

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

Theoretische verdieping

4.1 Inleiding

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

Niveaus waarop de *license to lead* wordt gevormd

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

1. systeemkenmerken,
2. organisatiekenmerken en
3. persoonskenmerken

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

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

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

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

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

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

4.2 Systeemniveau

4.2.1 De semipublieke setting

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

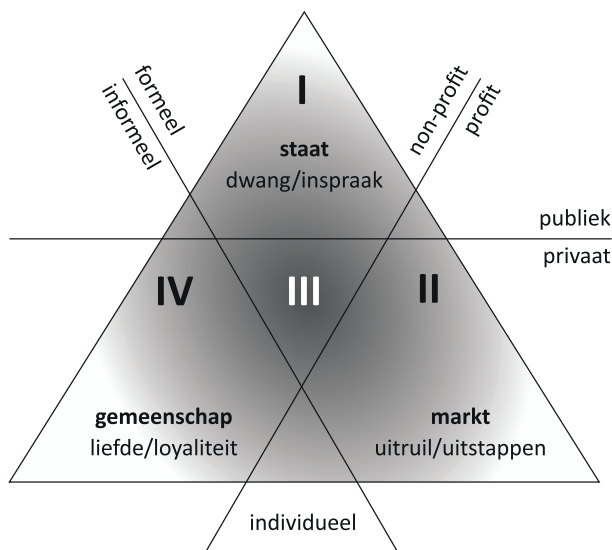
32 Met 'effectief' wordt het antwoord op de vraag bedoeld: wordt het doel bereikt?

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

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

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

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

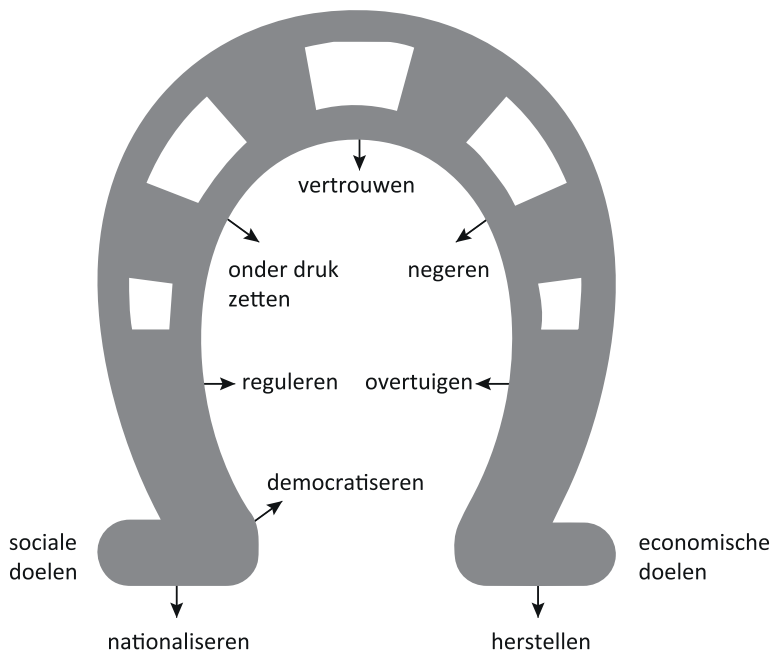


Figuur 20: de verhouding tussen staat, markt, gemeenschap en de derde sector, gebaseerd op Brandsen e.a., 2005, p. 752, die het model hebben ontwikkeld naar Pestoff, 1992 en Zijdeveld, 1999.

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

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

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



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

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

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

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

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

4.2.2 Wie de *license to lead* kan ontnemen

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

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

36 Waarmee wordt bedoeld burgers en hun belangenbehartigers.

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

Publieke domein

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

37 www.igj.nl geraadpleegd 28 mei 2018.

