

Conclusies

6.1 Inleiding

In dit onderzoek staat de vraag centraal: 'Hoe bouwen zorgbestuurders aan hun *license to lead*?' De *license to lead* is gedefinieerd als 'draagvlak om te besturen'. De onderzoeksvraag is in drie deelvragen beantwoord:

- 1 Hoe bouwen zorgbestuurders in de praktijk (op basis van de voor dit onderzoek verzamelde empirische data) aan hun *license to lead* (beschrijving praktijk)?
- 2 Welke methoden leiden volgens theoretische inzichten tot het vergroten van de *license to lead* (beschrijving theorie)?
- 3 In hoeverre leiden de acties van zorgbestuurders tot het vergroten van hun *license to lead* (analyse van de praktijk met behulp van de theorie)?

De zeven belangrijkste conclusies in dit onderzoek worden hierna op basis van de drie onderzoeksvragen (aangegeven met (1), (2) of (3)) behandeld. Deze zijn op de drie onderzoeksniveaus besproken, namelijk het niveau van:

- de individuele zorgbestuurder,
- de raad van bestuur als orgaan en
- zorgbestuurders als collectief.

Ieder van deze niveaus is samengesteld uit individuele zorgbestuurders. Het onderscheid tussen de niveaus is gemaakt omdat draagvlak op het ene niveau niet (altijd) gelijk opgaat met draagvlak op het andere niveau. Dit geldt zelfs voor eenhoofdige raden van bestuur, waarbij te verwachten zou zijn dat het eerste en het tweede niveau identiek zijn. Echter, bij het eerste niveau gaat het om individueel draagvlak wat bijvoorbeeld kan leiden tot morele autoriteit (gezag). Bij het tweede niveau gaat het om formele/positiemacht. Uit dit onderzoek blijkt dat de verschillende niveaus niet los van elkaar staan. Daarom wordt hierna de wisselwerking tussen de niveaus besproken. Daarna volgen eerst de wetenschappelijke implicaties van dit onderzoek. In paragraaf 6.4 worden de praktische implicaties besproken, waarin ook de aanbevelingen staan.

6.2 Zeven conclusies

Eerste conclusie: de mate van draagvlak wordt beïnvloed door de manier waarop de zorgbestuurder hieraan werkt

In figuur 31 zijn de bouwstenen van de *license to lead* weergegeven. De mate waarin er draagvlak is, kan verschillen (3). Er kan legitimiteit zijn, goedkeuring of vertrouwen, waarbij legitimiteit de ondergrens van draagvlak is en vertrouwen het hoogste niveau. Hierbij kunnen bestuurders zichzelf als instrument gebruiken: hun persoonlijkheid (persoonlijke legitimiteit), de manier waarop ze het besluitvormingsproces inrichten (proceslegitimiteit) en het resultaat dat ze weten te bereiken (uitkomstlegitimiteit) leiden tot een verschillende mate van draagvlak.

De mate van draagvlak is opgebouwd van onder naar boven: om niet alleen legitimiteit maar ook goedkeuring te krijgen, is niet alleen proceslegitimiteit maar ook persoonlijke legitimiteit nodig en voor vertrouwen zijn alle drie de vormen van legitimiteit van belang. Vertrouwen is dus gebaseerd op zowel draagvlak voor de manier waarop de zorgbestuurder het besluitvormingsproces inricht als voor de bestuurder als persoon als voor de uitkomsten die hij weet te bereiken. Voorgaande is te koppelen aan de *license to lead* zoals omschreven in figuur 31. Het gaat dan in de onderste lagen om een vorm van proceslegitimiteit. Voor de verdieping van een gedeeld moreel kader⁶⁰ is persoonlijke legitimiteit van belang en voor de bovenste verdieping uitkomstlegitimiteit.

Niveau van <i>license to lead</i>	Dominante vorm van legitimiteit	Element van de <i>license to lead</i>
Vertrouwen	Uitkomstlegitimiteit	Bijdrage aan de toekomst van de organisatie en goede, toegankelijke en betaalbare zorg
Goedkeuring	Persoonlijke legitimiteit	Een gedeeld moreel kader
Legitimiteit	Proceslegitimiteit	Acceptatie voor bestuurder(s) en organisatie

Figuur 35: de relatie tussen de mate van de *license to lead*, de dominante vorm van legitimiteit en bepalende bouwstenen van de *license to lead*.

Om de *license to lead* duurzaam en zowel op individueel als op collectief niveau te behouden, zijn alle genoemde bouwstenen uit figuur 31 relevant. Wanneer aan al deze aspecten wordt gewerkt, kan dit leiden tot duurzaam draagvlak.

Het huis is van onder naar boven opgebouwd. De onderste lagen zijn dus van belang voor een solide bovenlaag. Andersom heeft het ook effect op de stevigheid als de bovenste lagen ontbreken.

⁶⁰ In deze dissertatie is vanuit verschillende invalshoeken gekeken naar goed bestuur. In de wetenschap wordt gediscussieerd over de vraag of wat een goed bestuurder is contextgebonden is of dat er algemene uitspraken te doen zijn over wat een goed bestuurder is. In dit onderzoek is de rol van de context besproken en wordt een aantal normen voor goed bestuur genoemd die in iedere context gelden. Wat een goede zorgbestuurder is, is dus deels afhankelijk van de context en deels contextonafhankelijk. Vanuit ethisch perspectief zijn er verschillende opvattingen over de vraag hoe wordt bepaald wat goed is. In dit onderzoek worden met een goede zorgbestuurder de – meer of minder intersubjectieve – opvattingen bedoeld over wat de goede motieven, werkwijzen en resultaten van een zorgbestuurder zijn. De normen die hieraan richting geven, worden gevormd door zowel de samenleving als door de zorgbestuurder zelf. Samen vormen deze het moreel kader voor het handelen van zorgbestuurders. Het voldoen aan de normstelling kan draagvlak opleveren.

