereid bent dit gesprek met me te voeren. Vandaag ben ik hier om met je te spreken over jouw ervaring met zorgbestuurders en zorgbestuur. Dit in het kader van mijn promotieonderzoek. Ik heb Wouter ten Have gevraagd aanwezig te zijn bij dit gesprek, aangezien we elkaar goed kennen en ik daarmee het risico loop bepaalde aannames te doen tijdens het interview. Om de wetenschappelijke distantie te behouden die nodig is bij het verzamelen van data is Wouter erbij. Hij zal ook actief mee vragen stellen.

In mijn onderzoek staat de levensloop van de bestuurder centraal. Ik zoek een antwoord op de vraag wat de zorgbestuurder zijn *license to operate* geeft en hoe de acceptatieruimte voor het handelen van de bestuurder wordt bepaald.

We hebben maximaal een uur voor dit interview. Ik zal de tijd in de gaten houden.

Dadelijk, tijdens de eerste bijeenkomst van de focusgroep vertel ik graag meer over mijn onderzoek. Ik stel voor nu voor om het interview zo open mogelijk in te gaan. Ik ben vooral benieuwd naar jouw ervaring.

Wat hier besproken wordt staat dan ook los van mijn werk bij de NVZD. Dit interview gebruik ik om te exploreren of theorie en praktijk op elkaar aansluiten. De interviews zal ik ook verwerken in mijn onderzoek. Dit kan bijvoorbeeld zijn door middel van het delen van opvallende bevindingen of citaten. Dit zal anoniem gebeuren, ik zal de namen en instellingen niet noemen. Ook Wouter garandeert deze anonimiteit. Ik zou het interview graag opnemen om het achteraf uit te werken voor mijn eigen analyse. Het interview zal niet integraal in mijn proefschrift worden opgenomen. Is dit akkoord? Wel zou ik graag de namen noemen van de leden van de focusgroep. Is dit ook akkoord?

Hoofdvraag

Je bent al lange tijd werkzaam in de gezondheidszorg. Eerst bij het ministerie, toen vanuit verschillende adviesrollen, daarna als directeur van GGZ Nederland en momenteel als directeur van de NVZD en als toezichthouder bij verschillende zorginstellingen en recent als zorgverkenner in Zeeland. Zou je vanuit deze verschillende rollen iets kunnen vertellen over jouw ervaring met (het vak van) zorgbestuurders?

Vanuit de NVZD is een accreditatietraject gestart. Zou je hier iets meer over kunnen vertellen?

Thema's

Vooropleiding: motivatie, hiaten
 Werk: aannamebeleid
 bestuurlijke opdracht
 functioneren binnen de organisatie
 vertrouwen/wantrouwen
 goed bestuur/slecht bestuur
 accreditatie
 Opvolging: bestuurlijke houdbaarheid
 Vervolg vragen

Werk

Wie is voor jou een goede bestuurder en waarom?
 Wie is voor jou een slechte bestuurder en waarom?
 Je hebt dit en dit benoemt, is dit het?
 Welke standaarden zijn er voor zorgbestuurders?
 Hoe worden die in jouw ogen gebruikt?
 Welke rol spelen de standaarden in het werk van bestuurders?
 Speelt de gedragscode voor de goede bestuurder/ het accreditatietraject daar nog een rol?
 Wat is naast deze standaarden van belang?

Accreditatie

Waarom is gekozen voor de inrichting van het systeem in haar huidige vorm?
 Waarom is de professionalisering van zorgbestuurders voor de NVZD belangrijk?
 Is er draagvlak voor het accreditatietraject?
 Hoe wordt dit gecreëerd?
 Welk beeld is er van het vak zorgbestuurders?
 Hoe kijkt de NVZD naar bestuurders?
 Waarom is het accreditatietraject hierbij van belang?

Opvolging

Je zit in verschillende raden van toezicht. Zou je het aannameproces voor nieuwe bestuurders kunnen omschrijven (waar let je op)?
 Is er volgens jou een maximum termijn voor een bestuurder in een bepaalde functie?

Samenvatten**Doorvragen**

Kun je dat toelichten?

Hoe bedoel je?

Waarom heb je deze keuze gemaakt?

Kan je de laatste keer noemen dat je dit hebt meegemaakt?

Noem me eens het laatste voorbeeld waarin je een dilemma had.

Interessant, maar ik ben nu benieuwd naar jouw ervaring.

Afronding

Dank voor het gesprek. We hebben gesproken over...(samenvatten). Wat ik dit zo goed samen? Heb je hier nog iets op aan te vullen? Zijn er nog zaken die je graag wilt noemen? Is er een advies in het kader van mijn onderzoek dat je me zou willen meegeven?

Met wie zou ik volgens jou nog een gesprek moeten voeren in het kader van mijn onderzoek?

Gedragscode

- Resultaatgericht
- Maatschappelijk betrokken
- Deskundig en competent
- Pro-actief
- Integer
- Toetsbaar

3.6 Interviewprotocol bestuurder crisissituatie

versie 22 mei 2017

Introductie

Tutoyeren/vousvoyeren afspreken.

Dank dat je bereid bent dit gesprek met me te voeren. Vandaag ben ik hier om met je te spreken over jouw ervaring als zorgbestuurder. Dit in het kader van mijn promotieonderzoek. Ik promoveer aan de Erasmus Universiteit. Mijn promotoren zijn Kim Putters (Erasmus Universiteit Rotterdam) en Wouter ten Have (Vrije Universiteit Amsterdam).

Ik werk als beleidsmedewerker bij de NVZD en ben nauw betrokken geweest bij de inrichting van het accreditatietraject voor zorgbestuurders. Tijdens de ontwikkeling viel het mij op dat er geen eenduidigheid bestaat over wat de kerncompetenties van de bestuurder zijn, wat de acceptatieruimte van het bestuurlijk handelen is en wat het curriculum voor de vakontwikkeling van de bestuurder zou moeten zijn. Dit heeft mij geïnspireerd een onderzoek te starten.

In mijn onderzoek staat de levensloop van de bestuurder centraal. Ik zoek een antwoord op de vraag wat de zorgbestuurder zijn *license to lead* geeft, dus hoe de acceptatieruimte voor het handelen van de bestuurder wordt bepaald.

Aan het einde van het interview kan ik eventueel meer over mezelf en mijn onderzoek vertellen. Ik stel voor nu voor om het interview zo open mogelijk in te gaan. Ik ben vooral benieuwd naar jouw ervaring.

Het onderzoek doe ik parttime. De overige dagen ben ik werkzaam als beleidsmedewerker bij de NVZD. Ik heb met de NVZD de afspraak vastgelegd dat ik mijn onderzoek onafhankelijk uitvoer. Dit betekent dat de NVZD geen invloed heeft op de richting van het onderzoek en de resultaten. Ik krijg van de NVZD een dag in de week om het onderzoek uit te voeren, omdat ze de waarde van een dergelijk onderzoek ziet. Wat hier besproken wordt staat dan ook los van mijn werk bij de NVZD.

Dit interview gebruik ik om te exploreren of theorie en praktijk op elkaar aansluiten. Twee jaar geleden heb ik een enquête onder alle NVZD leden uitgezet. Ik heb ook een aantal zorgbestuurders geïnterviewd. Er is een *focusgroep* die eens in het half jaar bijeenkomt om mee te denken over mijn onderzoeksrichting. De interviews zal ik ook verwerken in mijn onderzoek. Dit kan bijvoorbeeld zijn door middel van het delen van opvallende bevindingen of citaten. Dit zal anoniem gebeuren, ik zal de namen en instel-

lingen niet noemen. Het interview zal ongeveer een uur tot anderhalf uur duren. Ik zou het interview graag opnemen om het achteraf uit te werken. Is dit akkoord?

Hoofdvragen

Mijn onderzoek is ingedeeld langs de levensloop van de zorgbestuurder. Het gaat over momenten in de carrière van bestuurders dat de *license to lead* van bestuurders wordt gevormd of ter discussie staat. Deze momenten heb ik gedestilleerd uit de interviews en *focusgroep*. Het gaat om professionalisering, aanname, legitimeren en verantwoorden en de nalatenschap van bestuurders. Kan je je hierin vinden? Graag loop ik deze momenten met je langs.

Professionalisering en aanname

Ik heb je CV bekeken.

Zou je me om te beginnen iets meer kunnen vertellen over hoe je bestuurder bent geworden?

Zou je me meer kunnen vertellen over je vakontwikkeling?

Waarom bestuurder geworden?

Doorvragen op fusies en aannameproces.

Legitimeren en verantwoorden

Aanleiding voor dit interview was de casus in [naam instelling].

Zou je me hier meer over kunnen vertellen?

Doorvragen op micro-, meso- en macroniveau en op input, throughput en output legitimiteit.

Wat was het moment dat je je legitimiteit in jouw ogen verloren was? Wie speelden daarbij een rol?

Hoe omgegaan met de crisis? Gekozen bestuurder te blijven, niet terug naar arts?

Welke rol heeft de besproken situatie bij verder solliciteren?

Zijn er nog andere casus die je graag zou willen bespreken over het onderwerp legitimeren en verantwoorden?

Nalatenschap

Mijn aanname is dat de *license to lead* van de bestuurder niet alleen wordt gevormd tijdens de actieve periode, maar dat ook hetgeen de bestuurder achterlaat bepalend is voor de *license to lead* van wellicht de bestuurder zelf, maar ook van zijn opvolgers en bestuurders in het algemeen. Ik ben daarom benieuwd hoe je terugkijkt op de periode nadat je weg bent gegaan bij [naam instelling]. Zou je hier meer over kunnen vertellen?

Thema's

Fit bestuurder/organisatie (aannee, opvolging, carrière)

Governance (samenwerking medebestuurder/raad van toezicht/andere organisaties/overheid)

Vertrouwen (ervaar je vertrouwen: intern/extern/persoonlijk/als bestuurder grote/kleine instelling)

Legitimiteit (idem)

Doelvragen

Kun je dat toelichten?

Hoe bedoel je?

Waarom heb je deze keuze gemaakt?

Kan je de laatste keer noemen dat je dit hebt meegemaakt?

Noem me eens het laatste voorbeeld waarin je een dilemma had.

Interessant, maar ik ben nu benieuwd naar jouw ervaring.

Wat gebeurt er dan bij jou?

Vervolg vragen

Noem eens een voorbeeld van iemand die goed/slecht vindt en waarom.

Noem eens een voorbeeld van een situatie waarin het minder goed ging.

Je hebt dit en dit benoemt, is dit het?

Spelen juridische kaders (wetgeving/codes) daar nog een rol?

Samenvatten

Dit bespreek ik graag na het interview.

Afronding

Dank voor het gesprek. We hebben gesproken over...(samenvatten). Wat ik dit zo goed samen? Heb je hier nog iets op aan te vullen? Zijn er nog zaken die je graag wilt noemen? Is er een advies in het kader van mijn onderzoek dat je me zou willen meegeven?

Bijlage 4: Focusgroep

4.1 Draaiboek focusgroep 12 december 2014

Aanwezig:

Jos de Beer (NVZD, gastheer),
 Bart Bemelmans (Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, komt later),
 Moniek van Jaarsveld (Warande),
 Richard Janssen (Altrecht GGZ),
 Marjolein ten Kroode (Rivierduinen, onder voorbehoud),
 Julianne Meijers (Siza per 1 december),
 Ernest Muter (NSDSK),
 Kim Putters (Erasmus Universiteit/SCP),
 Wouter ten Have (VU/Tenhavemanagement) en
 Sophie Bijloos.

Afwezig:

Jopie Nooren (Bartimeus),
 Henri Plagge (De Zorgboog),
 Yvonne Wilders (Spaarneziekenhuis).

Locatie: Noordweg Noord 150 te Zeist.

16.00 uur Welkomstwoord door JdB

16.10 Inleiding door SB

***Programma* Prezi S2**

Aanwezigen: profiel: affiniteit met onderzoek, bereid meerdere jaren mee te denken, verschillende sectoren/ervaringsjaren/verhouding man/vrouw en groot en klein, achtergrond: medisch/niet-medisch.

Tijdens de focusgroep koppelen we de voorstelronde aan een inhoudelijke vraag. Ik zal eerst kort iets over mijn onderzoek vertellen.

Eigen achtergrond

Start onderzoek: 2013: inlezen nieuwe studie, afspraken NVZD, voorstel maken, promotoren zoeken, regelmatige besprekingen met promotoren, twee aio heiweekenden.

Maatschappelijke relevantie:

Bijdragen professionalisering zorgbestuur, in verbinding met het bestaansrecht van de bestuurder en de daaraan verbonden (maatschappelijke) taakomschrijving, waaronder het leveren van goede, betaalbare, toegankelijke zorg.

Relevantie NVZD:

Legitimering, positionering, invulling, aanvulling en bijsturing beleid/accreditatiesysteem.

Onderdeel actie/participatie onderzoek.

Theoretisch kader

Zie prezi **S3**.

Eerder onderzoek:

Zie prezi **S4, 5, 6**.

Onderzoek

Prezi **S7**.

Mixed methodes: interviews en enquête zijn meningen bestuurders, meelopen en achtergronddocumenten bestuderen (bv. accreditatie): valideren.

Vier fasen: exploratie (ontdekken richtinggevende begrippen), specificatie (ontwikkelen begrippen rond thema's), reductie (bepalen kernbegrippen), integratie (uitwerken theorie).

Eerder onderzoek: profiel van de zorgbestuurder

Prezi **S8-18**.

16.30 uur Focusgroep: voorzitter: Wouter

Prezi **S19**.

Wouter neemt het als voorzitter over. Wouter legt zijn rol uit. Kim legt zijn rol uit (actief observator) en Sophie legt haar rol uit (inleider).

Wouter legt de focusgroep uit:

- 3 thema's
- 20 minuten per thema, tijd wordt door Kim/Sophie in de gaten gehouden
- thema's langs levensloop bestuurder adhv aantal uitspraken en reflecties op interviews
- doel van de focusgroep is verdiepen en valideren van de uitkomsten van de interviews.
- De focusgroep wordt opgenomen: graag telefoons uit.

- We zullen proberen de spreektijd gelijkelijk te verdelen over de aanwezigen: voor de opname: graag niet door elkaar heen praten.
- Verschillende meningen zijn welkom, de groep hoeft het niet eens te worden.
- De resultaten worden in het onderzoek verwerkt, hierbij zullen wel de namen van de focusgroep worden genoemd, maar eventuele citaten zullen niet op persoon/instelling herleidbaar worden opgenomen.

Terugkoppeling interviews door SB

Algemeen: Prezi **S20**.

Voorstelronde

Prezi **S21**.

Wie bent u en kunt u kort aangeven hoe u in uw huidige functie van bestuurder bent terecht gekomen?

16.50 uur Thema 1 Vakontwikkeling

Prezi **S22**.

Introductie SB: terugkoppeling interviews Prezi **S23**.

Relevante citaten interviews:

Verschil managementfunctie "Dus je moest het bestuurlijke besluitvormingsproces zodat je zowel intern als extern de juiste procedures volgden en timing hanteren. Dat was voor mij nieuw. Dus de combinatie van besluitvorming met externe partners en besluitvorming met impact voor de interne organisatie."

"Ik heb nog toen ik de overstap maakte de voorzitter van de raad van bestuur van mijn vorige instelling gevraagd: Wat geef je me mee?"

"Achteraf denk ik dat ik vrij weinig bagage heb meegenomen op dat gebied [het primair proces]."

"Ik was toch net een beetje te onervaren om zo'n grote bestuurlijke klus te trekken."

"Zoiets als sluwheid, of politiek gevoel, had ik gewoon niet." "Nu zou ik het slimmer doen."

"Ik moest meteen heel belangrijke beslissingen nemen en toen voelde ik me wel een beetje hulpeloos. ... Hier was ik alleen. Er was eigenlijk niemand in de organisatie die ik als vertrouwensfiguur kon benutten. Toen heb ik een beroep gedaan op onder andere mijn directiegroep om met me mee te denken... Dat heeft me wel geholpen. Dat is eigenlijk de enige hulpbron die ik toen heb geraadpleegd."

"Nu heb ik een ander team om me heen en meerdere collega's met wie ik kan sparren hier in de organisatie over de meeste onderwerpen. Dat zijn meestal inhoudelijke onderwerpen. Daarnaast heb ik nog steeds mijn directiegroep met wie ik kan sparren over mijn positie"

als bestuurder, de samenwerking van de raad van toezicht en de samenwerking met de managers. Zaken die je niet direct met collega's zelf gaat bespreken."

"Ik ben volledig autodidact in het bestuurder zijn."

"Je moet andere mensen hebben die je iets teruggeven. ... En als bestuurder, kan ik je verzekeren, is het tamelijk eenzaam."

"Ik had een heel fijne collega daar, een heel verstandige, ervaren bestuurder. Ik dacht weet je wat ik moet doen, ik ga dit vak eens op mijn gemak leren. ... Ik moest een hele wereld nog opnieuw verkennen. De techniek van het besturen heb ik daar vooral geleerd. Ik denk dat ik daar ook nog wel flink heb moeten schaven aan mijn rode eigenschappen. Wat natuurlijk wel lekker was achter de brede schouders van iemand anders die bestuursvoorzitter is." "Toch ben ik nog wel een paar keer uit de bocht gevlogen. ... Dat heb ik toch mooi afgeleerd in de tussentijd. ... Zo'n manier van mijn ongenoegen kenbaar maken, dat zou ik nu niet meer doen, denk ik... Ik denk dat ik wel geleerd heb dat je als bestuurder niet alleen maar mens bent, maar ook een beetje instituut, dat het instituut wel snapte dat het niet slim is om het zo te doen."

"Je kunt het niet alleen, je ontwikkelen. Je kunt wel boeken lezen..., maar de toets in de werkelijkheid, waar andere dan weer op reflecteren, dat vind ik pas de echte leerschool."

"Ik heb van mijn eerste functie geleerd, dat je als bestuurder nooit moet beginnen zonder directe coach. Dat hebben wij hier nu. ... Toen het niet werkte, had de coach er moeten zijn. ... Met medeweten van onze raad van toezicht, doen we coaching met ons drieën, juist nu we nog helemaal geen problemen hebben."

Over een eerdere secretarisfunctie: "het is ook een soort meester-gezel relatie. Je zit naast hem bij allerlei dingen. ... Ik denk dat met name hoe de bestuurder dat spel met die staf speelde, daar heb ik wel veel van geleerd. Want, dan moest je toch nog wel zo nu en dan stevig optreden en hij is ook heel stevig, echt wel positie innemen, want zo'n staf zit dan met z'n honderden te kijken of jij ergens een steekje laat vallen. Daar wordt dan op ingesprongen. ... Heel duidelijk zijn, dat was hij ook."

Over de eerste managementfunctie "Daar heb ik nog wel wat beginnersfoutjes gemaakt. Ik vond het nog niet zo makkelijk. ... Ik denk dat ik het nu veel sneller door zou hebben. En zou ik het probleem explicieter benoemen. ... In mijn eerste managementfunctie probeerde ik het meer allemaal gewoon in goede banen te leiden."

"Dat was heel erg mijn houding toen, 'we gaan ervoor'. ... Ik denk dat mijn kracht toen was mijn enthousiasme en dat ik het gewoon bij iedereen tot een succes wilde maken, maar daardoor zat ik ook wel heel erg aan die kant. En een beetje de rationele verstandelijke beslissing van 'is dit de juiste persoon op de juiste plek' nam ik toen niet."

"Dat vind ik zelf leuk, om jezelf in een andere omgeving te plaatsen en te kijken 'hoe ga ik het daar doen.' Dat is ook heel belangrijk voor je persoonlijke groeiproses."

Over de eerste managementfunctie: *"Dat is wel een proces van vallen en opstaan. Opeens ben je de baas van mensen die langer werken daar, er soms al heel lang werken. Dat is toch een proces van acceptatie."* *"de enige manier om dat te leren is door het aan te gaan."*

"Ik denk dat het voor een bestuurder heel erg van belang is, zeker voor een beginnend bestuurder, dat je een goede coach hebt. Dus iemand die je begeleidt op een stuk dat je eigenlijk niet met je collega's kan delen."

Wouter: discussie twee thema's: Prezi **S24**.

Uitleg: langs de twee hoofdvragen kan een inventariserende ronde worden gehouden dan wel een open discussie. Onderstaande subthema's/-vragen zijn voor mij van belang. Deze kunnen uit de discussie komen (vanzelf) of op een logisch moment door de voorzitter worden ingebracht. Als dit niet lukt, dan kunnen ze ook gewoon als vraag gesteld worden.

- Is de belangrijkste leerschool voor bestuurders een meester-gezel relatie?

Subthema's:

- Is dit de realiteit?
- Is dit een wenselijke situatie?
- Institutionalisering of puur toeval?
- Welke rol spelen andere factoren bij ontwikkeling tot bestuurder?
- Welke rol speelt opleiding?
- Is de ontwikkeling tot bestuurder voldoende geborgd (eerste ervaringen: gaan ook nog veel zaken mis)?
- Hoe ga je als bestuurder om met het zoeken van eigen uitdagingen versus de stabiliteit van de organisatie?

Subthema's:

- Welk belang wordt gehecht aan de ontwikkeling van de bestuurder als hij eenmaal bestuurder is?
- Komt dit belang overeen met het organisatiebelang?
- Stelling: 'Bestuurder zijn in de zorg is een uiting van maatschappelijke betrokkenheid en ambitie'

Eventueel Prezi **S25** stelling.

17.10 uur Thema 2 Acceptatieruimte

Prezi **S26**.

Introductie SB: terugkoppeling interviews Prezi **S27, 28, 29**.

Relevante citaten interviews:

"In mijn vorige functie zat ik in een soort bedrijfspan, ver van de vestigingen. Daar kwam ik wel op de vestigingen, maar daar had ik ook het gevoel dat mijn bestuurlijke taak lag in

het bouwwerk, de structuren en de maatschappelijke betekenis. Pas daarna kwam daar de inhoud bij."

"Ik was gevraagd om te solliciteren bij een hele grote organisatie, als lid van de raad van bestuur.. dan wordt je een naam op papier, dan kan je niets meer tot stand brengen."

"Je belichaamt de rol die voor andere mensen zo belangrijk is. Ik denk dat de vrije dialoog daardoor ook wel belemmerd wordt."

"Het grootste talent dat je als bestuurder hebt, is op je handen zitten, niets doen, dingen laten gebeuren."

"De bestuurlijke wereld is minstens negen dimensionaal. Als bestuurder moet je je altijd inleven 'hoe ziet die ander dat?'"

"In deze instelling hebben we in een jaar tijd enorme veranderingen doorgevoerd, die ondenkbaar waren geweest zonder mijn aanwezigheid. Ik heb de instelling aangetroffen in een slechte financiële staat in een markt die in een keer omsloeg van groei naar krimp markt. ... Ik heb het huis moeten leren dat niet alles meer kan. ... Dat geeft een andere dynamiek." "Ik denk dat dat de kern van besturen is, dat je toch een persoonlijk verschil kunt maken dat voor zoveel mensen van belang is."

"Als je een proces losmaakt waarbij andere meer belang hebben bij je vertrek dan bij je blijven, nou dan ben je weg hoor."

"het geheim van een goede bestuurder is omgaan met mensen in alle dimensies en facetten en dat heeft ook die eigenschappen nodig die je net noemt en er zijn zo nog twintig andere te noemen.... Elk moment heeft iets anders nodig. Je moet op elk moment kunnen beslissen, en dan is het intuïtief, niet rationeel, wat er nu nodig is, en dan is het gewoon fijn als je dat hebt. ... Het kan ook zijn dat je het niet hebt, maar dan moet je weten 'mijn collega kan het beter.'" "Ik denk dat het aller basaalste misschien is dat je van mensen moet houden. ... Dat je het voor andere mensen mooier wil maken. Want als je het alleen voor je zelf doet, moet je hier niet zijn. ... Het is ook alleen maar rewarding in de verbinding met die ander. ... Ik krijg geen complimenten van niemand. ... Glorieuze momenten zijn er weinig. ... In de directe beloning krijg je weinig terug, maar wel omdat je andere succesvol ziet zijn."

Over bestuurder van wie hij veel heeft geleerd "In de situaties waarin zijn handen jeuken om iets over te nemen, heeft hij toch altijd gezegd: 'nee, ik houd de divisieleiding in positie.' "vertrouwen durven geven en verantwoordelijkheid durven nemen, was zijn slogan. .. Dat vond ik heel gaaf." "Ik stel wel vragen en ik geef ook mijn mening, maar daarna laat ik het wel bij hem [manager]" "wat wel bij mij hoort is wel de beslissing van hoe verder met de organisatie. ... Ik betrek mijn managers daarbij. ..." "Ik vond hem ook een erg integere man, die ook goed kon nadenken 'wat is het juiste om te doen' .. Hij kon ook wel goed de dilemma's neerzetten. ... Hij had altijd heel goed door hoe dingen echt in elkaar zaten. .. en hij was ook wel moedig, als hij het ergens echt niet mee eens was, dan zei hij het ook." "De confrontatie opzoeken waar die toch moet zijn, dat probeer ik ook echt wel toe te passen."

"Je moet op de een of andere manier gezag en autoriteit hebben en tegelijkertijd voel je dat niet iedereen het altijd met jou eens zal zijn."

"Als bestuurder moet je heel fundamenteel oog hebben voor het belang van de stakeholders. Wie zijn de stakeholders? Wie rechtvaardigt eigenlijk dat deze organisatie bestaat? Welk belang hebben ze? En hoe wordt dat hier vertaald in activiteiten? Dat van buiten naar binnen kijken is cruciaal voor leidinggevend en stakeholders. En dat kun je eigenlijk alleen maar als je ook buiten bent."

Wouter: discussie twee thema's deze twee thema's kunnen in de discussie door elkaar heen lopen, wat mij betreft is dat geen probleem: Prezi **S30**.

Acceptatieruimte

Inleiding SB: acceptatieruimte bestaat uit verschillende componenten. Ten eerste de juridische ruimte die de bestuurder heeft om voor eigen afwegingen: wanneer deze grens overschreden wordt, wordt hij teruggeroepen door toezichthouders. Wat u in de interviews schetst is dat echter bij deze toezichthouders niet alleen de juridische ruimte een rol speelt, maar ook het basisvertrouwen. Naast de juridische ruimte zijn er dus andere factoren die een rol spelen. De bestuurlijke ruimte wordt deels meegegeven bij de aanstelling, zo blijkt uit de interviews. Zo kan het functioneren van de instelling (bv. negatieve cijfers), de raad van toezicht en de vertrekkende bestuurder invloed hebben op de ruimte die de bestuurder heeft. Maar, u geeft wel aan dat de ruimte die u in het sociale domein, en met name bij de medewerkers van de instelling en bij de raad van toezicht, voor een belangrijk deel bepaald wordt door hoe u zelf met de situatie omgaat. Graag valideer ik bij deze discussie met u of dit een correcte weergave is van hoe u ertegenaan kijkt, of hier nog elementen ontbreken, hoe de grens voor de acceptatieruimte wordt bepaald en wat de verhouding is tussen de acceptatieruimte en de goede bestuurder.

Subthema's

- Adequaate grenssysteem
- De ruimte die de bestuurder zelf creëert
- Toegevoegde waarde hebben en zichtbaar maken: je werk goed te doen
- De situatie bij aanstelling is van invloed
- Verschillend bij verschillende soorten (bv. grote) organisaties?
- Relevante partijen
- Balans buitenwereld (stakeholders) en binnenwereld (medewerkers/cliënten): hoe wegen de bestuurders de twee?
- De rol van incidenten.
- Wordt de grens gevormd door ontslag of is de taak als bestuurder soms om het zwarte schaap te zijn?
- Tussen vertrouwen en wantrouwen zit een werkbare balans? Welke?

Goede bestuurder

Subthema's

- Andere mensen laten excelleren
- De goede mensen om je heen verzamelen
- Betrokken zijn bij en begrip hebben voor het primair proces
- Afstand houden: wat betekent dat? Wanneer meer en wanneer minder?
- Waar denk je aan als je 's avonds thuis op de bank zit goed gedaan? Slecht gedaan?
- Goede bestuurder geeft organisatie energie

Eventueel Prezi **S31**

Toelichting SB: deze vraag is geïnspireerd op de filosoof Rawls (1921-2002, liberalist) die uitgaat van de reciprociteitsnorm (dienst voor wederdienst). Hij geeft aan dat legitimiteit van (politieke) macht er alleen is wanneer de grondwet is gevormd door ideeën die alle burgers acceptabel vinden met hun gezonde verstand. Om dit te bepalen introduceert hij de veil of ignorance (sluier van onwetendheid): hoe zou je de maatschappij vormgeven wanneer je niet weet als wie je geboren wordt (man/vrouw, arm/rijk enz.). De vraag is nu of bestuurders ook zo naar hun instelling kijken: stel dat ik patiënt was, zou ik hier verzorgd willen worden (voldoet mijn instelling aan de criteria die redelijk zijn)?

17.30 uur Thema 3 Opvolging en aanstelling

Prezi **S32**.

*Introductie SB: terugkoppeling interviews Prezi **S33**.*

Relevante citaten interviews:

"Echt iets tot stand brengen wat langer de tijd vraagt en dat het zich daarmee niet verdraagt om elke drie vier jaar een volgende stap te zetten."

"Zelf denk ik dat het goed zou zijn als een van de stafmanagers zou doorgroeien als bestuurder, omdat ik geloof in continuïteit."

"Tot nu toe heeft mijn raad van toezicht daar nooit over gesproken."

"Het headhunter bureau wist op de een of andere manier via via dat ik misschien wel bereid was om te praten. Want iemand uit mijn huidige organisatie kende mij via een sociaal netwerk."

"Ik denk zelfs dat het voor potentiële bestuurders een heel belangrijk gegeven is: hoe vaak heb je jezelf gedwongen om je in een andere omgeving opnieuw waar te maken? Dat dat wel heel belangrijk is voor je eigen groeiproces."

"Als bestuurder is het iets dat je best vaak zult tegenkomen, dat je een organisatie aantreft en daarbinnen weer mensen die er al heel lang zijn en ook zullen blijven. Die als het ware vergroeid zijn met je organisatie. Waar op zich ook niets mis mee is. Maar die vaak naar de

leidinggevende kijken op een manier van dat zijn voorbijgangers. ... Een goed bestuurder is een voorbijganger. Een goed bestuurder beseft dat zijn effectiviteit afneemt naarmate hij er langer zit. ... De kunst is om je toch te verbinden ... Je doet daar iets in die leidinggevende positie en je gaat ook weer weg, als je opdracht is voldaan."

Wouter: discussie twee vragen: Prezi **S34**.

- Bestaat er een vuistregel voor bestuurlijke houdbaarheid?
Subthema's:
 - Voor wie is die vuistregel: eigen ontwikkeling of belang organisatie?
 - (Waarom) is de externe blik zo van belang?
 - Is een bestuurder die altijd in dezelfde instelling blijft werken een slechte bestuurder?
- Moet bestuurlijke opvolging geïnstitutionaliseerd worden?
Subthema's:
 - Welk belang wordt er gehecht aan goede opvolging?
 - Hoe bent u hiermee bezig?
 - Profiel en achtergrond opvolger
 - Bestaat er iets als management development?
 - Welke rol speelt de verbinding met de instelling bij werving?
 - Hoe is de relatie met de Raad van toezicht: wel of niet bespreekbaar?
 - Zaak van bestuurder of Raad van toezicht?
 - Onderdeel jaargesprekken Raad van toezicht?
 - Wijze werving
 - Moet het geïnstitutionaliseerd worden?

Eventueel Prezi **S35** stellingen.

17.50 uur Afsluiting focusgroep

Prezi **S36** Wouter: Hoe vonden jullie het?

Samenvatting door SB, eens?

Prezi **S37**.

Volgende bijeenkomst: 12 juni 2015

Aanwezig:

Jos de Beer (NVZD),

Bart Bemelmans (Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis),

Moniek van Jaarsveld (Warande),

Richard Janssen (Altrecht GGZ),

Julianne Meijers (Siza),

Jopie Nooren (Bartimeus),
 Henri Plagge (De Zorgboog),
 Kim Putters (Erasmus Universiteit/SCP),
 Wouter ten Have (VU/Tenhavemanagement),
 Yvonne Wilders (Spaarneziekenhuis) en
 Sophie Bijloos.

Afwezig:

Marjolein ten Kroode (Rivierduinen) en
 Ernest Muter (NSDSK).

Locatie: Erasmus Universiteit, Burgemeester Oudlaan 150, Rotterdam.

Invulling

In de tussentijd: interviews bestuurssecretarissen, interviews auditoren, voorbereiden enquête, theorie naast eerste resultaten interviews leggen.

Bijeenkomst bestaat weer uit focusgroep en stuurgroep.

Kern focusgroep: bespreken enquête, interviews en koppeling theorie.

Kern stuurgroep: langs andere lijn: thema in plaats van levensloop (bv. verschillen in besturen van verschillende organisaties).

18.00 Afsluiting door SB

Enquête vragen meegeven, danken, uitnodigen borrel.

4.2 Draaiboek focusgroep 12 juni 2015

Aanwezig:

Jos de Beer (NVZD),
 Bart Bemelmans (Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis),
 Julianne Meijers (Siza),
 Henri Plagge (De Zorgboog),
 Yvonne Wilders (Spaarneziekenhuis).
 Wouter ten Have (VU/Tenhavemanagement),
 Kim Putters (Erasmus Universiteit/SCP, gastheer) en
 Sophie Bijloos.

Afwezig:

Moniek van Jaarsveld (Warande),
 Richard Janssen (Altrecht GGZ),
 Marjolein ten Kroode (Rivierduinen),
 Ernest Muter (NSDSK) en
 Jopie Nooren (Bartimeus).