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

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

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

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

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

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

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

Private domein

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

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

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

Marktdomein

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

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

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

Professionele domein

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

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

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

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

4.2.3 Veranderende context

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2.4 Juridische normstelling

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

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

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

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

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

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

4.2.5 Vakontwikkeling

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

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

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

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

Hierin ontbreekt een aantal van de genoemde elementen:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2.6 Wervingsproces

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁴⁶ <https://www.ilent.nl/onderwerpen/goedkeuringen-autoriteit-woningcorporaties/documenten/publicaties/2016/12/01/beoordelingskader-geschiktheid-en-betrouwbaarheid, geraadpleegd op 22 mei 2018.>

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

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

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

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

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

4.3 Organisatieniveau

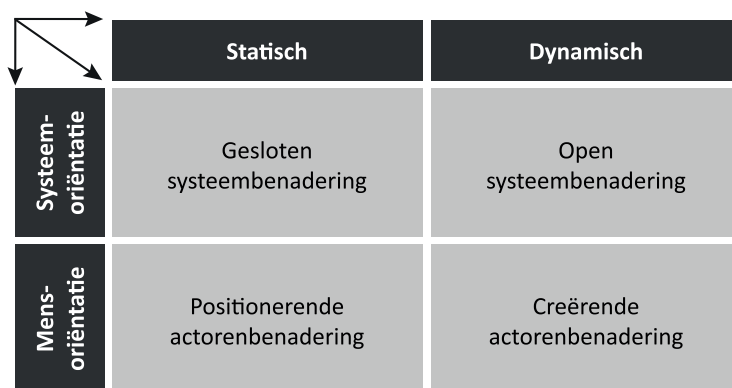
4.3.1 Macht

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

4.3.2 Fase van de organisatie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3.3 Omgang met verandering

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

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

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

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

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

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

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

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

4.4 Individueel niveau

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

4.4.1 Professionaliteit

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

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

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

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

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

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



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

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

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

Vertaald naar de praktijk van zorgbesturen:

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

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

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

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

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

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

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

4.4.2 Karakter

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.4.3 Manier van rechtvaardigen

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Figuur 27: rechtvaardigingsgronden vergeleken met legitimiteits-/rechtvaardigheidsvormen.

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

4.5 Conclusie

4.5.1 De *license to lead* van de individuele zorgbestuurder

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

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

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

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

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

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

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

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

4.5.2 De *license to lead* van raden van bestuur

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

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

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

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

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

4.5.3 De *license to lead* van zorgbestuurders als collectief

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

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

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

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

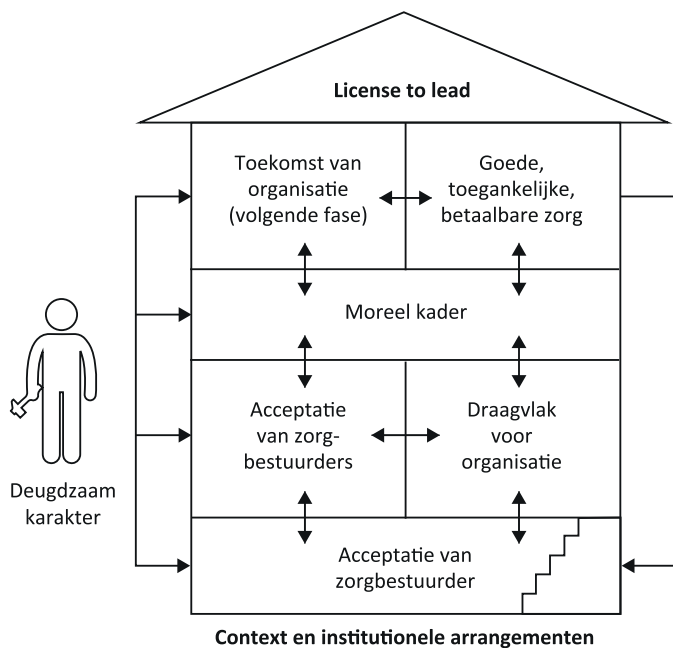
	Zorgbestuurders als collectief
Persoonlijke legitimiteit	- Juridische normstelling - Vakontwikkeling - Wervingsproces
Proceslegitimiteit	- Semipublieke <i>setting</i> - Juridische normstelling
Uitkomstlegitimiteit	- Semipublieke <i>setting</i> - Juridische normstelling - Veranderende context

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

4.5.4 Bouwstenen van de *license to lead*

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

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



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