Tweede conclusie: institutionalisering kan de *license to lead* versterken, mits op de juiste manier ingezet

Institutionele arrangementen bestaan uit formele en informele regels, normen en gebruiken. In deze dissertatie wordt duidelijk dat institutionele arrangementen zoals een governancecode en een accreditatietraject gebruikt kunnen worden om draagvlak te vergroten. Institutionele arrangementen dragen alleen bij aan draagvlak wanneer zij voortkomen uit een gedeeld moreel kader of vormend kunnen zijn voor dit kader (2). Door het accreditatiesysteem is er in de politiek afgezien van verdere wetgeving zoals de invoering van een wettelijke geschiktheidstoets: in de politiek is er (vooralsnog) voldoende draagvlak voor het zelfreinigend vermogen van zorgbestuurders (2). Dit sluit aan bij de theorie over instituties waarbij zowel formele als informele controle worden genoemd als een manier om vertrouwen te vergroten. Maar institutionalisering door het creëren van formele regels kan ook juist een uiting zijn van een afname van draagvlak (2). Wet- en regelgeving is deels voortgekomen uit een gebrek aan vertrouwen (1). Wanneer medezeggenschap bijvoorbeeld alleen wordt ingevuld zoals vastgelegd in formele regels, maar niet door een praktijk waarin het betrekken van belanghebbenden de norm is en een vanzelfsprekendheid, dan leidt de wetgeving tot rechten van medezeggenschapsorganen, maar niet tot draagvlak voor zorgbestuurders. Wanneer de discussie over de rol van de medezeggenschap in onder meer de politiek leidt tot een bewustwordingsproces waarbij inspraak normaal gebruik wordt, dan zijn de formele regels vormend voor een gedeeld moreel kader over het belang van inspraak van medewerkers en cliënten/patiënten. Deze praktijk kan het draagvlak voor zorgbestuurders vergroten.

Institutionalisering leidt dus tot draagvlak wanneer deze voortkomt uit een gedeeld moreel kader of vormend is hiervoor. Hiermee wordt bedoeld dat institutionalisering leidt tot draagvlak wanneer deze bijdraagt aan de consensus over wat goede motieven, werkwijzen en resultaten van zorgbestuurders zijn. Wanneer consensus is over deze zaken bij de verschillende belanghebbenden en de maatschappij, kan hier ook aan 'getoetst' worden (formeel en informeel).

Derde conclusie: een goede zorgbestuurder is een professionele, legitieme en effectieve en doelmatige bestuurder

Door institutionalisering in onder andere wet- en regelgeving, het accreditatietraject en de Governancecode Zorg 2017 zijn voor goede zorgbestuurders de volgende normen geformuleerd, die hier zijn samengevat rond persoon van de bestuurder, proces van besluitvorming en verwachte uitkomst:

Persoon	• Verantwoordelijk, • reflectief en adaptief, • deskundig: inzicht in - managementprocessen, - leiderschap, - organisatiekunde, - zorgprocessen, • competent: ervaring met het werken volgens bovenstaande inzichten, • authentiek en betrokken, • inkomen niet primaire focus
Proces	• Zorgvuldig, • gemotiveerde besluiten, • gelijke behandeling gelijke gevallen, • betrekken en begrijpen belanghebbenden, • doelgericht, • afspraak is afspraak, • toetsbaar en open, • verantwoording afleggen, • rolvast
Uitkomst	• <i>In control</i>, • effectief, • bewaken, beheersen en verbeteren kwaliteit zorg

Figuur 36: het door de maatschappij en zorgbestuurders zelf geformuleerde normenkader voor een goede zorgbestuurder.

In dit onderzoek zijn op basis van de deugdenethiek die zijn oorsprong vindt bij Aristoteles, de bij de genoemde normstelling (zie figuur 36) relevante deugden geformuleerd. Bij het bouwen aan proceslegitimiteit zijn deugden zoals verantwoordelijkheid, rechtvaardigheid en zorgvuldigheid van belang. Bij het bouwen aan persoonlijke legitimiteit zijn deugden zoals bezinning, zelfdiscipline en flexibiliteit van belang. Bij het bouwen aan uitkomstlegitimiteit zijn deugden zoals moed, vastberadenheid en trots van belang.

Dit figuur 36 biedt inzicht in wat van een zorgbestuurder door de maatschappij en door andere zorgbestuurders wordt verwacht. Binnen de normen in dit kader is nog veel interpretatieruimte mogelijk: hoe verhouden de verschillende elementen zich tot elkaar? Waar ligt de nadruk? Aan wie verantwoording af te leggen? Wat is rolvastheid? Hoe om te gaan met conflicterende waarden tussen belanghebbenden?

Hoewel de normen voortkomen uit diverse institutionele teksten, is de ordening zoals hier gegeven nieuw. Dit normenkader zou behulpzaam kunnen zijn voor raden van toezicht om bestuurders te evalueren en voor verdere vakontwikkeling en het accreditatietraject van zorgbestuurders.

Vierde conclusie: het zijn van een professionele, legitieme, effectieve en doelmatige bestuurder is geen garantie voor draagvlak

Op basis van de theorie zou te verwachten zijn dat een professionele, legitieme, effectieve en doelmatige zorgbestuurder (in paragraaf 5.4 wordt nader op deze elementen ingegaan) draagvlak krijgt (2). In de praktijk blijkt dit niet altijd het geval (1). Door het ontbreken van harde eisen aan zorgbestuurders is er geen kwaliteitsgarantie dat iedere zorgbestuurder voldoet aan het geschetste normenkader. Zo wordt bij de werving van zorgbestuurders soms volstaan met een informele toets om de klik met de raad van toezicht en medebestuurder te onderzoeken. Dit leidt niet altijd tot het benoemen van de meest passende bestuurder bij de organisatie (1). In individuele gevallen is het zijn van een professionele, legitieme, effectieve en doelmatige bestuurder dus geen garantie voor draagvlak (3). Er is een groot verschil tussen hoe individuele zorgbestuurders in de praktijk hun *license to lead* verkrijgen en hoe ze dit op basis van de theorie op de meest effectieve manier zouden moeten doen. Het gedeelde normenkader is dus in ontwikkeling en kan verder verstrekt en verankerd worden om de *license to lead* van zorgbestuurders te vergroten. Het gaat niet om het maken van een 'afvinklijst', maar om het toetsen door *gatekeepers* van de kunde en intrinsieke motivatie van zorgbestuurders om dit normenkader na te streven.

