

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

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 verzuijing vond na de Tweede Wereldoorlog zelfregulering plaats door sociale verzekeringen. Toen na 1965 de ontzuijing 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 geworden 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 ervaren 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 nóóit 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 vervolgopleidingen 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, leiderschapstijl, 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. Stabiel 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 belangrijker 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).

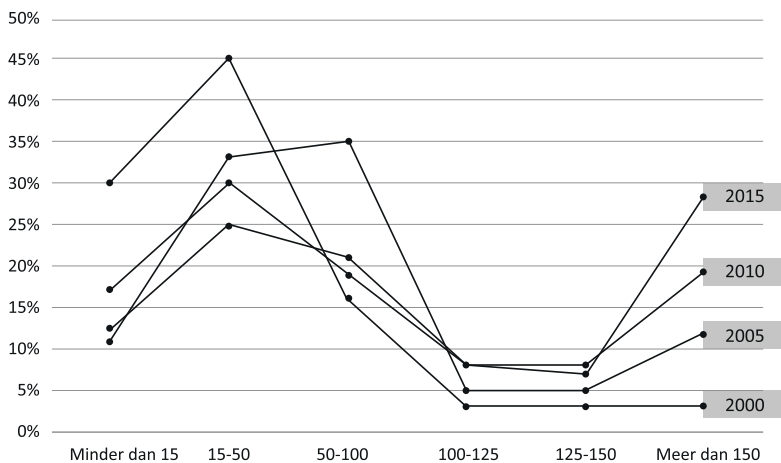
innovatieve manieren om de zorg te organiseren. Dat cliënten/patiënten langer thuis wonen en dat er nieuwe vormen van zorg ontstaan. Dat in het maatschappelijke debat meer aandacht wordt gevraagd voor kwetsbare mensen. Dat door strengere regels en efficiëntieslagen meer aandacht wordt gegeven aan de 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 tweeweg 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 gedeeltematig 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.