

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

---

# Bijlagen



**Bijlage 1: Zoekcriteria en –resultaten parlementaire stukken 1  
januari 2013 tot en met 8 juni 2018**



*Voor dit onderzoek gebruikte zoekcriteria op [zoek.officielebekendmakingen.nl](http://zoek.officielebekendmakingen.nl) met aantal resultaten:*

geestelijke gezondheidszorg\*: 3077  
 directeur gezondheidszorg\*: 1986  
 directeur gehandicaptenzorg\*: 346  
 directeur ziekenhuis\*: 1248  
 directeur thuiszorg\*: 607  
 directeur verpleeghuis\*: 333  
 directeur verzorgingshuis\*: 182  
 directeur GGZ: 976  
 bestuur\* GGZ: 2944  
 bestuur\* gezondheidszorg\*: 5888  
 gehandicaptenzorg\* bestuur\*: 941  
 ziekenhuis\* bestuur\*: 3481  
 thuiszorg\* bestuur\*: 1466  
 verpleeghuis\* bestuur\*: 882  
 verzorgingshuis\* bestuur\*: 421  
 GGZ bestuur\*: 2944  
 bestuurder zorgsector: 721  
 "bestuurder zorg": 15  
 zorgbestuur\*: 291  
 "vereniging van bestuurders in de zorg": 32  
 NVZD: 70  
 NVZD "vereniging van bestuurders in de zorg": 28  
 NVZD accreditatie: 38  
 "vereniging van bestuurders in de zorg" accreditatie zonder NVZD: 1  
 "vereniging van bestuurders in de zorg" salaris zonder NVZD: 3  
 NVZD beloning: 22  
 NVZD beloning salaris: 15  
 NVZD salaris: 27  
 NVZD accreditatie beloning: 10  
 zorgbestuur\* "goed bestuur": 76  
 zorgbestuur\* "goed bestuur" accreditatie: 33  
 zorgbestuur\* "goed bestuur" accreditatie NVZD: 19  
 "goed bestuur" zorgsector: 231  
 "goed bestuur" zorgsector verantwoording: 144  
 "goed bestuur" verantwoording zorgbestuur\* zorgsector: 26  
 "goed bestuur" verantwoording zorgbestuur\*: 39  
 "goed bestuur" zorgsector verantwoording accreditatie: 38

"goed bestuur" zorgsector verantwoording beloning: 47  
"goed bestuur" zorgsector verantwoording salaris: 46  
"goed bestuur" zorgsector verantwoording beloning salaris: 26  
"goed bestuur" verantwoording zorgbestuur\* zorgsector beloning: 8  
"goed bestuur" verantwoording zorgbestuur\* zorgsector salaris: 9  
"goed bestuur" verantwoording zorgbestuur\* zorgsector beloning salaris: 4  
"goed bestuur" verantwoording zorgbestuur\* zorgsector accreditatie: 13  
"goed bestuur" verantwoording zorgbestuur\* zorgsector accreditatie beloning: 3  
"goed bestuur" verantwoording zorgbestuur\* zorgsector accreditatie salaris: 4  
"goed bestuur" verantwoording zorgbestuur\* zorgsector accreditatie beloning salaris: 0  
"goed bestuur" zorgsector accreditatie: 57  
"goed bestuur" zorgsector accreditatie NVZD: 23  
zorgbestuurder\* "slecht bestuur": 4  
zorgbestuurder\* "slecht bestuur" accreditatie: 4  
bestuur zorgbestuur\*: 196  
wanbestuur zorgsector: 33  
wanbestuur zorgbestuur\*: 22  
wanbestuur zorgbestuur\* zorgsector: 17  
wanbestuur zorgbestuur\* accreditatie: 10  
"old boys network": 87  
zorgbestuur\* *old boys network*: 3  
zorgbestuur\* verantwoording: 93  
zorgbestuur\* verantwoording accreditatie: 26  
zorgbestuur\* verantwoording salaris: 35  
zorgbestuur\* verantwoording beloning: 29  
zorgbestuur\* verantwoording beloning salaris: 17  
zorgbestuur\* verantwoording salaris accreditatie: 8  
zorgbestuur\* verantwoording beloning accreditatie: 11  
zorgbestuur\* verantwoording beloning salaris accreditatie: 2  
zorgbestuur\* verantwoording NVZD: 20  
zorgbestuur\* salaris: 101  
zorgbestuur\* beloning: 76  
zorgbestuur\* salaris beloning: 46  
zorgbestuur\* salaris NVZD: 14  
zorgbestuur\* beloning NVZD: 12  
graaier: 15  
zorg\* graaier: 13, 4 niet over de zorg: 9 wel.  
bestuurder ontslag zorgsector: 251  
"goed bestuur" ontslag zorgsector: 331