Vijfde conclusie: de context bepaalt mede de *license to lead*; vooral de semipublieke setting en de aansluiting van de bestuurder bij de organisatie zijn hierbij relevant

In het theoretische kader is gesproken over de drie lagen van invloed van

1. de context,
2. institutionele arrangementen en
3. zorgbestuurders zelf

op de *license to lead* van zorgbestuurders (zie figuur 7) (2). Hiervoor is het werk van zorgbestuurders zelf besproken, immers onderzoekssubject. Door een combinatie van de literatuur en de voor dit onderzoek verzamelde kwalitatieve data is inzichtelijk gemaakt dat de context een rol speelt en dat de belangrijkste contextfactoren ook te benoemen zijn (1 en 2). Hoewel dus in iedere situatie een verschillende combinatie van factoren een rol kan spelen, is niet iedere situatie zo uniek dat er geen meer generaliseerbare uitspraken over te doen zijn. De volgende contextfactoren worden in dit onderzoek benoemd die een (meer of minder belangrijke) rol spelen voor de *license to lead* van individuele zorgbestuurders:

Maatschappelijke context

- Overheidsbeleid;
- Dominant moreel kader in de samenleving, te weten: alle individuele en gedeelde opvattingen over wat de goede uitkomsten, goede werkwijzen en goede motieven zijn (deels vertaald in wetgeving);
- De mate waarin een samenleving/de omgeving vertrouwen kan geven, niet specifiek gericht op zorgbestuurders, maar in het algemeen.

Organisatie context

- De fase waarin de organisatie zich bevindt;
- De dominante oriëntatie van de organisatie: mensgericht of systeemgericht, statisch of dynamisch;
- De mate waarin de organisatie *in control* is;
- Dominant moreel kader in de organisatie, te weten: alle individuele en gedeelde opvattingen over wat de goede uitkomsten, goede werkwijzen en goede motieven zijn;
- De *match* met voornamelijk de medebestuurder, de raad van toezicht en het management team en de verenigbaarheid/complementariteit van hun karakter;
- De voorganger.

Op deze contextfactoren hebben zorgbestuurders zelf in meer of mindere mate invloed. De factoren die zijn genoemd zijn allemaal altijd van invloed op de *license to lead* van zorgbestuurders (3). Veranderingen in de maatschappelijke context kunnen direct doorwerken op de *license to lead* van individuele zorgbestuurders, bijvoorbeeld wanneer nieuw overheidsbeleid wordt doorgevoerd (zie paragraaf 5.4) of de opvattingen in de samenleving over wat goede zorg is veranderen waardoor andere eisen aan zorgbestuurders worden gesteld.

Zoals hiervoor beschreven wordt de *license to lead* op verschillende niveaus gebouwd: het niveau van de individuele bestuurder, de raad van bestuur als orgaan en zorgbestuurders als collectief (2). In de praktijk (1) werken deze niveaus op elkaar in. Zo helpt het voor een nieuw bestuurslid om draagvlak als individu te verwerven dat zijn raad van bestuur veel draagvlak heeft. En zo doen nieuwsberichten over een (individuele) frauderende zorgbestuurder afbreuk aan de *license to lead* van zorgbestuurders als collectief. Omgekeerd is de *license to lead* van individuele zorgbestuurders kwetsbaarder door gebrek aan draagvlak voor zorgbestuurders als collectief (3). Dit laatste heeft er bijvoorbeeld (mede) toe geleid dat de minister de bevoegdheid heeft om individuele zorgbestuurders te vervangen.

Op de organisatiecontext heeft de individuele bestuurder een grotere invloed. Deze context kan meer of minder relevant zijn. Zo is de invloed van de voorganger groter wanneer deze heel veel of juist heel weinig draagvlak had en kan er wel of geen medebestuurder zijn. Voornamelijk bullet 5 en 6 onder organisatie context spelen dus een wisselende rol. De andere factoren spelen altijd een rol. Deze factoren kunnen de *license to lead* van zorgbestuurders zowel positief als negatief beïnvloeden, afhankelijk van de aansluiting van de bestuurder met de organisatie.

Zesde conclusie: door institutionalisering bewust in te zetten zal het zijn van een professionele, legitieme, effectieve en doelmatige bestuurder in toenemende mate leiden tot draagvlak

In deze dissertatie worden de volgende onderwerpen genoemd waarbij het bewust inzetten van institutionele arrangementen de *license to lead* van zorgbestuurders kan vergroten (1 en 2):

- Het verankeren van gedeelde opvattingen over een goede zorgbestuurder, de transparante communicatie hierover en het afmeten van bestuurders hieraan. Het accreditatietraject voor zorgbestuurders kan hier een rol in spelen. Bij de inrichting van het wervingsproces zijn nog stappen te zetten, zoals institutionele garanties voor een transparante werving gebaseerd op een breed gedragen profiel. In de verankering van normen voor zorgbestuurders zoals in codes is het van belang de context te betrekken. Het verbeteren van de kwaliteit van zorg is bijvoorbeeld pas mogelijk wanneer de organisatie enige mate van *control* heeft. Door dit soort elementen te expliciteren, kan bijgedragen worden aan een realistisch verwachtingspatroon (3). Het gaat dus om het zoeken naar en vormen van gedeelde opvattingen over een goede bestuurder in formele en informele regels en normen, maar ook om het aansluiten bij de praktijk zodat gebruiken ontstaan. Zo zou in de governancecode (extra) aandacht kunnen worden besteed aan:
 - de omgang met conflicterende doelstellingen tussen het organisatiebelang en het maatschappelijk belang, bijvoorbeeld door moreel beraad,
 - crisissituaties zoals bijzonder beheer, 'mouterij' of verscherpt toezicht, waarbij niet alleen risico indekking en ingrijpen van intern en extern toezicht handelingsstrategieën zijn, maar ook ruimte nodig is om te de-escaleren,
 - de omgang met conflicterende waarden, de bestuurder lijkt nu steeds te moeten zoeken naar overeenstemming, maar wat als dit niet haalbaar is?
 - de inrichting van het wervingsproces van zorgbestuurders (transparant, openbaar, een profiel waarin deskundigheid en organisatiecontext een rol krijgen)
 - een invulling van de professionele normstelling voor goed bestuur (over welke deskundigheid moet een bestuurder beschikken, zie ook de vorige conclusie).

Niet de verankering in de code op zich, maar het debat over deze onderwerpen en het laten ontstaan van gebruiken om goed bestuur te bevorderen, draagt bij aan draagvlak voor zorgbestuurders.

