

<http://hdl.handle.net/1765/116522>

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 analysemethodes 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

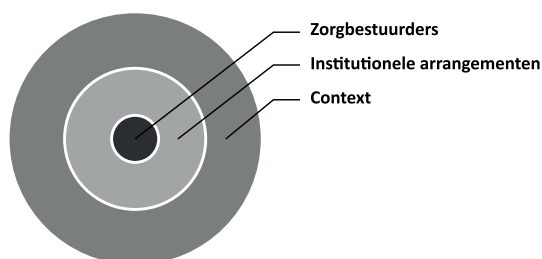
De wetenschappelijke perspectieven die bij het onderzoeken van de *license to lead* zijn gehanteerd, worden hierna toegelicht.

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.

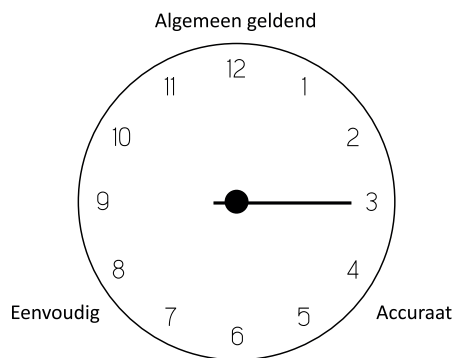
In dit onderzoek is dus gekeken naar de *license to lead* vanuit een procesperspectief waarbij goed bestuur, de rol van de context en institutionele arrangementen zijn geduid. Na het onderzoek naar de praktijk (hoofdstuk 3) is aan deze thema's nadere inkleuring gegeven (hoofdstuk 4).

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...