"goed bestuur" ontslag zorgsector bestuurder: 241  
 "goed bestuur" ontslag zorgsector bestuurder salaris: 100  
 "goed bestuur" ontslag zorgsector bestuurder beloning: 91  
 "goed bestuur" ontslag zorgsector bestuurder beloning salaris: 63  
 bestuurder benoeming zorgsector: 107  
 "goed bestuur" benoeming zorgsector: 147  
 "goed bestuur" benoeming zorgsector bestuurder: 104  
 "goed bestuur" benoeming zorgsector bestuurder Wmcz: 13  
 "goed bestuur" benoeming zorgsector bestuurder salaris: 54  
 "goed bestuur" benoeming zorgsector bestuurder beloning: 50  
 "goed bestuur" benoeming zorgsector bestuurder beloning salaris: 37  
 "goed bestuur" benoeming zorgsector bestuurder beloning salaris Wmcz: 2  
 bestuurder zorgsector headhunter: 2  
 "goed bestuur" benoeming zorgsector *headhunter*: 2  
 Bestuurder zorgsector *searcher*: 0  
 bekwaam\* bestuur\* gezondheidszorg\*: 557  
 bekwaam\* bestuurder gezondheidszorg\*: 275  
 bekwaam\* "goed bestuur" zorgsector: 42  
 bekwaam\* "goed bestuur" zorgsector accreditatie: 17  
 bekwaam\* "goed bestuur" zorgsector verantwoording: 35  
 bestuurder zorgsector salaris: 199  
 bestuurder zorgsector beloning: 181  
 bestuurder zorgsector salaris beloning: 102  
 "goed bestuur" fusie zorgsector: 91  
 goed bestuur\* fusie zorgbestuur\*: 29  
 goed bestuur\* fusie zorgsector zorgbestuur\*: 24

*De zoektermen die uiteindelijk op basis van deze verkenning systematisch bestudeerd zijn met aantal resultaten:*

Bekwaam\* "goed bestuur" zorgsector: 42  
 "goed bestuur" benoeming zorgsector bestuurder: 104 minus (salaris+beloning)=37  
 "goed bestuur" ontslag zorgsector bestuurder: 241 minus (salaris+beloning)=113  
 Zorgbestuur\* verantwoording minus (beloning+salaris+accreditatie)=37  
 Wanbestuur zorgbestuur\* zorgsector minus accreditatie: 7  
 "goed bestuur" fusie zorgsector zorgbestuur\*: 24  
 NVZD / "vereniging van bestuurders in de zorg" minus (salaris+beloning+accreditatie)=8.