Locatie: Erasmus Universiteit, Burgemeester Oudlaan 150 Rotterdam.

9.30 uur Welkomstwoord door Kim Putters (gastheer)

Prezi S1

Misschien goed om even te vragen of alle aanwezigen elkaar kennen.

9.40 Inleiding door SB

Programma Prezi S2

Terugblik vorige bijeenkomst

Jos de Beer heette iedereen welkom en maakte de verbinding tussen het onderzoek en het werk van de NVZD. Vervolgens heb ik verteld over mijn achtergrond en de insteek van mijn onderzoek. De centrale onderzoeksvraag is: 'Wat geeft de zorgbestuurder zijn *license to operate* en hoe wordt de acceptatieruimte voor het handelen van de bestuurder bepaald?' Bij mijn onderzoek maak ik gebruik van verschillende onderzoeksmethoden: ik interview bestuurders, bestuurssecretarissen en auditoren in het accreditatietraject. Met de focusgroep reflecteren we op en valideren we de uitkomsten en methoden. Ik voer een enquête uit onder leden van de NVZD en ik loop mee met bestuurders.

De ordening van mijn onderzoek zal langs de levensloop van de bestuurder zijn. Ook hebben we de achtergrond en het onderzoek van mijn promotoren, Kim Putters en

Wouter ten Have besproken. Daarnaast heb ik in vogelvlucht een impressie gegeven van de uitkomsten van de eerdere enquêtes (dit is terug te vinden in de presentatie, slide 8 tot en met 18).

Hierna hebben we met de focusgroep aan aantal thema's besproken. De thema's waren geordend langs de levensloop van de bestuurder. Het eerste thema was 'vakontwikkeling'. Op basis van de interviews hebben we een tweetal vragen besproken: 'Is de belangrijkste leerschool voor bestuurders een meester-gezel relatie?' en 'Hoe ga je als bestuurder om met het zoeken van eigen uitdagingen versus de stabiliteit van de organisatie?'.

Voor de eerste vraag hebben we het voorbeeld van de chirurg die voor het eerst opereert besproken. De eerste ervaringen van bestuurders zijn namelijk dat het vak wordt geleerd door vallen en opstaan. Wanneer een chirurg dit in een operatiekamer zou zeggen (*'ik leer mijn vak door vallen en opstaan'*), zou niemand meer geopereerd willen worden. Hoe zorgen bestuurders dat grote incidenten worden voorkomen? Uit de interviews komt de meester-gezel relatie naar voren. Dit wordt door de focusgroep onderschreven. Een idee dat wordt geopperd is om bij de eerste bestuurlijke functie een duo met een ervaren bestuurder te vormen. Dit blijkt in de praktijk een goede leerschool. Echter, het is geen randvoorwaarde: bestuurders hebben immers 20 jaar managementervaring. Ze starten dus niet blanco als bestuurder, net als dat een chirurg niet blanco start. Uiteindelijk is de belangrijkste leerschool ervaring op doen. Het soort opleiding is niet zo van belang. Dit wordt vaak overschat, terwijl ervaring wordt onderschat. Het hebben van academisch denkniveau en het je willen blijven ontwikkelen zijn wel belangrijke eigenschappen van een bestuurder. Ook geeft de focusgroep aan dat juist bestuurlijke onervarenheid voordelen kan hebben: de eerste 100 dagen is de bestuurder nog niet ingebed en daarmee juist een frisse wind voor de organisatie. Dan komen de grootste veranderingen/verbeteringen tot stand. Er wordt een voorbeeld gegeven van een zorginstelling waar de cliënten al jaren bot vingen met een verzoek. De bestuurder klonk dit verzoek logisch en heeft het ingewilligd. Vervolgens was er wel onvrede bij de medewerkers, die hierdoor hun rooster moesten aanpassen. Meester-gezel impliceert een hiërarchische verhouding. Collegiale bestuurders kunnen sowieso van elkaar leren, hiervoor hoeft de 1 niet boven de ander te staan. Ook werd gesproken over de vraag: wanneer besluit je dat je er klaar voor bent om bestuurder te worden? Hierbij ziet de groep een zelfregulerend mechanisme: het moment dat je denkt: 'wat de bestuurder kan, kan ik ook' of 'wat de bestuurder kan, kan ik beter'.

De tweede vraag wordt deels herkend. Niet elke bestuurder wil alleen maar verandering. Er zijn ook bestuurders die juist gaan voor een lange termijn verbinding met de

organisatie om het beleid goed vorm te geven. Maar er wordt ook toegegeven dat soms een project door een bestuurder wordt gestart omdat dit de persoonlijke interesse van de bestuurder heeft. Daarbij wordt dan natuurlijk wel gekeken of het goed is voor de instelling.

Het tweede thema was 'acceptatieruimte'. We hebben een tweetal stellingen besproken:

'De kern van de acceptatieruimte ligt in:

- Adequaat grenssysteem
- De ruimte die de bestuurder zelf creëert
- Toegevoegde waarde hebben en zichtbaar maken: je werk goed te doen
- De situatie bij aanstelling is van invloed'

'De kern van goed besturen is:

- Andere mensen laten excelleren
- De goede mensen om je heen verzamelen
- Betrokken zijn bij en begrip hebben voor het primair proces.'

Eerst is gesproken over de term acceptatieruimte. Na uitleg wat de term inhoud meende de groep dat de term de lading wel dekt, maar dat het geen term is die onder bestuurders gebruikt wordt.

Goed besturen is inderdaad alle zaken die uit de interviews kwamen. Dit laat zich eigenlijk niet verder samenvatten. Het primair proces neemt wel een centrale rol in.

Aan het derde thema 'opvolging en aanstelling' zijn we niet meer toegekomen. Dit bespreken we vandaag.

Een korte evaluatieronde leverde op dat eenieder de bijeenkomst als positief had ervaren.

Stand van zaken onderzoek

Waar ging het onderzoek ook alweer over? Prezi **S3**

Eerste interviewronde gehad. Ik heb momenteel interviews ingepland met een aantal bestuurssecretarissen. In 2015 wordt de enquête uitgebracht. Daarnaast heeft het interview met Jos en het verschijnen van het rapport van de Governance Commissie van de NVZD een aantal vragen bij mij opgeroepen over het semipublieke stelsel waarbinnen de bestuurder functioneert. Ik wil het hier vandaag met u over hebben.

10.00 uur Focusgroep: voorzitter: Kim

Prezi **S4**

Kim neemt het als voorzitter over. Kim legt zijn rol uit. Wouter legt zijn rol uit (actief observator) en Sophie legt haar rol uit (inleider).

Kim legt de focusgroep uit:

- 2 thema's
- 1 uur per thema, tijd wordt door Wouter/Sophie in de gaten gehouden
- thema's langs levensloop bestuurder aan de hand van een aantal uitspraken en reflecties op interviews
- doel van de focusgroep is verdiepen en valideren van de uitkomsten van de interviews.
- De focusgroep wordt opgenomen: graag telefoons uit.
- We zullen proberen de spreektijd gelijkelijk te verdelen over de aanwezigen: voor de opname: graag niet door elkaar heen praten.
- Verschillende meningen zijn welkom, de groep hoeft het niet eens te worden.
- De resultaten worden in het onderzoek verwerkt, hierbij zullen wel de namen van de focusgroep worden genoemd, maar eventuele citaten zullen niet op persoon/instelling herleidbaar worden opgenomen.

10.00 uur Thema 1 Opvolging en aanstelling

Prezi **S5**.

Introductie SB: terugkoppeling interviews Prezi **S6**.

Relevante citaten interviews:

"Echt iets tot stand brengen wat langer de tijd vraagt en dat het zich daarmee niet verdraagt om elke drie vier jaar een volgende stap te zetten."

"Zelf denk ik dat het goed zou zijn als een van de stafmanagers zou doorgroeien als bestuurder, omdat ik geloof in continuïteit."

"Tot nu toe heeft mijn raad van toezicht daar nooit over gesproken."

"Het headhunterbureau wist op de een of andere manier via via dat ik misschien wel bereid was om te praten. Want iemand uit mijn huidige organisatie kende mij via een sociaal netwerk."

Kim: discussie twee vragen: Prezi **S7**.

- Bestaat er een vuistregel voor bestuurlijke houdbaarheid?
Subthema's:
 - Voor wie is die vuistregel: eigen ontwikkeling of belang organisatie?

- (Waarom) is de externe blik zo van belang?
- Is een bestuurder die altijd in dezelfde instelling blijft werken een slechte bestuurder?
- Moet bestuurlijke opvolging geïnstitutionaliseerd worden?
 - Subhema's:
 - Welk belang wordt er gehecht aan goede opvolging?
 - Hoe bent u hiermee bezig?
 - Profiel en achtergrond opvolger
 - Bestaat er iets als management development?
 - Welke rol speelt de verbinding met de instelling bij werving?
 - Hoe is de relatie met de Raad van toezicht: wel of niet bespreekbaar?
 - Zaak van bestuurder of Raad van toezicht?
 - Onderdeel jaargesprekken Raad van toezicht?
 - Wijze werving
 - Moet het geïnstitutionaliseerd worden?

Eventueel Prezi **S8** stellingen.

11.00 uur Thema 2 Governance met conflicterende waarden

Voorzitter: Wouter

Prezi **S9**

Introductie SB:

- *Enquête Wilma* Prezi **S10**
- *terugkoppeling interviews*

Jos: De maatschappelijke relevantie in plaats van bijvoorbeeld de continuïteit van de instelling is de focus van de bestuurder.

Relevante citaten interviews (alleen dikgedrukte noemen):

- ***"Een ziekenhuis heeft een hoge mortaliteit. Je hebt ook ziekenhuizen die gaan zich gedragen naar hun registratie. Dan sturen ze iemand naar huis voordat hij doodgaat, bij wijze van spreken. Dan houd je je cijfer."***
- *"Als er nu een rol is als bestuurder, is het voor een deel ook dat je prioriteert of bepaalt wat je in die buitenwereld wel of niet wilt meenemen, dan wel hoe je er naar kijkt. Medewerkers kunnen helemaal gek worden van alles wat er gebeurt. Zeker in deze tijd, met zoveel veranderingen. Als je op elke verandering moet reageren, op elke onzekerheid moet reageren, met je complete apparaat, dan doe je niks anders meer."*
- *"Maar dat heeft vooral iets te maken met dat grote gebouw van het ziekenhuis, dat het nog steeds is dat mensen er naartoe komen. Bij ons is dat niet zo, wij ... staan midden in de maatschappij. Met vaak heel veel gebouwtjes en dus ook al die processen eromheen. Ambulant, bij mensen thuis. Dat zorg wel voor een ander type interne dynamiek"*

- ***“We hebben moeten besluiten om de huishoudelijke hulp te stoppen. Daar ben ik bestuurlijk helemaal voor, maar ik vind het wel een verliesmoment. En we hebben dat van tevoren goed voorbereid, we hebben gezegd: “Dit zijn de grenzen, als de gemeente eroverheen gaat, houden we er gewoon mee op.” Anders slepen we met een probleem. Dus bestuurlijk sta ik volledig achter het besluit, maar dat vind ik wel een verliesmoment. Als je een deel van je medewerkers en je patiëntenzorg moet afstoten en dat je uiteindelijk eigenlijk blij moet zijn dat het je lukt om die mensen weer een contract te laten krijgen bij een concurrent. Dan ben ik blij dat we dat allemaal hebben kunnen regelen, maar als ik had gekund, had ik gezorgd dat die gemeente andere manier van denken had gehad. Maar dat kan ik niet beïnvloeden. Althans, niet voldoende.”***
- ***“Ja, net was ik een beetje met mijn arm aan het zwaaien, om het visueel weer te geven. Er zijn zó veel belangengroepen waar we mee van doen hebben. Niet alleen op de financiële aspecten van de zorg, de zorgverzekeraars, maar ook op het gebied van veiligheid, kwaliteit, de medici, de verpleegkundigen. De scholing van al die mensen. Hun financiële belangen. ... Het zijn er niet negen, maar het zijn er negen maal negen maal negen op z'n minst. Die belangen komen allemaal in deze kamer bij elkaar. En dat maakt het verdomde ingewikkeld. Want je moet met al die belangen rekening houden, ofwel tegelijk, of één voor één. **Iedereen wil gehoord worden. Iedereen wil gezien zijn. En je moet proberen om niemand te vergeten. En als je iemand vergeet, moet je uitleggen waarom dat gebeurd is. Of, dat je iemand gaat vergeten. Dat je daar nu in deze fase geen rekening mee kunt of wilt houden. Met al die dingen moet je als bestuurder rekening houden....** . Je denkt na over de komende tien jaar en over het komende jaar. En je kijkt weer terug. En je kijkt naar de stakeholders die daar een rol in spelen. Dus, je zit in een veel complexere wereld, waarbij je elk moment aan het verbinden bent met andere momenten. En elk contact ben je aan het verbinden met andere mensen, andere belangen.”***

Ontwikkelingen uit literatuur, institutionele teksten en de interviews (alleen dikgedrukte noemen):

- New Public Management
- Rapport commissie governance
- Goed bestuur gaat ook en vooral over goede bestuurders, hun kennis, ervaring, houding, gedrag en het perspectief en de doelen die zij, samen met allen die in de zorg werken, cliëntenorganisaties, belanghebbenden in het werkgebied en raden van toezicht stellen. Daarin staan centraal 'lastige' (zoals bedoeld door de Commissie-Halsema), maar goede gesprekken over te maken keuzes en verantwoordelijkheden. Dat is een benadering die primair gericht is op de vraag wat er in de concrete en

altijd veranderende omstandigheden van cliënten kan worden gedaan om de zorg voor hen te optimaliseren.

- Hart en Buiting (2014) schetsten in hun boek 'Verdraaide organisaties' dat de uitdaging in huidige zorgorganisaties is om het handelen van mensen continu in het teken te laten staan van de bedoeling van de organisatie: dat wat de zorgorganisatie nastreeft en wil bereiken.
- **Dilemma's die in het zorgbestuur kunnen worden onderscheiden zijn bijvoorbeeld: Belang van de eigen organisatie v. belang van de zorg als geheel; Waar het beschikbaar houden van toegankelijke, specialistische zorg de cliënt kan dienen, kan dit leiden tot kostenstijgingen die de eigen organisatie financieel schaden.**
- De uitdaging is om ook in de governance steeds centraal te stellen hoe toegevoegde waarde voor de cliënt kan worden gerealiseerd zonder dat de regeldruk en verantwoordingsprocedures de ruimte daarvoor beperken en tegelijkertijd kan worden bijgedragen aan het duurzaam en betaalbaar houden van de zorg.
- Een extra complicatie in dit verband is dat zorgbestuurders niet slechts het belang van de eigen zorgorganisatie voor ogen moeten of kunnen houden, maar juist mede worden aangesproken op het verlenen van zorg en de kwaliteit van de zorg in een veel breder verband en in samenwerking met andere organisaties waarvoor zij in strikte zin geen bestuurlijke verantwoordelijkheid dragen
- Inmiddels is een ontwikkeling zichtbaar waarbij minder de nadruk wordt gelegd op productie verhogende prikkels en de zorgbestuurder niet primair als marktgedreven zorgondernemer wordt gezien, maar veeleer als een medeverantwoordelijke voor een gezondheidszorg die ook is (in)gericht met het oog op de lange termijn. Daarbij is er tevens aandacht voor de houdbaarheid en betaalbaarheid van de zorg op die langere termijn. In dat kader is er aandacht voor veranderende maatschappelijke vragen en behoeften.
- Hier dient zich vervolgens het dilemma aan dat niet centraal staat wat goed is voor de eigen zorgonderneming, maar welke initiatieven kunnen worden ondernomen om het belang van de cliënten zo goed mogelijk te dienen, ook als dat niet in het belang is van de eigen zorgonderneming. Tegelijkertijd echter heeft de zorgbestuurder ook een verantwoordelijkheid voor de continuïteit en de financiële gezondheid van de organisatie. Daar zullen bestuurders ook door de raad van toezicht, de medezeggenschap, zorgverzekeraars, financiers en de accountant op worden aangesproken.
- Waar de klassieke *corporate governance* in ondernemingen en vergelijkbare organisaties nu juist het belang, de winst, de groei en de continuïteit van de eigen onderneming centraal stelt -en het belang van de klant daarvan een afgeleide is- wordt in het denken over de zorg nu juist steeds meer het omgekeerde benadrukt.

- Zorgbestuurders worden minder ondernemer in de zin dat zij niet alleen, en zelfs niet primair, verantwoordelijk zijn voor de groei en bloei van de eigen instelling, maar hen een veel bredere verantwoordelijkheid wordt toegedacht die niet alleen of zelfs niet primair ziet op groei, maar op het bieden van meerwaarde op korte en lange termijn en een duurzaam en betaalbaar stelsel.
- ***Soms ligt de oplossing voor de cliënt buiten de directe zorgverlening van de zorgorganisatie maar in de meerwaarde die in de samenwerking met andere stakeholders wordt gecreëerd. Dan ligt daar dus een organisatieopdracht.***
- Die uitdagingen doen een groot beroep op het bestuur om met kracht en creativiteit een bijdrage te leveren aan een nog betere zorg voor de cliënt, zonder dat voorop staat of dat ook in het beste belang is van de eigen instelling.
- De kunst voor de zorgbestuurder als ook voor de Raad van toezicht anno 2015 is om in de praktijk van het bestuur en toezicht telkens de maatschappelijke context, de meerwaarde voor de cliënt en de verbreding te zoeken.
- Daartoe zouden zorgbestuurders en Raden van Toezicht met elkaar in gesprek moeten gaan over 1) niet alleen de besturing van de organisatie, maar het doel van die besturing in breder verband, 2) de maatschappelijke vragen die betrekking hebben op de zorgorganisatie, 3) de ruimte van de bestuurder om invulling te geven aan strategische partnerships en maatschappelijke doelen die organisatie overstijgend zijn.
- De zorgbestuurder is geen klassieke ondernemer en moet dat ook niet primair willen zijn. Hij vult de maatschappelijke doelstelling zo ondernemend mogelijk in, maar altijd met primair het belang van de cliënt en niet uitsluitend van de organisatie voor ogen.
- **Brief minister en staatssecretaris van VWS, 22 januari 2015**, bijlage bij Kamerstuk II 2014/15, 32012 nr. 23:
- *"Deze ontwikkelingen vergen dat bestuurders en toezichthouders in de zorg hun taken uitvoeren op een professionele wijze, rekening houdend met hun cliënten, andere belanghebbenden en de publieke belangen die zij dienen. In toenemende mate is het van belang dat raden van bestuur hun eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van zorg ook echt waarmaken."* (p. 2).
- *"De primaire verantwoordelijkheid voor de inrichting van het bestuur en intern toezicht hoort, binnen de gestelde wettelijke kaders, bij de zorgaanbieder zelf thuis. Dat laat onverlet dat de borging van publieke belangen als kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid vereisen dat er sprake is van een voldoende mate van goed bestuur binnen de zorgsector. Recente ervaringen leren dat er een professionaliseringsslag nodig is. Het bevorderen en toetsen daarvan vraagt ook om actieve bemoeienis vanuit de overheid."* (p. 2).

- ***“Kern van de bestaande wet- en regelgeving is dat bestuurders volledig aanspreekbaar zijn op de kwaliteit van zorg en de wijze waarop zij hun instelling inrichten om dit te realiseren.”*** (p. 3).
- *“De toezichthouder stelt zich daarbij idealiter positief kritisch op en betreft bij het toezicht zowel het publieke belang van de instelling als de perspectieven van direct betrokkenen en belanghebbenden.”* (p. 3).
- ***“in het geval van een faillissement dat in belangrijke mate is veroorzaakt door onbehoorlijke taakvervulling, bestuurders en toezichthouders hoofdelijk aansprakelijk kunnen zijn voor een tekort in de boedel, ongeacht de rechtsvorm.... Daarnaast ligt in uw Kamer een voorstel voor aanpassing van de Faillissementswet waardoor ook bestuurders die door hun handelen hebben bijgedragen aan een faillissement en/of frauduleus hebben gehandeld een bestuursverbod door de rechter kan worden opgelegd”*** (p. 6).

Theoretisch kader (indien nodig, waarschijnlijk weglaten):

- Leiderschapsmodellen: drie clusters: rond individu, rond organisatie (stakeholder theorieën, engaging leadership, contingentie, interpretatieve, instrumenten theorie) en chaos.
- Besef wisselwerking organisatie-samenleving: Met de opkomst van bestuurders in de private sector, kwamen ook de verschillende ideeën over goed bestuur. Dit leidde in de VS vanaf 1890 tot een reeks wetten om organisaties ervan bewust te maken dat ze niet alleen een taak hadden naar hun aandeelhouders, maar ook naar de gemeenschap (onder andere Evans e.a. 2013). Dit leidde bij mensen als Rockefeller, die geen behoefte hadden aan staatsbemoeienis in zijn bedrijf, tot het expliciteren van het doel om de gezondheid en het geluk van zijn medewerkers te bevorderen (Luthans and Hodgetts, 1972 in Evans e.a., 2013 p. 11).
- In de zorg drie governance werelden: publiek, privaat en professionals. Verschuiving van publiek/professionals naar privaat (Hoek, 2007). En nu weer terug?

Waarom relevant (indien nodig, waarschijnlijk weglaten):

- Verschil publieke waarden incorporeren of tot kernwaarden maken.⁶⁹

69 De positie van de bestuurder ten opzichte van de buitenwereld wordt door van der Scheer (2013, p. 314) geduid: *“Hun eigen rol zien zorgbestuurders steeds meer als die van een tussenpersoon die verschillende werelden, belangen en partijen met elkaar verbindt. De embedded agent is vooral een verbindingsagent die koppelingen maakt tussen de binnen- en buitenwereld van de organisatie en tussen brede politieke denkbeelden enerzijds en lokale tradities en omgangsvormen anderzijds. Zo bouwen zorgbestuurders zowel intern als extern aan legitimiteit.”* [organisatie centraal]

- Strother, 1976, p. 14: *"Barnard wrote about two aspects of leadership: (a) the technical aspect, which consists of the superior qualities of the individual – physical, technical, imaginative, and others; and (b) the quality of responsibility, which consists of the moral factor in organization – 'the quality which gives dependability and determination to human conduct, and foresight and ideality to purpose' (4, p. 260). This moral quality further defines the general and stable dispositions of individuals which inhibit or modify the immediate instinctual reactions to situations"*
- Strother, 1976, p. 16: *"Barnard caps his description of executive responsibility with the view that responsible conformity to a complex set of codes is not enough at the highest executive levels. The effective executive must also have the capacity to create moral codes for others. In this perspective, organizational morale is a manifestation of the success of the executive in creating commonly held codes within the organization."* [waardecreeatie, hoe vindt deze bij bestuurders plaats als niet de organisatie, maar de maatschappij, kern is?]
- Wanneer deze verandering impliciet is doorgevoerd, terwijl de verschuiving naar privaat heel expliciet is gemaakt, kan dit leiden tot disfunctie (veranderkrachtmodel ten Have e.a., 2013).
- Waardentransitie/effect op prioritering bij conflicterende waarden.
- Invloed op effect systemen: werkt accreditatie in een realiteit waarin publieke governance dominant is?⁷⁰

Wouter: discussie: Prezi **511**

- Van wie krijgt u uw legitimiteit?
 - o Welke sturingslogica is het meest passend voor de zorg en wat is de rol van de bestuurder daarin? Welke sturingslogica wordt gehanteerd?
- Voelt u zich als bestuurder meer civil servant of meer embedded agent?
 - o Wat heeft u nodig om deze rol te kunnen vervullen?
- Hoe bepaalt u hoe u waarden afweegt?
 - o Kunt u een voorbeeld noemen van omgaan met conflicterende waarden?
- Is er een verschil tussen sectoren?

⁷⁰ Elke institutionele orde kent haar eigen sturing. Bij de staat is de dominante vorm van sturing regulering, bij de markt het contract, bij het maatschappelijke middenveld het (corporatistisch) overleg en bij de professionele zelfregulering gedeelde normen (Bal, 2008). De sturing is dus afhankelijk van de institutionele orde waarin een bepaalde sector zich bevindt (Bal, 2008 en Putters e.a., 2009). Sturingsinstrumenten in de zorg zijn opgezet omdat er veel verschillende publieke belangen tegelijkertijd in het geding zijn in deze sector. Deze hebben onder andere betrekking op de kwaliteit van de zorg, de toegankelijkheid, efficiëntie, solidariteit, werkgelegenheid, sociale zekerheid, milieu, hygiëne, financiële stabiliteit en het voorkomen van fraude (Putters e.a., 2009).

Onderzoek

- Zijn deze vragen relevant?
 - Is dit iets waar u mee worstelt?
 - Zou u hierover nog een vraag toevoegen in de enquête?

12.00 uur Afsluiting focusgroep en lunch

Wouter: Hoe vond u het?

Eventueel Prezi **S12**

Zou u in uw eigen instelling verzorgd willen worden?

Toelichting SB: deze vraag is geïnspireerd op de filosoof Rawls (1921-2002, liberalist) die uitgaat van de reciprociteitsnorm (dienst voor wederdienst). Hij geeft aan dat legitimiteit van (politieke) macht er alleen is wanneer de grondwet is gevormd door ideeën die alle burgers acceptabel vinden met hun gezonde verstand. Om dit te bepalen introduceert hij de veil of ignorance (sluier van onwetendheid): hoe zou je de maatschappij vormgeven wanneer je niet weet als wie je geboren wordt (man/vrouw, arm/rijk enz.). De vraag is nu of bestuurders ook zo naar hun instelling kijken: stel dat ik patiënt was, zou ik hier verzorgd willen worden (voldoet mijn instelling aan de criteria die redelijk zijn)?

Samenvatting door SB, eens?

Prezi **S13**

Volgende bijeenkomst: datum nog te plannen, najaar 2015.

Invulling

In de tussentijd: interviews bestuurssecretarissen, interviews auditoren, voorbereiden enquête, theorie naast eerste resultaten interviews leggen.

Bijeenkomst bestaat weer uit focusgroep en stuurgroep.

Kern focusgroep: bespreken enquête, interviews en koppeling theorie.

Kern stuurgroep: Nog nader te bepalen.

12.20 Afsluiting door SB

Dank!

4.3 Draaiboek focusgroep 27 november 2015

Aanwezig:

Jos de Beer (NVZD),
 Bart Bemelmans (Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis),
 Richard Janssen (Altrecht GGZ),
 Marjolein ten Kroode (Rivierduinen),
 Julianne Meijers (Siza),
 Ernest Muter (NSDSK),
 Marc van Ooijen (St. PSW Midden Limburg)
 Wouter ten Have (VU/Tenhavemanagement),
 Kim Putters (Erasmus Universiteit/SCP, gastheer) en
 Jeroen Postma en Sophie Bijloos.

Nog niet gereageerd:

Yvonne Wilders (Spaarneziekenhuis).

Afwezig:

Moniek van Jaarsveld (Warande),
 Henri Plagge (De Zorgboog).

Locatie: Noordweg Noord 150 te Zeist (PGGM gebouw).

9.30 uur Welkomstwoord door Jos de Beer (gastheer)

Misschien goed om even te vragen of alle aanwezigen elkaar kennen.

9.40 Inleiding door SB

Programma Prezi

Terugblik vorige bijeenkomsten

De eerste bijeenkomst hebben we gesproken over mijn onderzoek. Ik zal zo weer even stilstaan bij de centrale onderzoeksvraag. De ordening van mijn onderzoek zal langs de levensloop van de bestuurder zijn. Daarnaast heb ik in vogelvlucht een impressie gegeven van de uitkomsten van de eerdere enquêtes.

Hierna hebben we met de focusgroep aan aantal thema's besproken. De thema's waren geordend langs de levensloop van de bestuurder. Het eerste thema was 'vakontwikkeling'. Het tweede thema was 'acceptatieruimte'.

Tijdens de tweede bijeenkomst ben ik weer begonnen met een toelichting op mijn onderzoek en de stand van zaken. Naar aanleiding hiervan stelde u de vraag: 'Is er zoiets als de bestuurder? U gaf aan dat uw ervaring is dat niet sectoren, maar de grootte van de instelling het verschil maakt in wat van de bestuurder wordt verwacht. U gaf mij mee dat ik niet alleen tot een beeld van de gemiddelde bestuurder moet zien te komen, maar ook hoe de bestuurder handelt en of er een verband bestaat tussen dat handelen en de eigenschappen die de bestuurder heeft. U raadde me aan om ook de omgeving van de bestuurder te betrekken bij het onderzoek, zoals headhunters en voorzitters van raden van toezicht. *Deze opmerkingen hebben mij aan het denken gezet. Het eerste onderwerp, namelijk het verschil wat er van een bestuurder wordt verwacht bij de grootte van de instelling, staat dit keer centraal. Het tweede advies om ook met anderen dan de bestuurders te praten, wil ik vormgeven in de twee casus die ik wil onderzoeken. Hierover zo meer.*

Vervolgens zijn we gestart met de focusgroep. We hebben twee thema's besproken: 'opvolging en aanstelling' en 'governance met conflicterende waarden'. Als uitsmijter heb ik u gevraagd of u in uw eigen instelling verzorgd zou willen worden.

Een korte evaluatieronde leverde op dat eenieder de bijeenkomsten als positief had ervaren. Heeft u naar aanleiding van het verslag nog opmerkingen/vragen over deze bijeenkomsten (ook zeker voor de afwezigen)?

Stand van zaken onderzoek

Waar ging het onderzoek ook alweer over? Prezi **S**

Eerste interviewronde gehad. Ik heb daarnaast een aantal interviews met bestuurssecretarissen gehad. De enquête is uitgezet. Vindplaatsen: de levensloop van de bestuurder. Twee casus: accreditatie en een fusie. Voorstel hoofdstukindeling.

10.00 uur Focusgroep: voorzitter: ?

Prezi **S19**.

Wouter/Kim neemt het als voorzitter over. Wouter/Kim legt zijn rol uit. Wouter/Kim legt zijn rol uit (actief observator) en Sophie en Jeroen leggen hun rol uit (inleider).

Kim/Wouter legt de focusgroep uit:

- 1 thema's
- 2 uur
- doel van de focusgroep is verdiepen en valideren van de uitkomsten van de interviews.

- De focusgroep wordt opgenomen: graag telefoons uit.
- We zullen proberen de spreektijd gelijkelijk te verdelen over de aanwezigen: voor de opname: graag niet door elkaar heen praten.
- Verschillende meningen zijn welkom, de groep hoeft het niet eens te worden.
- De resultaten worden in het onderzoek verwerkt, hierbij zullen wel de namen van de focusgroep worden genoemd, maar eventuele citaten zullen niet op persoon/instelling herleidbaar worden opgenomen.

10.10 uur Thema: Bestuurder en schaalgrootte

Prezi S.

Introductie SB: terugkoppeling interviews, enquête, essay Kim onderwijsbestuur.

Relevante citaten interviews:

"Er waren ook wel mensen die zeiden: "Vind je het hier niet te suf?" Ik kwam natuurlijk uit een wereld die hoger staat aangeschreven. Ik kwam uit een hele complexe organisatie. Dan kom je hier in een heel kleine organisatie. Als ik vroeger dacht aan het zijn van bestuurder, dan dacht ik aan ziekenhuisbestuurder. Dat lijkt dan hoger te staan en klinkt ingewikkelder. Ooit zei al een keer een headhunter tegen mij: "Het gaat niet eens zozeer om de grootte, het gaat meer om de processen die er zijn." Ik vind dat nu ook. Ik denk: "Ja, de organisatie is klein." Dat betekent ook dat een aantal dingen heel dichtbij zitten. Het heeft ook heel veel voordelen. Het is anders. Ik denk echt, dat als je een organisatie van tweeduizend mensen aanstuurt, dat dat andere vaardigheden vraagt dan van honderdvijftig mensen. Ik ken iedereen. Bijna iedereen. Dat is gewoon anders, dan als je alles getrapt moet doen. Het zijn andere kwaliteiten die je dan ontwikkelt of die je moet hebben. Een organisatie met medische specialisten geeft ook weer een andere spanning of een andere dynamiek, dan als je die er niet bij hebt. ... Maar het is niet dat ik denk: "Goh, wat is dit nu suf of onnozel." Integendeel. Dit is gewoon state of the art. Er gebeuren waanzinnig goede dingen."

"Toen dacht ik: "Als ik nu echt iets wil bereiken, dan is de vraag of ik dat moet doen door maatschappelijk steeds een stapje hoger ...een grotere organisatie te willen aansturen. Of moet ik het meer in de inhoud zoeken?" Ik heb uiteindelijk bedacht dat dat me beter past. Mijn zoon zei op een gegeven moment tegen mij, toen ik was gevraagd om te solliciteren bij een heel groot organisatie: "Dan word je een naam op papier." Dat is me heel erg bijgebleven. Dan kun je niets meer tot stand brengen."