- Voor de *licence to lead* van zorgbestuurders is het goed als voor iedereen helder is in welke mate zorgbestuurders verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit, toegankelijkheid én betaalbaarheid van de zorg – niet alleen in het kader van hun eigen instelling of regio, maar op nationaal niveau (2). Volgens de huidige juridische kaders dienen zorgbestuurders de kwaliteit van zorg systematisch te bewaken, beheersen en verbeteren (2). Zorgbestuurders hebben volgens politiek en samenleving ook een rol als het gaat om de toekomst van de zorg. Zorgbestuurders zien ook een rol voor zichzelf als het gaat om de toekomst van de zorg, maar vooral zo lang het gaat om het type zorg zoals die door hun organisatie wordt geleverd (1). Dit roept de vraag op in hoeverre zorgbestuurders in staat zijn en moeten worden geacht de toekomst van de zorg veilig te stellen. De mate waarin de verantwoordelijkheid voor de toekomst van de zorg gemeenschappelijk wordt gevoeld en gedragen bepaalt de mate waarin gezamenlijk naar oplossingen kan worden gezocht. Het maken van afspraken over verantwoordelijkheidsverdeling, succesfactoren en de omgang met tegenslagen kan hierbij behulpzaam zijn (3).

Zevende conclusie: er is meer aandacht voor draagvlakcreatie gekomen, maar er is ook nog veel te winnen.

In paragraaf 1.1 wordt de loopbaan van twee geïnterviewde zorgbestuurders uitgelicht (1). Bij bestuurder A is de ontwikkeling van het vak goed zichtbaar: hij gaat na twintig jaar manager/bestuurder te zijn geweest pas een opleiding volgen. Zijn verhaal laat ook zien hoe in een organisatie waar machtsstructuren domineren, morele overwegingen niet per se tot draagvlak voor het handelen leiden, maar eerder 'politiek' handelen. In de loopbaan van deze bestuurder ontbreken *gatekeepers*, omdat de raden van toezicht net als de raden van bestuur mee fuseren naar een nieuwe organisatie. Het resultaat van het werk van de zorgbestuurder is niet wat hij ervan hoopt, soms omdat draagvlak ontbreekt, soms door de negatieve invloed van overheidsbeleid. Het ontbreken van verschillende bouwstenen voor het verkrijgen van de *license to lead* (zie figuur 31) zijn in de loopbaan van deze bestuurder aan te wijzen als de oorzaak dat de bestuurder (in één van de instellingen waar hij werkte) zijn *license to lead* uiteindelijk is verloren. Het laat ook zien dat het ontbreken van een element niet meteen leidt tot het verlies van de *license to lead*. De bestuurder is op het moment van schrijven nog steeds actief zorgbestuurder en heeft de instelling waar hij ontslag heeft genomen ook vijf jaar bestuurd.

Bestuurder B wordt in een andere tijd dan bestuurder A bestuurder. Er zijn inmiddels actieve *gatekeepers*, namelijk *searchers* en raden van toezicht. Hij volgt een opleiding en gaat op voor accreditatie. Bij de sollicitatie en bij de besluiten die hij neemt, zoals het afzien van een fusie, is het betrekken van belanghebbenden een belangrijk onderdeel van het proces (1).

Op deze casus kan gereflecteerd worden in het licht van de ontwikkelingen die in deze dissertatie worden geschetst: de introductie van een professioneel normenkader, de rol die *gatekeepers* hebben verworven bij het werven van een bestuurder en het aanscherpen van het normenkader rond goed bestuur in wet- en regelgeving hebben de loopbaan van zorgbestuurders veranderd ten opzichte van dertig jaar geleden (3). Toch lijkt de *license to lead* ook bij B op basis van *trial and error* verkregen te worden. Zo zouden de normen voor de professionele zorgbestuurder die in deze dissertatie worden genoemd, kunnen helpen om 'beginnersfoutjes', zoals B deze noemt, te reduceren door systematisch te werken aan de eigen kennis en ervaring. Deze dissertatie biedt inzicht in de wijze waarop bewust kan worden gewerkt aan de *license to lead* in plaats van dat deze door *trial and error* moet worden verkregen.

6.3 Wetenschappelijke implicaties

Handelingsruimte

In hoofdstuk 4 is besproken dat er verschillende opvattingen in organisatiekundige theorieën en in leiderschapsliteratuur zijn over de vraag hoe dominant de context is voor het bepalen van wat als goed bestuur moet worden gezien. Uit paragraaf 4.2.2 zou kunnen worden geconcludeerd dat er een stapeling van sturingsinstrumenten voor bestuurders geldt waarbij het de vraag is of ze nog wel eigen handelingsruimte hebben en, in het verlengde daarvan, of ze wel invloed hebben op hun eigen *license to lead*. Uit dit onderzoek komt een beeld naar voren van actief sturende bestuurders die het verbeteren van de kwaliteit van zorg als leidend zien en hierbij uit de buitenwereld en de organisatie zelf halen wat nodig is om bij te dragen aan deze kwaliteit. Binnen de normstelling in wetten en codes is veel ruimte voor eigen interpretatie en dus ook invulling. Zo kan er verschil van mening zijn over wat goede zorg is. Het stelsel waarbinnen zorgbestuurders werken is, zoals geschetst, een stelsel met vele verantwoordingsinstrumenten en partijen die belangen hebben. Het leidende principe van 'goede zorg' is voor bestuurders de duidelijke vertaling van hun taak en de taak van de organisatie. In dit onderzoek is de rol van zorgbestuurders geduid. Zorgbestuurders kunnen de context beïnvloeden en daarmee het draagvlak voor de organisatie. Ook kunnen ze institutionele kaders creëren. Met hun eigen intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag kunnen zij aan hun *license to lead* bouwen. Dit kunnen ze doen als persoon, als raad van bestuur of als collectief. In tegenstelling tot de genoemde theorieën wordt in dit

onderzoek dus belicht dat bestuurders sturend kunnen zijn en hun omgeving kunnen beïnvloeden waarmee ze de handelingsruimte van zichzelf en de organisatie kunnen vergroten en kunnen bijdragen aan een goed, toegankelijk en betaalbaar zorgstelsel.

Soms geeft wet- en regelgeving ook juist doorzettingsmacht. Zo bezien zijn de wettelijke eisen niet zozeer beperkend, maar eerder richtinggevend. De vraag van Putters (2009) of bestuurders nog wel kunnen besturen kan bevestigend beantwoord worden, maar wel met de nodige afhankelijkheden, contextfactoren en een continue zoektocht naar legitimiteit.

