

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 voor namelijk 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

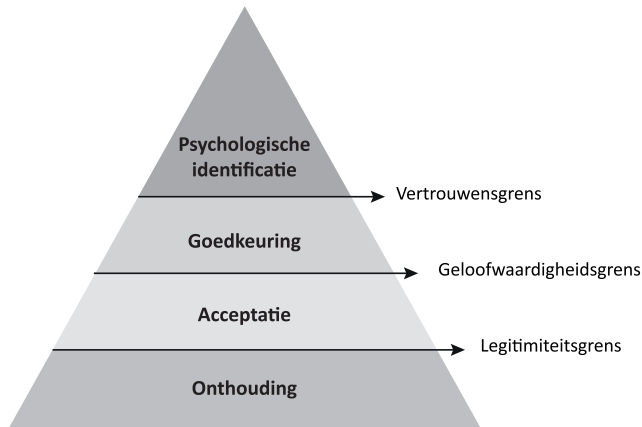
De onderzoeksvraag is op drie manieren te lezen, namelijk:

- 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 hangen 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.

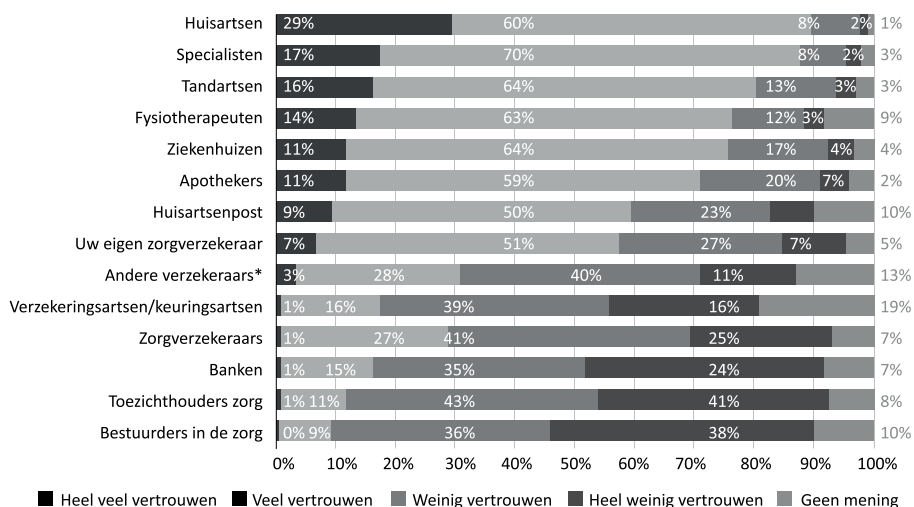
De Nederlandse bevolking ziet de organisatie van de zorg als één van de grootste maatschappelijke problemen. Ongeveer een kwart van het overheidsbudget gaat naar zorg.¹⁰ De zorgen van de maatschappij zijn vooral gericht op de kwaliteit, de kosten en de toekomst: hoe de zorg geregeld is voor de vergrijzende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