"Jijzelf hebt het over de levenscyclus van een bestuurder. Maar, je hebt ook een levenscyclus van een organisatie. En zelfs een levenscyclus van een branche. En het helpt je enorm als je je daar van bewust bent. De GGZ, de psychiatrie, die zat aan het einde van een levenscyclus. Waarbij het streven was regionale geïntegreerde psychiatrie, de integrale GGZ. We zitten

eigenlijk in een fase om die periode af te sluiten met een enorme deconstructie van die integrale GGZ. Er zijn nieuwe markttoetreders, ja er is echt concurrentie gekomen. Eigenlijk kan je in je bestaande regio alleen nog maar krimpen. Dus, als je wil groeien moet je iets anders verzinnen. Of je moet accepteren dat je gaat krimpen.... Wij hebben recentelijk voor het eerst een meerjarenbegroting gemaakt, waaruit blijkt dat we gaan krimpen. Na vijfhonderd jaar groei is het best wel markant om te beseffen, nee vanaf nu hebben we een periode waarin we kleiner worden. En dat betekent, heeft heel veel gevolgen voor allerlei leidinggevende activiteiten. Want, meer geld uitdelen is een andere activiteit als met minder geld een organisatie door laten lopen. En afscheid nemen van mensen, en krimpen, en reorganiseren. Ja, daar hoort een ander handelingsrepertoire bij, dan elk jaar groeien en meer geld uitdelen. En dan is het heel belangrijk als ook de leidinggevende, maar ook de medezeggenschap en de bonden inzien: "Oké, de beweging is dus nu kleiner, hoe gaan we daar elkaar bij helpen? En niet blijven ontkennen". Dat betekent dat een sociaal plan dat gericht is van werk naar werk in een krimpende markt eigenlijk niet financieerbaar is. En als de bonden dat snappen, dan zeggen ze: "Dat heeft consequenties voor het sociaal plan". Hoe gaat dat eruit zien? Dus, ..dat is één voorbeeld. Nog eentje, die speelde eerder. Eigenlijk, de beweging van ambulantisering. In Nederland, in de psychiatrie, zijn, na Japan, de meeste bedden per hoofd van de bevolking van de wereld.... Dan moet je opnieuw denken: "Hoe krijgen we hier de achterban mee? Wat hebben we nú nodig om de ratio van die krimp te delen, anderen mee te krijgen?" Nou, en toen hielp het heel erg om het niet meer als een incident te presenteren, maar te laten zien: "Dit is structureel". We gaan gewoon echt een periode van krimp tegemoet. En dat opnieuw als een positieve uitdaging te zien."

"Het mooiste moment is wel geweest toen de fusie tussen een GGZ-instelling die failliet was, die technisch failliet was, en onze instelling. En iedereen zei: "Die steden, die kan je niet bij elkaar brengen. Die fusie is gedoemd te mislukken... Als je dan na drie, vier jaar vaststelt dat het gelukt is, eigenlijk omdat naast die cultuurverschillen, professionals heel snel met elkaar toch iets vinden, iets samen hebben. Dat vind ik leuk. Dus als je adviezen eigenlijk allemaal zorgelijk zijn: "Hoe moet dit gaan werken?" En als dat dan toch lukt. Ook omdat je bereid bent dat risico te nemen, omdat je daar overheen wilt kijken. Of er doorheen wilt kijken."

"We hebben in het ziekenhuis in één jaar tijd echt enorme veranderingen doorgevoerd, die ondenkbaar waren geweest zonder mijn aanwezigheid. En dat heeft te maken met het feit dat dit een heel lief ziekenhuis was waar een afspraak geen afspraak is. En waarbij als je een strategische uitdaging had, je daar gewoon twee personeelsleden bij kreeg. Zo heb ik het ziekenhuis aangetroffen. En in een slechte financiële staat, in een markt die in één keer omsloeg van groei naar krimp markt. Dus, ik heb in heel korte tijd moeten ombuigen: "We zijn met véél te velen hier. Het personeelsquotum is véél te hoog". In een jaar tijd heb ik die vijf procent teruggebracht. Er moet nóg vijf procent. Het is nog steeds te hoog. Dus, daar hebben we een

enorme opschuiving in meegemaakt. Ik heb het huis moeten leren dat niet alles meer kan. Dat het antwoord ook wel eens 'nee' kan zijn. Dat is een héle zware boodschap geweest."

Wat vind je leuk aan zo'n crisis? "Ik denk dat een organisatie met een crisis, maar dat zie je natuurlijk in een iets andere vorm bij fusies ook, die raakt enorm in verwarring. Dus een organisatie raakt de mensen erin, die maken die organisatie, die zijn dan bezig met allerlei verkeerde dingen. Waar ze helemaal geen energie van krijgen, soms zelfs negatieve energie. Maar waar de kracht van een organisatie, van de mensen erin, niet meer voldoende tot uiting komt. Ja, om dat om te buigen naar een organisatie die weer trots is op zichzelf."

We hebben een iets andere werkwijze dit keer: concept mapping:

Centraal onderwerp: wisselwerking complexiteit en de bestuurder van een zorginstelling (tekenen met een cirkel eromheen). Breng gerelateerde onderwerpen in kaart door ze eromheen te plaatsen. De gerelateerde onderwerpen kan je weer onderverdelen in subonderwerpen. Is dit compleet? Mist er nog iets?

Stap 1: brainstormen: individueel opschrijven associaties

Stap 2: prioriteren: individueel rangschikken (score 1 tot 5), daarna gezamenlijk.

Stap 3: clusteren: individueel (elk onderwerp mag 1x voor komen).

Stap 4: verwerken: adhv clustering onderwerpen dicht bij elkaar of verder van elkaar weg plaatsen. Op basis van stap 2 gemiddeld belang cluster bepalen.

Stap 5: interpretatie: x en y as definiëren en conclusies trekken adhv prioriteiten clusters.

Nuttig voor: analyseren data: keywords. Formuleren van relevante onderzoeksvragen/thema's/theses. <https://bubbl.us/mindmap> (op deze site kan je een Mind Map online maken, ik weet echter niet of dit 'veilig' is, liever dus gewoon op papier).

*Toelichting aanwezigheid Jeroen: link tussen schaal en werk van bestuurders, wat is schaal?, vragenlijst over fusies. Prijswinnaar justification works. Prezi **S**.*

Introductie Jeroen:

- *Verandering in schaal in de zorg*
- *Inleiding proefschrift*
- *Dimensies aan schaal*

Suggesties SB:

- *Er is een link tussen schaal en het werk van bestuurders: Postma (2015, p. 222): "Structural changes in scale can have unpredictable consequences for managers, professionals and patiënts in the daily organization and provision of care." Postma, 2015, p. 223: "Also*

executives and managers should be aware that scale is a multifaceted concept, in which changes in the one dimension of scale have an impact on the other dimensions. Therefore, they should include a wide range of values and perspectives in decisions on scale."

- Postma, 2015, p. 215: *"The symbolic dimension of scale is central in these struggles. For example, in the human scale and professional scale discourses, actors define scale in positive terms ('personal attention', 'professional freedom') and contrast those with negative connotations of managers and executives, who are 'miles away, at the top of the organization."*
- In april 2012 heeft onder andere Jeroen Postma een vragenlijst over fusies uitgezet. Interessant: reden fusie, rol bij keuze fusiepartner, positief/negatief effect fusie, tevredenheid fusie. Postma, 2015, p. 35: *"Our empirical study shows that healthcare providers predominantly merge to improve the provision of healthcare services and to strengthen their market position. Also efficiency and financial reasons are important drivers of merger activity in healthcare. We find that motives for mergers are related to changes in health policies, in particular to the increasing pressure from competitors, insurers and municipalities."*

10.40 uur Kim/Wouter: discussie: Prezi .

Stap 1: brainstormen: individueel opschrijven associaties

Stap 2: prioriteren: individueel rangschikken (score 1 tot 5), daarna gezamenlijk.

Stap 3: clusteren: individueel (elk onderwerp mag 1x voor komen).

Stap 4: verwerken: adhv clustering onderwerpen dicht bij elkaar of verder van elkaar weg plaatsen. Op basis van stap 2 gemiddeld belang cluster bepalen.

Stap 5: interpretatie: x en y as definiëren en conclusies trekken adhv prioriteiten clusters.

Relevante vragen (achtergrond, wordt niet 'nagelopen')

- Eerst: schrijf voor jezelf op (5 dingen): Wat is de relatie/wisselwerking tussen schaal en (competenties als) bestuurder (kennis, vaardigheden, gedrag)?
 - Wat zijn in jullie optiek verschillen tussen kleine en grote organisaties?
 - Is besturen van een kleine zorginstelling anders dan van een grote?
 - Welke competentieverschillen vraagt een verschillende schaal?
 - Is dit ook gradueel (meer ervaring-grotere instelling)?
 - Wat is groot (fte-omzet-locatie)?
 - Hebben jullie ervaring met schaalvergroting/schaalverkleining?
 - Wat is het effect op besturen?
 - Is er een optimale schaal voor besturen?
 - Stelling: een goede bestuurder kan elke schaal besturen.
- Welke andere variabelen spelen een rol?
 - Is schaal meer bepalend dan bv. sector of zorg/niet-zorg

- Is de fase van de organisatie ook van belang?
- Is het verschil eenhoofdig/meerhoofdig bestuur hieraan gekoppeld en relevant?
- Herkennen jullie dit thema?
 - Leeft het verschil onder bestuurders?

Indien tijd over: Jeroen vertelt nog iets over justification works

Justification works: Postma, 2015, p. 142: *"A related topic for future research could be the connection between compromises and 'good governance'. Relevant questions are for example: under what conditions do compromises lead to 'good governance' and when does it lead to 'bad' governance?... And how do deductive definitions of good governance (e.g. in guidelines and codes..) reconcile with the inductive interpretations of good governance that are developed bottom-up in daily practices?"*

12.15 uur Afsluiting focusgroep en lunch

Prezi **S** Wouter/Kim: Hoe vond u het?

Samenvatting door SB, eens?

Prezi **S**.

Volgende bijeenkomst: 8 juni 2016.

Invulling

In de tussentijd: resultaten enquête, theorie naast eerste resultaten interviews leggen.

Bijeenkomst bestaat weer uit focusgroep en stuurgroep.

Kern focusgroep: bespreken enquête, interviews en koppeling theorie.

Kern stuurgroep: Nog nader te bepalen, link justification works?

12.20 Afsluiting door SB

4.4 Draaiboek focusgroep 8 juni 2016

Aanwezig:

Jos de Beer (NVZD),
 Moniek van Jaarsveld (Warande),
 Julianne Meijers (Siza),
 Ernest Muter (NSDSK),
 Henri Plagge (De Zorgboog).
 Wouter ten Have (VU/Tenhavchangemanagement),
 Kim Putters (Erasmus Universiteit/SCP, gastheer)
 en Sophie Bijloos.

Afwezig:

Bart Bemelmans (Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis),
 Richard Janssen (Altrecht GGZ),
 Marjolein ten Kroode (Rivierduinen),
 Marc van Ooijen (St. PSW Midden Limburg) en
 Yvonne Wilders (Spaarneziekenhuis).

Locatie: SCP, Rijnstraat 50, 2515 XP Den Haag.

14.00 uur Welkomstwoord door Kim Putters (gastheer)

Toelichting programma: start met een stuk theorie en de vraag of het onderzoek aansluit bij wat u in de praktijk ervaart. Het tweede gedeelte is zoals eerdere keren: het leveren van input voor het onderzoek.

Stand van zaken onderzoek

Kim/Wouter: misschien leuk als jullie hier iets over zeggen?

Praktische vraag: ik wil graag in contact komen met headhunters. Suggesties?

PM Ik wil de terugblik op de vorige bijeenkomst dit keer achterwege laten: ik heb deze al rond gemaild.

De 'spelregels' zijn hetzelfde als bij eerdere bijeenkomsten:

- De bijeenkomst wordt opgenomen: graag telefoons uit.
- We zullen proberen de spreektijd gelijkelijk te verdelen over de aanwezigen: voor de opname: graag niet door elkaar heen praten.
- Verschillende meningen zijn welkom, de groep hoeft het niet eens te worden.

- De resultaten kunnen in het onderzoek worden verwerkt, hierbij zullen wel de namen van de focusgroep worden genoemd, maar eventuele citaten zullen niet op persoon/instelling herleidbaar worden opgenomen.

Het programma is iets gewijzigd: na het abstract over de license to operate spreken we inhoudelijk verder over de stakeholders van bestuurders en na het hoofdstuk over besturen een vak? over het zorgbestuurders vs bestuurder ergens anders zijn. Dit sluit bij nader inzien logischer aan.

14.10 - 14.45 uur Inleiding door SB Abstract 'Measuring the license to operate of healthcare executives in the Netherlands'

Dit abstract heb ik ingestuurd om te presenteren op een internationaal congres (EGPA). Ik ben inmiddels toegelaten en moet voor 31 juli het definitieve paper indienen.

Ik zal het abstract mondeling kort toelichten.

Sheet 2

- Uit mijnbouwindustrie (in the mining industry to describe 'the changing nature of company-community interactions and the level of acceptance afforded to resource development operations'⁷¹.)
- Meetinstrument: niet alleen legitimiteit wordt gemeten, maar ook de mate van legitimiteit/vertrouwen.

Sheet 3

License to operate: werkdefinitie: een set van eisen en verwachtingen van interne en externe stakeholders en breder, de maatschappij, voor hoe zorgbestuurders zouden moeten handelen.

Sheet 4

Er zijn verschillende manieren om naar bestuurders te kijken vanuit theorie:

71 Moffat e.a., 2015.

- vanuit organisatie-theorieën⁷²
- vanuit leiderschapstheorieën (persoonlijke kenmerken)
- Zoeken naar koppeling: rol organisatie/context/persoonskenmerken bestuurder.

Sheet 5

Hangt samen met vertrouwen en legitimiteit.

Vertrouwen op verschillende niveaus: vertrouwen in persoon hangt samen met vertrouwen in instelling en de industrie als geheel.

Vertrouwen in de persoon wordt gevormd door het vertrouwen in de competenties en intenties van de ander.

Fukuyama (1995) heeft er op gewezen dat het belangrijk is voor het vertrouwen in een samenleving, dat burgers bereid zijn de regels van de overheid te volgen. Hij maakt een onderscheid tussen 'high trust societies' (vertrouwen samenleving) en 'low trust societies' (wantrouwen samenleving). In een high trust society hebben burgers vertrouwen in de staat en wordt wetgeving gerespecteerd. Daar houden burgers zich aan de regels en komt men (ook onderling) afspraken na.

Millenaar e.a., 2013: vertrouwen hangt samen met de toegekende competenties, intenties en integriteit van de vertrouweling aan de te vertrouwen persoon. Daarnaast met het vermogen van degene die het vertrouwen uitspreekt om te vertrouwen. De mate van vertrouwen heeft invloed op de organisatie-uitkomsten.

⁷² Andrews e.a., 2012, p. 8-9: "Institutional theorists argue that organizational behaviour and performance are constrained by a set of external forces that bestow (or withhold) 'legitimacy'. An organization is perceived as legitimate by powerful stakeholders if its internal arrangements are consistent with prevailing norms (in other words, if it is managed in a way that is 'modern' or 'fashionable'). DiMaggio and Powell (1983) argue that organizations are subject to three types of pressures that shape their characteristics: (1) 'normative' (stemming from prevailing professional beliefs about appropriate management structures and processes), (2) 'mimetic' (arising from the ways in which organizations seek to copy and emulate their apparently more successful peers) and (3) 'coercive' (as a result of laws, regulations and accountability requirements imposed by the state)."

Drath e.a., 2008, p. 638: "Situational approaches focused on aspects of the context such as how a leader emerges through communication patterns (Leavitt, 1951), how seating arrangements predispose people to think of a particular person as the leader (Howells & Becker, 1962), and how the behavior of a leader's boss determines the leader's behavior (Shartle, 1951). Contingency approaches share the idea that the effectiveness of a leader and the desirability of certain leader traits and behaviors come about through an interaction with the situation (Fiedler, 1978; Hersey & Blanchard, 1969; House, 1971; Hunt, 1991; Vroom & Yetton, 1973). Systems approaches to leadership theory (e.g. House & Aditya, 1997; Melcher, 1977) frame leaders as agents operating within a larger system that includes the organization, its structure, the environment, and technology."

Sheet 6

Verschillende niveaus van vertrouwen roepen verschillende reacties op

Sheet 7

In de zorg: legitimiteit bestuurders ter discussie (gaan we zo nog verder op in). Verwerken legitimiteit.

Van der Scheer, 2013, p. 184: *"De uitkomsten van dit onderzoek maken duidelijk dat legitimiteit niet alleen afhangt van de rechtmatigheid van het handelen van zorgbestuurders, de maatschappelijke of morele aanvaardbaarheid of de resultaten die zij behalen. Ze wordt ook verkregen door relaties aan te gaan en te onderhouden."*

Uit congrespaper EGPA congres Bijloos, 2015:

"Healthcare is perceived as one of the biggest national problems by the citizens of the Netherlands.⁷³ Although trust in medical doctors and specialists is high, trust in institutions and its representatives lags behind.⁷⁴ A survey of the NIVEL showed that only 9% of the public trusts healthcare executives.⁷⁵"

Sheet 8

Zorg derde sector: tussen staat, markt en gemeenschap.

Sheet 9

Verschillende governance regimes: van publiek, privaat, maar ook professioneel (met name ziekenhuisbestuurders en GGZ bestuurders). Daarbinnen verschillende dynamieken.

Sheet 10

Operationalisatie

Sheet 11

In de zorg heeft elk governance regime zijn eigen moraliteit

Sheet 12

Uit de interviews en de literatuur kwam naar voren dat op bepaalde momenten de license to operate gevormd wordt of ter discussie staat...

- Professionalisering

⁷³ Den Ridder e.a., 2015.

⁷⁴ Hoefman e.a., 2015.

⁷⁵ Hoefman e.a., 2015.

- Aanstelling/opvolging
- ‘Geërfd’ vertrouwen
- Organisatieverandering (fusie/defusie)
- Verandering in bestuur
- ‘interpretatieconflicten’
- Bij momenten van controle/verantwoording afleggen

Sheet 13

De license to operate wordt gekregen van bepaalde stakeholders.

Sheet 14

Putters, 2009.

Al deze stakeholders opereren op verschillende niveaus (collectief en individueel) en hebben een verschillende rol op verschillende momenten.

Uit presentatie op het EGPA congres Bijloos, 2015:

“Patiënten have patiënt organizations, internal and external, but can also be satisfied or dissatisfied as a person with the healthcare organization and can file a complaint, post negative feedback online or go to another healthcare organization.

Power to grant or withhold/withdraw license to lead (LL) of stakeholders

Each of these institutions contributes to the executives' LL, yet the question is: how? To determine the weight of the different parties, and their influence on the executives' LL, stakeholder theory is used. Mitchell et al define the attributes of power, legitimacy and urgency to assess stakeholders. For the LL this is translated into the power to influence the carrier of the healthcare executive, the legitimacy of the stakeholders relationship with the healthcare executive and the urgency of the stakeholders claim to the carrier of the healthcare executive.

This approach sounds awfully calculating: shouldn't there be a moral component to the work of the executive instead of only worrying about his/her carrier? The reason to frame it like this is because we try to find the LL and the moment it is withheld or withdrawn, this impacts the carrier of the executive. However, the executive him-/herself is hereafter described as one of the stakeholders, because he/she has an own set of values and is also capable of impacting he's/her own LL.

To determine the SLO Thomson and Boutilier describe four factors: economic and socio-political legitimacy and interactional and institutionalized trust.⁷⁶ Economic legitimacy is key to achieve acceptance (cross the legitimacy boundary), socio-political legitimacy and interactional trust together to achieve approval (cross the credibility boundary) and institutionalized trust to achieve psychological identification (cross the trust boundary). Thomsons and Boutiliers pyramid offers an interesting perspective to look at trust in healthcare executives on the three levels of interpersonal, institutional and public trust.⁷⁷

Sheet 15

Sheet 16

In de mijnbouw is het zo geoperationaliseerd.

Te simpel. Het gaat ook om de relatie tussen het vertrouwen in de bestuurder, de organisatie en de sector als geheel. Op verschillende momenten zijn verschillende stakeholders van belang en zijn verschillende factoren bepalend voor het vertrouwen. Daarom onderzoek ik deze momenten.

Er ontstaat maatschappelijke vertrouwen als er een goed functionerend governance systeem is. Governance is dus noodzakelijk omdat in een samenleving de een het behartigen van zijn belang over laat aan de ander8. Het doel van governance is te zorgen dat degene die het belang behartigt dat zo goed mogelijk doet. Governance is dus ook een middel om maatschappelijk vertrouwen te scheppen.

Governance op zichzelf brengt niets tot stand. Een onderneming maakt geen winst door alleen good governance. Good governance leidt niet tot de aanleg van wegen of professionele behandeling van patiënten. Wel draagt governance bij aan maatschappelijke stabiliteit en maatschappelijk vertrouwen.

Ik ben benieuwd naar uw eerste reactie op het abstract. Ook ben ik benieuwd of u zich herkent in de aangesneden thematiek.

Sheet 17

14.45 – 15.30 uur Stakeholderanalyse

Uit de enquête komt een beeld wie voor u belangrijke stakeholders zijn, hoeveel tijd u met de verschillende stakeholders doorbrengt en hoeveel prioriteit ze voor u hebben.

⁷⁶ Thomson en Boutilier, 2011.

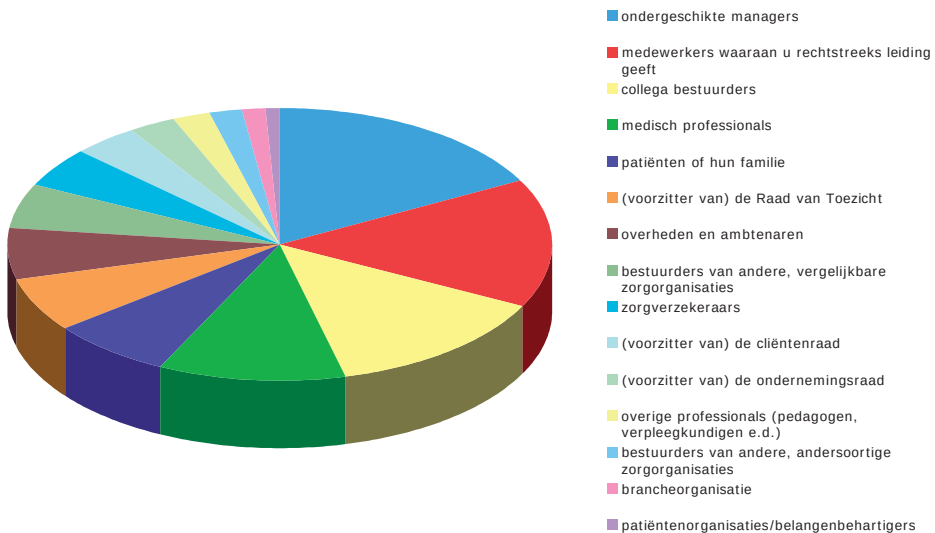
⁷⁷ see also Van der Schee e.a., 2012.

Deze uitkomsten lijken voor een gedeelte niet logisch aan te sluiten op de uitkomsten over hoe zorgbestuurders hun eigen rol en taak zien. Ik zal dit op 8 juni nader toelichten en met u kijken of we deze tegenstrijdigheid kunnen duiden en verklaren.

Ongeveer 65% van de tijd besteden bestuurders aan interne zaken. Dit is door de jaren heen ongeveer gelijk gebleven. Tussen sectoren zijn hier wel verschillen: ziekenhuis-bestuurders brengen meer dan 10% van hun tijd minder door met externe zaken dan bestuurders in de gehandicaptenzorg. Dit heeft met name te maken door een toename in de tijd die bestuurders in de gehandicaptenzorg extern doorbrengen, terwijl deze voor bestuurders in de zorg ongeveer gelijk is gebleven sinds 2000.

Bestuurders besteden gemiddeld ongeveer de helft van hun tijd aan zorginhoudelijke taken (44%) en de andere helft aan beheersmatige taken (56%). In het algemeen is de aandacht voor de zorginhoud toegenomen: er wordt gemiddeld bijna 5,5 uur meer per week aan besteed.

Sheet 18



Sheet 19

When there is a fellow executive, he/she is the most important stakeholder. The professional governance seems the most important regime. The focus of the healthcare executive is first and foremost to the internal organization. The formal institutions seems to play a less important role than the individuals they represent (for example patients/patient organizations).

Sheet 20

Bestuurders brengen het meeste tijd door met hun managers en als ze deze hebben, hun collega's.

Klopt dit een beetje met het beeld dat u zelf heeft?

Gaat dit over het belang dat u zelf aan deze stakeholders hecht of de organisatie?

Zou dit voor de license to operate op eenzelfde manier gelden?

Sheet 21

In deze grafiek is het belang dat bestuurders in de verschillende sectoren aan de verschillende bestuurlijke rollen hechten tegen elkaar afgezet. De rol van bestuurder die de strategische lijnen uitzet naar de toekomst is voor alle bestuurders de belangrijkste rol. De rol van tussenpersoon is voor bestuurders uit de ziekenhuizen en combinatie instellingen een belangrijke rol. De rol van boegbeeld/ambassadeur van de organisatie naar buiten en naar binnen is ook een belangrijke rol. De rol van ondernemer is voor bestuurders in de gehandicaptenzorg ook van belang. De meer managementachtige rollen, zoals het sturen op efficiënte productie en de regisseur die zorgt dat zorgprocessen soepel verlopen vinden bestuurders minder belangrijk.⁷⁸

Het zijn van tussenpersoon tussen binnen- en buitenwereld en boegbeeld van de organisatie naar buiten en naar binnen worden dus gezien als belangrijke rol.

Sheet 22

In de enquête is een vraag opgenomen hoe aan ondernemerschap invulling wordt gegeven. Het aangaan van samenwerkingsrelaties is hierbij een belangrijke manier.

Toch wordt veel tijd intern doorgebracht en worden de externe stakeholders niet als de belangrijkste stakeholders gezien. Hoe is dat te verklaren?

Als we nu kijken naar de taak van bestuurders, zien we dat het merendeel van de bestuurders het meest trots is op de kwaliteit van de zorg die geleverd wordt, daarna de

⁷⁸ Het 'boegbeeld' of de 'ambassadeur' van de organisatie naar buiten en naar binnen

De 'bestuurder' die strategische lijnen naar de toekomst uitzet

De 'manager' die ervoor zorgt dat de productie efficiënt en volgens afspraken verloopt

De 'regisseur' die ervoor zorgt dat zorgprocessen soepel verlopen

De 'tussenpersoon' die verbindingen legt tussen de binnen- en buitenwereld van de organisatie

De 'ondernemer' die vernieuwingen introduceert en nieuwe 'markten' aanboort.

economische gezondheid van de organisatie en daarna de maatschappelijke functie. Met dit in het achterhoofd, lijkt het logisch dat de meeste tijd intern wordt doorgebracht.

Sheet 23

U geeft aan dat u zich het meest verbonden voelt met de organisatie waar u voor werkt, daarna met de (problematiek van) cliënten en op drie met de grotere maatschappelijke vraagstukken aangaande de zorg.

Sheet 24

Ik heb de respondenten gevraagd hoe zij het belang van patiënt/cliënt mee nemen in hun beleid. Het belang van de patiënt wordt vooral meegenomen door de inbreng van cliënten/patiëntenraden. Het directe contact met de cliënt en cliëntenraden is 2,5 uur per week. Extern brengen bestuurders minder dan een uur per week met patiëntenorganisaties door. Daarnaast door mee te lopen in de organisatie en op drie door terugkoppeling van medewerkers.

De inbreng van cliënten/patiëntenraden is volgens u dus relevant om het belang van de cliënt mee te nemen in de besluitvorming. Waar ik benieuwd naar ben is of dit belang van de cliënt voor u ook bepalend is om de kwaliteit van zorg die geleverd wordt in uw instelling vast te stellen.

Sheet 25

15.30 uur – 16.15 uur Redeneerlijn hoofdstuk 1: besturen een vak?

Ik zal dit ook mondeling kort toelichten.

Dit onderzoek richt zich op mensen die leiding geven aan zorginstellingen. Dit is relevant en interessant omdat deze groep onderwerp is van discussie in de politiek en media en omdat de groep zichzelf in toenemende mate beschouwt als beroepsgroep.

Centraal in dit hoofdstuk staat de vraag hoe de professionele ontwikkeling van zorgbestuurders is vormgegeven. Het gaat om hoe zij zich vormen tot zorgbestuurder (vooropleiding/ervaring) en hoe ze zich als ze eenmaal bestuurder zijn verder professionaliseren. Om deze vraag goed te kunnen beantwoorden wordt ook onderzocht of besturen in de zorg eigenlijk wel een beroep is waarin je je kan professionaliseren.

Het belang van alle professionals is dat hun beroepsgroep maatschappelijk goed staat aangeschreven, dat er waarborgen zijn voor kwaliteit en dat er maatschappelijk vertrouwen in die kwaliteit bestaat. (Hoek, 2007)

Dit wordt ook onderschreven door Hoek, 2007, p. 30: *"In professionals governance wordt de macht van de individuele beroepsbeoefenaar in- geperkt door de professionele standaards, de opleiding, de visitatie en de registratie. En als dat niet voldoende is, meestal ook nog door een vorm van eigen tuchtrecht."*

Noordegraaf e.a., 2015, p. 3: *"There seems to be an increasing mismatch between professional workers, professional fields and how they are regulated on the one hand, and external surroundings, social challenges and public expectations on the other. This mismatch affects performance. When professional knowledge, development, norms, identities and competencies do not match tasks, duties and challenges, the quality of services and social effects will be negatively affected."*

This mismatch may occur in several fields, each of them potentially jeopardising the professional's performance:

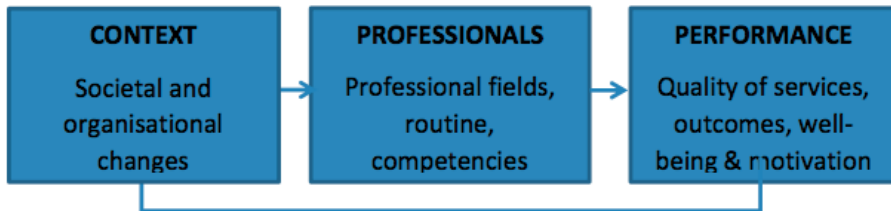
1. *Technical: professional knowledge, evidence, methods might be fragmented and contested, and/or not effective for dealing with cases.*
2. *Practical: professional skills and behaviours as well as professional development might be inadequate to deal with social challenges.*
3. *Moral mismatch: unclear values and weak ethical guidelines might be at stake, fuelled by publicly exposed failures (Enron, Shipman, et cetera).*
4. *Political: politicians expect problems to be solved and risks eliminated, which might be at odds with professional outlooks.*
5. *Personal and social: the professional's motivation and well-being may have deteriorated."*

(1) *Context*: economic, social, technological and organisational changes.

5

(2) *Professionals*: professional fields, routines, competencies, professional work.

(3) *Performance*: quality of services, results/outcomes, motivation/well-being.



Figuur Noordegraaf e.a., 2015, p. 6: Figure 1. Professional performance: Conceptual model
The CPP model in figure 1 allows us to identify critical research themes and questions, as the relations between the core variables (Context-Professionals-Performance) open up multiple research areas. Taken together, they explain what professional responses occur, why and when, and with what effect.

Plaats in het proefschrift:

Mijn onderzoeksvraag is 'hoe wordt de license to operate van zorgbestuurders gevormd?' Deze vraag beantwoord ik langs de levensloop van zorgbestuurders. In dit hoofdstuk staat centraal hoe zorgbestuurders zorgbestuurder worden, het gaat dus om de vorming/vooropleiding. Het is dus het begin van de levensloop. Het hoofdstuk draagt bij aan het nader definiëren van 'zorgbestuurder' en geeft inzicht hoe de professionalisering van zorgbestuurders bijdraagt aan het verkrijgen van hun *license to operate*.

Opbouw hoofdstuk

Het hoofdstuk start met een theoretische beschouwing over beroepsvorming met behulp van professionaliseringsliteratuur.

Sheet 26

- Definitie professie: "*a vocation founded upon **specialised educational training**, the purpose of which is to supply objective counsel and service to others, for a direct and definite compensation, wholly apart from expectation of other business gain. Professional societies and its members are characterised by some extent of internal regulation and quality control, autonomy, power, status and prestige. There are two sides to such regulation: (a) the **distinct right of professionals to perform acts** that people are otherwise forbidden to do and (b) **an obligation of the professions to organise internal control of quality of work**. Only with obvious quality of work, transparent quality control and a not unreasonable honorarium for services, society is willing to **trust the professions**."* Noordegraaf e.a. (2015, p. 2) [markering toegevoegd].
- Bij deze definitie en anderen van professies wordt als uitgangspunt genomen dat de groep expert knowledge heeft.
- Maar: wat wordt gezien als professie is niet statisch en het woord wordt ook gebruikt in verschillende contexten en met verschillende betekenissen.
- Bovendien is het woord professie waardegeladen: het kan gebruikt worden om bepaalde belangen te dienen, oftewel: er zijn voordelen aan om jezelf als beroepsgroep te zien, namelijk: (1) "*It recognises the professionalism, body of knowledge and practical competence of our members*" (i.e., "*We have joined the premier league of professional bodies*"); (2) "*It makes us even more of a 'must belong' body for anyone who is professionally involved in people management and development*"; and (3) "*Our charter means that we are recognised as a 'must consult' body by policymakers in government and elsewhere on the whole range of people issues and work*" Armstrong 2000 p. 54 in Watson, 2002, p. 103.
- Gezien de lading die op de term 'professie' rust en het feit dat de definitie van wat een professie is verandert door de tijd, is het interessanter om de 'professional-talk' te ontleden dan om de vraag te beantwoorden of zorgbesturen een professie is (immers: dat hangt ervan af in wiens ogen, op welk moment en in welke context).

Vervolgens een korte discourseanalyse: hoe wordt in de politiek, door wetenschappers en door de NVZD als beroepsvereniging en door bestuurders zelf gesproken over zorgbestuurders als groep?