De rol van institutionalisering

Wetgeving over behoorlijk bestuur is gebaseerd op het principe dat bestuurders veel macht hebben en degenen die van hen afhankelijk zijn daarom enige bescherming moeten krijgen. Oftewel, de macht van bestuurders moet worden ingeperkt door eisen aan de uitvoering van hun taak in wetgeving vast te leggen. Beargumenteerd kan worden dat juist door het wettelijk verankeren van de eisen aan goed bestuur het draagvlak voor zorgbestuurders toe kan nemen (dit sluit aan bij de in paragraaf 4.1 besproken institutionele theorieën). In dit onderzoek wordt inzichtelijk gemaakt dat institutionele arrangementen kunnen bijdragen aan de *license to lead*. Zo heeft het accreditatietraject een positief tegengeluid geboden tegen kritiek van Tweede Kamerleden op zorgbestuurders. Op basis van dit onderzoek zijn geen uitspraken te doen over de mate waarin institutionalisering wenselijk is. Transparantie over wat goed bestuur is en het inzichtelijk maken van processen zoals het wervingsproces, kunnen bijvoorbeeld ook worden vormgegeven zonder dat dit verder wordt geïnstitutionaliseerd. In dit onderzoek is ook duidelijk gemaakt dat juist het gebrek aan vertrouwen tot institutionalisering heeft geleid, bijvoorbeeld door de inrichting van het accreditatiesysteem en door wetgeving en codering.

Het dynamische aspect van de *license to lead* kan samenhangen met de opvatting dat besturen complex is (zie bijvoorbeeld Stoopendaal, 2008, Putters, 2009 en Van der Scheer 2013). Het bouwen aan, behouden en vergroten van de *license to lead* vraagt continue aandacht, het is nooit 'af'. De verschillende manieren om te bouwen kunnen wel leiden tot een meer of minder duurzame *license to lead*. Zo kan door institutionele verankering een duurzame invulling worden gezocht.

De rol van de context

De *license to lead* van zorgbestuurders wordt in dit onderzoek bekeken in de periode van 2013 tot half 2018. Uit het voorgaande blijkt dat verschillende theorieën de genoemde context nog te breed vinden en dat er alleen iets over zorgbestuurders te zeggen valt

wanneer er inzicht is in de specifieke (organisatie)context waarbinnen ze opereren. Door de context te bestuderen, maar ook door, op basis van literatuur, inzichten uit andere contexten mee te nemen, is in dit onderzoek duidelijk gemaakt welke bouwstenen van de *license to lead* meer of minder contextafhankelijk zijn. Dit betekent dat het wel degelijk mogelijk is om te zoeken naar de juiste bestuurder op de juiste plek op basis van inzicht in de factoren die op die plek een belangrijke rol spelen.

Hiervoor is op basis van dit onderzoek inzichtelijk gemaakt welke omstandigheden en actoren de *license to lead* van zorgbestuurders beïnvloeden. Daaraan kan worden verbonden wat voor soort leider bij welke situatie past.

Dit onderzoek onderschrijft dat de context invloed heeft op de *license to lead*. Zorgbestuurders kunnen echter ook invloed hebben op de taak die hen gesteld wordt en de haalbaarheid daarvan bespreekbaar maken. Zeker op collectief niveau hebben zorgbestuurders mogelijkheden om dit te beïnvloeden. De rol van de context kan dus dominanter of minder dominant zijn. Ook dit is, net als de *license to lead*, constant in beweging.

Het creëren van draagvlak

Het begrip 'draagvlak' wordt voornamelijk gebruikt in de bestuurskunde. De beperkte definiëring/omschrijving van draagvlak in wetenschappelijke teksten sluit aan bij de ordeningsprincipes persoonlijke, proces- en uitkomstlegitimiteit die in deze dissertatie worden gehanteerd. Het begrip draagvlak krijgt soms ook een negatieve duiding.⁶¹ In dit onderzoek wordt duidelijk dat de *license to lead* gebouwd is op draagvlak, maar dat duurzaam draagvlak voor het werk van zorgbestuurders niet alleen verkregen wordt door 'de wil van de meerderheid' (utilisme) of van de meest dominante/hardest roepende belanghebbenden (stakeholdertheorieën) te volgen. Hierbij speelt de persoonlijke legitimiteit mee die de zorgbestuurder weet te verkrijgen. En ook de proceslegitimiteit die hij weet te verkrijgen. Daarnaast is ook de uitkomstlegitimiteit die hij weet te bereiken door de organisatie en het zorgstelsel verder te helpen van belang.

Semipublieke context

De zorg wordt in de literatuur omschreven als een 'hybride' systeem, omdat het elementen bevat van verschillende regimes (het private, markt, maatschappelijke en

61 Duineveld en Beunen (2006) p. 19: "*Wij denken dat veel gehoorde ambitie "draagvlak creëren" soms louter een vorm van retoriek is, waarmee problemen worden verhuld die daadwerkelijk in plannings-arena's spelen. Het kan er daarbij toe leiden dat bepaalde belangen of ideeën worden onderdrukt of gemarginaliseerd.*"

professionele regime). In dit onderzoek is inzichtelijk gemaakt dat deze elementen niet zozeer met elkaar conflicteren, maar dat er een opbouw zit in de manier waarop aan deze elementen gewerkt kan worden: het deugdzame karakter zit in het professionele domein en richt zich op persoonlijke legitimiteit. Het publieke en maatschappelijke domein heeft te maken met draagvlakcreatie en het creëren van een gedeeld moreel kader. Bij het private domein ligt de nadruk op het verder helpen van de organisatie en de uitkomstlegitimiteit. Maatschappelijk draagvlak heeft zowel te maken met een gedeeld moreel kader als met de mate waarin zorgbestuurders bijdragen aan een bestendig zorgstelsel, oftewel de uitkomstlegitimiteit. De professionaliteit is, zo blijkt uit dit onderzoek, nodig om de publieke belangen, de private belangen en uiteindelijk ook de maatschappelijke belangen te dienen.

Het belang van kennis en ervaring

Kennis en ervaring zijn van belang voor het zoeken naar draagvlak, zeker wanneer de uitkomst niet voor iedereen gunstig is (dus wanneer legitimiteit in het geding is). Het gaat dan om zowel intellectuele kennis van bijvoorbeeld managementprocessen, organisatiekunde en zorgprocessen en ervaring hoe deze toe te passen zijn in de praktijk, als om morele kennis die gebaseerd is op ervaring, zoals wat een zorgvuldig besluitvormingsproces is of welke uitkomsten gebaseerd zijn op moed, maar niet op overmoed.

Pfeffer en Sutton (2006) vergelijken de rol van managers met die van artsen: managers houden de organisatie gezond. Het grote verschil is dat er het beeld heerst in de samenleving dat artsen beschikken over onderzoeksdata welke ingrepen de meest betrouwbare zijn, waar deze, volgens sommige hier genoemde wetenschappelijke opvattingen, bij managers vaak ontbreken of niet bekend zijn. In dit onderzoek is *evidence based* werken als factor genoemd voor het vergroten van de *license to lead*. Zorgbestuurders hebben daarbij niet alleen een rol in het gezond houden van de organisatie, maar ook van het zorgstelsel. Zowel kennis als ervaring zijn hierbij van belang.

