

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

Samenvatting

Er is kritiek op zorgbestuurders. Juist bestuurders hebben vertrouwen en handelingsruimte nodig om hun werk goed te kunnen doen. Het belang dat aan zorg wordt gehecht, maakt het des te verontrustender dat er weinig vertrouwen is in degenen die de zorg besturen. De afgelopen vijf jaar waren onder meer de hoogte van het salaris van zorgbestuurders, de wenselijkheid van het invoeren van een bestuurderstoets, fusies, personeelstekorten in de verpleeghuiszorg, fraudezaken en faillissementen in de zorg aanleiding voor debat in de Tweede Kamer over zorgbestuurders en onderwerp van aandacht in de media. Een onderzoek van NIVEL over vertrouwen in zorgverzekeraars, waarbij dit vertrouwen werd afgezet tegen vertrouwen in andere actoren, zoals zorgbestuurders, laat zien dat slechts 9% van de bevolking zorgbestuurders vertrouwen geeft. Dit gebrek aan vertrouwen van de samenleving in zorgbestuurders heeft ertoe geleid dat de afgelopen jaren goed bestuur op de beleidsagenda van de politiek en toezichthoudende instanties is gekomen. Het effect is aanscherping in wetgeving van wat toelaatbaar is en wat niet, en verdergaande bevoegdheden voor de minister en toezichthouders om in te grijpen. Ook bij zorgbestuurders zelf is goed bestuur hoger op de beleidsagenda gekomen, wat onder meer heeft geleid tot de ontwikkeling door zorgbestuurders zelf van een accreditatiesysteem voor zorgbestuurders en een nieuwe versie van de Governancecode zorg.

In deze dissertatie staat de vraag centraal: hoe bouwen zorgbestuurders aan hun *license to lead*? Met *license to lead* wordt bedoeld draagvlak (steun van de relevante belanghebbenden) om te besturen.

Het gaat in dit onderzoek (waar mogelijk en relevant) om drie niveaus:

Draagvlak voor...	Draagvlak van...
1 individuele bestuurders	1 de directe omgeving van de bestuurder
2 de raad van bestuur als orgaan	2 de relevante stakeholders binnen en buiten de organisatie
3 zorgbestuurders als collectief	3 de samenleving in het algemeen

Figuur 2: de relatie tussen de ontvanger en geveer van de *license to lead*.

De onderzoeksvraag is beantwoord op basis van een literatuurstudie, een longitudinale enquête onder zorgbestuurders met driehonderd respondenten, gestart in 2000 en vervolgens iedere vijf jaar herhaald, interviews onder tweeëntwintig zorgbestuurders, *searchers*, bestuurssecretarissen, de directeur van de NVZD – Vereniging van bestuurders in de zorg en een adviseur en een focusgroep van tien zorgbestuurders die vijf jaar lang ongeveer ieder half jaar bijeen is geweest (**hoofdstuk 2**).

Om in de praktijk voldoende legitimiteit te krijgen om te besturen (**hoofdstuk 3**) is voornamelijk de manier waarop zorgbestuurders het proces inrichten van belang (proceslegitimiteit). Procesgaranties zijn in wetgeving verankerd en lijken ook een belangrijk onderdeel van het dagelijks werk van de bestuurder. Ook bij het wervingsproces van een nieuwe bestuurder wordt hier aandacht aan besteed, door bijvoorbeeld interne en externe belanghebbenden te betrekken en te werven met een openbaar profiel. In dit onderzoek zijn op basis van de deugdenethiek die zijn oorsprong vindt bij Aristoteles, de bij de kaders voor goed bestuur relevante deugden geformuleerd. De morele deugden die op basis van de juridische normstelling bij deze proceslegitimiteit passen zijn verantwoordelijkheid, rechtvaardigheid en zorgvuldigheid.