De NVZD:

- zorgbestuurders zijn eindverantwoordelijken van organisaties die WTZi toegelaten zijn of directe zorg verlenen.
- Besturen is een vak: accreditatie, professionalisering, vakontwikkeling.

Branches

- De laatste versie van de Zorgbrede Governance code is in 2010 door de zorgbranches opgesteld. Het doel was om *"aan te zetten tot nadenken over het eigen functioneren en – als gevolg daarvan – tot professionalisering van bestuur, toezicht en het samenspel tussen beide."* *"De code betekent transparantie: het is duidelijk wat men van good governance kan verwachten en er is de plicht om zich daarover te verantwoorden."* *"De code moet bijdragen aan het vertrouwen van de omgeving in de zorgorganisatie."* *"Een ander element dat bijdraagt aan deze code is het gegeven dat het gaat om zelfregulering. De sector zelf wil dat bestuur en toezicht goed functioneren."* *"De sector wil met deze code ook bereiken dat de overheid de sector voldoende ruimte geeft om adequaat invulling te geven aan maatschappelijk ondernemerschap."* (BoZ, 2009, p. 9-10).

De wetenschap:

- Zorgbestuurders begeven zich in drie governance regimes: het professionele, publieke en private.
- Zorgbestuurders zijn embedded agents: verbindende schakel tussen organisatie en buitenwereld.
- Zorgbestuurders zijn nobele wilden.
- Zorgbestuurders moeten eisen van overheid, markt, gemeenschap en medisch specialisten zien te wegen en deze weging verantwoorden.
- De politiek:
 - Professionele discours: vakbekwaamheid, professionalisering, bestuurderscultuur, moreel kompas van bestuurders, bestuurderstoets, gilde, bestuursverbod en niet vrijblijvende toelating branche.
 - Maar, geen pleidooi voor beroepsgroep met hoge autonomie: werving gebeurt door raad van toezicht (bij medici door medici), pleidooi voor externe toets, meer inspraak stakeholders (met name cliënt/medewerkers) ook bij codes en accreditatie
 - De huidige groep bestuurders wordt niet als de juiste gezien: macht ligt bij de verkeerde: bestuurders van grote instellingen hebben tijd om zich te organiseren, maar staan ver af van het primair proces. 'oud denken' onder bestuurders: niet mee gaan met de tijd (sluiting verpleeghuizen etc).
 - De minister benadrukt het complex werk van bestuurders
 - De kamer ziet bestuurders als groep die een redelijk inkomen moeten verdienen.
 - De wet: onbehoorlijke taakvervulling juridische ondergrens. In de zorg extra zorgplicht kwaliteit en veiligheid (jurisprudentie).

Bestuurders zelf:

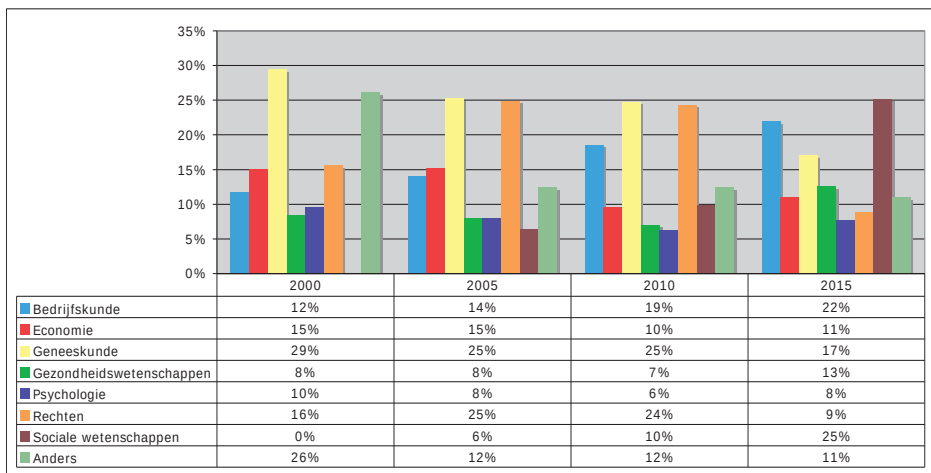
- Bestuurders zien zich zelf eerder als verbinder dan als expert: zie ook expertisegebieden accreditatie.

- In de eerste plaats verbonden met organisatie, cliënten en maatschappelijke vraagstukken, daarna pas met medebestuurders.
- Zorgbestuurders bewegen wel tussen sectoren, uitzondering: ziekenhuis- en GGZ-bestuurders.

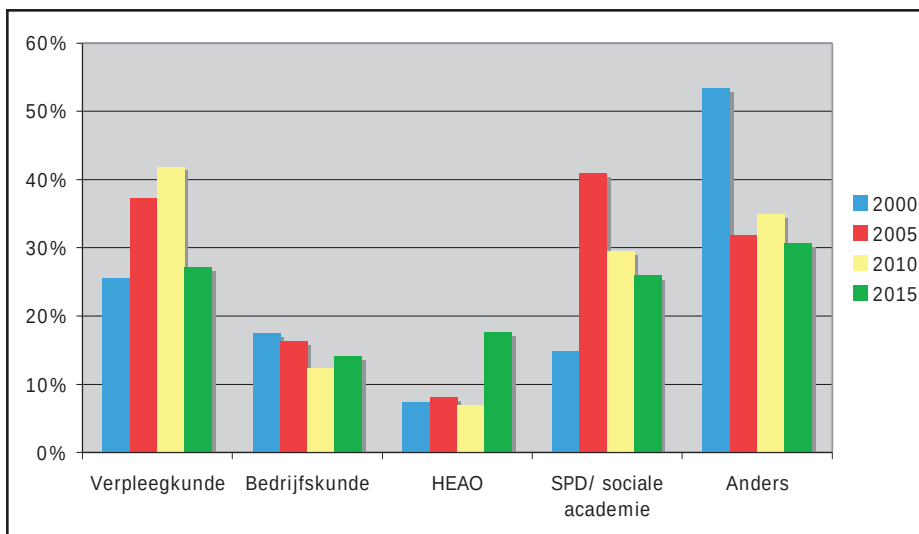
Wat is het professionaliseringstraject van zorgbestuurders?

Sheet 27

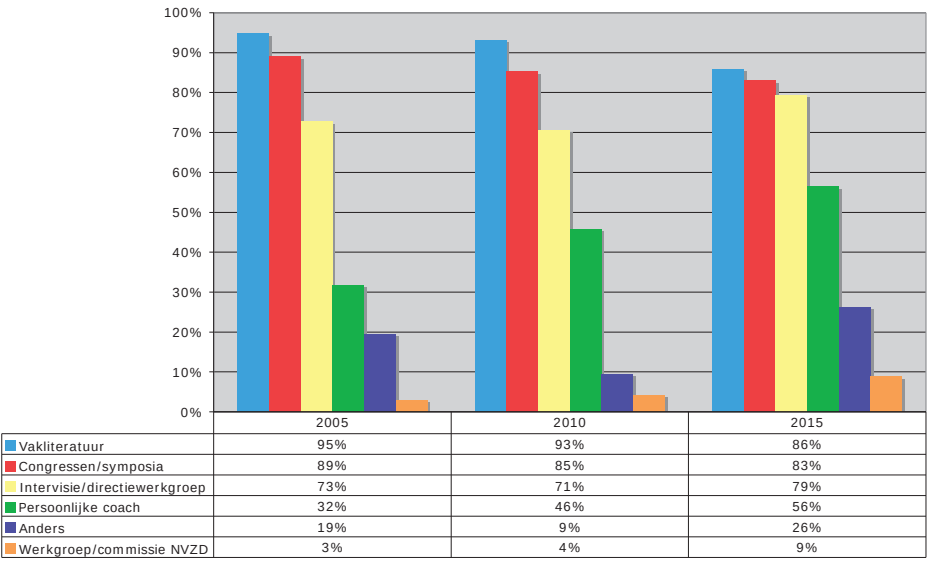
- Uit enquête blijkt dat vooropleiding bestuurders heel divers is, maar merendeel hoger opgeleid (80% universitair, 28% hbo).
- We zien verschuivingen in het soort universitaire studierichtingen dat door bestuurders is gevolgd. Opvallend is bijvoorbeeld dat in 2000 29% van de bestuurders een geneeskundige achtergrond had. In 2005 en 2010 is dit 25%, maar in 2015 nog maar 17%. Er is een toename in bestuurders met een bedrijfskundige achtergrond. **Sheet 27.**



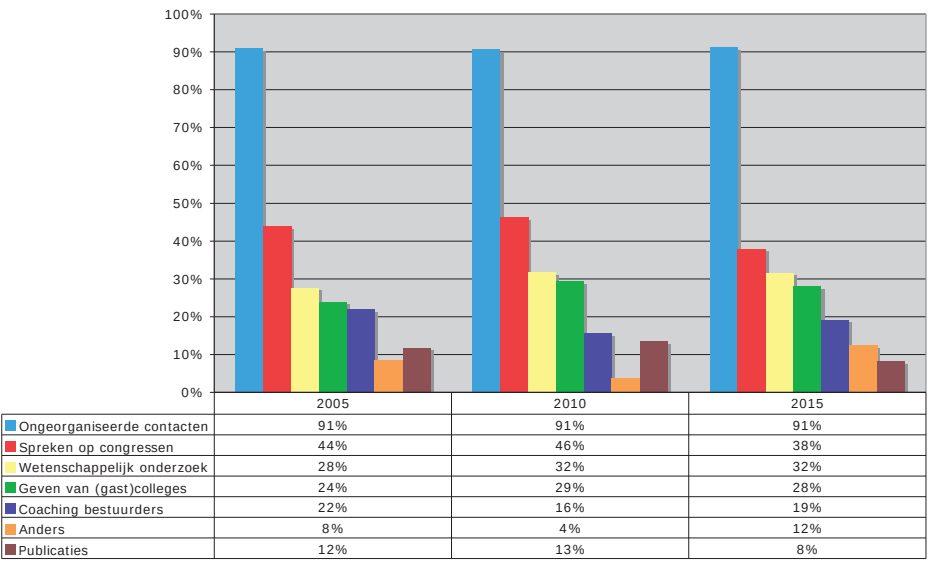
Sheet 28



- Uit interviews en terugkoppeling in focusgroep blijkt dat ervaring voor bestuurders meer centraal staat bij hun vorming dan vooropleiding.
- Maar: Bijna 90% van de bestuurders heeft één of meer post-academische opleidingen gedaan. Dit is door de jaren heen een redelijk stabiel percentage.
- Naast het volgen van opleidingen zijn er ook andere manieren waarop bestuurders aan hun vak werken. Het lezen van vakliteratuur is voor bestuurders (naast opleidingen) de belangrijkste manier om zich te ontwikkelen, gevolgd door deelname aan congressen of symposia en deelname aan intervisie- of directiewerkgroepen. Ten opzichte van 2000 is er een toename van het aantal bestuurders die een persoonlijke coach hebben en een afname van het lezen van vakliteratuur.



Kennisdeling vindt ook op andere manieren plaats, waarvan het meest door ongeorganiseerde contacten.

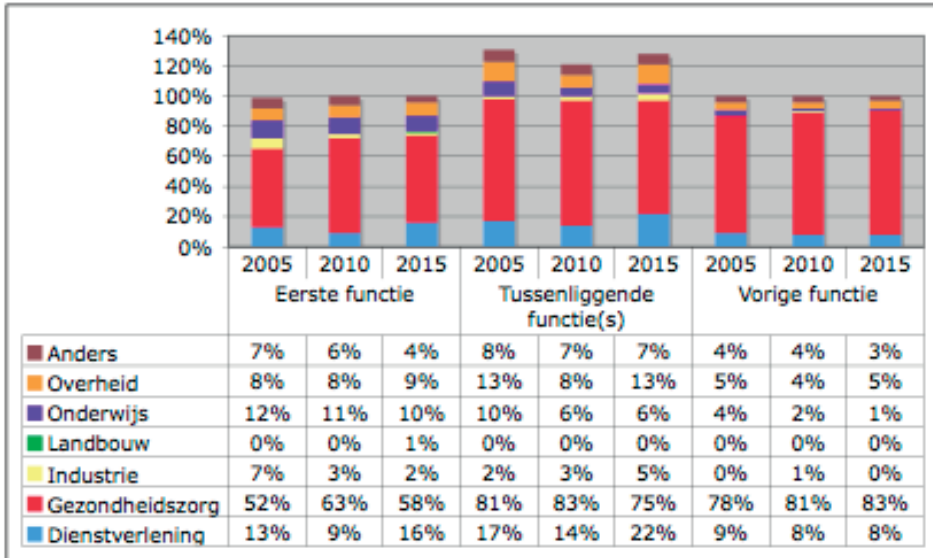


Carrièreverloop

De meeste bestuurders starten hun carrière in de gezondheidszorg (58%). In de functie(s) daarna neemt het aandeel bestuurders die in de gezondheidszorg verder gaan toe (75%), maar zijn ook de dienstverlening (22%) en de overheid (13%) voorkomende

carrièrepaden. De functie voorafgaand aan de huidige functie heeft het overgrote merendeel van de bestuurders in de gezondheidszorg uitgeoefend (83%).

Sheet 29



De eerste managementfunctie hadden bestuurders gemiddeld 25 jaar geleden. Sinds 2000 is het langer geleden dat bestuurders begonnen met hun eerste managementfunctie.

Sheet 30

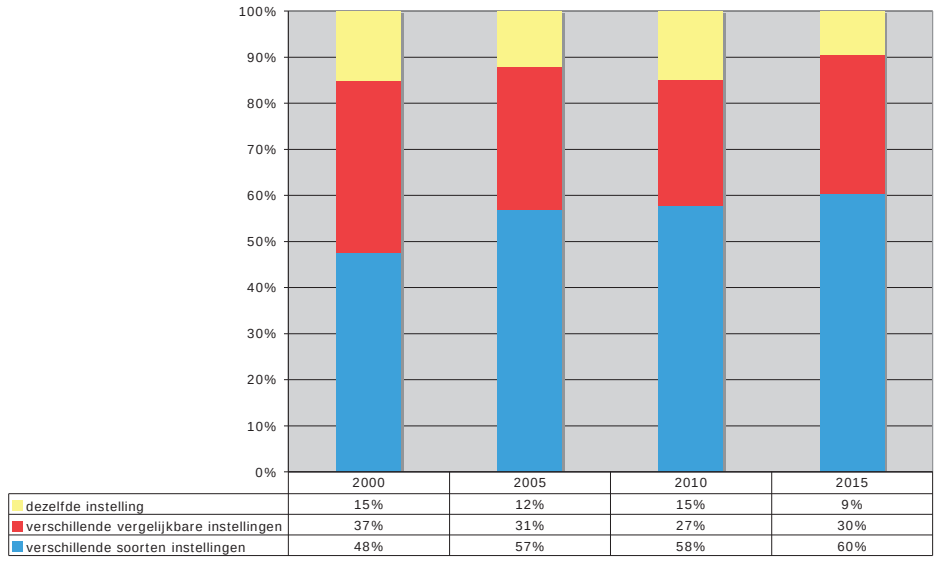
Ook het totaal aantal uitgeoefende managementfuncties neemt toe van 3,3 in 2000 naar 5,5 in 2015. De toename van het aantal directiefuncties is niet in lijn met de toename van het totaal aantal managementfuncties, maar blijft hierbij achter (1,9 in 2000, 2,2 in 2015). Het aantal functies binnen de gezondheidszorg stijgt van 2,3 in 2000 naar 3,8 in 2015.

Bestuurders van wie de huidige functie niet de eerste eindverantwoordelijke functie is hebben vaker managementfuncties buiten de gezondheidszorg gehad dan bestuurders van wie het wel de eerste eindverantwoordelijke functie is. Nieuwelingen komen dus uit de zorg, ervaren bestuurders ook steeds meer van buiten.

Van de bestuurders die meerdere functies binnen de gezondheidszorg hebben uitgeoefend, heeft het merendeel die functies in verschillende soorten organisaties uitgeoefend (bijvoorbeeld een ziekenhuis en een organisatie voor verstandelijk gehandicapten). Bij

de ziekenhuizen en GGZ zijn is het percentage bestuurders dat uit de eigen sector komt (iets boven de 40%) groter dan in de andere sectoren.

Sheet 31



Sheet 32

Voorlopige conclusies

Zorgbestuurders gedragen zich als een beroepsgroep in wording. Ook de politiek lijkt hen als een beroepsgroep te zien. Echter, een aantal typerende elementen voor een beroepsgroep ontbreken:

- Er is geen gedeelde vooropleiding (maar het gevoel dat ‘expert knowledge’ nodig is, groeit)
- Er is geen vertrouwen in het zelfreinigend vermogen (passend bij beroepsgroep),
- aanname gebeurt niet door bestuurders zelf (of je zou bestuur en toezicht als 1 groep: governance met verschillende spelers (zoals MS) moeten zien)
- Er wordt nog uitgegaan van ‘kwakzalverij’: de rotte appels zijn nog niet verwijderd
- beeld wat goed besturen is, is diffuus.
- De groep krijgt geen autonomie: deze is hiervoor te machtig: formeel betrekken stakeholders, politiek wil ‘zwakken’ (cliënt/patiënt) beschermen.

De tweede helft van de in het begin genoemde definitie raakt overigens wel zorgbestuurders: ze hebben een beroepsvereniging (NVZD) en een eigen kwaliteitsinstrument

(accreditatie). Dit laatste kan leiden tot een beschermde titel wanneer accreditatie verplicht wordt. Oftewel: het lijkt dat zorgbestuurders zich als beroepsgroep gedragen of een beroepsgroep in wording zijn.

Er is dus nog geen legitimiteit voor zorgbestuurders als beroepsgroep, wel bestaansrecht. Ze worden wel als groep gezien door beroepsvereniging, politiek, wetenschap (en bestuurders zelf?).

Zorgbestuurders hebben te maken met verschillende contexten. Er zijn wel gemeenschappelijke kenmerken: naast de algemene plicht voor alle bestuurders van een behoorlijke taakvervulling, hebben ze ook een verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van zorg. Deze vullen ze in in de context van markt, gemeenschap, overheid en instelling zelf. Ze begeven zich in dezelfde governanceregimes, ze hebben gedeelde visie op leidinggeven en dezelfde uitdagingen.

Over het professionaliseringstraject van bestuurders:

- Bestuurders zijn over het algemeen hoger opgeleid
- Getogen in de zorg,
- Hebben twintig jaar plus managementervaring,
- Volgen post-academische opleidingen,
- Werken daarnaast ook op andere manieren aan hun vak, zoals door het lezen van vakliteratuur,
- Werken in verschillende sectoren in de zorg.

Vragen focusgroep

- Problematisering onderzoek: is het wel zinvol om zorgbestuurders als groep te onderzoeken oftewel: vormen ze wel een groep die op de een of andere manier verbonden is?
- Wat is het profiel van zorgbestuurders/wie zijn zorgbestuurders? Als het al een groep is die op de een of andere manier aan elkaar verbonden is: waarin lijken ze dan op elkaar?/wat is het professionaliseringstraject van zorgbestuurders?

Ook hier ben ik benieuwd naar uw eerste reactie. Daarnaast vraag ik me af of u de conclusies herkenbaar vindt en of u hier nog hiaten in ziet. Onderaan het stuk staan enkele vragen aan u.

Sheet 33

16.30 uur – 16.50 uur

2. Is ZORGbesturen een vak?

In het bijgevoegde hoofdstuk 1 ga ik in op het vak van zorgbesturen. Hiermee is geïmpliceerd dat dit een ander vak is dan besturen in andere sectoren. Deze aanname lijkt onderbouwd door het profiel van zorgbestuurders, omdat zorgbestuurders vaak in de zorg hun ervaring hebben opgedaan.

Echter, in een artikel uit 2008 over de professionalisering van zorgbestuurders van Noordergraaf wordt gesproken van meerdere stromingen: sommige universiteiten bieden opleidingen aan vanuit de veronderstelling dat zorgbestuurders met name bekwaam moeten worden in het besturen, anderen vanuit de aanname dat zorgbestuurders zich met name moeten bekwamen als bestuurder in de zorg. Ik ben benieuwd hoe u hiernaar kijkt: is besturen in de zorg anders dan besturen in andere sectoren? En zo ja, waarom/zo nee, waarom niet? Welke consequenties heeft dit voor het onderzoek?

Noordergraaf en van der Meulen, 2008, p. 1068: *"Professionalization is no neutral phenomenon, because big personal, financial and organizational stakes are at play, and because political and professional circumstances offer many ambiguities.*

What is surprising in Dutch health care, then, are the following. First and foremost is the wide-ranging coverage of the NVZD, covering around 90 per cent of Dutch health care delivery, despite heterogeneous activities and affiliations. Furthermore, the appearance of 'friendly fragmentation' in executive circles, with executives who have – and are taught to have – different views on health care, but who are all members of the NVZD, visit the same conferences, read the same magazines and brochures, and formally subscribe to the same code of conduct. Despite a big 'businesslike versus critical' divide, both 'camps' interact a great deal. Although this will not be unique for The Netherlands, it might be reinforced by Dutch corporatist roots and a 'hybrid' health care system, with an intricate intermingling of state, market and civil society. Although power play surrounds executive professionalization, even this power play can be 'professional'."

Vanaf de jaren 80 van de twintigste eeuw is een neo-liberale beweging in gang gezet in de gezondheidszorg, wat leidde tot botsingen tussen (een groeiend) management en (medische) professionals. De term 'manager' werd zelfs vanaf de jaren 80 geïntroduceerd in de gezondheidszorg. Daarvoor was een manager vaak een primus-inter-pares; een medische professional met parttime managementverantwoordelijkheden (Noordergraaf en Van der Meulen 2008). Een van de oplossingen van de managers was om te professionaliseren met het doel van manager in de gezondheidszorg een nieuw beroep te maken met een eigen identiteit, gedeelde standaarden en een homogene vorm van controle (Noordergraaf en Van der Meulen 2008). Past bij een heterogeen beroep als dat van zorgbestuurder wel een standaardisering? Is besturen een vak op zich? Hoe past de

bestuurder als werknemer/lerend subject hierin (zie ook Van der Scheer 2008)? En wat moet de standaard zijn? Wat is de motivering om besturen als vak te (gaan) zien? Professioneel pluralisme, politieke en symbolische overwegingen kunnen bijdrage aan de hang naar professionalisering. Zo kan met educatie een beroepsmatige onafhankelijkheid worden veroverd ten opzichte van krachten van buitenaf. Maar er zijn verschillende inzichten wat de academische oriëntatie van een bestuurdersopleiding zou moeten zijn, sommige richten zich meer op cognitieve vaardigheden en andere meer op praktische vaardigheden van de (toekomstige) bestuurder. Ook het doel verschilt; waar de ene opleiding zich richt op de persoonlijke ontwikkeling en carrière van de deelnemer, is de andere opleiding er meer op gericht het vak van bestuurder in de zorg te verbeteren (zie ook Noordergraaf en Van der Meulen 2008). Of deze twee doelstellingen elkaar tegenspreken is natuurlijk de vraag (een opleiding medicijnen dient ook beide doelen). Het is ook de vraag of het besturen in de gezondheidszorg wezenlijk anders is dan het besturen in andere sectoren. Hoewel het Rijnlandse model deze vraag bevestigend beantwoordt, is volgens het Anglo-Saxische model een bestuurder in de zorg een 'normale' zakenman (Noordergraaf en Van der Meulen 2008).

Sheet 34

16.50 uur Afsluiting focusgroep en lunch

Prezi **S** Wouter/Kim: Hoe vond u het?

Samenvatting door SB, eens?

Prezi **S**.

Volgende bijeenkomst: 4 november of 2 december.

Invulling

Toesturen artikel license to operate, hoofdstuk 1.

Zelfde soort inhoud als deze focusgroep: theorie en verzoek om input.

Dank

4.5 Draaiboek focusgroep 2 december 2016

Aanwezig:

Jos de Beer (NVZD, gastheer),
 Bart Bemelmans (Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis),
 Moniek van Jaarsveld (Warande) (onder voorbehoud),
 Richard Janssen (bijzonder hoogleraar NVZD leerstoel),
 Julianne Meijers (Siza),
 Ernest Muter (NSDSK),
 Marjolein ten Kroode (Rivierduinen),
 Marc van Ooijen (St. PSW Midden Limburg)
 Henri Plagge (De Zorgboog) en
 Yvonne Wilders (Cordaan).
 Wouter ten Have (VU/Tenhavemanagement),
 Kim Putters (Erasmus Universiteit/SCP)
 en Sophie Bijloos.

Locatie: NVZD, Noordweg Noord 150 te Zeist (Mateozaal).

Presentatie

14.00 uur Welkomstwoord door Jos de Beer (gastheer)

Korte kennismaking voor zover nodig.

Stand van zaken onderzoek en toelichting programma door Sophie

Toelichting programma: weer een tweeledig doel:

Theoretisch kader toetsen: is dit een zinvolle manier om naar het werk van zorgbestuurders te kijken?

Input voor onderzoek, met name het hoofdstuk over legitimeren en verantwoorden.

SHEET 2 Hoofdstukindeling

Inleiding	Theoretisch kader	Metho- dologie	1	2	3	4	5
			Scholing en ervaring	Werving en selectie	Dagelijks werk: complexiteit	Legitimeren en verantwoor- den	Nalaten- schap

De license to lead bestaat uit het geheel van eisen en verwachtingen van zowel interne als externe stakeholders en de maatschappij waaraan zorgbestuurders moeten voldoen om legitimititeit en vertrouwen te krijgen, houden en vergroten.

SHEET 3

Drie niveaus: micro, meso en macro niveau.

SHEET 4

Legitimiteit: input – throughput – output.

SHEET 5

Dit heeft veel raakvlakken met het plaatje dat ik eerder liet zien over de license to lead.

SHEET 6

Legitimiteit verkrijgen oftewel geaccepteerd worden gebeurd door middel van economische legitimiteit: het is rendabel dat deze persoon/organisatie er is. Dit is dus gericht op de uitkomst. Om geloofwaardigheid te verkrijgen oftewel goedgekeurd te worden, moet er sprake zijn van socio-politieke legitimiteit (eerlijkheid, verwachtingen waarmaken, maatschappelijke doelstelling behalen) en interactioneel vertrouwen (wederkerigheid/participatie). Dit is met name op het proces gericht. Om vervolgens vertrouwt te worden (psychologische identificatie te behalen) moet er sprake zijn van institutioneel vertrouwen (belangen worden geborgd en gerespecteerd): input legitimiteit.

SHEET 7

Na 8 juni (vorige focusgroep): paper EGPA congres theoretisch kader, input EGPA en aio dagen aangescherpt. Met Kim en Wouter hoofdstukindeling en analysekader uitgekristalliseerd, met Jos accenten gelegd. Op NVZD congres (30 november) samen met Richard Janssen gepresenteerd. Boek over enquête eind dit jaar?

Vier interviews met searchers gehad. Nu: data analyseren.

14.15 - 14.45 uur Ronde 1

PM rolverdeling Kim-Wouter.

Ik wil meteen meeschrijven om in de volgende ronde alvast de basis voor de discussie te hebben. Ik wil jullie dus vragen of jullie willen helpen om te zorgen dat de casus gaat over het hoofdthema (license to lead onder druk/verliezen), wordt uitgevraagd op input (persoon bestuurder)-throughput (proces) en output (resultaat) legitimiteit en concreet blijft: het is voor de analyse nuttig om eerst de casus goed in kaart te brengen en meningen te scheiden van feiten. Verder is het natuurlijk bijzonder dat ze hierover open willen praten. De 'spelregels' zijn hetzelfde als bij eerdere bijeenkomsten:

- De bijeenkomst wordt opgenomen: graag telefoons uit.
- We zullen proberen de spreektijd gelijkelijk te verdelen over de aanwezigen: voor de opname: graag niet door elkaar heen praten.

- Verschillende meningen zijn welkom, de groep hoeft het niet eens te worden.
- De resultaten kunnen in het onderzoek worden verwerkt, hierbij zullen wel de namen van de focusgroep worden genoemd, maar eventuele citaten zullen niet op persoon/instelling herleidbaar worden opgenomen.

Ook is het van belang onderling afspraken te maken: kunnen we afspreken dat we in vertrouwen met elkaar spreken: wat er hier gedeeld wordt is onder ons?

Als er bestuurders zijn die niets inbrengen: hun rol toelichten (reflectie, doorvragen). Ik heb ruimte ingepland voor 9 casus: de rest kan dus alsnog een casus inbrengen, mochten ze dat toch willen.

Per casus 10 minuten (tijd bewaken):

Ieder krijgt 5 minuten om casus toe te lichten aan de hand van deze vragen (rondgestuurd, sluit aan bij input-throughput-output legitimiteit):

- Wat was de situatie?
- Hoe stond de license to lead onder druk (input)?
- Hoe ben je/zijn anderen om gegaan met de situatie (proces)?
- Wat was het resultaat (output)?
- Eigen reflecties en conclusies

Vervolgens is er 5 minuten ruimte voor het stellen van vragen en reflecties door de groep.

Ingebrachte casus (volgorde enigszins willekeurig, maar in principe hanteren):

- [namen weggehaald].

16.00 - 16.45 uur Ronde 2

PM rolverdeling Kim-Wouter.

Ook hier wil ik weer graag meeschrijven. Ik wil jullie vragen om de 'spreektijd' te verdelen en de verschillende niveaus langs te gaan. Ik kan tussendoor per niveau onze conclusies samenvatten.

16.00 uur – 16.10 uur: opschrijven wat de eigen en andere casussen zeggen over de legitimiteit en het vertrouwen in bestuurders op micro, meso en macro niveau.

Reflecties en brainstorm waarbij we aan de hand van de theorie de casus verder uitdiepen en proberen te verbinden (rode draden).

De discussie langs de volgende lijnen vormgeven:

Micro niveau: legitimiteit en vertrouwen in bestuurders van medebestuurder/Raad van toezicht.

SHEET 8

Meso niveau: legitimiteit en vertrouwen van organisatie in bestuurder.

SHEET 9

Macro niveau: legitimiteit en vertrouwen in de beroepsgroep (bestuurders zelf, anderen).

SHEET 10

Macro niveau: legitimiteit en vertrouwen van de sector en de zorg in het algemeen (van binnen naar buiten en buiten naar binnen).

Hierbij is mijn aanname dat input legitimiteit zich meer op het micro niveau bevindt, throughput meer op het meso en output meer op het macro. Maar dat is maar een aanname.

SHEET 11

16.45 – 17.00 uur Evaluatie

PM rolverdeling Kim-Wouter-Sophie.

- Tot welk inzicht zijn we gekomen?
- Is het analysekader bruikbaar en nuttig?
- Thema volgende bijeenkomst: nalatenschap bestuurder. Planning?

Dankwoord.

17.00 uur Borrel

4.6 Draaiboek focusgroep 15 februari 2018 16.00 – 18.00 uur

Aanwezig:

Jos de Beer (NVZD),
 Bart Bemelmans,
 Moniek van Jaarsveld,
 Richard Janssen (bijzonder hoogleraar NVZD leerstoel),
 Marjolein ten Kroode (Rivierduinen),
 Julianne Meijers (Siza),
 Marc van Ooijen (St. PSW Midden Limburg)
 Henri Plagge (De Zorgboog),
 Wouter ten Have (VU/Tenhavemanagement)
 en Sophie Bijloos.

Afwezig:

Ernest Muter (NSDSK),
 Yvonne Wilders (Cordaan) en
 Kim Putters (Erasmus Universiteit/SCP).

Locatie: NVZD, Noordweg Noord 150 te Zeist.

Welkom 16.00 – 16.15 uur

De vorige focusgroep is iets meer dan een jaar geleden. In de tussentijd heb ik mijn onderzoeksresultaten geanalyseerd en ben ik bevallen. Ook is er een boek met de resultaten van de enquête verschenen. De voorlopige hoofdstukindeling van mijn proefschrift is als volgt:

Hoofdstuk	Moment	Vorm van legitimiteit	Niveau
4	Vakontwikkeling en professionalisering	Throughput, input	Collectief, individu
5	Aanname	Input, throughput	Individu, organisatie
6	Legitimeren en verantwoorden	Throughput	Organisatie
7	Opvolging	Output, throughput	Organisatie, collectief

We hebben ieder onderwerp al een keer in de focusgroep besproken, behalve het laatste. Dit wil ik op 15 februari centraal stellen. De volgende focusgroep hoop ik jullie de lijn van mijn proefschrift te kunnen voorleggen. Nu zal ik het onderwerp introduceren, hieronder teksten die ik nu heb geschreven voor het laatste hoofdstuk, dan hebben jullie meteen een 'sneak preview'. Graag vertrouwelijk mee omgaan.

Vervolgens wil ik jullie vragen 1 of 2 situaties beschrijven.

Introductie

“Hoe de kasteelheer zijn GGZ-imperium verloor” kopt de katern ‘de Verdieping’ van dagblad *Trouw* op 27 januari 2018. Het gaat over de inmiddels failliete GGZ-instelling Virenze en met name over diens bestuurder. In 2015 ontvangt de bestuurder van Virenze nog een ondernemingsprijs van de Rabobank. Deze bestuurder is, samen met zijn instelling, zijn license to operate verloren. In het nieuws wordt geanalyseerd welke fouten er zijn gemaakt waardoor de instelling failliet heeft kunnen gaan. Momenteel loopt onderzoek of de bestuurder hiervoor aansprakelijk is. Op hetzelfde moment loopt er een discussie over de wenselijkheid van commerciële initiatieven in de zorg, waar Virenze een voorbeeld van was. Geld verdienen op zorg ligt niet goed in de publieke opinie. Deze casus geeft aan hoe de license to lead van de zorgbestuurder samenhangt met de tijdsgeest, maar ook hoe de legitimiteit van het gevoerde beleid van de bestuurder kan veranderen. In dit geval is geen sprake van opvolging, omdat de instelling failliet is gegaan. De zorg is overigens grotendeels overgenomen door een andere GGZ-instelling.