Moreel handelen

In dit onderzoek is onderscheid gemaakt tussen persoonlijke en morele waarden. Persoonlijke waarden zijn 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. Het gaat om verantwoording afleggen aan jezelf. Deze persoonlijke waarden kunnen in de praktijk een belangrijke rol spelen en daarmee een toevoeging vormen op opvattingen over waardenweging, zoals in stakeholdertheorieën of de genoemde rechtsvaardigingscategorieën van Oldenhof e.a. (2014).

6.4 Praktische implicaties

In dit onderzoek wordt duidelijk dat de *license to lead* geen vaststaand gegeven is. Dit betekent enerzijds dat zorgbestuurders deze actief kunnen beïnvloeden. Het betekent anderzijds dat het behouden van de *license to lead* blijvend de aandacht vraagt. Een praktische implicatie is dat het nuttig is om met enige regelmaat de vraag te stellen: is de *license to lead* nog aanwezig? Dit kan zowel gaan om individuele bestuurders als een raad van bestuur als de zorgbestuurders als collectief. Dit onderzoek biedt handvatten om daarna ook de vraag te stellen: wat kan ik/kunnen wij actief doen om de *license to lead* te vergroten?

De belangrijkste aanbevelingen zijn de volgende, deze worden hierna toegelicht:

- Maak heldere afspraken op stelselniveau over verantwoordelijkheidsverdeling, zodat helder is tot hoever de verantwoordelijkheden van zorgbestuurders strekken.
- Maak van een incident (ontslag bestuurder, verscherpt toezicht, negatieve media-aandacht) ook een leermoment.
- Geef aandacht aan een zorgvuldig en transparant wervingsproces waarbij de persoonlijke kwaliteiten van de bestuurder en de match met de organisatie worden geëxpliciteerd en geëvalueerd.
- Benoem professionaliseringspaden voor zorgbestuurders (hoe een zorgbestuurders zich op de verschillende expertisegebieden verder kan ontwikkelen) waarbij formeel (bijvoorbeeld opleidingen) en informeel (bijvoorbeeld intervisie) leren een rol hebben;
- Zoek *high potentials* binnen de zorgorganisatie en leidt ze op langs deze professionaliseringspaden;
- Overweeg om in het accreditatietraject een proeve van bekwaamheid toe te voegen en (bij voldoende maatschappelijk draagvlak) er een *license to practice* (verplichting voor het uitoefenen van het vak) van te maken;
- Bespreek als bestuurder niet alleen besluiten, maar ook motieven en keuzes. Zo kan worden gezocht naar morele overeenstemming.
- Neem besluiten altijd op basis van *best available evidence*.
- Kijk voorbij de grenzen te kijken van de eigen zittingsduur en besteed aandacht aan het gezag van de raad van bestuur en zorgbestuurders als collectief ook na het eigen vertrek.

Professionaliseringsruimte

Bewust zou door zorgbestuurders en toezichthouders moeten worden nagedacht over de ruimte voor zorgbestuurders (binnen en buiten de organisatie) om zich verder in het vak te bekwaamen.

Het merendeel van de zorgbestuurders werkte voordat ze zorgbestuurder werden al in een zorginstelling. De kans is dus groot dat de toekomstige generatie bestuurders in de huidige zorginstellingen werkzaam is. De professionaliteit van deze toekomstige generatie kan door talent management worden ontwikkeld. Het verdient aanbeveling om *high potentials* binnen de organisatie te benoemen en op te leiden (via de eerder genoemde professionaliseringspaden) met (onder meer) als doel interne doorstroom tot op raad van bestuur niveau.

Het merendeel van bestuurders komt uit de zorg, maar is dit ook wenselijk? Als bijvoorbeeld ICT de grootste uitdaging is, moeten er dan geen bestuurders met verstand daarvan geworven worden? Of in worden opgeleid? Idem voor personele vraagstukken, vastgoed en bezuinigingen. Als het netwerken zo belangrijk is: moeten er dan niet meer politici in het bestuur (voor zover dit niet al gebeurt)? Het zou nuttig zijn om te onderzoeken welk profiel toekomstige generaties zorgbestuurders zouden moeten hebben en hier ook actief op te sturen om te werken aan een duurzame *license to lead*.

Individuele zorgbestuurders kunnen zich de vraag stellen in hoeverre zij bewust werken aan hun persoonlijke, proces- en uitkomstlegitimiteit. Hierbij bieden de besproken normen voor een goede zorgbestuurder (zie figuur 36) handvatten. Ook kunnen zij toetsen of zij bewust werken aan iedere 'kamer' van figuur 31 en aan hun eigen kennis en ervaring. Het bewust hierop reflecteren kan helpen om inzicht te verkrijgen waar het persoonlijke ontwikkelpotentieel ligt. Op basis van deze reflectie kunnen individuele zorgbestuurders zich ook afvragen wat de uitdagingen zijn die ze gezamenlijk met anderen (de raad van toezicht, het management team, VWS, medebestuurders, NVZD enz.) zouden moeten aangaan.

Binnen de organisatie is steeds meer aandacht voor draagvlakcreatie. Voornamelijk in het proces wordt gezocht naar draagvlak, bijvoorbeeld door te spreken met alle belanghebbenden wanneer zich belangrijke organisatieveranderingen voordoen. Door schaalvergroting is dit ook belangrijker geworden, omdat het niet meer mogelijk is voor zorgbestuurders om met iedereen een persoonlijke relatie te hebben. Dit brengt ook risico's met zich mee, omdat het lastiger wordt om eerlijke feedback te krijgen wanneer medewerkers en cliënten/patiënten meer op afstand staan. Het bewust zijn van deze afstand en het zoeken naar manieren om feedback over beleid, het functioneren van de organisatie en de werkwijze van de raad van bestuur op te halen, is hiermee belangrijker geworden en essentieel voor het duurzaam behouden van de *license to lead*. Morele macht (gezag) en positiemacht (status) zijn verschillende zaken. Om eerlijke feedback te kunnen krijgen, is het van belang dat de positiemacht niet te vaak wordt ingezet bij besluitvormingsprocessen, maar te werken aan morele macht.