*Overzicht van onderwerpen die hieruit naar voren kwamen*

In de periode 2013 tot 8 juni 2018 kregen de volgende kwesties met betrekking tot zorgbestuurders de aandacht van de Tweede Kamer. De beloning van zorgbestuurders en de Wet Normering Topinkomens die op 1 januari 2013 in werking trad. De jaarlijkse rapportage over deze wet leidde tot discussies in de Tweede Kamer. Ook werd door Kamerleden Bouwmeester (PvdA) en De Lange (VVD) om transparantie gevraagd over gemaakte bestuurskosten (declaraties) bij zorginstellingen (Aanhangsel Handelingen II 2015/16, 410). Een ander thema was de invoering van een bestuurderstoets zoals ook in andere semipublieke sectoren werd ingevoerd, vaak besproken in combinatie met het accreditatietraject van de NVZD en met kwesties rond de kwaliteit van zorg (zie bijvoorbeeld: Bijlage bij Kamerstuk II 2016/17, 31765 nr. 279). Er werden kritische vragen gesteld over fusies, zoals de fusie tussen het Franciscus Ziekenhuis en het Lievensberg Ziekenhuis waarbij de Patiëntenfederatie Nederland (NPCF) een procedure had aangespannen tegen het besluit van de Autoriteit Consument en Markt (ACM) (Bijvoegsel bij Handelingen II 2013/14, 297702, nr. 7).<sup>66</sup> De ACM deed onderzoek naar de effecten van ziekenhuisfusies in 2007 tot 2014 op de prijs en het volume van de zorgverlening (Autoriteit Consument & Markt, 2017). Dit leidde tot een voorstel tot aanscherping van de zorg specifieke fusietoetsing (wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg, Kamerstuk 34445). Het tekort op de arbeidsmarkt en rol van de zorgbestuurder als werkgever hierbij werd besproken (Kamerstuk II 2017/18, 29282, nr. 300). De lastendruk (administratief werk) in de zorg en de verantwoordelijkheid van bestuurders hierbij was ook onderwerp van debat (Handelingen II 2017/18, 29515, nr. 46).

Daardoorheen speelde een aantal ontwikkelingen: in de woningcorporatiesector werd een parlementaire enquête gehouden waarin ook de zorgsector werd besproken. Hugo Borst schreef een ingezonden brief aan staatssecretaris van VWS Van Rijn over de tekortkomingen in de verpleeghuiszorg en het Manifest Scherp op Ouderenzorg samen met Carin Gaemers (<https://www.scherpopouderenzorg.nl/>, oktober 2016). Staatssecretaris Van Rijn reageerde hierop richting Tweede Kamer en noemde ook het accreditatietraject van de NVZD als deel van de oplossing. Ook ontwikkelde hij het plan van aanpak *Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen* (aangeboden in Kamerstuk II, 2014/15, 31765, nr. 124). De IGZ (de huidige IGJ) deed onderzoek naar de kwaliteit en veiligheid in de verpleeghuiszorg (IGZ, 2016). De IGZ en NZa zetten in hun toezichtkader (IGZ en NZa, 2016), werkplannen (o.a. IGZ, 2017c) en jaarbeelden (o.a. IGZ, 2017b) het contact met zorgbestuurders neer als één van de speerpunten. De IGJ stelde in haar Jaarbeeld 2017 thema's als het lerend vermogen van de zorgaanbieders, de rol van het

66 NPCF is door de rechter niet ontvankelijk verklaard.

zorgbestuur bij het bevorderen van goede en veilige zorg en bij het ontwikkelen van een open en veilig werkklimaat centraal (IGJ, 2018).

ZonMw publiceerde in november 2013 een rapport met daarin een wetsevaluatie over het bestuursrechtelijk toezicht op de kwaliteit van zorg (Legemaate e.a., 2013). In oktober 2017 bracht het Instituut voor Ondernemingsrecht van de Rijksuniversiteit Groningen een rapport uit aan het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC) met een evaluatie van de Wet bestuur en toezicht (Boschma e.a., 2016). Er werd gewerkt aan wetsvoorstellen rond goed bestuur in de zorg naar aanleiding van een brief van minister van VWS Schippers en staatssecretaris Van Rijn van 13 januari 2016 (Kamerstuk II 2015/16, 32012, nr. 35). Deze wetsvoorstellen zien op wijzigingen in het Burgerlijk Wetboek (BW), onder de noemer Wet Bestuur en Toezicht rechtspersonen, de Wet medezeggenschap cliënten in de zorg (Wmcz), de Wet toelating zorginstellingen (WTZi, onder de noemer WTZa), de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz)<sup>67</sup>, de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) en de Jeugdwet.