Om goedkeuring te krijgen, is het voornamelijk van belang hoe zorgbestuurders hun eigen professionaliteit en karakter in weten te zetten om te komen tot een gedeeld moreel kader (persoonlijke legitimiteit). Door vakontwikkeling bouwen zorgbestuurders (verenigd in de NVZD) aan een gedeeld normenkader voor professioneel bestuur. Een aantal zaken maakt dit lastig. Zorgbestuurders hechten veel belang aan ervaring en informeel leren om zich te professionaliseren. Informeel leren en ervaringskennis zijn minder eenvoudig zichtbaar te maken als het gaat om het aantonen van de eigen professionaliteit. De morele deugden die op basis van de professionele normstelling uit de literatuur en het accreditatietraject bij de persoonlijke legitimiteit passen zijn bezinning, zelfdiscipline en flexibiliteit.

Om vertrouwen te krijgen om te besturen is het voornamelijk van belang dat zorgbestuurders zichtbaar maken dat ze effectief en doelmatig handelen, en daardoor met hun werk bijdragen aan het brengen van de organisatie naar een volgende fase (danwel de organisatie stabiel houden) en een bijdrage leveren aan goede, toegankelijke en betaalbare zorg voor de instelling, de regio en/of op nationaal niveau (uitkomstlegitimiteit). In de praktijk is het leidende principe van 'goede zorg' voor bestuurders de vertaling van hun taak en de taak van de organisatie. De bestuurder brengt goede zorg tot stand in verbinding met de organisatie en buiten de grenzen van de organisatie. Hierbij botsen soms de opvatting van de bestuurder en die van belanghebbenden binnen en buiten de organisatie over wat goede zorg is. Om belanghebbenden mee te krijgen in de bedachte koers, is het nodig dat bestuurders veranderingen weten vorm te geven en daarbij draagvlak en beïnvloedingsmacht weten te creëren. In de praktijk vergroten zij hun beïnvloedingsmacht onder meer door schaalvergroting. Door de invulling van het proces kunnen veranderingen worden 'verankerd', bijvoorbeeld wanneer voor een nieuwe organisatievorm of governancestructuur wordt gekozen. Morele deugden die op basis van organisatiekunde en de praktijk nodig zijn voor het bereiken van uitkomstlegitimiteit zijn moed, vastberadenheid en trots.

Op basis van de theorie zijn verschillende systeemkenmerken, organisatiekenmerken en persoonskenmerken van de zorgbestuurder aan te wijzen die de *license to lead* kunnen beïnvloeden (**hoofdstuk 4**). Op systeemniveau gaat het om de semipublieke *setting* die de taakstelling voor zorgbestuurders mede bepaalt, beïnvloedt wie de *license to lead* formeel kan ontnemen en waarbinnen juridische normen worden gesteld aan zorgbestuurders. Op systeemniveau kunnen zorgbestuurders zelf als collectief via vakontwikkeling en de inrichting van het wervingsproces hun *license to lead* beïnvloeden.

Op organisatieniveau bepalen machtsverhoudingen in de organisatie en de fase waarin de organisatie zich bevindt hoe zorgbestuurders binnen de organisatie kunnen bouwen aan hun *license to lead*. Zorgbestuurders bepalen zelf hoe ze omgaan met veranderingen waar hun organisatie mee te maken krijgt in bijvoorbeeld overheidsbeleid. De wijze waarop zij hun organisatie hierdoorheen sturen, beïnvloedt de *license to lead*.