De afgelopen twintig jaar zijn opleidingen voor zorgbestuurders tot bloei gekomen. De invulling van het curriculum van opleidingsinstituten is in deze dissertatie niet apart onderzocht. Het zou interessant zijn om de elementen van goed (vertaald in professioneel, legitiem en effectief en doelmatig) bestuur naast het opleidingscurriculum te leggen om matches en hiaten te zoeken. Ook zou kunnen worden gekeken wat voor soort leermethode zorgbestuurders kan helpen. De geïnterviewde zorgbestuurders benadrukken het belang van ervaring. Ook ervaring kan een belangrijk onderdeel zijn van het opleidingscurriculum (werkend leren). Door inzichtelijk te maken hoe opleiden kan bijdragen aan goed zorgbestuur, kan het idee groeien dat voor zorgbesturen *expert knowledge* nodig is. Dit draagt bij aan het beeld dat zorgbesturen een professie is en daarmee een bepaalde mate van vakbekwaamheid vergt. Voor het vergroten van de *license to lead* van zorgbestuurders zouden professionaliseringspaden kunnen worden benoemd. Bij de genoemde elementen van professioneel zorgbestuur (terugkomend in de expertisegebieden bij het accreditatietraject van de NVZD) 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. Uit deze dissertatie valt te halen dat van zorgbestuurders basiskennis is vereist op het gebied van organisatiekunde, managementprocessen, leiderschap en zorgprocessen. Daarnaast is ervaring nodig met besluitvormingsprocessen om deze bijvoorbeeld zorgvuldig, eerlijk en transparant te laten verlopen. Bovendien is het van belang dat bestuurders hun eigen morele inzicht ontwikkelen. Volgens Aristoteles wordt deze ontwikkeling gestimuleerd door te doen. Dus door te streven naar een rechtvaardige uitkomst voor alle betrokkenen vergroot de bestuurder zijn eigen rechtvaardigheid. In deze dissertatie is ook besproken dat beïnvloedingsmacht van belang is en dat deze tijdens de loopbaan kan worden vergroot. Ook dit kan dus een element zijn van het professionaliseringspad, bijvoorbeeld door bij professionalisering netwerken met politiek, gemeenten, andere zorginstellingen en/of verzekeraars een plek te geven. Wellicht is dit allemaal al onderdeel van opleidingen. In dat geval zou het goed zijn dit in kaart te brengen en centraal inzichtelijk te maken.

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 kan bijdragen aan het vergroten van de persoonlijke *license to lead* van zorgbestuurders op de verschillende niveaus. Deze zou op den duur (bij voldoende maatschappelijk draagvlak) kunnen leiden tot een *license to practice* als volgende stap in de vakontwikkeling.

Vertrouwen op persoonlijke waarden

In deze dissertatie is aandacht besteed aan de deugdenethiek. Naast het benoemen van normen is ook het benoemen van deugden die daarbij passen van belang: hiermee worden naast acties ook motieven bespreekbaar. In dit onderzoek zijn deugden benoemd die van belang zijn voor zorgbestuurders omdat ze voortkomen uit gedeelde opvattingen over goed bestuur in literatuur en wet- en regelgeving en andere institutionele teksten. Het kan zo zijn dat er eenzelfde drijfveer is (bijvoorbeeld het leveren van goede zorg), maar dat deze voor belanghebbenden leidt tot andere keuzes en acties, bijvoorbeeld omdat patiënten/cliënten goede zorg zien als het hebben van een gevoel van veiligheid en comfort ('huiselijke rechtvaardigingsgronden') en de bestuurder goede zorg ziet als efficiënte en doelmatige zorg ('industriële rechtvaardigingsgronden'). Het is aan te bevelen nader te verkennen hoe deugdzaam handelen meer op de agenda kan worden geplaatst bij zowel het debat over goed zorgbestuur in de politiek als bij zorgbestuurders zelf als bij *gatekeepers* zoals raden van toezicht en *searchers*. Het gaat om de morele kennis, keuzes en gedrag bedoeld om het beste te doen. Deugdzaam handelen zoals in deze dissertatie omschreven, gaat gepaard met het streven naar excellentie. Om richting aan deze kennis, keuzes en acties te geven, is een gedeeld normenkader van belang: welke kennis, keuzes en acties zijn nastrevenswaardig? Het is voor draagvlak van belang om hierover de dialoog aan te gaan, waarbij *best available evidence* waarop de keuze is gebaseerd zichtbaar wordt gemaakt.

Gezamenlijk met de intellectuele kennis (de normen voor professioneel zorgbestuur), kan het inzicht in de morele eigenschappen bijdragen aan zowel het debat over goed bestuur als de eisen die aan zorgbestuurders worden gesteld. Het kan kortom nuttig zijn om zowel intellectuele als morele kennis, keuzes en gedrag inzichtelijk en daarmee toetsbaar te maken. Dit toetsen kan formeel in een toetsingssysteem, maar ook informeel door het bijvoorbeeld te gebruiken bij het maken van een profielschets voor het werven van een nieuwe bestuurder.

Omdat het gedeelde morele kader constant in beweging is, zal een zorgbestuurder niet altijd zijn *license to lead* kunnen behouden door alleen de actuele morele opvattingen te volgen. Een goede zorgbestuurder is zich bewust van het morele kader, maar is ook in staat 'voor de troepen uit te lopen' en zijn persoonlijke waarden gemeenschapsgoed te maken. De bestuurder moet soms een afweging maken hoeveel zijn *license to lead* hem waard is. Geïnterviewde zorgbestuurders noemen hun eigen morele kompas als 'ondergrens': als hun eigen waarden worden overschreden, zouden ze hun positie moeten neerleggen. Dit gebeurt soms, maar niet altijd. Op basis van dit onderzoek is niet te zeggen hoe vaak.

Omgang met collega's

Raden van bestuur kunnen hun *license to lead* vooral vergroten door voorbij de grenzen te kijken van de eigen zittingsduur en aandacht te besteden aan het gezag van de raad van bestuur ook na het eigen vertrek.

Een incident (ontslag bestuurder, verscherpt toezicht, negatieve media-aandacht) is ook een leermoment. Hierbij kunnen vragen worden gesteld als: is professioneel, legitiem en effectief en doelmatig gehandeld? Is legitimiteit gezocht? Zijn de morele kaders veranderd (bijvoorbeeld de opvattingen over wat goede zorg opgeschoven)? Dit kan helpen om toekomstige incidenten te voorkomen.

Het in een kwaad daglicht zetten van de voorganger of medebestuurder kan afbreuk doen aan de *license to lead* van de raad van bestuur en zorgbestuurders als collectief. Dit verdient dus geen aanbeveling wanneer dit gericht is op het versterken van de eigen positie.