In 2017 publiceerden de brancheorganisaties in de zorg de Governancecode Zorg (2017). De jaarlijkse begroting voor de zorg leidde ook tot Kamervragen. In september 2013 verscheen het rapport 'Een lastig gesprek' van de Advies Commissie Behoorlijk Bestuur (ook wel Commissie Halsema genoemd) over verantwoord bestuur en toezicht in de semipublieke sector. Het Sioo kwam met een evaluatierapport van het programma 'In voor zorg!' van het ministerie van VWS (looptijd: 2009-2017) met als doel: het toekomstbestendig organiseren van de langdurige zorg (van Staveren e.a., 2017). Het Verwey-Jonker Instituut maakte in opdracht van het ministerie van VWS het rapport *'Medezeggenschap op maat: onderzoek naar de wijze waarop vorm en inhoud wordt gegeven aan medezeggenschap van cliënten in de zorg'* (Mein en Oudenampsen, 2015).

Ook was er een aantal incidenten: Kamerlid Agema (PVV) koppelde het overlijden van een hoogbejaarde mevrouw in woon-zorg centrum De Taling aan *"een carroussel van disfunctionerende zorgbestuurders die elke keer weer de gelegenheid krijgen om elders te laten zien dat ze onbekwaam zijn"* (Aanhangsel Handelingen II 2012/13, nr. 3114). In de vakpers, *Skipr*, 16 juli 2014, verscheen een bericht dat tijdelijke bestuurders de zorg overspoelen. Dit was aanleiding voor vragen van de SP aan de minister en staatssecretaris (Aanhangsel Handelingen II 2013/14, 2922). Er kwamen fraudezaken aan het licht, zoals bij de Velpse zorginstelling Boriz (Aanhangsel Handelingen II 2015/16, nr. 3485). Het ministerie van VWS publiceerde in april 2018 het plan *Rechtmatige Zorg: aanpak*

67 Interessant hierbij is de nulmeting van de Wkkgz door onderzoeksbureau NIVEL (Laarman e.a., 2016). Op de pagina's 58-59 wordt de rol van goed bestuur besproken.

van fouten en fraude 2018-2021 (ministerie van VWS, 2018). De Ondernemingskamer stelde vast dat Meavita failliet ging door wanbeleid van de top (Kamerstuk II 2015/16, 32012 nr. 34). Het faillissement van ziekenhuis De Sionsberg en het faillissement van het Ruwaard van Putten-ziekenhuis kwamen aan de orde (evaluatie van de minister in Kamerstuk II 2015/16, 31016, nr. 92). Voor curatoren werd een handreiking voor faillissementen naar aanleiding hiervan ontwikkeld (Kamerstuk II 2016/17, 32012, nr. 43). Ook leidde de media-aandacht voor zorginstellingen die na faillissement(en) met een nieuwe B.V. met vergelijkbare activiteiten een 'doorstart' kunnen maken, zoals Kliniek Kop & Lijf, tot Kamervragen van de SP over 'malafide bestuurders' (Aanhangsel Handelingen II 2017/18, nr. 2008). Over een vermeende angstcultuur bij Zorggroep Charim werden vragen gesteld en later over het bericht dat het kopje koffie voor bewoners bij dezelfde instelling was afgeschaft (Aanhangsel Handelingen II 2015/16, nr. 1380 en Aanhangsel Handelingen II 2016/17, nr. 1462).