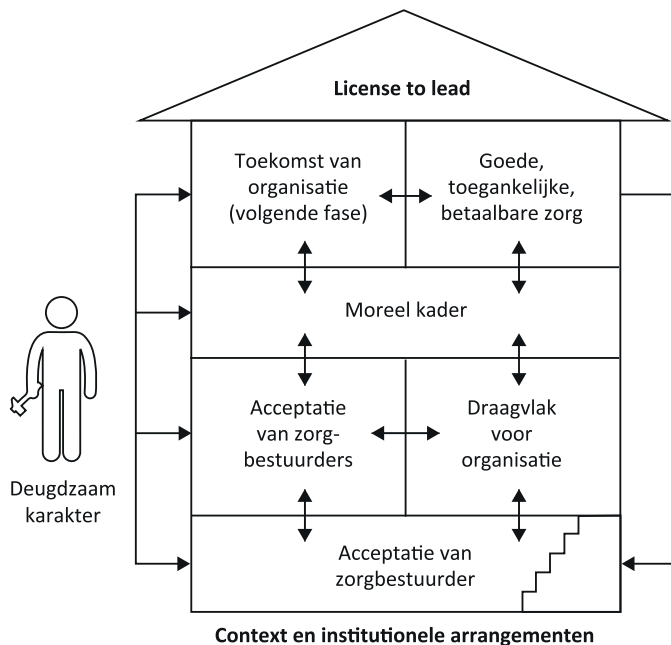
Persoonskenmerken ten slotte zijn de intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag van de zorgbestuurder, oftewel zijn deugdzame karakter.

Op basis van dit onderzoek kan worden gesteld dat de *license to lead* van zorgbestuurders wordt opgebouwd met de volgende bouwstenen:

- Het deugdzame karakter van de bestuurder (de intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag bedoeld om het beste te doen, voortkomend uit het vermogen tot zelfbeheersing);
- Het creëren door de bestuurder van acceptatie voor zichzelf;
- Het creëren door de bestuurder van draagvlak⁶⁴ voor de organisatie;
- Het creëren van acceptatie door de bestuurder voor zorgbestuurders als collectief;
- Het bouwen door (de) zorgbestuurders(s) aan een moreel kader (de - meer of minder intersubjectieve - opvattingen over wat de goede uitkomsten, goede werkwijzen en goede motieven zijn);
- De bijdrage die de bestuurder levert aan de toekomst van de organisatie;
- De bijdrage die de bestuurder levert aan goede, toegankelijke en betaalbare zorg met betrekking tot de eigen instelling, de regio en/of het nationaal stelsel.

Hieronder is schematisch samengevat hoe die bouwstenen zich grofweg tot elkaar verhouden.

64 In dit onderzoek wordt de relatie tussen legitimiteit, rechtvaardigheid en draagvlak als volgt geduid. Rechtvaardigen is een middel dat kan worden ingezet om handelen te legitimeren. Wanneer legitimiteit wordt ervaren door de ander, leidt dit tot draagvlak. Draagvlak is dus waar legitimiteit en rechtvaardiging samen komen.



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

Figuur 31 is ideaaltypisch: in de praktijk ontbreken bouwstenen van de *license to lead* (**hoofdstuk 5**). Zo is de normstelling aan goed zorgbestuur diffuus, al is deze de afgelopen jaren wel eenduidiger geworden. In de praktijk kunnen de normen en waarden van bestuurders en belanghebbenden ook botsen of verschillend gewogen worden. Het ontbreken van een eenduidig beeld van wat goed zorgbestuur is, is weer een belangrijke oorzaak van het ontbreken van een breed erkende opleiding voor zorgbestuurders. In de praktijk zijn er bovendien ook onbekwame bestuurders of bestuurders die aan draagvlak bouwen door bijvoorbeeld bevriende personen in het management team te plaatsen. En niet alle bestuurders en zorginstellingen zullen altijd een bijdrage leveren aan goede, betaalbare en toegankelijke zorg.

Iedere bouwsteen uit de figuur afzonderlijk kan voor enige tijd bijdragen aan de *license to lead* zolang er maar enig draagvlak is van een belangrijke belanghebbende voor de bestuurder. De *license to lead* vervalt met het wegvallen van de fundering: de acceptatie van de bestuurder.

In de praktijk 'schaken zorgbestuurders op meerdere borden'. Ook zonder draagvlak van iedereen of zonder morele overeenstemming werken ze aan het verder brengen van de organisatie en het leveren van goede, toegankelijke en betaalbare zorg in de instelling, de eigen regio en op nationaal niveau. De verschillende bouwstenen beïnvloeden

elkaar ook: door het bereiken van goede resultaten kunnen het draagvlak en de morele overeenstemming groeien. Het risico van het vooropstellen van de uitkomst boven het proces ('het doel heiligt de middelen') is dat die gunstige resultaten niet bereikt worden omdat belanghebbenden 'dwars gaan liggen'. De bouwstenen zijn ook in beweging: legitimiteit kan tijdens het proces verloren gaan. Voor een duurzame verankering van bereikte resultaten zijn draagvlak en een gedeeld moreel kader belangrijke voorwaarden.