Tijdens hun werk zijn bestuurders bezig met hun eigen legitimiteit en de legitimiteit van hun organisatie. Hier kunnen ze ook actief invloed op uitoefenen, bijvoorbeeld door het zoeken naar draagvlak. Wanneer bestuurders weggaan bij hun organisatie verliezen ze deze directe invloed. In dit hoofdstuk staat de vraag centraal of er nog een soort ‘restlegitimiteit’ achterblijft of dat ze hun legitimiteit ook verliezen op het moment van vertrek. Dit kan gaan om de persoonlijke legitimiteit die de bestuurder had, maar het kan ook gaan over de legitimiteit voor de organisatie die hij achterlaat en voor de resultaten die hij heeft bereikt. Dit is van bijzonder belang omdat juist het uitzetten van strategische lijnen naar de toekomst een kerntaak is van bestuurders, zo blijkt uit de enquête. Wanneer deze strategische visie direct doorbroken wordt op het moment van vertrek, verliezen bestuurders dus een belangrijke rechtvaardigingsgrond voor hun werk. Een geïnterviewde zorgbestuurder verwoordt zijn opvatting over zijn nalatenschap als volgt: *“Wij zijn eigenlijk voorbijgangers. Enerzijds gaan we nergens over, want de zorg draait gewoon door, of we er zijn of niet zijn. En tegelijkertijd voel ik wel die grote verantwoordelijkheid. Want in wat ik doe en laat, bepaal ik de toekomst van deze mensen: cliënten en medewerkers.”*

Deze nalatenschap is minder goed te sturen dan bijvoorbeeld de persoonlijke professionalisering. Dit heeft ermee te maken dat er binnen de organisatie krachten kunnen gaan spelen na het vertrek van de bestuurder, maar ook omdat landelijke ontwikkelingen hierop van invloed zijn. Stelselwijzigingen en financieringsherverdeling hebben invloed op de houdbaarheid van de uitgezette koers. Het soort organisatie dat de bestuurder achterlaat, ligt meer binnen zijn directe invloedssfeer. Een algemene trend is die van schaalvergroting van zorgorganisaties. Een bestuurder die zo’n schaalvergroting teweeg

brengt door bijvoorbeeld fusie of overname laat een andere organisatie achter dan toen hij begon. Er worden allerlei vormen van veranderstrategieën benoemd in de interviews. Veranderstrategieën doorvoeren, zo blijkt uit de enquête, vinden bestuurders zelfs één van de belangrijkste maatstaven om de effectiviteit van een bestuurder te meten. Het gaat om verandering van organisatiestructuur, van de te leveren diensten, van de verdeling van verantwoordelijkheden, reorganisatie, bezuinigingen of cultuuromslag. Deze veranderingen worden beïnvloed door veranderingen in beleid en bezuinigingsmaatregelen op landelijk niveau, door veranderende opvattingen over leiderschap en door een veranderend beeld wat goede zorg is. Juist door dit soort ontwikkelingen zien bestuurders hun eigen toegevoegde waarde: wanneer de organisatie niets zou doen, zou er toch van alles veranderen. Zo is landelijk het beeld gekanteld dat gehandicapten, ouderen, verslaafden en zieken moeten worden 'weggestopt' in de instelling. In plaats daarvan wordt gezocht naar een plek voor deze groepen in de maatschappij. Dit leidt er bijvoorbeeld toe dat doven kinderen niet langer naar een dovenschool gaan, maar ook regulier onderwijs volgen. Wanneer het instituut van de dovenschool niets verandert, zal het zijn bestaansrecht verliezen. Ditzelfde geldt voor andere gehandicaptenzorginstellingen, verpleeg- en verzorghuizen, de geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuizen.

Sommige veranderingen zijn dus noodzakelijk om het voortbestaan van de instelling te garanderen en/of nieuwe vormen van zorg waar vraag naar is, te bieden. De vraag is of dit voor alle veranderingen geldt en of de veranderingen die worden doorgevoerd succesvol zijn en een duurzaam effect hebben. Voor de legitimiteit van zorgbestuurders is ook de vraag in hoeverre hun rol daarin wordt gezien en positief wordt beoordeeld. Om hier inzicht in te krijgen is in dit hoofdstuk onderzocht welke redenen er zijn om veranderingen door te voeren, hoe deze worden bewerkstelligd door de bestuurder en wat het effect en de impact van de veranderingen is op korte en lange termijn.

Reflectie

Er wordt dus veel veranderd en gereorganiseerd, maar waar leidt dit toe? Juist bij crisis of fusie kan een bestuurder zijn toegevoegde waarde laten zien. De dagelijkse zorg is opeens niet meer zo vanzelfsprekend en de bestuurder heeft een rol om de toekomst van de zorg en de organisatie veilig te stellen. Door alle veranderingen de afgelopen jaren is ook de rol van de bestuurder veranderd. Bestuurders die al lang bestuurder zijn, hebben gedurende deze veranderingen geleerd hoe ze hier mee omgaan. Het risico is dat er een generatie bestuurders ontstaat die altijd zoekt naar veranderingen, omdat ze juist effectief zijn wanneer ze problemen moeten oplossen. Enerzijds kan in de zorg altijd veranderd en verbeterd worden en is het daarmee nooit klaar. Aan de andere kant wordt de zorgbeleving gevormd tussen cliënt en zorgverlener en heeft de bestuurder hier maar beperkt invloed op. Alle veranderingen kunnen ook aanvoelen als gedoe. Een

verandering (bijvoorbeeld schaalvergroting) is niet intrinsiek goed of slecht, maar de manier van sturen en de motieven om te veranderen zijn van groot belang. Wanneer bijvoorbeeld gezocht wordt naar het stroomlijnen van de zorg rondom de patiënt kan dit soms leiden tot een fusie, maar ook tot samenwerking of innovatie. Hierbij speelt ook de juridische context een rol: zijn er bijvoorbeeld verboden rond samenwerking vanuit mededingingsoogpunt? Zorgorganisaties zijn niet alleen vergroot, maar hebben ook een andere rol gekregen. Van dorpen/gemeenschappen zijn het meer professionele organisaties geworden. In de pers en politiek is maar een deel van de zorg zichtbaar. Een GGZ bestuurder beschrijft de GGZ als 'dissatisfier': het wordt pas zichtbaar als verwarde personen in de maatschappij belanden zonder hulp, maar zolang de zorg goed is, is wat er in de GGZ gebeurt een 'black box'. Een andere bestuurder beschrijft cliënten met zware handicaps die nooit in de maatschappij kunnen functioneren. Door de onzichtbaarheid van dit soort zorg, staat de continuïteit niet op de politieke agenda. De effecten die dit heeft, zijn pas zichtbaar op het moment dat de cliënten problemen gaan veroorzaken en bijvoorbeeld via justitie weer als probleemgroep worden aangemerkt. Of de veranderingen voldoende zijn om alle vormen van zorg te blijven garanderen en betaalbaar te houden en of dit ook voldoende is voor de zorgbeleving van cliënten is de vraag. Ook omdat de gevolgen pas op termijn zichtbaar worden en omdat veranderingen binnen de bestaande structuren alleen kunnen worden doorgevoerd via het zoeken naar draagvlak en onderhandelruimte. 'Doorbraakinnovaties' kunnen eerder bewerkstelligd worden door nieuwe zorgaanbieders, zoals zorg coöperaties. Echter, om de zorg gefinancierd te krijgen en te laten voldoen aan alle wet- en regelgeving moeten deze organisaties zich ook aanpassen aan de bestaande context.

Casusbesprekingen 16.15 – 17.45 uur

Max. 20 minuten per persoon. Belangrijk dat het verbinding blijft houden met de license to lead.

Beschrijf 1 of 2 situaties met de volgende vragen in het achterhoofd:

- Beschrijven/kwalificeren wat je aantrof toen je begon in een nieuwe instelling: wat heb je voortgezet/veranderd van wat je voorganger had achtergelaten?
- Wat heb je gedaan met wat je aantrof en wat betekende dat voor je eigen rol en je legitimiteit/die van de organisatie op korte en lange termijn?
- Kan je aangeven in je eigen carrière wanneer je bepaalde dat je zelf de volgende stap ging maken en wat was dan je nalatenschap?
- Heb je de organisatie beter achter gelaten dan je hem aantrof en hoe kwalificeer je je eigen legitimiteit als bestuurder (en waar wordt dit door veroorzaakt)?

Gezamenlijke slotbeschouwing 17.45 -18.00 uur.

4.7 Draaiboek focusgroep 8 juni 2018

Aanwezig:

Jos de Beer (NVZD)
 Bart Bemelmans
 Wouter ten Have (VU, tenhavechangemanagement)
 Moniek van Jaarsveld
 Marjolein ten Kroode (nog niet zeker)
 Julianne Meijers (SiZa)
 Ernest Muter (NSDSK)
 Henri Plagge (Adelante)
 Kim Putters (Erasmus Universiteit, SCP)
 Mariët Remie (NVZD)
 Yvonne Wilders (Cordaan).

Afwezig:

Richard Janssen
 Marc van Ooijen (PSW Midden Limburg).
 9.30 uur Kim heet iedereen welkom.

Slide

Dank dat jullie hier vandaag zijn.

Aanleiding voor het onderzoek is de ontwikkeling van het accreditatietraject. De reden was dat de reputatie van zorgbestuurders onder druk stond. Dit heb ik vertaald naar de vraag hoe zorgbestuurders bouwen aan hun license to lead. Dit is breder dan accreditatie, accreditatie is hier wel een onderdeel van.

Slide

Uit de interviews kwamen verschillende momenten in de levensloop naar voren waarin de license to lead aan de orde was. Deze momenten hebben geleid tot mijn hoofdstukindeling. We hebben ieder hoofdstuk een keer als onderwerp in deze focusgroep besproken.

Vandaag wil ik jullie meenemen door mijn boek. Ik ga dus wat meer zelf aan het woord zijn dan jullie van me gewend zijn. Ik zal bij ieder hoofdstuk mijn voorlopige conclusies presenteren daarover zou ik graag vandaag met jullie willen spreken.

Ter achtergrond: ik omschrijf de license to lead als de mate waarin de zorgbestuurder legitimiteit, geloofwaardigheid en vertrouwen verwerft voor de uitoefening van zijn werk.

Het gaat dan om de individuele bestuurder, de raad van bestuur van een organisatie en zorgbestuurders als groep.

De license to lead is (volgens mij) een proces: wat de license to lead bepaalt, is constant in beweging. De license to lead wordt gevormd door de stakeholders en de maatschappij, het is een sociaal construct. Maar ook de manier waarop zorgbestuurders hun handelen rechtvaardigen speelt een rol, het is ook een moreel kader. De persoon van de bestuurder kan bijdragen of afbreuk doen aan de license to lead, het is een persoonlijke verdienste. Tenslotte heeft de license to lead ook formele elementen zoals de accreditatie of wet- en regelgeving, het is dus ook een instituut. Op de verschillende momenten in de levensloop zijn verschillende perspectieven dominant.

Slide

Slide

Hoofdstuk 4 professionalisering

In dit hoofdstuk onderzoek ik hoe door professionalisering en vakontwikkeling door bestuurders aan hun license to lead wordt gebouwd.

De setting waarbinnen wordt geprofessionaliseerd bevat voor zorgbestuurders de volgende componenten:

- Semipublieke domein met bijbehorend juridisch kader
- Governancestructuur met grote/formele rol professionals en cliëntenraden
- Marktwerving principes en een publieke opgave met publieke taak, de kwaliteit van zorgverlening, voorop.

Het werk van bestuurders bevat een aantal componenten:

- Kennis van en inzicht in wat effectief besturen is;
- Kennis van wat de medewerkers doen en hoe deze het beste aan te sturen zijn;
- Kennis van en engagement met de inhoud van het product van de organisatie in alle facetten;
- Adaptief/reflectief vermogen om opgedane ervaring toe te passen en hiervan te leren;
- Inzicht in en aandacht voor de belangen van stakeholders en de maatschappij in het wegen van deze belangen.

Er zijn ook een aantal 'externe factoren' aan het werk van bestuurders, die niet inherent aan het werk zijn. Dit zijn bijvoorbeeld het hebben van macht en status of een bepaald inkomen. Op basis van de enquête en de interviews leg ik uit hoe de genoemde componenten bij de professionalisering van bestuurders een rol spelen. Over het belang van

kennis van wat effectief besturen is, wordt wisselend gedacht. Engagement met de zorg is voor zorgbestuurders een belangrijk element, of in ieder geval dit wordt als zodanig benoemd.

Slide

Op verschillende manieren wordt professionalisering en vakontwikkeling geïnstitutionaliseerd. Accreditatie is hier een van, voortkomend uit de druk van de samenleving. Deze is direct gekoppeld aan de license to lead: het verbeteren van de reputatie van bestuurders was een uitgangspunt. Tijdens het accreditatieproces wordt veel waarde gehecht aan de 360 graden feedback van de omgeving van de zorgbestuurder. Hiermee wordt de license to lead als sociaal construct van de individuele bestuurder in zijn omgeving bekeken. Maar er wordt niet geoordeeld over de vraag of de bestuurder legitimiteit heeft in zijn omgeving. Bij de inrichting van het systeem is een centrale rol toegekend aan zelfreflectie. Wanneer de license to lead kan worden gezien als moreel kader en sociaal construct is de vraag of zelfreflectie volstaat voor het vergroten van deze license, omdat er in de accreditatie geen waardenoordeel wordt geveild over de omgevingstoets en over het moreel kader van de bestuurder.

Andere professionaliseringsactiviteiten betreffen scholing en informele activiteiten zoals het bijhouden van vakliteratuur, het deelnemen aan een intervisiegroep en het hebben van een persoonlijke coach. Uit de interviews blijkt dat scholing wisselend wordt gewaardeerd: besturen is ook learning by doing. Wanneer we dit koppelen aan de license to lead doet zich een dilemma voor: traditionele beroepen zoals artsen en advocaten legitimeren hun werk door het benadrukken van de specifieke kennis die men moet bezitten om hun werk te kunnen doen. Door zorgbestuurders wordt het hebben van specifieke kennis niet benoemd als het belangrijkste element van hun werk. Het bieden van toegevoegde waarde voor de kwaliteit van zorg wel. Maar bestuurders leveren hier alleen indirect een bijdrage aan.

Zo speelt bij professionaliseren en vakontwikkeling de license to lead met name een rol bij het institutionaliseren van de vakontwikkeling en professionalisering. Verder wordt de professionaliteit soms ingezet bij het legitimeren, bijvoorbeeld het feit dat een bestuurder arts is. Het kan ook zijn dat bestuurders het zelf ervaren als een rechtvaardiging voor het bekleden van de positie: ze hebben ervoor 'geleerd'. Ik weet dat bij het aannemen van een zorgbestuurder soms een specifiek profiel wordt gezocht. *Ik vraag mij af of professionaliteit als bestuurder ook bewust een rol speelt bij het bouwen aan legitimiteit, goedkeuring en vertrouwen. En is dit dan met name voor je persoonlijke ontwikkeling of ook gericht op de buitenwereld?*

Uit de interviews en focusgroep komt naar voren dat het contact met andere bestuurders, het zien van goede en slechte voorbeelden en het opdoen van ervaring waardevolle manieren zijn om aan professionalisering te doen. Dit lijkt met name via ongeorganiseerde contacten te gebeuren: er is weinig institutionalisering op dit gebied.

Herkennen jullie dit beeld?

Slide

Hoofdstuk 5 Aanne

Het moment dat de bestuurder wordt aangenomen, is het moment dat hij zijn license to lead krijgt van de raad van toezicht. In dit hoofdstuk laat ik zien hoe in andere publieke en semipublieke sectoren het aannamebeleid is geregeld. In deze verschillende sectoren is meer geregeld dan in de zorg. In de zorg is het minder geïnstitutionaliseerd dan in andere semipublieke sectoren. In de publieke sector is de Algemene Bestuursdienst het 'searchbureau van de overheid'. Vanuit een visie op leiderschap richten zij het wervingsproces in. Bij de woningcorporaties is er de fit en proper test en bij banken en verzekeraars de toets van De Nederlandse Bank. In de zorg zijn er geen formele vereisten aan de benoeming, behalve dat deze bij stichtingen volgens de governance code door de raad van toezicht moet worden gedaan. Het wervingsproces kent meestal wel een bepaald verloop. Searchers geven aan dat de rol van de medezeggenschap hierin steeds dominanter is geworden. Dit betekent dat een succesvolle benoeming vooraf gaat aan een proces waardoor de zorgbestuurder niet alleen van de raad van toezicht, maar ook al breder in de organisatie zijn license to lead verkrijgt. De searchers zien zichzelf ook als professionals en hanteren eigen 'beroepsnormen'. Het proces van het benoemen van een bestuurder is met vertrouwelijkheid omkleed. In tegenstelling tot de wervingsprocessen waar dit hoofdstuk mee begint, is er bij het benoemen van een zorgbestuurder voor het publiek geen inzicht in het proces en dus ook geen garanties van een onafhankelijk proces. Juist omdat bij bestuurders relationele kwaliteiten en karakter een belangrijke rol spelen, wordt hiermee de verdenking van een 'old boys network' gevoed. Het wervingsproces van zorgbestuurders lijkt weinig gebruik te maken van wetenschappelijke inzichten voor werving. Assessments, talent management en inzichten over effectief besturen lijken een minder grote rol te spelen dan een 'klik'. Door het niet hebben van institutionele garanties voor een eerlijk aannameproces is de license to lead van de groep van zorgbestuurders fragiel.

Herkennen jullie het geschetste beeld? Hebben jullie hier een waardenoordeel over?

Hoofdstuk 6 Legitimeren en verantwoorden

Na het hoofdstuk over aannemen was de bedoeling dat er een hoofdstuk zou volgen over het dagelijks werk van de bestuurder, gevolgd door een hoofdstuk op welk moment en in welke situaties zorgbestuurders hun legitimiteit verliezen. In de focusgroep

waarin het verliezen van legitimiteit centraal stond, bleek echter dat het dagelijks werk van zorgbestuurders mede wordt gevormd door het niet altijd bewust bezig zijn met legitimeren en verantwoorden en dat hierbij de legitimiteit van bestuurders vaker onder druk kan komen te staan waarbij het soms 'misgaat' en ze hun legitimiteit verliezen en het soms 'goed gaat' en ze hun legitimiteit behouden. Dus heb ik gekozen voor een andere indeling van de hoofdstukken. Er zijn wetten, er is regelgeving en er zijn codes die nader definiëren wanneer een bestuurder het goed doet. Bij het bestuderen van deze wet- en regelgeving viel op dat deze met name gericht is op het regelen van de grenzen van aanvaardbaarheid voor bestuur, oftewel de grens tussen goed en slecht bestuur. Het biedt dus een uitsluitingscriterium. Het appelleren aan moreel gedrag van bestuurders gebeurt eerder in gedragscodes. Deze codes worden preventief gebruikt door ze onderdeel te maken van de arbeidsovereenkomst van bestuurders en er wordt terughoudend getoetst aan de codes. Uit alle wet- en regelgeving valt het volgende beeld te destilleren: Slide 'een goede zorgbestuurder neemt zorgvuldige, gemotiveerde besluiten waarin hij gelijke gevallen gelijk behandelt, belanghebbenden betreft en geen ander doel beoogd dan dat waarvoor hij bevoegd is. De goede bestuurder ziet zich verantwoordelijk, houdt zich aan zijn afspraken, is toetsbaar en open, legt verantwoording af en verdient een maatschappelijk verantwoorde beloning. Hij waakt voor belangenverstrengeling, leert van fouten en is deskundig en competent en in control. Zorgbestuurders weren slechte bestuurders en zijn zelf in staat een waardenkader te ontwikkelen dat past bij de context van de eigen instelling.'

Uit de interviews en de focusgroep komt een beeld naar voren dat deze juridische kaders een marginale rol spelen bij zowel het behouden als het verliezen van legitimiteit. Dit kan ermee te maken hebben dat er geen regels worden overtreden, maar draagvlak wordt verloren, maar ook dat overtredingen niet aan het licht komen zolang een bestuurder draagvlak heeft. Dat wordt versterkt doordat de controlerende instanties ten opzichte van de bestuurder op enige afstand staan: de inspectie moet eerst geïnformeerd worden en de raad van toezicht, het interne toezichtsorgaan, krijgt veel van zijn informatie via de bestuurder en besteedt maar beperkte tijd aan zijn rol als toezichthouder, aangezien toezichthouden een nevenfunctie is.

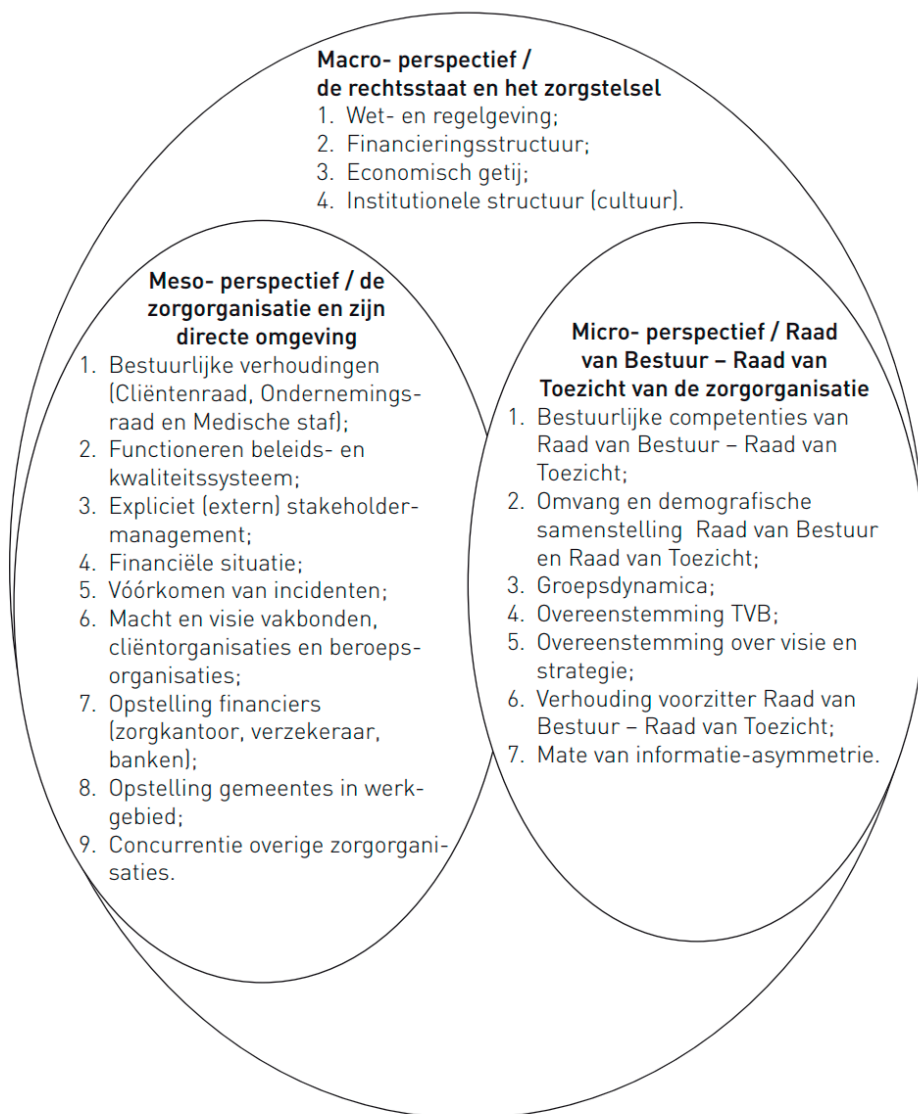
Putters stelt in zijn oratie (2009, p. 35) terecht: *"De bestuurder zit dus tussen al die trekkrachten. Zijn gedrag past niet in de verantwoordingsstructuren in elk van die richtingen afzonderlijk. Zijn ogenschijnlijk 'ongrijpbare' bestuurlijke handelen wordt door de politiek daardoor verder in procedurele oplossingen gevangen om er nog meer grip op te krijgen. Dat lukt echter niet met nog meer toezichthouders, prestatie indicatoren en sanctionerend overheidsingrijpen. Het leidt tot een schijnwerkelijkheid, waardoor het 'echte bestuur' zich aan het oog van de politiek onttrekt. De bestuurder moet namelijk eigen afwegingen maken*

en schipperen tussen alle belangen. Het vraagt juist om de acceptatie van machtsdeling in de publieke ruimte. De grenzen van de bestuurlijke ruimte zijn dus eerder normatief dan geografisch of institutioneel van aard."

Er zijn verschillende actoren die een rol spelen die ik in dit hoofdstuk zal bespreken.

Slide

Figuur 4.1: Classificatieschema Governance Gezondheidszorg



Figuur uit van Ooijen, 2013, p. 59.

Vervolgens bespreek ik het proces van legitimeren en verantwoorden. Dit gebeurt met name op organisatieniveau (medewerkers). Voor het te bereiken resultaat geven bestuurders aan dat het horen van belanghebbenden belangrijk is, maar dat ze zelf bepalen of er uiteindelijk ruimte is om het definitieve resultaat te beïnvloeden of niet. Als belangrijkste succesfactor noemen de bestuurders zelf de kwaliteit van de zorg. Het vervullen van het doel van de instelling is het leidende principe. De bestuurder heeft hier alleen indirecte invloed op. Bestuurders sturen op verschillende manieren op de gewenste output. Als *embedded agents* verbinden ze binnen en buitenwereld van de organisatie (Van der Scheer, 2013). Dit doen ze door prioriteiten te stellen in welke eisen van de buitenwereld worden uitgevoerd. Maar ook door de organisatie bewust te maken van wat er in de buitenwereld speelt. Het stimuleren van medewerkers en medewerkerstevredenheid zien bestuurders ook als een belangrijke uitkomst van hun werk. Bij het nemen van besluiten zoeken bestuurders naar manieren om medewerkers en cliënten te betrekken, binnen de ruimte die er is om de besluiten te nemen. Hierbij hechten ze belang eraan ook de belangen mee te nemen van de cliënten die zich niet goed kunnen laten horen en het bredere maatschappelijke belang, zoals het behoudt van zorg voor bepaalde cliënten in een regio. Bestuurders vertrouwen hierbij ook op hun eigen ervaring en moreel kompas. De persoonlijke overtuigingen spelen dus ook een belangrijke rol.

Vervolgens laat ik op basis van een eerdere focusgroep zien dat bestuurders op basis van weging van waarden tot besluitvorming komen. Hierbij gebruiken ze bepaalde rechtvaardigingsgronden

Slide

1	Industriële rechtvaardigingsgronden
2	Civiele rechtvaardigingsgronden
3	Persoonlijke waarden
4	Huiselijke rechtvaardigingsgronden
5	Roem

Deze zijn vaak anders dan de gronden op basis waarvan ze door de omgeving legitimiteit krijgen. Zo is voor cliënten in de langdurige zorg bijvoorbeeld de huiselijke rechtvaardigingsgrond (traditie, huiselijkheid) een belangrijke, die voor de bestuurder vaak laag 'scoort' in de afwegingen.

Slide

Bestuurders gebruiken andere rechtvaardigingsgronden dan cliënten/ondernemingsraad/politiek, dit doet afbreuk aan de license to lead.

De persoonlijke waarden van bestuurders spelen ook een belangrijke rol bij de afwegingen, maar het institutioneel framework is hier niet op ingericht. Ze worden afgerekend op het wegen van waarden van de omgeving. Dit draagt niet bij aan het imago.

Herkennen jullie dit beeld?

10.30 uur

Slide

Hoofdstuk 7 Opvolging en nalatenschap

Door veranderende opvattingen over goede zorg en veranderingen in het zorgstelsel zijn zorgbestuurders bijna continu bezig met veranderen. Tijdens hun werk zijn bestuurders bezig met hun eigen legitimiteit en de legitimiteit van hun organisatie. Hier kunnen ze ook actief invloed op uitoefenen, bijvoorbeeld door het zoeken naar draagvlak. Wanneer bestuurders weggaan bij hun organisatie verliezen ze deze directe invloed. In dit hoofdstuk staat de vraag centraal of er nog een soort 'restlegitimiteit' achterblijft of dat ze hun legitimiteit ook verliezen op het moment van vertrek. Dit kan gaan om de persoonlijke legitimiteit die de bestuurder had, maar het kan ook gaan over de legitimiteit voor de organisatie die hij achterlaat en voor de resultaten die hij heeft bereikt. Dit is van bijzonder belang omdat juist het uitzetten van strategische lijnen naar de toekomst een kerntaak is van bestuurders, zo blijkt uit de enquête. Wanneer deze strategische visie direct doorbroken wordt op het moment van vertrek, verliezen bestuurders dus een belangrijke rechtvaardigingsgrond voor hun werk. Ik bespreek in dit hoofdstuk een aantal veranderingen en de rol van bestuurders bij het veranderen. Deze rol is gelegen in de manier waarop de verandering wordt vormgegeven en hoe hij de verandering borgt. Dit begint al bij de zorgvuldige weging van belangen om een verandering in gang te zetten en het blijven heroverwegen gedurende de verandering. Daarna bespreek ik het institutionaliseren van de verandering. Voor een succesvolle verandering is zowel vertrouwen in individuen als systemen noodzakelijk. Individen voor de creativiteit en systemen voor de verankering. Sommige veranderingen leiden echter tot weinig merkbare effecten. Zo merkt een cliënt er weinig van of dezelfde zorg door aanbieder x of y wordt geboden. Ook worden fusies weer ongedaan gemaakt, terwijl de dagelijkse zorg voor cliënten door blijft gaan. Uit het onderzoek van Postma (2015) blijkt dat een derde van de fusies afgebroken wordt. Dit hoofdstuk hebben we de vorige focusgroep besproken. Hierin kwam naar voren dat vertrouwen lastig is over te dragen en erg aan de persoon gebonden is. Voor de opvolging en nalatenschap kan dit een negatief effect hebben op de license to lead van zorgbestuurders: een deel van zijn rechtvaardigingsgrond: het ontwikkelen van een strategische visie voor de organisatie, vervalt na zijn vertrek. *Herkennen jullie dit? Ik vraag me af of dit anders ligt voor meerhoofdige besturen. Zou dit ook betekenen dat meerhoofdig bestuur eigenlijk de voorkeur heeft?*

Slide

Conclusies

De license to lead wordt op verschillende momenten verkregen met de nadruk op verschillende elementen. Zo is het bij aannname een persoonlijke verdienste met elementen van het zoeken naar draagvlak, dus sociaal constructivisme. Bij professionalisering en vakontwikkeling zijn er ontwikkelingen richting institutionaliseren, institutionaliseren speelt echter over het algemeen een beperkte rol. Dit geldt ook voor het morele kader.

- **Wetenschappelijk:**
 - o Over theorie rond vertrouwen, legitimiteit, introductie license to lead
 - o Vertrouwen: hoe wordt dit gevormd? Persoonlijk, institutioneel
 - o Legitimiteit: verkrijgen en verliezen
 - o Inzicht in het werk van zorgbestuurders
 - o Wat is goed bestuur?
 - o Wanneer 'gaat het mis'?
 - o Raakt leiderschapsliteratuur, professionaliseringsliteratuur, opvolging, ethiek, management gezondheidszorg.

Slide

- **Praktisch:**
 - o Wetenschappelijke onderbouwing voor (delen van) werk van de NVZD (accreditatie, intervisie, bieden netwerk, arbeidsvoorwaarden).
 - o Aanbevelingen voor NVZD, accreditatie, VWS, toezichthouders, bestuurders
 - o Inzicht in werk bestuurder en motieven
 - o Rol stakeholders
 - o Type leiderschap en effect
 - o Rol bestuurder voor cliënt/organisatie/zorg in de regio
 - o Wat maakt dat een bestuurder zijn werk kan doen?
 - o Waar worden dilemma's veroorzaakt?
 - o Vraagstukken die 'knagen', bv. eenhoofdig/meerhoofdig, ondoorzichtigheid proces werving, wanneer kiezen voor interimbestuurder, moreel kompas niet leidend maar draagvlak, gebrek aan inzicht publiek bij existentiële dreiging, veel nieuwe bestuurders vs learning on the job, werk bestuurder dissatisfier, onderlinge hiërarchie

Wat missen jullie hier nog in?

Daarnaast: er zijn ook allerlei 'nevenvangsten' aan het onderzoek. Thema's die verder uitgewerkt kunnen worden. Denk aan eenhoofdig versus meerhoofdig, het zijn van arts als vooropleiding voor het zijn van bestuurder, wat is het profiel van de bestuurder

van de toekomst? Het opleidingsaanbod van bestuurders gelegd naast effectiviteit of legitimiteit.

Slide

Ik heb mijn collega Mariët Remie, beleidsmedewerker communicatie van de NVZD, uitgenodigd aanwezig te zijn om ook alvast mee te denken hoe de resultaten van mijn onderzoek een bijdrage kunnen leveren aan het werk van de NVZD en hoe hierover gecommuniceerd kan worden. Ook hier sparren we ook graag over.

Welke vorm van kennisdeling, producten enzovoorts vinden jullie wenselijk en relevant?

Publiciteit

- Doelgroepen: leden, toezichthouders, politici, breder publiek?
- Media: publieksversie/boekenlegger/film, congres, (vak)pers, wetenschappelijke tijdschriften....
- Eventuele 'negatieve' conclusies: netwerk van bestuurders, machtsspel...
- Naar aanleiding van: verder onderzoek, opvolging conclusies

Slide

Dank!