De bestuurder van het Slotervaartziekenhuis kwam begin 2013 in opspraak omdat zij een creditcard van het ziekenhuis voor privé-uitgaven gebruikte en contant geld opnam uit de kluis van het ziekenhuis (Kamerstuk II 2015/16, 24077 nr. 363). Een bestuurder bij zorginstelling Vivantes kreeg een vertrekbonus mee van 65.000 euro zonder dat hij daadwerkelijk in de instelling gewerkt had. Hierover stelde Tweede Kamerlid Kerstens (PvdA) kritische vragen (Aanhangsel Handelingen II 2016/17, nr. 1446). Ook de bestuursvoorzitter van het VUmc kwam in opspraak door zijn vertrekbonus (vragen Tweede Kamerlid Leijten, SP: Aanhangsel Handelingen II 2012/13, 2721, vragen Tweede Kamerlid Klever, PVV: Aanhangsel Handelingen II, 2012/13, 2668). Het UMC Utrecht kwam in opspraak en de IGZ publiceerde hierover het rapport *'Goed bestuur en veilige cultuur: vereisten voor goede zorg. Raad van bestuur UMC Utrecht op teveel afstand'* (IGZ, 2017a, bijlage bij Kamerstuk II 2016/17, 31016 nr. 100). Zorggroep Alliade werd onderzocht wegens vermeende belangenverstrengeling. Hierover stelde Tweede Kamerlid Marijnissen (SP) vragen (Aanhangsel Handelingen II 2017/18, nr. 409).

SP en PVV initieerden in deze periode vaak het debat over zorgbestuurders, maar zij waren niet de enigen met kritische vragen en opmerkingen.

Van de kwesties die gingen over verantwoording van bestuurders (211, zie het begin van deze bijlage voor de zoekcriteria) werden in 48% van de stukken ook de woorden beloning/salaris genoemd en in 24% ook accreditatie (hier bestaat een overlap van 3%). Wanneer over de NVZD werd gesproken ging het in 53% van de stukken ook over accreditatie en in 50% ook over beloning/salaris. Hierin zit een overlap van 14%. Dat betekent dat er acht stukken zijn waarin de NVZD werd genoemd zonder de woorden 'accreditatie', 'beloning' of 'salaris'. Deze stukken hebben betrekking op een motie

van Tweede Kamerlid Agema (PVV) voor een verplichte bestuurderstoets (Kamerstuk II 2017/18, 34775 XVI, nr. 56, 2 stukken), het rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving: *Verlangen naar Samenhang: over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit* (RVS, 2016), een discussie over transparantie en verantwoording rondom onkostenvergoedingen van raden van bestuur (Kamerstuk II 2015/16, 33822, nr. 8) en op de suggestie dat Zorggroep Charim via de NVZD in contact komt met andere zorgaanbieders om te leren zijn governance te verbeteren (Aanhangsel van de Handelingen II 2015/16, 1380). Drie blijken toch over accreditatie (daar professionaliseringstraject genoemd) te gaan.



**Bijlage 2: Overzicht wet- en regelgeving en andere institutionele teksten rond goed zorgbestuur.**



De basisregels van goed bestuur voor de oudste vorm van bestuur, het openbaar bestuur, worden de algemene beginselen van behoorlijk bestuur genoemd die onder andere in de Algemene wet bestuursrecht (Awb) zijn vastgelegd, die in 1994 in werking trad. Deze regels zijn daarnaast deels ongeschreven. De regels omvatten onder meer normen gericht op (en relevant in het kader van dit onderzoek): een zorgvuldige besluitvorming; het zorgvuldigheidsbeginsel (artikel 3:2 Awb), een gemotiveerde besluitvorming; het motiveringsbeginsel, gelijke behandeling van gelijke gevallen; het gelijkheidsbeginsel, een verbod op machtsmisbruik; *detournement de pouvoir* (artikel 3:3 Awb) en het beginsel dat een toezegging van de overheid, onder voorwaarden, verbindend is; het vertrouwensbeginsel. Deze beginselen richten zich primair op het proces van besluitvorming: dit moet op een eerlijke, transparante manier plaatsvinden. De achtergrond is dat hiermee de ongelijke machtsverhouding tussen burgers en overheid enigszins wordt rechtgetrokken: de machtige partij (de overheid) dient zich te houden aan bepaalde regels. Deze regels gelden niet direct voor zorgbestuurders. Uit het hierna volgende blijkt dat voor zorgbestuurders aansluiting wordt gezocht bij deze publiekrechtelijke normen.