Om de *license to lead* duurzaam en zowel als individu als op groepsniveau te behouden, zijn alle genoemde bouwstenen relevant. Wanneer aan al deze aspecten wordt gewerkt, kan dit leiden tot duurzaam draagvlak. De verschillende bouwstenen leiden tot verschillende mate van draagvlak, oplopend van legitimiteit tot goedkeuring tot vertrouwen. Hierbij kunnen bestuurders zichzelf als instrument gebruiken: hun persoonlijkheid (persoonlijke legitimiteit), de manier waarop ze het proces inrichten (proceslegitimiteit) en het resultaat dat ze weten te bereiken (uitkomstlegitimiteit) leiden tot verschillende mate van draagvlak.

Centraal in dit onderzoek staat het werk dat zorgbestuurders zelf verrichten om hun *license to lead* te vergroten. De verschillende manieren om te bouwen aan de *license to lead* kunnen leiden tot een meer of minder duurzame *license to lead*. Door institutionele verankering, bijvoorbeeld in wetgeving, gedragscodes of door het maken van modellen door zorgbestuurders zelf, de overheid of anderen, kan een duurzamere invulling worden gezocht. De context en institutionele arrangementen spelen een rol in het versterken of ontkrachten van de *license to lead* van zorgbestuurders.

Concluderend (**hoofdstuk 6**) lijkt de *license to lead* voor zorgbestuurders als collectief zich in positieve richting te ontwikkelen: het accreditatiesysteem heeft er bijvoorbeeld (tot nu toe) mede toe geleid dat van verder overheidsingrijpen in de vorm van een opgelegde geschiktheidstoets is afgezien. Ook is er mede door initiatieven van zorgbestuurders een normenkader voor goed bestuur aan het ontstaan. Zorgbestuurders als collectief gedragen zich als een beroepsgroep in wording. Er wordt (nog) niet getoetst op een gedeeld normenkader en ook niet op gehandhaafd. Zorgbestuurders bepalen ook niet zelf als beroepsgroep wie tot de beroepsgroep kan en mag toetreden (zelfreinigend vermogen). Informeel zijn er *gatekeepers* ontstaan die wel een rol spelen bij de selectie en het toetsen van zorgbestuurders. Het gaat om raden van toezicht, *searchers*, opleidingsinstituten (die ingangseisen stellen voor hun opleidingen) en de medezeggenschap (die steeds vaker een stem heeft bij de benoeming van bestuurders). De rol van de *gatekeepers* is echter niet goed zichtbaar bij het publiek.

De afgelopen jaren is zowel door zorgbestuurders zelf als door wetgevers veel aandacht besteed aan de proceslegitimiteit, wat ertoe heeft geleid dat zorgbestuurders hun macht delen met belanghebbenden in de organisatie. De uitdagingen waar het zorgstelsel voor staat, vragen niet alleen om een goed proces van besluitvorming, maar ook om kennis en kunde die leiden tot de goede uitkomsten. Op basis van dit onderzoek zijn hiervoor aanbevelingen te doen die zorgbestuurders helpen verder te bouwen aan de *license to lead*. De belangrijkste aanbevelingen zijn:

- Maak heldere afspraken op stelselniveau over verantwoordelijkheidsverdeling.
- Maak van een incident (ontslag bestuurder, verscherpt toezicht, negatieve media-aandacht) ook een leermoment.
- Geef aandacht aan een zorgvuldig wervingsproces waarbij de persoonlijke kwaliteiten van de bestuurder en de match met de organisatie worden geëxpliciteerd en geëvalueerd.
- Benoem professionaliseringspaden voor zorgbestuurders waarbij formeel en informeel 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* 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*.