4.8 Draaiboek focusgroep 31 augustus 2018

Aanwezig:

Bart Bemelmans
 Jos de Beer (NVZD)
 Wouter ten Have (VU, tenhavechangemanagement)
 Moniek van Jaarsveld
 Ernest Muter (NSDSK)
 Marc van Ooijen (PSW Midden Limburg)
 Henri Plagge (Adelante)
 Kim Putters (Erasmus Universiteit, SCP)
 Mariët Remie (NVZD)
 Sophie Bijloos

Afwezig:

Richard Janssen
 Julianne Meijers (SiZa)
 Yvonne Wilders (Cordaan)
 Marjolein ten Kroode (Openbaar Ministerie)

15.00 Welkom

Dank dat jullie er weer zijn. Ik ben heel benieuwd of jullie al toe zijn gekomen aan het lezen en naar jullie reactie. Zoals gezegd zal ik wat jullie hebben gelezen vandaag nog een keer samenvatten en presenteren. Dit is voor mij ook meteen een goede oefening. Ik begin met een introductie van ongeveer een kwartier. Daarna kom ik aan de conclusies per hoofdstuk. Mijn voorstel is om dat gedeelte interactief te maken, zodat jullie dan meteen jullie reflecties kunnen meegeven. Per hoofdstuk stel ik voor ongeveer een kwartier te bespreken, zodat we ook nog tijd hebben voor wat algemene reflecties op het einde.

Voordat we hiermee starten, vind ik het wel leuk om 1 korte ronde te maken met de vraag: wat vind je het belangrijkste bespreekpunt voor vandaag (zijn er nog inhoudelijke onduidelijkheden, vind je het leuk vooral stil te staan hoe we dit kunnen vertalen naar concrete handvatten voor bestuurders, zijn er nog vragen over de onderbouwing)? Ook wil ik jullie nog 1 keer de vraag voorleggen of jullie met naam genoemd willen worden in het proefschrift, nu jullie de inhoud hebben kunnen lezen: hierdoor is het lastig voor mijn om anonimiteit te garanderen.

15.30 uur

1

De hoogte van het salaris van zorgbestuurders, het invoeren van een bestuurderstoets, fusies, tekorten in de verpleeghuiszorg, fraudezaken en faillissementen in de zorg waren de afgelopen vijf jaar onder meer aanleiding voor debat in de Tweede Kamer over zorgbestuurders. Gebrek aan vertrouwen van de samenleving in zorgbestuurders heeft ertoe geleid dat de afgelopen jaren goed bestuur op de beleidsagenda van de politiek, toezichthoudende instanties en de zorgbestuurders zelf is gekomen. Het effect is aanscherping in wetgeving van wat toelaatbaar is en wat niet, verdergaande bevoegdheden voor de minister en toezichthouders en de ontwikkeling van een accreditatiesysteem voor zorgbestuurders en een nieuwe versie van de Governancecode zorg.

2

Dit alles heeft de normstelling voor goed bestuur aangescherpt. Deze is, op basis van al deze instrumenten, als volgt: *een goede zorgbestuurder neemt zorgvuldige, gemotiveerde besluiten waarin hij gelijke gevallen gelijk behandelt, belanghebbenden betreft en geen ander doel beoogd dan dat waarvoor hij bevoegd is. De goede bestuurder ziet zich verantwoordelijk, houdt zich aan zijn afspraken, is toetsbaar en open, legt verantwoording af en verdient een maatschappelijk verantwoorde beloning. Hij waakt voor belangenverstrengeling, leert van fouten en is deskundig en competent en in control. Zorgbestuurders weren slechte bestuurders en zijn zelf in staat een waardenkader te ontwikkelen dat past bij de context van de eigen instelling. Daarbij bewaken, beheersen en verbeteren ze de kwaliteit van zorg systematisch.*

3

Heeft deze normstelling en toename in handhavingsinstrumenten het vertrouwen in zorgbestuurders ook vergroot? Vertrouwen is gebaseerd op drie elementen: vertrouwen in de persoon, vertrouwen in de manier waarop de persoon werkt en vertrouwen in de uitkomsten van het werk. Vertrouwen in artsen is bijvoorbeeld hoog omdat er vertrouwen is dat iemand niet zomaar arts kan worden: dat vergt zowel theoretische kennis als oefening en als een arts zijn werk niet goed doet, kan hij ook zijn registratie als arts verliezen. Bovendien is er vertrouwen dat artsen gebruik maken in hun werk van de uitgebreide databanken met wetenschappelijk onderbouwde methoden hoe ziekten het beste te behandelen zijn. Tenslotte, en niet onbelangrijk, als iemand ons kan genezen, dan is het de arts. Over zorgbestuurders zijn in de politiek in de afgelopen jaren twijfels geuit over zowel hun persoonlijke bekwaamheid, als de manier waarop ze werken, als de toegevoegde waarde die ze hebben. Hierna drie casus ter illustratie.

4

Casus 1: de bekwaamheid van een zorgbestuurder staat ter discussie

Op 10 februari 2017 werden Kamervragen gesteld over een zorgbestuurder die een vertrekbonus van 65.000 euro had gekregen bij een zorginstelling, zonder daar een dag gewerkt te hebben. De staatssecretaris noemt dit een *'betreurenswaardige verspilling van zorggeld'* en *'slecht voor het imago van de sector'*. Het proces dat heeft geleid tot de benoeming van deze zorgbestuurder, is volgens de staatssecretaris niet goed gegaan. Uiteindelijk is de raad van toezicht teruggetreden en is er een interim-bestuurder aangesteld. De staatssecretaris antwoordt op de vraag hoe lang het 'old boys netwerk' in de zorg nog in stand blijft het volgende: *"Ik vind dat bestuurders te allen tijde moeten worden geselecteerd op basis van hun kwaliteiten en niet (louter) op basis van hun netwerk. De raad van toezicht draagt zorg voor een goede en evenwichtige samenstelling van de raad van bestuur die aansluit op de behoefte van de organisatie. Zij moet zich goed vergewissen van de daadwerkelijke kennis en kunde van een bestuurderskandidaat."* (Aanhangsel Handelingen 2016/17, 1440, p. 2).

Casus 2: de werkwijze van zorgbestuurders staat ter discussie

In juli 2016 maakt staatssecretaris Van Rijn van VWS bekend welke zorginstellingen volgens de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) 'onder de maat' presteren. De zogenaamde 'zwarte lijst' haalt de landelijke media. Dit leidt ook tot negatieve kritiek op zorgbestuurders. Mevrouw Volp (PvdA): *"De inspectie noemt in het kort drie hoofdzaken: de bestuurder, de deskundigheid en de zorgvraag. Laat ik beginnen met het eerste punt. In 40% van de gevallen weet de bestuurder niet eens wat er speelt in zijn huis. Ik heb een functieprofiel voor een bestuurder bekeken en daarin staat dat hij eindverantwoordelijk is voor de aansturing, de positionering en de kwantitatieve en kwalitatieve zorgresultaten, en dat hij daarnaast naar nieuwe mogelijkheden en kansen op de markt moet zoeken om het huis op de agenda te zetten enzovoorts. Dat is natuurlijk prachtig, maar er staat niet in dat een bestuurder moet weten wie er in zijn huis woont en werkt en wat die cliënten en zorgverleners, de mensen aan het bed, willen, kunnen en nodig hebben."* (Handeling II 2015/16, 31765, nr. 105, p. 1).

Casus 3: het resultaat van het werk van een zorgbestuurder staat ter discussie

"Hoe de kasteelheer zijn GGZ-imperium verloor" kopt de katern 'de Verdieping' van dagblad Trouw op 27 januari 2018. Het gaat over de inmiddels failliete GGZ-instelling Virenze en voornamelijk over diens bestuurder. In 2015 ontvangt deze bestuurder van Virenze nog een ondernemingsprijs van de Rabobank. Deze bestuurder is, samen met zijn instelling, zijn *license to lead/operate* verloren. In het nieuws wordt geanalyseerd welke fouten er zijn gemaakt waardoor de instelling failliet heeft kunnen gaan. Op het

moment van schrijven loopt onderzoek of de bestuurder hiervoor aansprakelijk is. Het faillissement wordt dus direct gekoppeld aan het werk van de bestuurder.

5

In dit onderzoek staat de vraag centraal: 'Hoe bouwen zorgbestuurders aan hun *license to lead*? De *license to lead* is gedefinieerd als 'legitimiteit, goedkeuring en vertrouwen voor de uitvoering van hun bestuurlijke werk'. Dit begrip is gebaseerd op 'social license to operate'. Deze geeft de volgende ordening van de begrippen legitimiteit, geloofwaardigheid en vertrouwen. Om acceptatie te krijgen is legitimiteit nodig, voor goedkeuring geloofwaardigheid en voor psychologische identificatie vertrouwen.

Het gaat niet alleen om formele legitimiteit in de zin van juridische/wettelijke vereisten, maar juist ook om de (meer ongrijpbare) sociale verwachtingen en eisen waarlangs de *license to lead* verkregen wordt. Met de *license to lead* wordt niet alleen een ondergrens bedoeld (onthouding van legitimiteit wat zichtbaar kan worden door bijvoorbeeld ontslag), er wordt ook onderscheid gemaakt tussen het krijgen van geloofwaardigheid en van vertrouwen. De onderzoeksvraag is op twee manieren te lezen, namelijk descriptief: hoe bouwen bestuurders zelf aan hun *license to lead*? Van belang is dat de zorgbestuurder hierin een actieve rol kan spelen, dus dat hij niet een passieve ontvanger van zijn *license to lead* is. Dit kan zowel gaan over de vraag welke bewuste acties zorgbestuurders ondernemen als over de vraag hoe zij onbewust, door de activiteiten die ze verrichten of door andere factoren, bouwen aan hun *license to lead*. De tweede manier is prescriptief: hoe bouwen bestuurders met hun acties, bewust of onbewust, daadwerkelijk aan hun *license to lead*, dus in hoeverre leiden de acties die ze ondernemen aan het vergroten van hun *license to lead*, oftewel: wat moeten bestuurders doen om hun *license to lead* te vergroten en doen ze dat ook? Op beide vragen wordt ingegaan in dit onderzoek. Dit onderzoek is bedoeld om inzicht te geven in de factoren die hierbij bepalend zijn. Hiermee wordt een nieuw wetenschappelijk perspectief geboden op legitimiteit, geloofwaardigheid en vertrouwen. Ook wordt voor zorgbestuurders inzichtelijk gemaakt met welk handelingsrepertoire ze invloed kunnen hebben op hun eigen *license to lead*.

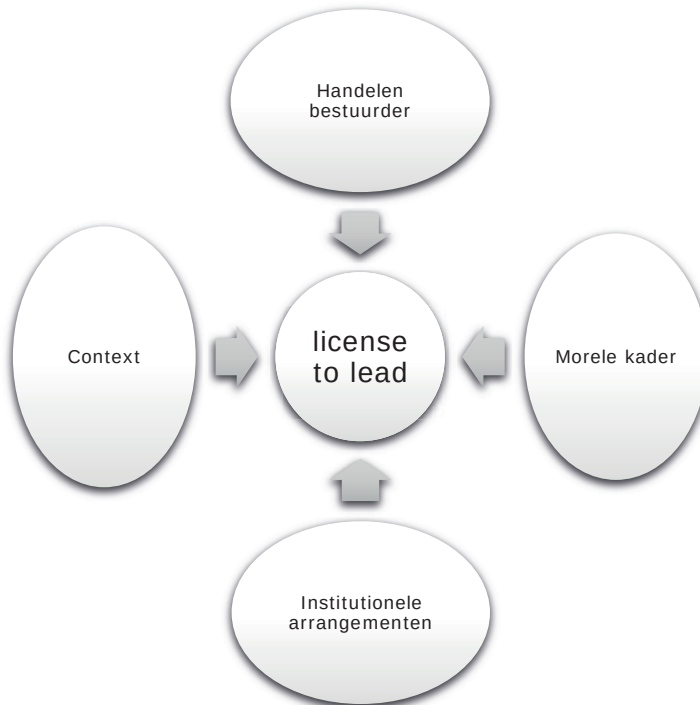
6

Op basis van een literatuurstudie, een longitudinale enquête onder zorgbestuurders, gestart in 2000 en vervolgens iedere 5 jaar herhaald, interviews onder 22 zorgbestuurders, *searchers*, bestuurssecretarissen, de directeur van de NVZD en een adviseur en een focusgroep van tien zorgbestuurders die vijf jaar lang ongeveer ieder half jaar bijeen is geweest, heb ik onderzocht hoe zorgbestuurders in de praktijk hun *license to lead* verwerven, behouden en verliezen.

7

De *license to lead* is op drie niveaus onderzocht: het niveau van individuele zorgbestuurders, het niveau van de raad van bestuur van zorgorganisaties en het niveau van de groep van zorgbestuurders. De wetenschappelijke perspectieven die bij het onderzoeken van de *license to lead* zijn gehanteerd, zijn als volgt samen te vatten. Het proces van de vorming van de *license to lead* wordt in dit onderzoek bestudeerd, waarbij een proces niet gezien wordt als een stappenplan, maar als een continue ontwikkeling. Deze wordt door de onderzoeker gepositioneerd in (tijd en) context, bekeken vanuit het morele kader waarin zorgbestuurders handelen, vanuit het werk dat zorgbestuurders verrichten voor het verkrijgen en behouden van hun *license to lead* en geabstraheerd naar institutionele arrangementen die de *license to lead* versterken of belemmeren.

Schematisch:



Figuur: verschillende perspectieven van waaruit in dit proefschrift naar de license to lead wordt gekeken.

8

Voor het onderzoeken van de legitimiteit van bestuurders als persoon is gebruik gemaakt van de **deugdenethiek**. De deugdenethiek, gebaseerd op het werk van Aristoteles (350 v.C./Hupperts en Poortman (vert.) 2005), stelt motieven en karaktereigenschappen (deugden) centraal.

Deugdzzaam handelen gaat gepaard met een motivatie, een behoefte, om het goede te doen (Beauchamp, 2001). Volgens de deugdentheorie gaat 'goed' gepaard met het succesvol/excellent vervullen van je rol/functie.

Een deugdzzaam karakter wordt in dit proefschrift beschouwd langs lijnen van de deugdenethiek van Aristoteles: het gaat om de intellectuele en morele kennis, keuzes en acties bedoeld om het beste te doen, voortkomend uit een ferm en onveranderlijk karakter.

9

Om de legitimiteit voor de manier waarop bestuurders werken te onderzoeken is gebruik gemaakt van **organisatiekunde en leiderschapsliteratuur**.

In leiderschapsliteratuur wordt gedebatteerd over de vraag of goed leiderschap gebaseerd is op een (vaststaande) set van vaardigheden en eigenschappen of context bepaald is, waardoor er geen algemene uitspraken te doen zijn over wanneer een leider een goede leider. Wanneer goed leiderschap wordt gezien als een leider die vertrouwen geniet, zou in het debat persoon van de bestuurders versus organisatiecontext een middenpositie kunnen worden ingenomen: zowel competenties als context spelen een rol. Voor het ontwikkelen van leiderschapskwaliteiten betekent dit dat kennis en vaardigheden ontwikkelen van belang zijn, maar ook het lerend vermogen van de bestuurder en zijn houding en gedrag om met verschillende situaties en contexten om te gaan. In dit onderzoek is de *license to lead* vanuit beide perspectieven (persoonlijke verdienste en organisatiecontext) bestudeerd, vanuit de aanname dat beide perspectieven een rol spelen. In de conclusie wordt ingegaan hoe deze zich tot elkaar verhouden.

10

Om de resultaten van het bestuurlijk werk te onderzoeken is gekeken naar **veranderkundige theorie**. Ondersteunende en managementprocessen staan ten dienst van de zorgverlening en hebben daarmee een afhankelijk bestaansrecht. Dit betekent voor bestuurders dat zij geen inherent recht hebben op de positie die zij hebben, maar dit recht wordt ontleend aan de functie die zij vervullen, namelijk het toevoegen van waarde voor het primair proces. Dit noemt Ten Have (2017) het onderscheid tussen 'hebben' en 'zijn': het 'hebben' gaat bijvoorbeeld uit van het aantal fte dat een bestuurder 'onder zich' heeft en de omzet van de organisatie. Het 'zijn' gaat uit van de toegevoegde waarde die de bestuurder heeft voor de cliënt/patiënt.

Greiner (1998) omschrijft zes levensfasen van een organisatie, aangevuld door Keuning en Eppink (2004) tot acht:

1. De pioniersfase.
2. De managementfase.

3. De decentralisatiefase.
4. De standaardisatiefase.
5. De samenwerkingsfase.
6. Groei door ondernemen.
7. Groei door geïntegreerd mens- en omgevingsbeleid.
8. Groei door coöperatieve strategie in intelligente organisaties in een netwerkcultuur.

Ten Have (2011) spreekt over de mate van in control zijn.

Onderzoeker ziet de koppeling tussen de fase van de organisatie en de mate van in control zijn als volgt:

- De basis op orde hebben, richt zich op fasen één tot en met drie: korte termijn verbeteringen staan centraal.
- Het in control komen, kan vanaf fase vier gaan spelen: beheersing en ontwikkeling zijn mogelijk.
- Het in control zijn en blijven, zal zich met name in fasen vijf tot en met acht afspelen: systematisch besturen oftewel proactief besturen, is mogelijk.

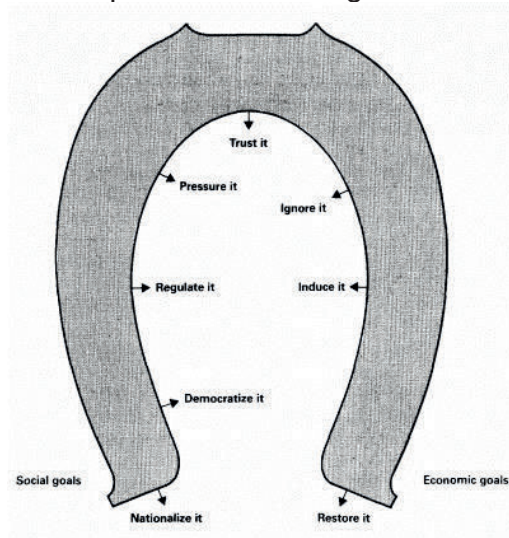
Juist in de situatie van groei waarbij de organisatie systematisch wordt bestuurd (in control is), is inzicht in de eigen organisatie en ruimte voor het effectiever zijn en vooruitblikken. In control zijn, gaat, volgens deze benadering, niet om risicomanagement en verantwoording (wat de term zou kunnen impliceren), maar juist om waarde toevoegen. Voor zorgbestuurders zijn financiële resultaten niet het doel van het handelen, zoals ook blijkt uit de Governance code zorg 2017, maar "het realiseren van de maatschappelijke doelstelling van de zorgorganisatie" en, zoals hiervoor gezegd, voor de samenleving.

Om aan deze doelstelling toe te komen, zal de interne organisatie eerst op orde moeten zijn. Een bestuurder van een instelling in de pioniersfase zal meer gericht zijn op het op orde krijgen van de processen en het inrichten van de organisatie dan op de maatschappelijke doelstelling. Een bestuurder die de basis op orde heeft, heeft een korte termijn doel van beheersing. Wanneer de organisatie voldoet aan wet- en regelgeving en de financiën op orde zijn, is ruimte voor ontwikkeling en vervolgens vernieuwing en anticipatie. In de praktijk worden veranderingen niet altijd vormgegeven zoals hierboven omschreven. Ten Have merkt op dat veranderingen 'maar al te vaak' vanzelfsprekend en weinig doordacht worden ingezet (ten Have en ten Have, 2004).

11

Historiografisch (voor het plaatsen van de license to lead in de context) zijn drie factoren die een rol spelen uitgelicht:

- semipublieke setting



Figuur: 'Conceptual horseshoe' van Mintzberg, 1985, p 49.

De mate van vertrouwen die een organisatie krijgt, bepaalt hoeveel controle er is op het werk van de bestuurder. Wanneer er weinig vertrouwen is, zal de buitenwereld (afhankelijk van het snijvlak de overheid, de markt of de gemeenschap) meer geneigd zijn om directe controle uit te oefenen.

- Governancestructuur
 - Rol professionals (42% zelf zorg specifieke opleiding)
 - Eindverantwoordelijkheid geleverde zorg, maar vertrouwelijkheid, ambulantisering, zzp-ers, specifieke kennis
 - Formele positie cliënten/patiëntenraden
- Markwerking principes
 - faillissement mogelijk
 - publieke taak gaat volgens bestuurders voor
 - van 12% (2000) naar 22% (2015) bedrijfskundig opgeleid

12

In dit onderzoek komen verschillende elementen aan bod die bepalend zijn voor de *license to lead* (gebaseerd op analyse van de interviews en focusgroep). Zo wordt het bouwen van zorgbestuurders aan hun *license to lead* door professionalisering, tijdens de werving en aanname van een zorgbestuurder en door de manier waarop zorgbestuurders zich legitimeren en verantwoorden onderzocht. Ook wordt onderzocht wat overblijft van de *license to lead* van de zorgbestuurder na zijn vertrek uit een instelling. Ook wordt gekeken naar de persoon van de zorgbestuurder, de manier waarop hij werkt en hoe de resultaten van zijn werk zijn *license to lead* beïnvloeden.

In de normstelling rond goed bestuur komen zowel de persoon van de bestuurder (bekwaam) als de werkwijze (betrekken belanghebbenden) als de resultaten (bijdragen aan kwaliteit van zorg) terug. Hoewel overeenstemming tussen de samenleving en zorgbestuurders zelf over wat van een goede zorgbestuurder mag worden verwacht, een belangrijke stap is in het herstellen van vertrouwen, blijkt in de praktijk dat er binnen de normstelling grote interpretatie verschillen kunnen zijn.

Zijn er over wat ik tot nu toe heb verteld vragen/opmerkingen?

Per moment zal ik mijn bevindingen laten zien. Indien gewenst, kan ik deze nader toelichten. Anders wil ik jullie uitnodigen om hier ook meteen op te reflecteren langs de lijn van de drie vragen die ik jullie heb gesteld:

- Wat vind ik de belangrijkste inzichten in dit hoofdstuk (/wat zou in een publieksversie terug moeten komen)?
- Wat heb ik hieraan in mijn werk als bestuurder?
- Wat zou de NVZD/zouden zorgbestuurders als groep hiermee kunnen?

Meer algemene reflecties bewaren we tot het eind. Dan vraag ik ook Wouter en Kim hun reflecties te geven.

15.45 uur

13

Het bouwen van zorgbestuurders aan hun *license to lead* door professionalisering

Conclusies:

- Groepsniveau: ontwikkeling richting beroepsgroep als manier om *license to lead* te vergroten. Gevolg: eenduidiger beeld welke kennis en ervaring, meer opleidingen en accreditatie (institutionalisering).
- Organisatieniveau: nadruk proces, weinig aandacht/beeld bij professionaliseren bestuurders
- Individuele bestuurders: relativeren belang opleidingen, zijn wel opgeleid.

Accreditatie:

- Interactie omgeving centraal (license to lead als sociaal construct).

Verbeterpunten:

- Breed gedragen kwaliteitsnormen
- Sanctionering aanscherpen; proeve van bekwaamheid in accreditatietraject
- Bijzondere karakter beter voor het voetlicht brengen
- Centraal stellen moreel kader

- Meetbaar maken resultaat professionalisering
- Basiskwalificaties voor zorgbestuurders maken (exclusief maken)
- Vakbekwaamheid binnen organisatie meer aandacht geven

Wie kan ik het woord geven over dit hoofdstuk?

16.00 uur

14

Het bouwen aan de *license to lead* tijdens het wervings- en aannameproces

Conclusies

- Rol *gatekeepers*:
 - Raden van toezicht
 - *Searchers*: positief individuele bestuurders, negatief groepsniveau
 - Opleidingsinstituten
- weinig gereguleerd/persoonlijke interactie centraal
- steeds meer aandacht voor proceslegitimiteit

Andere factoren:

- de stijl en zittingsduur van de voorganger,
- hoe de vorige bestuurder is weggegaan ('bestuurscrisis'),
- de mate van transparantie binnen de organisatie en
- de houding van externe stakeholders.

Verbeterpunten:

- Criteria succesvolle benoeming definiëren
- Meer formeel toetsen 'klik' medebestuurder
- Bestuurder passen bij uitdagingen met betrekking tot vertrouwen/gezag
- aandacht voor bekwamen wanneer in functie
- aandacht voor minder stuurbare factoren bij aanname
- Rol *gatekeepers* zichtbaar maken
- Manier van werving vastleggen

Wie kan ik het woord geven over dit hoofdstuk?

16.15 uur

15

Het bouwen aan de *license to lead* in de dagelijkse praktijk van legitimeren en verantwoord

Conclusies

- normenkader 'disciplinerende werking', maar ook onvoldoende handvatten
- organisatieniveau: proceslegitimiteit centraal, resultaat: kwaliteit zorg; eigen normen.

Andere factoren:

- het handelen van zijn collega-bestuurder(s) in de raad van bestuur
- door overheidsmaatregelen.

Verbeterpunten:

- dialoog over botsing van waarden
- bewust overwegen gekozen waarden/soort discours waar dit bij past

Wie kan ik het woord geven over dit hoofdstuk?

16.30 uur

16

Wat er overblijft van de *license to lead* na vertrek van de bestuurder

De invloed die bestuurders hebben hierop is gelegen in

- de manier waarop ze de verandering vormgeven,
- het draagvlak dat ze hiervoor weten te krijgen en
- de beïnvloedingsmacht die ze weten te creëren.

Groepsniveau: bewezen effect: Dit effect kan bijvoorbeeld zijn het stroomlijnen van de zorg rondom de patiënt, innovatie, kwaliteitsverbetering en het continueren van zorg en werkgelegenheid in tijden van bezuiniging, voorkomen faillissement.

Andere factoren:

- opvolger
- overheidsbeleid
- contracten verzekeraars/banken
- fase organisatie
- termijn waarop effect meetbaar wordt
- verandermoe

Verbeterpunten:

- aansluiten bij wat de organisatie nodig heeft in termen van vertrouwen
- aansluiten bij de fase waarin de organisatie zich bevindt
- Succes bestuurder meetbaar maken

- Evidence based werken en dit inzichtelijk maken: welk doel wordt gediend? Waarom wordt voor deze middelen gekozen?
- Niet-stuurbare factoren expliciteren en bespreekbaar maken

Wie kan ik het woord geven over dit hoofdstuk?

16.45 uur

Deze twee slides (17 en 18) laten de conclusies zien. Ik wil Kim en Wouter vragen om hun reflecties te geven, zodat jullie hierop kunnen aanvullen.

**Bijlage 5: Enquête onder leden NVZD: vragenlijst en tabellenboek
2015**

Profiel van bestuurders in de zorg

Geacht lid,

Eens in de 5 jaar voeren NVZD en het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur gezamenlijk een onderzoek uit naar hoe u, als bestuurder in de zorg, uw werk uitvoert en tegen uw functie aankijkt. Dit is de vierde keer dat we dit onderzoek uitvoeren. Dit is een uniek onderzoek, omdat het gaat over u. Wij willen u als NVZD-lid vragen **mee te doen aan dit onderzoek**. Met de resultaten kunnen we ontwikkelingen in het zorgbestuur laten zien, van binnenuit waargenomen. De NVZD vindt het van belang om inzicht te geven in het vak van zorgbesturen en transparantie te bieden over de taakopvatting van bestuurders. Vorige keren was de respons ongeveer 50%. Dat is een prachtige score! Natuurlijk hopen we dat nu weer te halen.

Het onderzoek is door zijn longitudinale karakter uniek in zijn soort en heeft tot dusverre interessante inzichten opgeleverd. De leeftijd van zorgbestuurders nam toe, net als het aantal vrouwen met een bestuurlijke functie (van 11% in 2000 naar 25% in 2010). Ook het aantal eenhoofdige Raden van Bestuur nam toe. De organisaties werden groter. De uitkomsten laten ook zien dat de span-of-control van zorgbestuurders door de jaren heen is toegenomen en dat organisaties in omvang en inrichting steeds meer variëren. Opvallend is bovendien de rol die demografische ontwikkelingen spelen bij vernieuwing van bestuur. Denk hierbij aan de verschillen tussen jongere en oudere bestuurders. Dat bestuurders zich in 2010 vooral herkennen in de rol van verbinder en intermediair past bij het belang dat relatiemanagement speelt bij de legitimering van bestuur. Legitimering is ook een proces, zo bleek uit het laatste onderzoek.

Wij hopen van harte dat u uw medewerking verleent aan dit voor onze sector en beroepsgroep belangrijke onderzoek. Het onderzoek kan weer nieuwe inzichten opleveren en bestaande aanscherpen.

In 2000 is Pauline Meurs begonnen met de enquête. Wilma van der Scheer heeft de enquête in 2005 en 2010 uitgevoerd en is in 2013 gepromoveerd met behulp van de inzichten uit de enquête. Wilma van der Scheer is ook bij deze enquête weer nauw betrokken. De enquête wordt dit jaar uitgevoerd door Sophie Bijloos in het kader van haar promotieonderzoek dat valt onder de leerstoel Bestuur en Management van Instellingen in de Gezondheidszorg die mede door de NVZD in stand wordt gehouden. Sophie is als beleidsmedewerker verbonden aan de NVZD.

Ook nu zal er op verschillende manieren over de onderzoeksresultaten worden gerapporteerd en ook in NVZD-verband zullen wij aandacht besteden aan de uitkomsten van het onderzoek.

Voor nadere informatie over de inhoud van het onderzoek verwijzen wij graag naar de onderzoeker Sophie Bijloos (030-2777451).

We hopen van harte op uw medewerking!

Paul van der Heijden Pauline Meurs

Voorzitter NVZD

Wetenschappelijk directeur Erasmus Centrum voor Zorgbestuur
en erelid NVZD

TOELICHTING

De vragenlijst is opgebouwd uit een viertal profielen:

1. Een biografisch profiel: de vragen over wie u bent, hoe u bent opgeleid en de werkervaring waarover u beschikt.
2. Een organisatieprofiel: vragen over de organisatie waaraan u leiding geeft, bijvoorbeeld de personeelssamenstelling, de structuur en de omvang.
3. Een mentaal profiel: vragen over uw visie op besturen en de manier waarop u hier invulling aan geeft.
4. Een werkprofiel: vragen over de manier waarop u uw werkweek invult. Bijvoorbeeld wat voor soort contacten u onderhoudt en hoeveel tijd u daaraan besteedt.

BEGRIPSVERHELDERING

De vragenlijst is bedoeld voor leden van de NVZD, allen **eindverantwoordelijke** directeuren of bestuurders van zorgorganisaties. Wanneer in de tekst over directeuren of bestuurders wordt gesproken, worden hiermee de **eindverantwoordelijke** directeuren of bestuurders bedoeld. Wanneer in de vragenlijst over 'managers' wordt gesproken dan worden daarmee alle managers bedoeld (zowel de operationele-, midden- en stafmanagers), **inclusief** de directeur(en) en/ of bestuurder(s). U kunt zowel leidinggeven aan een 'instelling' als aan een 'concern' dat uit meerdere (statutaire) instellingen bestaat. Omwille van het laatste wordt in de vragenlijst het brede begrip 'organisatie' gebruikt- een organisatie in de gezondheidszorg kan dus zowel een statutaire instelling als een concern zijn. Indien u zowel bestuurder van een concern bent als bestuurder (of directeur) van een instelling dan vragen wij u de vragenlijst in te vullen vanuit uw functie voor het concern.

HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST

Het invullen van de vragenlijst neemt ongeveer een half uur tot drie kwartier van uw tijd in beslag. De gegevens worden vertrouwelijk behandeld. Wanneer u tussendoor wilt pauzeren kunt u op *volgende* klikken en vervolgen op *pauzeren* drukken of de browser sluiten. Als u dan weer op de link in het e-mailbericht klikt, komt u op de laatst opgeslagen pagina uit. Wanneer u later verder wilt gaan, kunt u weer op de link in de e-mail klikken en op hetzelfde punt in de enquête verder gaan.

HET VERVOLG

Wij verzoeken u vriendelijk om de vragenlijst **-graag voor 31 december 2015-** in te vullen. Nadat u de vragenlijst heeft ingevuld worden uw antwoorden aan de hand van een analyseschema geanalyseerd en vergeleken met de antwoorden van andere bestuurders en eerdere jaren. De resultaten van het onderzoek zullen in de loop van 2016 aan u gepresenteerd worden.

1 Biografisch profiel

Vraag 1 Personalia

Open vraag

Vraag 2 Sinds wanneer oefent u uw huidige functie bij uw huidige organisatie uit?

Open vraag

Vraag 3 Portefeuille (indien van toepassing)

Open vraag

Vraag 4 Naam organisatie

Open vraag

Vraag 5 Wat is uw geboortjaar?

Gemiddelde leeftijd is 55 jaar

...-50 jr	19%
51-55 jr	25%
56-.. jr	56%

Vraag 6 Wat is uw geslacht?

Man	62%
Vrouw	38%

Vraag 7 U bent lid van de NVZD. Indien uw organisatie een meerhoofdige directie of Raad van Bestuur kent, zijn uw collega directeuren of bestuurders dan eveneens lid van de NVZD?

Ik ben eenhoofdig bestuurder	45%
Ja, al mijn collega's zijn lid	43%
Nee, niet al mijn collega's zijn lid	8%
Nee, geen van mijn collega's zijn lid	4%

Vraag 8 U kunt om verschillende redenen lid zijn van de NVZD. Hoe belangrijk vindt u de volgende redenen?