Voor zorgbestuurders als collectief en de politiek: de toekomst van het zorgstelsel

Er is een aantal factoren dat lastig of niet door zorgbestuurders zelf kan worden veranderd. De bestuurder heeft op de kwaliteit van de geleverde zorg alleen indirecte invloed. Dit heeft te maken met de uitdagingen waar de zorg voor staat, namelijk het toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief goed houden van zorg met een toenemende zorgvraag vanwege onder meer vergrijzing. Maar ook met de mate waarin de samenleving überhaupt vertrouwen heeft in instituties. Uit dit onderzoek blijkt dat er ook zeker factoren zijn waar zorgbestuurders wel invloed op kunnen hebben. Zorgbestuurders zouden (en doen dit ook al) met de overheid samen kunnen kijken naar de uitdagingen voor de toekomst en zo als gesprekspartners een rol spelen in het zoeken naar goed beleid om deze uitdagingen het hoofd te bieden. Voor de *licence to lead* van zorgbestuurders is het goed als er heldere afspraken worden gemaakt over de vraag in welke mate zorgbestuurders verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit, toegankelijkheid én betaalbaarheid van de zorg – niet alleen in het kader van hun eigen instelling of regio, maar op nationaal niveau. Ook kunnen zorgbestuurders expliciteren wat voor soort zorgbestuurder hierbij nodig is en zoeken naar breed gedragen draagvlak voor wat een goede zorgbestuurder is.

Voor de in deze dissertatie genoemde uitkomstlegitimiteit is het van belang vast te stellen welke uitkomsten mogelijk en ook reëel zijn, gezien de uitdagingen waar de zorg voor staat. Wanneer de opgaven die er voorliggen niet binnen de huidige kaders kunnen worden opgelost, dan leidt dit, wanneer er niets verandert, tot vermindering van het draagvlak voor het werk van zorgbestuurders. Belangrijker nog is dat dit ook zorgwekkend is omdat de zorg één van de belangrijkste sectoren in de samenleving

is. Een oplossing zou kunnen zijn om de kaders aan te passen, bijvoorbeeld door meer overheidsbudget voor zorg beschikbaar te stellen. Oplossingen zijn niet op basis van dit onderzoek te geven.

Voor zorgorganisaties: het wervingsproces

Niet alleen de raad van bestuur zelf bepaalt hoe groot zijn *license to lead* is. De in deze dissertatie genoemde *gatekeepers*, namelijk raden van toezicht, *searchers* en opleidingsinstituten spelen hierbij een belangrijke rol. Zij bepalen immers wie er in de raad van bestuur komt en hoe het wervingsproces vorm krijgt. De *gatekeepers* die in deze dissertatie worden benoemd, spelen op bepaalde momenten (professionalisering, vakontwikkeling en werving en aanname van zorgbestuurders) een belangrijke rol. Ook de professionaliteit van de raden van toezicht en de manier waarop zij zijn geworven is van belang voor wie uiteindelijk zorgbestuurder wordt en daarmee zijn *license to lead* verwerft. Zij kunnen ook afbreuk doen aan de *license to lead* van de zorgbestuurder. Dit kan terecht zijn wanneer dit gebeurt op basis van helder omschreven criteria, maar het kan ook liggen aan botsingen van karakter. Wanneer meer irrationele aspecten dominant zijn, doet dit de reputatie van de top van de organisatie geen goed. Raden van toezicht kunnen een rol spelen in het vergroten van de *license to lead* van 'hun' raad van bestuur door een zorgvuldig wervingsproces te doorlopen en door de persoonlijke kwaliteiten van de bestuurders en de match met de organisatie te expliciteren en te evalueren.

Uit deze dissertatie blijkt dat voor een succesvolle benoeming een aantal factoren in ieder geval relevant is.

De normen voor professioneel, legitiem en effectief en doelmatig bestuur kunnen bij de profielschets worden gebruikt, waarbij de accenten afhangen van:

- Aansluiting op de fase waarin de organisatie zich bevindt;
- De dominante oriëntatie van de organisatie: mensgericht of systeemgericht, statisch of dynamisch;
- Een match qua profiel met de mate waarin de organisatie *in control* is en de kwaliteiten van de kandidaat;
- De match met voornamelijk de medebestuurder, de raad van toezicht en het management team en de verenigbaarheid/complementariteit van hun karakter (zowel intellectuele als morele kennis, keuzes en gedrag);
- Hoe de voorganger de organisatie heeft achtergelaten en in hoeverre eventuele problemen bekend zijn bij belanghebbenden als de raad van toezicht en het management team;

- De match met het dominante moreel kader (alle individuele en gedeelde opvattingen over wat de goede uitkomsten, goede werkwijzen en goede motieven zijn) in de organisatie;

Bewustzijn van en transparantie over deze zaken, kan de *license to lead* van raden van bestuur en zorgbestuurders als collectief vergroten.

Uit deze dissertatie blijkt dat soms veranderingen binnen de organisatie noodzakelijk zijn voor het voortbestaan van de organisatie of voor het bieden van de beste zorg. In die gevallen is alleen aansluiting zoeken bij de fase waarin de organisatie zich bevindt, de dominante oriëntatie en de morele overtuigingen niet voldoende. Er is dan een kandidaat nodig die de *setting* van de organisatie begrijpt en zich hierin kan bewegen, maar ook in staat is de organisatie verder te brengen.

Voor andere sectoren

In dit onderzoek wordt de specifieke context van de zorg omschreven en wordt aangenomen dat deze context een rol speelt bij het verkrijgen van de *license to lead*. Deze context hangt onder meer samen met specifieke wet- en regelgeving, de formele en informele manier waarop professionals en cliënten/patiënten inspraak hebben en de marktwerking die het mogelijk maakt dat instellingen elkaar kunnen wegconcurreren en failliet kunnen gaan. In deze dissertatie wordt besproken dat de context maakt dat bepaalde elementen belangrijker zijn dan anderen, maar er wordt ook aangegeven dat (een deel van) het normenkader voor andere bestuurders in andere sectoren ook geldt. Bijvoorbeeld wat professioneel en effectief en doelmatig bestuur is. Voor andere (semi-publieke) sectoren, zoals het onderwijs, de woningcorporaties en de zorgverzekeringssector, kan de context in grote mate overeenkomen, waardoor ook voor bestuurders in die sectoren deze dissertatie van toegevoegde waarde zou kunnen zijn.