

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

Confrontatie tussen theorie en praktijk

5.1 Inleiding

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

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

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

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

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

5.2 Draagvlak voor vakontwikkeling en professionalisering

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3 Draagvlakcreatie bij werving

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.4 Moreel kader en deugzaam karakter

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En een effectieve en doelmatige zorgbestuurder de volgende:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.5 Omgang met verandering

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

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

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

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

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

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

5.6 Schaalvergroting

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

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

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

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

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

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

5.7 Conclusie

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

5.7.1 De *license to lead* van de individuele zorgbestuurder

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

Individuele zorgbestuurder	Theorie	Dominant in de praktijk
Persoonlijke legitimiteit	<ul style="list-style-type: none"> - Juridische normstelling - Professionalisering - Wervingsproces - Machtstructuur en fase organisatie - Intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag - Gedeeld moreel kader 	<ul style="list-style-type: none"> - Machtstructuur organisatie
Proceslegitimiteit	<ul style="list-style-type: none"> - Semipublieke <i>setting</i> - Juridische normstelling - Machtstructuur en fase organisatie - Intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag - Gedeeld moreel kader 	<ul style="list-style-type: none"> - Intellectuele kennis, keuzes en het gedrag
Uitkomstlegitimiteit	<ul style="list-style-type: none"> - Juridische normstelling - Machtstructuur en fase organisatie - Intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag - Gedeeld moreel kader 	<ul style="list-style-type: none"> - Morele kennis, keuzes en gedrag

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

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

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

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

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

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

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

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

5.7.2 De *license to lead* van raden van bestuur

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

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

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

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

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

5.7.3 De *license to lead* van zorgbestuurders als collectief

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

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

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

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

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

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