Zeer onbelangrijk ← → Zeer belangrijk (1-5)

Belangenbehartiging	4,0
Services	3,5
Ondersteuning van de eigen professionele vakuitoefening	3,4
Contacten met medebestuurders	3,2

Vraag 9 OPLEIDING Heeft u één of meerdere universitaire en/ of HBO opleiding(en) *
genoten? Zo ja, welke? Meerdere antwoorden mogelijk

Een (of meerdere) universitaire opleiding(en)	82%
Een (of meerdere) HBO opleiding(en)	28%
Geen universitaire of HBO opleiding, maar.....	3%

* Het gaat hier om initiële opleidingen, niet om post-academische opleidingen.

Vraag 10 Welke universitaire opleiding(en) heeft u genoten? Meerdere antwoorden mogelijk

Sociale wetenschappen (anders dan economie of psychologie)	25%
Bedrijfskunde	22%
Geneeskunde	17%
Gezondheidswetenschappen	13%
Economie	11%
Anders	11%
Rechten	9%
Psychologie	8%

Vraag 11 Welke andere universitaire opleiding(en)?

Open vraag

Vraag 12 Welke HBO opleiding(en) heeft u genoten? Meerdere antwoorden mogelijk

Anders	31%
Verpleegkunde	27%
SPD/ sociale academie	26%
HEAO	18%
Bedrijfskunde	14%

Vraag 13 Welke andere HBO opleiding(en)?

Open vraag

Vraag 14 Heeft u in de afgelopen tien jaar één of meer aanvullende of post-academische managementopleidingen of - cursussen gevolgd?

Ja, ik heb meerdere cursussen/ opleidingen gevolgd	65%
Ja, ik heb een cursus/ opleiding gevolgd	23%
Nee	12%

Vraag 15 Wat was/waren de aanvullende of post-academische cursus(sen) of opleiding(en) die u in de afgelopen tien jaar heeft gevolgd? Meerdere antwoorden mogelijk

Masteropleiding algemeen, MBA	7%
Masteropleiding algemeen, bedrijfskunde	5%
Masteropleiding algemeen, bestuurskunde	2%
Andere algemene masteropleiding	10%
Masteropleiding specifiek gezondheidszorg, Master of Health Administration	9%
Masteropleiding specifiek gezondheidszorg, Master of Health Care Management	2%
Masteropleiding specifiek gezondheidszorg, MBA-Health	5%
Andere specifieke gezondheidszorg opleiding	16%
Uitgebreid management development programma, Master Class NVZD/ Erasmus Centrum voor Zorgbestuur	24%
Uitgebreid management development programma, Top Class NVZD/ Erasmus Centrum voor Zorgbestuur	7%
Uitgebreid management development programma, Stolte leergang voor leidinggevend in de zorg	3%
Uitgebreid management development programma, Stolte Advanced Program (STAP)	9%
Ander uitgebreid management development programma	22%
Cursus management algemeen	6%
Cursus management specifiek, financieel/ bedrijfskundig	10%
Cursus management specifiek, informatisering	2%
Cursus management specifiek, logistiek	0%
Cursus management specifiek, human resource management	2%
Cursus management specifiek, Kwaliteitsmanagement	1%
Cursus management specifiek, Vastgoed/ Bouw	2%
Andere management specifieke opleiding	13%

Eind 2013 is de NVZD gestart met een accreditatie voor zorgbestuurders. In het accreditatietraject wordt getoetst of de bestuurder voldoet aan de volgende norm:

- Beschikt de bestuurder over zelfreflectief vermogen?
In de accreditatie wordt getoetst of de bestuurder beschikt over het vermogen tot reflectie op het eigen handelen en het vermogen om die reflectie ook om te zetten in gedrag en in ander gedrag als dat nodig mocht blijken.
- Werkt de bestuurder actief aan zijn/haar vakontwikkeling?
Een belangrijke doelstelling van de accreditatie is een systematische bijdrage aan de verdere professionalisering van bestuurders: steeds beter worden in je vak. De bestuurder toont aan dat hij/zij bereid is te blijven leren, in de breedste zin.

Om deze norm te toetsen, verzamelt de bestuurder 360 graden feedback, stelt een zelfevaluatie en een ontwikkelplan op en voert een accreditatiegesprek met twee auditoren. De auditoren geven op basis van al deze informatie een advies aan de accreditatiecommissie. Deze onafhankelijke commissie besluit over het al dan niet toekennen van accreditatie.

Vraag 16 Bent u bekend met het NVZD-accreditatiesysteem? Selecteer het meest passende antwoord: één antwoord mogelijk

Jazeker, ik ken de inhoud en de context	54%
Ja, maar niet met de exacte invulling	43%
Ik ben hier niet bekend mee	2%

Vraag 17 Bent u als bestuurder geaccrediteerd bij de NVZD? Selecteer het meest passende antwoord: één antwoord mogelijk

Nee, maar ik ga me wel opgeven in de toekomst	42%
Nee, ik ben dit ook niet van plan	26%
Ja	17%
Nog niet, maar ik ben er wel mee bezig (in voorbereiding of al gestart)	15%

Vraag 18 Wat zijn de belangrijkste overwegingen om deel te (gaan) nemen aan het accreditatietraject? Selecteer hier uw top drie van meest passende antwoorden (1 of 2 mag ook). 1 is het meest passende antwoord.

Het antwoord met gemiddeld de hoogste score staat bovenaan.

1	persoonlijke ontwikkeling
2	verantwoording naar samenleving
3	verantwoording naar cliënten/patiënten
4	verantwoording naar overheid/politiek
5	bepalen waar ik sta in mijn carrière
6	verantwoording naar Raad van Toezicht
7	verantwoording naar medewerkers
8	mijn loopbaanperspectief vergroten
9	verantwoording naar banken/verzekeraars
10	verantwoording naar management team

Vraag 19 Waarom bent u dit niet van plan?

Open vraag

Vraag 20 Wat hoopt u dat het maatschappelijk effect van het accreditatiesysteem zal zijn? Het gaat er hierom wat u als wenselijk ziet. Selecteer hier uw top drie van meest passende antwoorden (1 of 2 mag ook). 1 is het meest passende antwoord.

Het antwoord met gemiddeld de hoogste score staat bovenaan.

1	Draagt bij aan de professionalisering van zorgbestuurders
2	Draagt bij aan maatschappelijke legitimering
3	Ik heb geen bijzondere hoop ten aanzien van het effect
4	Draagt bij aan de kwaliteit van zorg
5	Erkenning van besturen in de zorg als vak
6	Voorkomt een door de politiek/overheid opgelegd systeem
7	Leidt tot formalisering van het competentieprofiel van de bestuurder
8	Gaat een rol spelen in selectieprocessen/bij opvolgingskwesaties
9	Gaat een rol spelen voor de financiering van zorg (banken, zorgverzekeraars,...)

Vraag 21 Wat verwacht u dat het maatschappelijke effect van het accreditatiesysteem gaat zijn? Het gaat er hierom wat u denkt dat het effect zal zijn. Selecteer hier uw top drie van meest passende antwoorden (1 of 2 mag ook). 1 is het meest passende antwoord.

Het antwoord met gemiddeld de hoogste score staat bovenaan.

1	Draagt bij aan maatschappelijke legitimering
2	Ik heb geen bijzondere verwachting ten aanzien van het effect
3	Draagt bij aan de professionalisering van zorgbestuurders
4	Voorkomt een door de politiek/overheid opgelegd systeem
5	Gaat een rol spelen in selectieprocessen/bij opvolgingskwesaties
6	Gaat een rol spelen voor de financiering van zorg (banken, zorgverzekeraars,...)
7	Leidt tot formalisering van het competentieprofiel van de bestuurder
8	Erkenning van besturen in de zorg als vak
9	Draagt bij aan de kwaliteit van zorg

Vraag 22 Maak de volgende zin af: Accreditatie gefaciliteerd door de NVZD zou als doel moeten hebben..... Kies het meest passende antwoord. Eén antwoord mogelijk

Bijdragen aan professionalisering van bestuur	70%
Bevorderen van de kwaliteit van zorg	9%
Niets	7%
Anders	5%
De intrinsieke motivatie van bestuurders toetsen	4%
Het gedrag van de bestuurder toetsen	3%
De buitenwereld overtuigen dat bestuurders een toegevoegde waarde hebben	2%
Bestuurders ter verantwoording roepen	1%

Vraag 23 PROFESSIONELE ONTWIKKELING Op welke andere manier(en) dan door opleiding werkt u aan uw professionele vakontwikkeling? Meerdere antwoorden mogelijk

Door het lezen van vakliteratuur	86%
Door deelname aan congressen/ symposia	83%
Door deelname aan een intervisiegroep/ directiewerkgroep	79%
Door gesprekken met een persoonlijke coach	56%
Anders	26%
Door deelname aan een werkgroep/ commissie NVZD	9%

Vraag 24 Op welke andere manier(en) dan deelname aan intervisie, werkgroep of opleiding deelt u uw kennis met collega's? Meerdere antwoorden mogelijk

Door contacten met collega's, ongeorganiseerd	91%
Door te spreken op congressen / symposia	38%
Door medewerking te verlenen aan wetenschappelijk onderzoek naar bestuurlijke vraagstukken	32%
Door het geven van (gast)colleges voor managers/ collega bestuurders	28%
Door coaching van (nieuwe) bestuurders	19%
Anders	12%
Door te publiceren in vakbladen	8%

Vraag 25 Van wie vraagt en ontvangt u de meeste feedback op uw dagelijkse functioneren? Eén antwoord mogelijk

Ondergeschikte managers	35%
Collega bestuurder(s) van dezelfde organisatie	34%
Raad van toezicht	12%
Anders	8%
Collega bestuurder(s) van een andere organisatie	6%
Coach	5%

Vraag 26 CARRIÈREVERLOOP De volgende vragen gaan over uw carrièreverloop. Kunt u aangeven in welke sector u werkzaam was in:
uw eerste functie?

Gezondheidszorg	58%
Dienstverlening	16%
Onderwijs	10%
Overheid	9%
Anders	4%
Industrie	2%
Landbouw	1%

Vraag 27 uw vorige functie?

Gezondheidszorg	83%
Dienstverlening	8%
Overheid	5%
Anders	3%
Onderwijs	1%
Industrie	0%
Landbouw	0%

Vraag 28 En in welke sector was u werkzaam in de tussenliggende functie(s)? Meerdere antwoorden mogelijk

Gezondheidszorg	75%
Dienstverlening	22%
Overheid	13%
Anders	7%
Onderwijs	6%
Industrie	5%
Landbouw	0%

Vraag 29 In welk jaar begon u aan uw eerste managementfunctie?

	Gemiddeld	Vroegst genoemde	Laatst genoemde
In	1991	1976	2010

Vraag 30 Hoeveel managementfuncties heeft u in het totaal uitgevoerd?

	Gemiddeld	Minimaal genoemd	Maximaal genoemd
Totaal aantal managementfuncties	5	1	30

Vraag 31 Waarvan:

	Gemiddeld	Minimaal genoemd	Maximaal genoemd
functie(s) met eindverantwoordelijkheid (bestuurdersfuncties)	2	1	11
functie(s) binnen de gezondheidszorg	4	1	25

Vraag 32 Is uw huidige functie uw eerste eindverantwoordelijke directie- of bestuursfunctie?

Ja	56%
Nee	44%

Vraag 33 Indien u meerdere managementfuncties heeft uitgeoefend binnen de gezondheidszorg, bent u dan steeds werkzaam geweest in één en dezelfde organisatie?

Nee, in verschillende soorten organisaties	60%
Nee, in verschillende, maar vergelijkbare organisaties	30%
Ja, in één en dezelfde organisatie (bijvoorbeeld ziekenhuis)	9%

Vraag 34 Hoe bent u bij uw huidige functie terecht gekomen? Meerdere antwoorden mogelijk

via een wervingsbureau	47%
via een openbare sollicitatieprocedure	39%
doorgestroomd vanuit een andere functie binnen de organisatie	13%
door een fusie/reorganisatie	9%
via connecties in Raad van Toezicht	5%
Anders	4%
via connecties in Raad van Bestuur	3%
via een intern Management Development programma	0%

Vraag 35 Gaat u binnen nu en een jaar met pensioen of heeft u bij de Raad van toezicht aangegeven dat u binnen nu en een jaar uw baan opzegt?

Nee	95%
Ja	5%

Vraag 36 Bent u betrokken bij uw opvolging? Selecteer het meest passende antwoord: één antwoord mogelijk

Ik ben betrokken bij het opstellen van het profiel van de opvolger, maar niet bij de werving en selectie	53%
Nee	40%
Ja, mijn opvolging wordt door de Raad van Toezicht in overleg met mij bepaald	7%

Vraag 37 Is uw toekomstige opvolging (ook wanneer deze op dit moment niet concreet speelt) een onderwerp waar aandacht aan wordt besteed door de Raad van toezicht? Selecteer het meest passende antwoord: één antwoord mogelijk

Nee.	27%
Nee, ik ben recent aangetreden.	23%
Mijn opvolging zal in overleg met mij bepaald worden wanneer het speelt.	20%
Mijn opvolging is een expliciet onderdeel van (jaarlijkse) gesprekken met de Raad van Toezicht.	17%
De Raad van Bestuur/Raad van Toezicht bespreekt wie binnen de organisatie kan doorgroeien naar een bestuurdersfunctie.	5%
Anders	5%
Ik ben hier niet bij betrokken.	2%
De organisatie heeft een intern Management Development programma met (onder meer) als doel interne doorstroming tot op Raad van Bestuur niveau.	1%

2 ORGANISATIEPROFIEL

Vraag 38 ORGANISATIE Aan welk(e) type(n) organisatie(s) geeft u leiding? Meerdere antwoorden mogelijk, bijvoorbeeld in het geval van concerns

Verpleeghuis	29%
Thuiszorgorganisatie	28%
Verzorgingshuis	27%
Organisatie voor verstandelijk of lichamelijk gehandicapten	20%
Organisatie voor GGZ	19%
Anders	19%
Algemeen ziekenhuis	18%
Categoriaal ziekenhuis	6%
Academisch ziekenhuis	1%

Vraag 39 Wat zijn de bedrijfsopbrengsten* van de organisatie waaraan u leiding geeft? (peiljaar 2014)

Minder dan 15	12%
15-50	25%
50-100	21%
100-125	8%
125-150	7%
Meer dan 150	28%

*conform de jaarrekening. Het betreft hier het wettelijke budget, plus overige inkomsten, plus b-segment (ziekenhuizen) in miljoenen euro's. Exclusief de omzet van evt. vrijgevestigde specialisten.

Vraag 40 Hoeveel personen zijn gemiddeld genomen werkzaam in de organisatie waaraan u leiding geeft, inclusief flexibele dienstverbanden? (peiljaar 2014) Totaal aantal fte's:

Minder dan 500	27%
500 – 750	12%
750 - 1.000	8%
1.000 - 1.250	8%
1.250 - 1.500	9%
meer dan 1.500	36%

Vraag 41 Hoeveel medisch specialisten (artsen, psychiaters) zijn gemiddeld genomen werkzaam in de organisatie waaraan u leiding geeft? (peiljaar 2014) Totaal aantal fte's:

Minder dan 25	53%
25 – 50	10%
50 – 100	12%
100 – 150	9%
150 – 200	3%
meer dan 200	14%

Vraag 42 STRUCTUUR Hoe is de topstructuur van uw organisatie thans ingericht?

Eenhoofdig(e) directie/bestuur	44%
Meerhoofdig(e)directie/bestuur met collegiale verantwoordelijkheid	43%
Meerhoofdig(e)directie/bestuur met eerstverantwoordelijke directeur/bestuurder	12%
Anders	1%

Vraag 43 Hoeveel leidinggevende niveaus heeft uw organisatie? (de Raad van Toezicht niet meegerekend)

2 lagen	25%
3 lagen	62%
4 lagen	12%
Meer dan 4 lagen	1%

Vraag 44 Indien uw directie of Raad van Bestuur meerhoofdig is, hoeveel leden telt uw directie of Raad van Bestuur dan? En hoe is de man/vrouw verdeling?

Eenhoofdige Raad van Bestuur	44%
Tweehoofdige Raad van Bestuur	41%
Driehoofdige Raad van Bestuur	12%
Vierhoofdige Raad van Bestuur	1%
Meer dan vierhoofdige	1%

Vraag 45 Hoe is de organisatiestructuur van uw organisatie thans ingericht? Meerdere antwoorden mogelijk

Functionele indeling (dienstenstructuur)	9%
Indeling naar zorgeenheden ('gekanteld' naar werkeenheden of productgroepen)	44%
Indeling naar cluster/divisies waarbinnen zorgeenheden zijn samengebracht	42%
Anders	10%

Vraag 46 De inbreng van professionals in de besluitvorming op organisatieniveau kan op verschillende manieren gewaarborgd worden. Welke manieren komen in uw organisatie voor? Meerdere antwoorden mogelijk

Duaal management: sommige professionals zijn voor een deel van hun tijd manager (bijv. medisch manager).	51%
Vrijblijvend advies, vertegenwoordigers van professionals hebben het recht gevraagd en ongevraagd advies te geven aan het bestuur. Het bestuur is echter niet verplicht om advies te vragen (verpleegkundige en verzorgende adviesraad bijvoorbeeld).	44%
Verplichte raadpleging, het bestuur is verplicht om over belangrijke beslissingen aangaande het organisatiebeleid advies in te winnen van (vertegenwoordigers van) professionals.	36%
Anders	14%
Duaal bestuur: de directie/Raad van Bestuur en vertegenwoordigers van professionals (bijv. de voorzitter Vakgroep of Medische Staf) vormen samen het organisatiebestuur.	12%
Dit is (nog) niet geregeld.	10%

Vraag 47 VERANDERINGEN Welke van de onderstaande grootscheepse veranderingen heeft uw organisatie de afgelopen vijf jaar doorgemaakt (2010-2015)? Of zit u nog midden in? Of zullen in de nabije toekomst in uw organisatie zeker gerealiseerd moeten worden, maar bent u er nog niet aan begonnen. Meerdere antwoorden mogelijk* In geval van concerns kan het ook om organisatieonderdelen gaan.

Veranderingen:

2010-2015

	2010-2015	2015	Toekomst
Introductie van een nieuwe topstructuur (Raad van Toezicht model bijvoorbeeld)	32%	7%	4%
Kanteling van de organisatie (van dienstenstructuur naar zorgeenheden/clusters)	36%	13%	4%
'Doorkanteling' van de organisatie (het verder doorvoeren van principes en decentralisatie)	24%	46%	20%
Fusie met één of meer vergelijkbare organisaties ('horizontale' fusie)	20%	10%	15%
Samenwerking met andersoortige organisatie (bijvoorbeeld in zorgprogramma of door convenant)	35%	50%	27%
Fusie met andersoortige organisatie ('verticale' fusie)	7%	3%	6%
Nieuwbouw of uitgebreide renovatie	47%	42%	31%
Substantiële uitbreiding van het zorgaanbod met nieuwe voorzieningen	28%	20%	12%
Introductie van commerciële diensten of private initiatieven (ZBC of zelfhulp cursussen, bijvoorbeeld)	13%	7%	6%
Reorganisatie van de Medische Staf (oprichting van een formele vereniging, met statutair vastgelegde vertegenwoordigingsbevoegdheid van het strafbestuur, bijvoorbeeld)	12%	20%	15%
Introductie kwaliteitssysteem	46%	16%	8%
Sanering/grootscheepse bezuinigingen	34%	35%	17%
Uitgebreide aanpassing van de ICT-infrastructuur	40%	47%	27%
Anders	4%	8%	6%

Vraag 48 Als u terugkijkt, op welke veranderingen die (mede door u) in uw organisatie gerealiseerd zijn, bent u dan het meest trots? Selecteer het meest passende antwoord, slechts één antwoord mogelijk

verbetering in de kwaliteit van de zorg die geleverd wordt	32%
cultuuromslag	18%
marktpositie van de organisatie verbeterd	16%
financiële resultaten	11%
succesvolle reorganisatie	9%
Anders	9%
fusie	5%

3 MENTAAL PROFIEL

Vraag 49 VISIE OP BESTUREN U kunt als bestuurder verschillende rollen in uw organisatie vervullen. Hoe belangrijk vindt u de volgende rollen op dit moment? Dit betreft uw eigen visie op het belang van de rol, hierna wordt gevraagd naar de feitelijke situatie.

Het antwoord met gemiddeld de hoogste score (het belangrijkste antwoord) staat bovenaan.

Zeer onbelangrijk ← → Zeer belangrijk (1-5)

1	De 'bestuurder' die strategische lijnen naar de toekomst uitzet
2	Het 'boegbeeld' of de 'ambassadeur' van de organisatie naar buiten en naar binnen
3	Anders
4	De 'tussenpersoon' die verbindingen legt tussen de binnen- en buitenwereld van de organisatie
5	De 'ondernemer' die vernieuwingen introduceert en nieuwe 'markten' aanboort
6	De 'regisseur' die ervoor zorgt dat zorgprocessen soepel verlopen
7	De 'manager' die ervoor zorgt dat de productie efficiënt en volgens afspraken verloopt

Vraag 50 U vervult als bestuurder verschillende rollen in uw organisatie. Hoe sterk vervult u de volgende rollen op dit moment feitelijk?

Het antwoord met gemiddeld de hoogste score staat bovenaan.

Zwak ← → Sterk (1-5)

1	Anders
2	De 'bestuurder' die strategische lijnen naar de toekomst uitzet
3	Het 'boegbeeld' of de 'ambassadeur' van de organisatie naar buiten en naar binnen
4	De 'tussenpersoon' die verbindingen legt tussen de binnen- en buitenwereld van de organisatie
5	De 'ondernemer' die vernieuwingen introduceert en nieuwe 'markten' aanboort
6	De 'manager' die ervoor zorgt dat de productie efficiënt en volgens afspraken verloopt
7	De 'regisseur' die ervoor zorgt dat zorgprocessen soepel verlopen

Vraag 51 In de gezondheidszorg vinden veel reorganisaties en veranderingen plaats. Als u kijkt naar uw organisatie, welke veranderingsstrategie acht u dan het meeste noodzakelijk?

Het antwoord met gemiddeld de hoogste score (het belangrijkste antwoord) staat bovenaan.

Lage prioriteit ← → Hoge prioriteit (1-3)

1	Anders
2	Het moet inhoudelijker: er moet meer oog zijn voor de kwaliteit van de dienstverlening
3	Het moet professioneler: er moet meer aandacht zijn voor de professionele ontwikkeling van medewerkers
4/5	Het moet slimmer: de prijs/kwaliteit verhouding moet beter
4/5	Het moet ondernemender: er moeten nieuwe werkwijzen en activiteiten geïntroduceerd worden die op verschillende wijzen gefinancierd kunnen worden
6	Het moet maatschappelijker: er moet meer rekening gehouden worden met de maatschappelijke vraag
7	Het moet zakelijker: er moet meer gestuurd worden op resultaten

Vraag 52 U kunt als bestuurder op verschillende zaken afgerekend worden. Waar wenst u vooral op afgerekend te worden? Maximaal twee antwoordmogelijkheden

De kwaliteit van de verleende zorg en/of diensten.	84%
De bedrijfseconomische gezondheid van de organisatie.	51%
Het vervullen van de maatschappelijke functie van de organisatie.	48%
De concurrentiepositie of het concurrentievermogen van de organisatie.	8%
Voldoen aan de door de politiek opgelegde opdracht.	1%
Optimalisatie van het logistieke proces.	0%

Vraag 53 Waaruit blijkt naar uw mening de effectiviteit van de bestuurder? Maximaal drie antwoordmogelijkheden

De effectiviteit van de bestuurder blijkt uit zijn of haar vermogen om veranderingen door te voeren.	64%
De effectiviteit van de bestuurder blijkt uit zijn of haar vermogen tot het formuleren van een bindende visie.	60%
De effectiviteit van de bestuurder blijkt uit zijn of haar vermogen om spanningen en dilemma's in de eigen organisatie te hanteren	42%
De effectiviteit van de bestuurder blijkt uit de bedrijfseconomische resultaten van de organisatie.	37%
De effectiviteit van de bestuurder blijkt uit zijn of haar vermogen om medewerkers te stimuleren in hun ontwikkeling.	35%
De effectiviteit van de bestuurder blijkt uit zijn of haar vermogen om de eigen managementstijl aan te passen aan de situatie	22%
De effectiviteit van de bestuurder blijkt uit zijn of haar besluitvaardigheid.	15%

Vraag 54 Welke rol heeft u als bestuurder bij het realiseren van goede zorg? Selecteer hier uw top drie van meest passende antwoorden (1 of 2 mag ook). 1 is het meest passende antwoord.

1	De 'strateeg' die strategische lijnen naar de toekomst uitzet.
2	Het 'boegbeeld' zowel binnen als buiten de organisatie.
3	De 'tussenpersoon' die verbindingen legt tussen binnen- en buitenwereld.
4	De 'procesleider' die zorgt dat de processen soepel verlopen en de goede mensen op de goede plek zitten.
5	De 'ondernemer' die vernieuwingen introduceert en de markten aanboort.
6	De 'manager' die ervoor zorgt dat de productie efficiënt en volgens afspraken verloopt.
6	Een andere rol, namelijk:

Vraag 55 Als bestuurder kunt u zich met verschillende personen of groeperingen verbonden voelen. In welke mate zijn onderstaande stellingen op u van toepassing?

Geheel niet van toepassing ← → Zeer van toepassing (1-5)

Het antwoord met gemiddeld de hoogste score (het belangrijkste antwoord) staat bovenaan.

1	Ik voel mij vooral verbonden met de organisatie waarvoor ik werk.
2	Ik voel mij vooral verbonden met de (problematiek van) cliënten.
3	Ik voel mij vooral verbonden met de grotere maatschappelijke vraagstukken aangaande de zorg (als toegankelijkheid, betaalbaarheid, solidariteit).
4	Ik voel mij vooral verbonden met de sector waarin ik werk.
5	Ik voel mij vooral verbonden met collega managers / bestuurders binnen de eigen organisatie.
6	Ik voel mij vooral verbonden met het zorgverleningsproces.
7	Ik voel mij vooral verbonden met collega bestuurders in de gezondheidszorg.
8	Ik voel mij vooral verbonden met publieke managers in algemene zin.

Vraag 56 VISIE OP MANAGEMENT Professionals kunnen op verschillende manieren gemanaged worden, waar plaatst u uw opvatting over het managen van professionals?

Kies het meest passende antwoord: slechts één antwoord mogelijk

Het management van professionals is 'zelf' management: professionals weten zelf wat goed is, bestuurders scheppen condities voor hun beroepsuitoefening.	43%
Het management van professionals is 'actief sturend' management: de bestuurder moet zich actief met professionals bemoeien om in goede harmonie te kunnen werken aan organisatiebeleid.	28%
Het management van professionals is 'meevoelend' management: bestuurders moeten voor de uitoefening van hun functie in staat zijn te begrijpen hoe professionals denken.	25%
Het management van professionals is 'geduld' management: professionals moeten voorzichtig en met respect benaderd worden om medewerking te verkrijgen voor organisatiebeleid.	2%
Het management van professionals is 'confronterend' management: bestuurders moeten bereid zijn om het conflict met professionals aan te gaan teneinde organisatiedoelen te realiseren.	2%

Vraag 57 Ook ondergeschikte managers kunnen op verschillende manieren gemanaged worden, waar plaatst u uw opvatting over het management van managers?

Kies het meest passende antwoord: slechts één antwoord mogelijk

Het management van managers is 'zelf' management: managers weten zelf wat goed is, bestuurders scheppen condities voor hun beroepsuitoefening.	38%
Het management van managers is 'meevoelend' management: bestuurders moeten voor de uitoefening van hun functie in staat zijn te begrijpen hoe managers denken.	13%
Het management van managers is 'geduld' management: managers moeten voorzichtig en met respect benaderd worden om medewerking te verkrijgen voor organisatiebeleid.	0%
Het management van managers is 'actief sturend' management: de bestuurder moet zich actief met managers bemoeien om in goede harmonie te kunnen werken aan organisatiebeleid.	44%
Het management van managers is 'confronterend' management: bestuurders moeten bereid zijn om het conflict met managers aan te gaan teneinde organisatiedoelen te realiseren.	5%

4 WERKPROFIEL

Vraag 58 Als u een 'gemiddelde' werkweek overziet, hoe verdeelt u dan uw aandacht ongeveer over interne en externe zaken in % van de tijd? (totaal 100%)

% van de tijd intern	66%
% van de tijd extern	34%

Vraag 59 Als u een 'gemiddelde' werkweek overziet, hoe verdeelt u dan uw interne aandacht ongeveer over zorginhoudelijke zaken die het primaire proces betreffen (cliëntenraad, klachtencommissie, infectiecommissies, etc.) en beheersmatige zaken (personeelsmanagement, financiën, huisvesting, etc.) in % van de tijd? (totaal 100%)

% van de tijd zorginhoudelijk	44%
% van de tijd beheersmatig	56%

Vraag 60 Als u een 'gemiddelde' week overziet, hoe verdeelt u dan uw aandacht ongeveer over geplande en onverwachte zaken in % van de tijd? (totaal 100%)

% van de tijd geplande zaken, verwachte zaken	75%
% van de tijd onverwachte zaken, incidenten	25%

Vraag 61 Als u een 'gemiddelde' week overziet, hoe verdeelt u dan uw aandacht ongeveer over bestuurlijke/strategische en tactische/operationele zaken? in % van de tijd? (totaal 100%)

% Bestuurlijke/strategische zaken	57%
% Tactische/operationele zaken	43%

Vraag 62 Als u uw interne contacten tijdens een 'gemiddelde' week overziet, hoeveel tijd besteedt u ongeveer aan contacten en met wie? Het gaat hier om interne contacten, hierna komt een vraag over externe contacten. Naast het hebben van contacten zal u ook tijd besteden aan andere zaken, onderstaande hoeft dus niet op te tellen tot een volledige werkweek. Vult u alleen 'anders' in als u andere interne contacten heeft dan hier genoemd zijn. uren per week

Met ondergeschikte managers:	8.56
Met (andere) medewerkers waaraan u rechtstreeks leiding geeft:	4.70
Met collega bestuurders:	4.03
Met medische professionals (artsen en/of psychiaters):	3.07
Anders:	2.75
Met overige professionals (pedagogen, verpleegkundigen e.d.):	2.50
Met patiënten of hun familie:	1.47
Met (voorzitter van) de ondernemingsraad:	1.34
Met (voorzitter van) de Raad van Toezicht:	1.25
Met (voorzitter van) de cliëntenraad:	1.11
Totaal	30.82

Vraag 63 Als u uw externe contacten tijdens een 'gemiddelde' week overziet, hoeveel tijd besteedt u ongeveer aan contacten met welke anderen? Het gaat hier om externe contacten. Naast het hebben van contacten zal u ook tijd besteden aan andere zaken, onderstaande hoeft dus niet op te tellen tot een volledige werkweek. Vult u alleen anders in als u andere externe contacten heeft dan hier genoemd zijn. uren per week

Met bestuurders van andere, vergelijkbare zorgorganisaties:	2.7
Met overheden en ambtenaren:	2.5
Met bestuurders van andere, andersoortige zorgorganisaties:	1.7
Met brancheorganisaties:	1.7
Met zorgverzekeraars:	1.3
Anders:	1.7
Met patiëntenorganisaties/belangenbehartigers:	.8
Totaal	12.5

Vraag 64 Heeft u zitting in externe besturen en commissies in de gezondheidszorg?

Meerdere antwoorden mogelijk

Ja, ik heb zitting in een Raad van Toezicht	33%
Ja, ik heb zitting in een landelijk bestuur	28%
Ja, ik heb zitting in een regionaal bestuur	27%
Ja, ik heb zitting in meerdere Raden van Toezicht	18%
Ja, ik heb zitting in een landelijke c.q. departementale commissie	17%
Nee, ik heb geen zitting in externe besturen en commissies	17%
Anders	17%
Ja, ik heb zitting in meerdere landelijke besturen	9%
Ja, ik heb zitting in meerdere landelijke c.q. departementale commissies	8%

Vraag 65 Wat zijn voor u de belangrijkste contacten voor het uitoefenen van uw functie? Deze vraag betreft uw opvatting over het belang van contacten, niet de feitelijke situatie. Selecteer hier uw top drie van meest passende antwoorden (1 of 2 mag ook). 1 is het meest passende antwoord.

1 (indien er sprake is van een meerhoofdige raad van bestuur)	Met collega bestuurders	.78
2	Met ondergeschikte managers	.99
3	Met medewerkers waaraan u rechtstreeks leiding geeft	.86
4	Met medisch professionals (artsen en/of psychiaters)	.63
5	Met patiënten of hun familie	.42
6	Met (voorzitter van) de Raad van Toezicht	.37
7	Met overheden en ambtenaren	.34
8	Met bestuurders van andere, vergelijkbare zorgorganisaties	.31
9	Met zorgverzekeraars	.27
10	Met (voorzitter van) de cliëntenraad	.21
11	Met (voorzitter van) de ondernemingsraad	.16
12	Met overige professionals (pedagogen, verpleegkundigen e.d.)	.13
13	Met bestuurders van andere, andersoortige zorgorganisaties	.11
14	Met brancheorganisatie	.09
15	Met patiëntenorganisaties/belangenbehartigers	.04

Vraag 66 Op welke manier neemt u in uw beleid het belang van de patiënt/cliënt mee? Selecteer hier uw top drie van meest passende antwoorden (1 of 2 mag ook). 1 is het meest passende antwoord.

Het antwoord met gemiddeld de hoogste score (het belangrijkste antwoord) staat bovenaan.

1	door de inbreng van de cliënten/patiëntenraad
2	door mee te lopen in de organisatie
3	door de terugkoppeling van mijn medewerkers
4	door de uitkomsten van interne (digitale) beoordelingen
5	door de uitkomsten van externe (digitale) beoordelingen (bv. Zorgkaart Nederland, CQI)
6	door mij in te leven in de patiënt
7	door de contracten met zorgverzekeraars, die de cliënt/patiënt vertegenwoordigen.
8	door het onderhouden van contacten met patiëntenorganisaties
9	door middel van een klachtenfunctionaris
10	door mijn eigen ervaringen als patiënt
11	niet

Vraag 67 Als u voor een lastig managementvraagstuk staat en een moeilijke beslissing moet nemen, valt u dan terug op de onderstaande personen of informatiebronnen?

Nooit ← → Altijd (1-5)

Het antwoord met gemiddeld de hoogste score (het belangrijkste antwoord) staat bovenaan.

1	Het management team
2	Eerdere ervaringen
3	Collega bestuurders uit de eigen organisatie
4	Kennis/ inzichten opgedaan in opleidingen of cursussen
5	Advies van de Raad van Toezicht
6	Secretaris Raad van Bestuur
7	Deskundigen van buiten
8	Kennis uit boeken of tijdschriften
9	Collega bestuurders uit een andere organisatie
10	Mijn partner (privé)
11	Secretaresse

Vraag 68 Hoe geeft u invulling aan ondernemerschap in de zorg?

Geheel niet van toepassing ← → Zeer van toepassing (1-5)

Als ondernemer ben ik vooral bezig met het aangaan van samenwerkingsrelaties ten einde aan de regionale zorgvraag tegemoet te kunnen komen	4.1
Als ondernemer ben ik vooral bezig met het stimuleren van professionals om te innoveren	4.1
Als ondernemer ben ik vooral bezig met het creatief omgaan met beperkte middelen	3.9
Als ondernemer ben ik vooral bezig met het optimaliseren van werkprocessen	3.5
Als ondernemer ben ik vooral bezig met het aanboren van nieuwe markten	3.1
Als ondernemer ben ik vooral bezig met het initiëren van commerciële activiteiten	2.5

Vraag 69 Bestuurders worden herhaaldelijk uitgedaagd zich meer te laten gelden in het publieke debat. Hoe doet u dat? Meerdere antwoorden mogelijk

Door mij te melden als lid van bestuur of een commissie van een brancheorganisatie	46%
Door gelijkgezinde collega's te mobiliseren om positie te kiezen in het debat	42%
Door problemen in de zorg aan de kaak te stellen via regionale of landelijke media (door bijvoorbeeld interviews of ingezonden brieven of blogs en internetfora)	27%
Ik doe dat niet	15%
Anders	12%
Door kwesties te agenderen in mijn eigen politieke partij (lokaal of landelijk)	8%

OVERIG Het kan zijn dat u aanvullingen wilt doen op bovengenoemde vragen of antwoorden, of dat u opmerkingen heeft over de vragen, uw werk of het onderzoek. Beide typen reacties kunt u hieronder kwijt.

Wij danken u hartelijk voor uw medewerking.

**Bijlage 6: Overeenkomst ter zake van het faciliteren door de NVZD
van het promotieonderzoek van Sophie Bijloos**

De ondergetekenden:

NVZD — vereniging van bestuurders in de zorg, gevestigd te Zeist (hierna, “**NVZD**”),
hierbij rechtsgeldig vertegenwoordigd door Jos F. de Beer, directeur;

en

Judith Sophia Maria Bijloos, geboren op 23 november 1982 (hierna: “**SB**”);

Overwegende dat:

- In 2012 is gestart met de voorbereidingen voor het inrichten van een accreditatiesysteem voor zorgbestuurders door NVZD, BCZN (Bestuurders Curatieve Zorg Nederland) en VHMZ (Vereniging van Hoger Management in de Gezondheidszorg);
- Bij de voorbereidende werkzaamheden in de stuurgroep accreditatie meerdere malen de wens is uitgesproken de ontwikkeling en werking van het accreditatiesysteem met onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek te volgen;
- De NVZD gebaat is bij onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek gedurende de inrichting van het accreditatiesysteem en daarmee bereid is onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek te faciliteren;
- SB bijzonder betrokken is bij het onderwerp als projectleider accreditatie en beleidsmedewerker van de NVZD;
- SB de juiste kwalificaties bezit voor het doen van wetenschappelijk onderzoek, gezien haar (academische) achtergrond;
- Dat de NVZD en SB in oktober 2012 een arbeidsovereenkomst zijn aangegaan voor onbepaalde tijd met een arbeidsduur van 36 uur per week;
- Met SB bij haar indiensttreding bij de NVZD afspraken zijn gemaakt over haar ontplooiing, waar een onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek volgens beide partijen een goede invulling van is;
- De NVZD als belanghebbende bij het onderzoek en SB's werkgever SB wenst te faciliteren in die zin dat SB vrij is om 8 uur van haar contractuele wekelijkse arbeidsduur van 36 uur te besteden aan het hierboven genoemde onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek;
- De NVZD SB daarnaast zal faciliteren door het beschikbaar stellen van gegevens en netwerk ten behoeve van het genoemde onafhankelijke wetenschappelijke onderzoek;
- SB het genoemde onderzoek wenst uit te voeren in de vorm van een promotieonderzoek, waarbij de universiteit de wetenschappelijke sturing heeft en met de universiteit nadere afspraken worden gemaakt;
- De NVZD hierachter staat;

- De NVZD het niet wenselijk acht dat zij invloed kan uitoefenen op het onderzoek dan wel dit op enige wijze kan sturen.
- partijen de afspraken die het kader van het voorgaande zijn gemaakt schriftelijk wensen vast te leggen;
- Met die afspraken de wederzijdse belangen optimaal worden gediend, nu er onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek plaatsvindt op een kosteneffectieve manier, de juiste persoon om dit onderzoek uit te voeren is gevonden en invulling wordt gegeven aan de afspraken bij indiensttreding.

1

Verklaren te zijn overeengekomen als volgt:

Artikel 1. Looptijd en einde overeenkomst

1. Deze overeenkomst wordt aangegaan vanaf de dag van ondertekening en eindigt van rechtswege bij de definitieve afronding van het onderzoek, te weten het behalen van de academische graad "doctor (dr.)".
2. Indien de in de considerans genoemde arbeidsovereenkomst tussen NVZD en SB eindigt, zullen partijen in overleg treden over het al dan niet (gedeeltelijk) voortbestaan van deze overeenkomst.
3. Opzegging van deze overeenkomst is slechts mogelijk indien het genoemde (promotie)onderzoek definitief wordt afgebroken, waaronder niet wordt verstaan tijdelijke onderbrekingen van het onderzoek om wat voor reden dan ook;
4. Opzegging geschiedt altijd schriftelijk.

Artikel 2. Faciliteiten

1. De NVZD verschaft aan SB — zolang het dienstverband tussen de NVZO en SB bestaat - het recht om 8 uur van haar contractuele wekelijkse arbeidsduur van 36 uur te besteden aan het (promotie)onderzoek bedoeld in de considerans over de periode vanaf de ingangsdatum tot het einde van deze overeenkomst. SB aanvaardt dit recht.
2. De rechten en plichten uit hoofde van de arbeidsovereenkomst tussen de NVZD en SB blijven voor het overige onverkort van toepassing.
3. Deze overeenkomst dan wel het geheel of gedeeltelijk eindigen daarvan tast op geen enkele wijze de geldigheid, inhoud en/of het voortduren van de genoemde arbeidsovereenkomst aan.
4. De NVZD stelt daarnaast op basis van reëel gemaakte onkosten voor de onderzoeksactiviteiten een vergoeding ter beschikking tot 5.000,- (zegge: vijfduizend euro) per jaar, waarbij cumulatie over meerdere jaren mogelijk is. Over kosten boven dit bedrag zullen partijen met elkaar in overleg treden.

Artikel 3. Beschikbaar stellen van onderzoeksgegevens

1. NVZD stelt SB in het kader van het genoemde onderzoek des verzocht haar archief en haar ledenbestand ter beschikking. SB zal geheimhouding betrachten ten aanzien van zaken die de persoonlijke levenssfeer of zakelijke belangen van personen of organisaties kunnen schaden. Partijen treden met elkaar in overleg wanneer dit het onderzoek zou kunnen beletten.
2. NVZD verleent SB tenminste eenmaal in het onderzoek toestemming om ten behoeve van een surveyonderzoek (in het kader van het meermalen genoemde onderzoek) haar leden een enquête toe te sturen. SB zal ten behoeve van het onderzoek daarbuiten leden van de NVZD slechts aanschrijven na schriftelijke toestemming van NVZD.

Artikel 4. Intellectuele Eigendom

1. De NVZD kan op geen enkele wijze aanspraak maken op intellectuele eigendomsrechten ter zake van het door SB uit te voeren promotieonderzoek.

Artikel 5. Wijzigingen of aanvullingen van de overeenkomst

1. Wijzigingen van of aanvullingen op de bepalingen van deze overeenkomst worden na wederzijds akkoord tussen partijen van kracht door een door beide partijen ondertekend schrijven, dat aan deze overeenkomst wordt gehecht en wordt geacht daarvan onlosmakelijk deel uit te maken.

Aldus overeengekomen en in tweevoud opgemaakt en ondertekend in Zeist op

12-4, 2013

NVZD, namens deze:

Jos de Beer, directeur

Sophie Bijloos

**Bijlage 7: Onderzoeksvoorstel: (over) de grens van de
zorgbestuurder**

“Het (morele kompas van de bestuurder) impliceert ook dat ze (de bestuurders) niet wachten tot er een wet is die de grenzen juridisch markeert van wat wel of niet toelaatbaar is, bijvoorbeeld ten aanzien van inkomen en vergoedingen. Je mag van bestuurders verwachten dat zij zelf initiatief nemen, zelf dat morele kompas hanteren. En dat ze zich rekenschap geven van hoe hun medewerkers op de werkvloer en de maatschappij naar hun handelen kijken.” (minister van onderwijs Jet Bussemaker in Trouw, 8 december 2012)

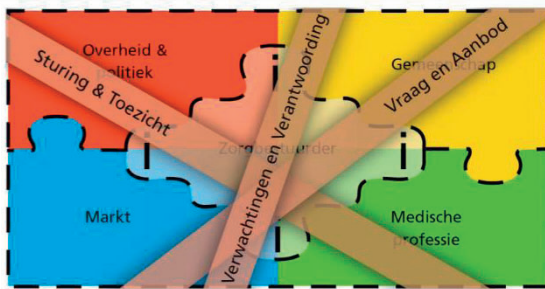
Theoretisch kader: context en inbedding

De gezondheidszorg staat voor uitdagingen rond betaalbaarheid en toegankelijkheid. Het doel is ondanks een toenemende zorgbehoefte door onder andere vergrijzing de zorg voor eenieder die deze nodig heeft toegankelijk te houden. Overheden zoeken naar nieuwe manieren om het zorgstelsel zo in te richten dat dit doel wordt bereikt zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg. In Nederland heeft dit geleid tot een systeem van gereguleerde marktwerking (zie onder meer Van der Grinten, 2006, Bal, 2008, den Breejen e.a., 2009).

Door de toenemende complexiteit en de toenemende administratieve verplichtingen van en in de zorg is het beroep van manager in de jaren tachtig van nevenactiviteit uitgegroeid tot zelfstandige functie (Noordegraaf en Van der Meulen, 2008, Hout, Scheer en Putters, 2007). Dit ging gepaard met de opkomst van tal van opleidingen en trainingen om het management te professionaliseren (Noordegraaf en Van der Meulen, 2008 en Scheer, 2008).

Met de veranderingen in de sturing van de zorg - van overheid naar onder andere de markt - zijn ook de sturingsinstrumenten veranderd. Dit heeft geleid tot een stelsel met verschillende instrumenten om de zorg te reguleren en controleren, bijvoorbeeld door middel van wetgeving, maar ook door zelfregulering in de vorm van accreditatiesystemen en door het afsluiten van contracten tussen marktpartijen (zoals zorgverlener en zorgverzekeraar) op basis van kwaliteitseisen (zie onder andere Van der Grinten, 2006, Bal, 2008).

In de gezondheidszorg zijn verschillende belangen in het geding. De waarden die gehanteerd worden zijn afhankelijk van het perspectief. Zo gelden vanuit een medisch perspectief vaak andere prioriteiten dan vanuit een bestuurlijk perspectief. Soms botsen deze belangen. Er zijn hoge verwachtingen van de zorg, maar beperkte mogelijkheden om aan deze verwachtingen te voldoen (Oldenhof, 2012). Er heerst een spanning tussen sturing en toezicht, vraag en aanbod en verwachtingen en verantwoording, zoals weergegeven in de oratie van Kim Putters (2009).



Putters, 2009, p. 12.

De bestuurder voert zijn werk uit binnen deze hybride omgeving en heeft verschillende taak- en daaraan verbonden normstellingen meegekregen. Enerzijds wordt de bestuurder gezien als een ondernemer met de doelstelling van de zorginstelling een succesvol bedrijf te maken, anderzijds is de bestuurder verantwoordelijk voor de maatschappelijke belangen van toegankelijkheid en kwaliteit van zorg (onder meer Putters, 2009, Oldenhof, 2012). Ook heeft er een verschuiving van 'government' naar 'governance' plaatsgevonden, waarbij de bestuurder niet in een ivoren toren leeft, maar in gesprek gaat en onderhandelt met zijn omgeving (Putters, 2012)

Om zich te handhaven in deze hybride omgeving en legitimiteit te vinden voor het handelen, maken bestuurders gebruik van verschillende hulpbronnen. Deze hulpbronnen zijn te scharen onder institutionele vormgeving, interacties met de omgeving, de informatie en kennis die gebruikt worden en de intuïtie van de bestuurder zelf (Putters, 2009).

De rol van de bestuurder, de normstelling voor de bestuurder, de legitimiteit van het werk van de bestuurder en de verantwoordingsmechanismen waar de bestuurder aan onderhevig zou moeten zijn, hebben de publieke belangstelling en worden bediscussieerd in onder andere de pers en de politiek. Een eenduidig richtinggevend normenkader voor de bestuurder ontbreekt (Meurs, 1997, Van der Grinten, 2006, Putters, 2009 en 2012).

In het openingscitaat geeft de minister van onderwijs een (algemeen) waardeoordeel over de rol van de bestuurder, maar ook over wie verantwoordelijk is om de kwaliteit te controleren. Het gaat over juridische kaders om vast te leggen wat wel en niet toelaatbaar is. Hier wordt dus een rol aan de overheid toegekend. Maar, tegelijkertijd zou de bestuurder niet moeten wachten tot de overheid deze rol neemt, de bestuurder zou het eigen morele kompas moeten volgen. Dit impliceert een verantwoordelijkheid bij de bestuurders (zelfregulering). Onlangs (2012) riep de PVV op om een bestuurderstoets in

te voeren door de overheid. Dit zou een soort van 'verklaring omtrent gedrag' behelzen, waarbij de voorgaande werkzaamheden van de kandidaat-bestuurder bij een nieuwe functie gecheckt worden. De NVZD - Vereniging van bestuurders in de zorg - werkt aan een systeem van accreditatie van zorgbestuurders. Het doel: de kwaliteit van de zorgbestuurder meetbaar en zichtbaar maken.

Probleemstelling: normenkader en sturingsinstrument

In dit onderzoek staat de vraag centraal: Wat betekent het geschetste speelveld van de bestuurder voor de normstelling aan en legitimatie van de positie van de zorgbestuurder en hoe is en zou aan deze normstelling en legitimatie in de praktijk vormgegeven (moeten worden)?

Het onderzoek zal starten met een beschrijving (descriptie) van de huidige positie van de zorgbestuurder, de legitimering van de invulling van zijn werk en de normstellingen en verantwoordingsmechanismen voor de zorgbestuurder. Daarnaast zal worden verkend hoe de normstelling en verantwoordingsmechanismen voor de bestuurder in de toekomst vormgegeven zou moeten worden (prescriptie) op basis van zijn/haar positie. Om deze vraag te beantwoorden zullen enkele descriptieve, verklarende en normatieve sub vragen worden gesteld.

De descriptieve vragen zijn:

- Wat is een 'bestuurder'?
- Wat zijn de huidige vormen van normstelling voor de zorgbestuurder en hoe zijn deze vormgegeven?
- In welk spanningsveld bevindt de bestuurder zich?
- Welke maatschappelijke ontwikkelingen hebben geleid tot het huidige krachtenveld rond de zorgbestuurder en de positie van de bestuurder hierin?
- Wat is rol van de bestuurder binnen het spanningsveld?
- Wat is de legitimatie van de zorgbestuurder in het speelveld/de speelvelden van de bestuurder?
- Wat zijn de verschillende instrumenten om normstelling en legitimatie vorm te geven en in te richten? Hoe kunnen deze instrumenten in de praktijk worden toegepast?
- Wat is de positie van de bestuurder ten opzichte van de aanwezige sturingsmechanismen in de gezondheidszorg?

De verklarende vragen zijn:

- Wat is de reden dat de gezondheidszorg in Nederland op een dergelijke wijze is ingericht?
- Wat is de functie en de raison d'être van de bestuurder?

- Hoe gaat de bestuurder om met het spanningsveld?
- Is een normstelling voor bestuurders relevant en waarom?
- Is legitimatie voor bestuurders relevant en waarom?
- Naar welke vorm(en) van legitimatie wordt gezocht door bestuurders en hun omgeving?
- Welke reden is er om te zoeken naar nieuwe sturingsmechanismen?
- Wat is het doel van (een) nieuw(e) sturingsmechanisme(n)?
- Hoe is legitimiteit binnen deze context te positioneren?
- Wat is de toekomst van het zorgbestuur?
- Wat is de relatie tussen verantwoording, normstelling en legitimatie en waar bevindt zich de verbinding?

De normatieve vragen zijn:

- Welke sturingsmechanismen zouden moeten worden ingezet ten behoeve van de normstelling en legitimatie van de zorgbestuurder?
- Wat zijn de criteria voor een 'goed' sturingsmechanisme?
- Wie is/zijn verantwoordelijk voor het vormgeven en inrichten hiervan?
- Hoe zou een richtinggevend normenkader voor zorgbestuurders eruit moeten zien en waarom?
- Welke eisen dienen aan het sturingsinstrument zelf gesteld te worden?
- Hoe kan dit een praktische toepassing vinden?

Gekozen onderzoeksstrategieën: participatie onderzoek

Hierbij zullen verschillende onderzoeksmethoden worden gehanteerd. De gekozen onderzoeksmethodiek hangt samen met de geformuleerde subvragen en fasering:

Fase 1 Exploratiefase: descriptie

- Verzamelen bevindingen kopgroep accreditatie van de NVZD ('testgroep' van 40 bestuurders)
- Vergelijking andere (accreditatie)systemen
- Vergelijking professionalisering, normenkader en sturing bestuurders andere landen
- Literatuurstudie naar geschiedenis en context van de zorgbestuurder

Fase 2 Verklaringsfase: casusonderzoek

- Casusstudie: inzoomen op twee niet en twee wel geaccrediteerde bestuurders
- Literatuurstudie: relevantie normenkader en achtergrond sturingsystemen
- Studie media/beleidsstukken/interviews: ontwikkeling normenkader
- Interviews: werking sturingsystemen
- Literatuur/cultuurstudie: verbinding norm en legitimering

Fase 3 Verklaring en eerste prescriptie: surveyonderzoek

- IJken geformuleerde axioma's en hypothesen en daaruit ontwikkelde verbeteringen via enquête/survey
- Input inzetten ten behoeve van evaluatie en bijsturing
- Actieonderzoek naar resultaten van de bijsturing

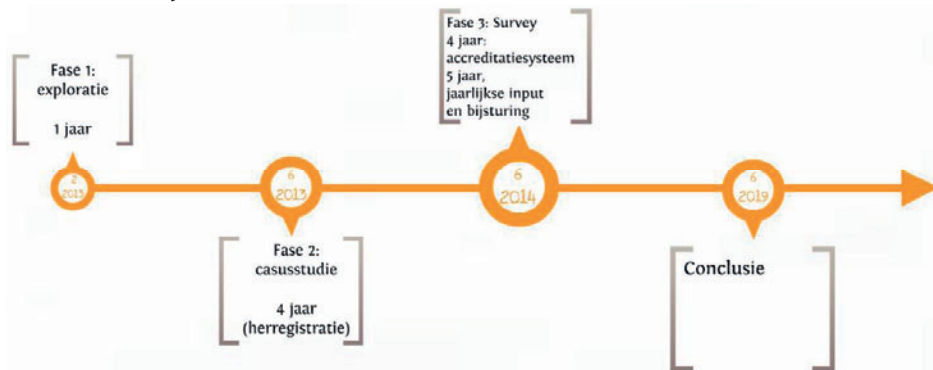
Om de huidige context van de zorgbestuurder te onderzoeken, zal gestart worden met een literatuurstudie gecombineerd met interviews en ervaringen uit de kopgroep accreditatie. Daarna zal in enkele referentielanden en bij enkele andere (vergelijkbare) beroepsgroepen gekeken worden naar de gebruikte sturingsinstrumenten. Deze vergelijkende casusstudie zal verricht worden door het analyseren van literatuur, websites en (wetenschappelijke) publicaties. De eerste conclusies zullen gestaafd worden door middel van (semigestructureerde) interviews met personen op sleutelposities. Deze zijn bedoeld om de verschillen tussen beleidsretoriek en uitvoerpraktijk bloot te leggen. Bij het beantwoorden van de verklarende vragen zal gekeken worden naar het beeld in de media van de bestuurder, het normatieve kader en de legitimiteit. Om te vermijden dat het een theoretisch onderzoek wordt met conclusies die afstaan van de bestuurlijke werkelijkheid, zullen de theoretische conclusies aan voorbeelden uit de praktijk worden getoetst. Dit kan, afhankelijk van de beschikbaarheid van gegevens, via mediaonderzoek en/of interviews met betrokkenen. Hierbij valt te denken aan een situatie waarin een bestuurder door de Raad van toezicht op non-actief is gesteld, maar ook een situatie waarin de bestuurder alom wordt gewaardeerd en bejubeld om te bekijken wat nu onder 'goed' (en daarmee onder 'slecht') besturen wordt verstaan. Om de effecten van de accreditatie meetbaar te maken wordt een casusstudie gedaan naar twee bestuurders die niet zijn geaccrediteerd en twee bestuurders die wel zijn geaccrediteerd. Deze fase is erop gericht ook onuitgesproken aspecten meetbaar te maken door middel van intensieve observatie. De hypothesen en axioma's die naar aanleiding van deze casusstudies worden geformuleerd, zullen vervolgens getoetst worden onder een bredere groep van bestuurders en stakeholders middels een survey onderzoek. Hieruit worden aanbevelingen geformuleerd voor het accreditatietraject en conclusies getrokken over de werking van het specifieke sturingsinstrument van een accreditatiesysteem.

Planning en haalbaarheid

Het onderzoek heeft een maatschappelijke relevantie om de professionalisering van zorgbestuurders te verbinden aan het bestaansrecht van de bestuurder en de daaraan verbonden (maatschappelijke) taakomschrijving, waaronder het leveren van goede, betaalbare, toegankelijke zorg.

De timing is verbonden met het te ontwikkelen accreditatiesysteem. Dit is ook de aanleiding van het onderzoek. Om een dergelijke ontwikkeling te legitimeren, positioneren en in te vullen is degelijk onderzoek gewenst. Het onderzoek levert ook een bijdrage aan het aanvullen en bijsturen van het accreditatiesysteem.

De planning van het onderzoek is daarom verbonden aan de ontwikkelingen in het accreditatiesysteem. De planning is zes jaar, in die tijd zal (naar het er nu naar uitziet) de eerste groep bestuurders die geaccrediteerd wordt (de kopgroep) twee keer zijn hergeregistreerd. De termijn biedt bovendien de mogelijkheid om een aantal jaren te evalueren en bij te sturen.



Wijze van rapportage

Het onderzoek leent zich voor het publiceren van artikelen, waarbij elke fase zich leent voor een apart artikel. Voorstel is om hiervoor experts te vragen mee te schrijven.

Opdrachtformulering NVZD en begroting

Het onderzoek zal in opdracht van de NVZD worden uitgevoerd. Zoals gezegd is een dergelijk onderzoek essentieel om het accreditatiesysteem te positioneren, te legitimeren en te monitoren.

Hierbij is het van belang de wetenschappelijke onafhankelijkheid van de onderzoeker te garanderen. De schijn van 'wie betaalt, bepaalt' moet voorkomen worden. Hiertoe zullen duidelijke (contractuele) afspraken moeten worden gemaakt over de opdrachtformulering, de contractactiviteiten, de financiën, de contractduur en de academische integriteit.

De uitgangspunten zijn (naar analogie van de richtlijnen voor historisch-wetenschappelijk onderzoek in opdracht⁷⁹):

1. Opzet: De formulering van (het doel van) de opdracht komt in overleg tussen de opdrachtgever en opdrachtnemer tot stand. De inhoudelijke uitkomst van wetenschappelijke opdrachten staat niet vast en de financiering is onafhankelijk van de inhoudelijke uitkomst.

2. Toegankelijkheid bronnenmateriaal: het verstrekken van een onderzoeksopdracht houdt in dat de opdrachtgever zijn relevante bronnenmateriaal tijdig beschikbaar stelt aan de opdrachtnemer. De auteurs zullen prudentie in acht nemen ten aanzien van zaken die de persoonlijke levenssfeer of zakelijke belangen van personen of organisaties kunnen schaden.

3. Openbaarmaking onderzoeksresultaten:

a. Wetenschappelijke onderzoekresultaten worden openbaar gemaakt. In het contract wordt de wijze en de termijn van openbaarmaking overeengekomen. Daarbij is maximaal twaalf maanden redelijk te achten. Indien de opdrachtgever geen gebruik maakt van zijn eventuele publicatierecht binnen de afgesproken termijn vervalt dat aan de opdrachtnemer.

b. In het contract kunnen afspraken gemaakt worden over de mogelijkheid om gedurende de looptijd van het onderzoek over de onderzoeksresultaten te publiceren. Na afloop van het onderzoek hebben de auteurs het recht hun onderzoeksresultaten publiek te presenteren en te gebruiken voor nieuw wetenschappelijk onderzoek.

4. Begeleiding onderzoek: de begeleiding van het onderzoek valt onder de verantwoordelijkheid van de opdrachtnemer. In het contract kan worden besloten tot het instellen van een begeleidingscommissie, waarbij heldere afspraken worden gemaakt over haar rol en bevoegdheden. Daarbij is het uitgangspunt dat in het geval van een geschil de wetenschappelijke stem doorslaggevend is.

5. Transparantie: de resulterende publicatie vermeldt de auteur, opdrachtgever, opdrachtnemer, de samenstelling van een eventuele begeleidingscommissie en verwijst naar deze richtlijnen.

79 Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen op: <http://www.knaw.nl/> Geraadpleegd op 22 februari 2013.

Literatuurlijst

Bal, R. (2008). De nieuwe zichtbaarheid: Sturen in tijden van marktwerking [Oratie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

den Breejen, E., Ngo, D., Putters, K. en Bal, R. (2009). *Supervising the quality of care in changing healthcare systems: an international comparison*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.

Helderman, J-K, Honingh, M.E. (2009). *Systeemtoezicht: een onderzoek naar de condities en werking van systeemtoezicht in zes sectoren* [Onderzoek in opdracht van het WODC en de interdepartementale werkgroep Handhaving en Gedrag]. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.

Hout, E., van der Scheer, W.K., Putters, K. (2007). Managers en professionals in de zorg. Over verschuivende verantwoordelijkheden en hybridisering. *Bestuurskunde*, 16(4), 16-24.

Meurs, P.L. (1997). Nobeles wilden: over verantwoordelijkheden van directeurs van instellingen in de gezondheidszorg [Oratie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Meurs, P.L. (2012). *Professionalisering van bestuurders: notitie over de ontwikkeling van een systeem van accreditatie* [Intern document]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Noordegraaf, M. en van der Meulen, M. (2008). Professional power play: organizing management in health care. *Public Administration*, 86(4), 1055-1069.

Oldenhof, L. (2012). De middenmanager: sleutelfiguur bij transitie in de langdurige zorg [Studie voor de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg]. Den Haag: RVZ.

Putters, K. (2009). Besturen met duivelselastiek [Oratie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Putters, K. (2012). *Verslag van activiteiten over de periode 2008-2012* [Intern document]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Putters, K. (2012). *Legitimiteit van zorgbestuur: trends, oorzaken en gevolgen*,

Onderzoeksprogramma bij de leerstoel Management van instellingen in de gezondheidszorg: verslag 2008-2012 en vooruitblik [Intern document]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

van der Grinten, T. en Kasdorp, J. (1999). *25 jaar sturing in de gezondheidszorg: Van verstatelijking naar ondernemerschap*. Den Haag: SCP.

van der Grinten, T. (2006). *Zorgen om beleid: over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg* [Afscheidscollege]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

van der Scheer, W.K. (2008). Legitiem Leiderschap. *ZM Magazine Themanummer Leiderschap*.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Den Haag/Amsterdam: Amsterdam University Press.

Curriculum vitae/Portfolio

Over de auteur

Naam	Sophie Bijloos
Departement	Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM)
Promotieperiode	2013-2019
Promotoren	Prof. dr. K. (Kim) Putters Prof. dr. W.D. (Wouter) ten Have

Opleidingen

Erasmus universiteit

Periode	September 2014
Opleiding	Kwalitatief interviewen
Certificaten	Behaald

Universiteit van Amsterdam (UvA)

Periode	September 2006-december 2008
Studie	Rechten
Diploma	Behaald: Master International and European Law

Universiteit Utrecht

Periode	September 2005-oktober 2006
Studie	Geschiedenis
Diploma	Behaald: met veel genoeg. Master Internationale betrekkingen in historisch perspectief

Periode	September 2001-september 2004
Studie	Geschiedenis
Diploma	Behaald: Bachelor Geschiedenis

Periode	September 2001-december 2006
Studie	Wijsbegeerte
Diploma	Behaald: Bachelor Wijsbegeerte

Werkervaring

Stichting Scheidsgerecht Gezondheidszorg

Periode	Januari 2019-heden
Rol	Statutair eindverantwoordelijk bestuurslid namens NVZD

Vereniging van bestuurders in de zorg (NVZD)

Periode	Mei 2011-heden
Rollen	Bestuurssecretaris, bedrijfsjurist en beleidsadviseur

Eiffel B.V.

Periode	Februari 2009-oktober 2012
Rollen	Spreker, workshopleider, beleidsadviseur, juridisch adviseur

Presentaties op bijeenkomsten en congressen

2018	Presentatie over onderzoek bij een studiereis van de International Education Programs and Executive Doctoral Program van het Department of Health Services Administration University of Alabama at Birmingham
2016	Presentatie onderzoekskader op congres van de European Group for Public Administration (EGPA)
2016	Presentatie onderzoeksrichting op congres van de NVZD
2015	Presentatie enquêteresultaten op congres van de NVZD

Professionele publicaties

Bijloos, S., van der Scheer, W. en van Veen-Berkx, L. (2017). *Bestuurders in beeld: Vijftien jaar onderzoek naar het besturen van zorgorganisaties*, Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij.

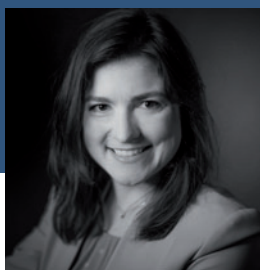
Bijloos, S. en Janssen, R. (2017). Geen toekomst zonder draagvlak, *Management en Consulting*, 1, 83-87.

Over de auteur

Sophie Bijloos (1982) behaalde haar master titel in Rechten en in Geschiedenis (met veel genoegen) en de bachelor titel in Wijsbegeerte. Zij begon haar loopbaan als juridisch en beleidsadviseur bij Eiffel. Sinds 2011 is zij werkzaam bij de NVZD – Vereniging van bestuurders in de zorg als bestuurssecretaris, bedrijfsjurist en beleidsadviseur op het terrein van arbeidszaken en governance. Namens de NVZD is zij sinds januari 2019 bestuurslid van de Stichting Scheidsgerecht Gezondheidszorg.

In 2013 startte Sophie Bijloos haar onderzoek naar de *license to lead* van zorgbestuurders als buitenpromovendus aan de Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM) van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Zij verzorgde verschillende presentaties over de onderzoeksresultaten, onder meer op congressen van de NVZD. Tevens publiceerde zij in dit kader het boek *Bestuurders in beeld: Vijftien jaar onderzoek naar het besturen van zorgorganisaties* (de Tijdstroom, 2017) met Wilma van der Scheer en Lizette van Veen-Berkx en het artikel *Geen toekomst zonder draagvlak* met Richard Janssen (in: *Management en Consulting*, 2017).

Zorgbestuurders hebben draagvlak nodig om hun werk goed te kunnen doen. De afgelopen jaren heeft het aan dit draagvlak vaak ontbroken. Daarom is een belangrijke vraag hoe zorgbestuurders kunnen bouwen aan draagvlak (oftewel hun license to lead). Deze vraag wordt in dit proefschrift beantwoord. Daarbij is gekeken naar drie niveaus: individuele zorgbestuurders, raden van bestuur en zorgbestuurders als collectief.



Sophie Bijloos studeerde af in geschiedenis, wijsbegeerte en rechten. Vanaf 2011 werkt zij als juridisch beleidsmedewerker bij de NVZD. In 2019 is zij haar eigen adviespraktijk gestart.