In het rechtspersonen recht is de verantwoordelijkheid van bestuurders van rechtspersonen geregeld (artikel 9 boek 2 BW): *"Elke bestuurder is tegenover de rechtspersoon gehouden tot een behoorlijke vervulling van de hem opgedragen taak. ... Elke bestuurder draagt verantwoordelijkheid voor de algemene gang van zaken. Hij is voor het geheel aansprakelijk terzake van onbehoorlijk bestuur, tenzij hem mede gelet op de aan anderen toebedeelde taken geen ernstig verwijt kan worden gemaakt en hij niet nalatig is geweest in het treffen van maatregelen om de gevolgen van onbehoorlijk bestuur af te wenden."* Hier lijkt het eerder te gaan om een uitkomstverplichting: de toets vindt pas plaats als er negatieve consequenties zijn, zoals faillissement. De bestuurder kan dan persoonlijk aansprakelijk worden gesteld.

Voor zorgbestuurders specifiek is in de WTZi geregeld dat er een ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering moet zijn (artikel 9). In de Wmcz is een informatieplicht richting cliëntenraad geregeld (artikel 5). In de Wkkgz is geregeld dat bestuurders de kwaliteit van zorg systematisch bewaken, beheersen en verbeteren en hierover verantwoording afleggen (artikel 7). In de Jeugdwet staat dat jeugdzorgaanbieders zich op zodanige wijze organiseren, zich kwalitatief en kwantitatief zodanig van personeel en materieel voorzien en zorgdragen voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat één en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde hulp (artikel 4.1.1).

Door de NVZ Vereniging van Ziekenhuizen (2004) en het Netwerk Toekomst Maatschappelijke Onderneming (2003) zijn codes ontwikkeld in navolging van code ontwikkeling

in andere sectoren, zoals de corporate governancecode. De eerste is een nadere uitwerking van Het Zorghandvest (NVZ, 2002) voor ziekenhuizen, waarin deze zich nadrukkelijk opstellen als maatschappelijk ondernemers. De tweede is een branchecode voor de maatschappelijke onderneming.

Op initiatief van de NVZD is in 2005 de gedragscode voor de Goede Bestuurder ontwikkeld. Deze gedragscode is gericht op de individuele bestuurders. In deze code wordt de verantwoordelijkheid van de bestuurder opgedeeld: tegenover de maatschappij (doelmatigheid en efficiëntie), de cliënt (kwaliteit en snelheid), raad van toezicht (bestuurlijk handelen), professionals en medewerkers (optimale inzet en ontwikkeling), alle medewerkers (goed werkgeverschap). Ook wordt de verantwoordelijkheid voor de continuïteit van de organisatie, voor een goede uitoefening van de eigen functie en een medeverantwoordelijkheid voor het bereiken van maatschappelijke doelen ten aanzien van de gezondheidszorg met een actief aandeel in de meningsvorming hierover genoemd. Uitgangspunten: de bestuurder is resultaatgericht, maatschappelijk betrokken, deskundig en competent, proactief, integer en toetsbaar. Het gaat dus zowel om de Persoon van de bestuurder (integer, deskundig, competent, maatschappelijk betrokken), als om het proces (toetsbaar, proactief). De invulling van de verantwoordelijkheid is gericht op het resultaat (bijvoorbeeld efficiënt en doelmatig). Deze gedragscode is inmiddels komen te vervallen (in 2017) omdat met de vernieuwing van de Governancecode Zorg in 2017 de code voornamelijk dubbelingen bevatte (dit is mij bekend vanuit mijn rol als beleidsmedewerker bij de NVZD).

De taakomschrijving van de bestuurder en de handelingsbevoegdheid worden vaak neergelegd in de statuten en reglementen van de instelling. De NVTZ en NVZD hebben voor deze statuten en reglementen modellen gemaakt. In de modelstatuten is invulling gegeven aan de belangenafweging van het bestuur: *“De raad van bestuur richt zich bij de vervulling van zijn taak op het belang van de zorgorganisatie op korte en lange termijn, vanuit het perspectief van het realiseren van de maatschappelijke doelstelling van de zorgorganisatie en de centrale positie van de cliënt daarin. De raad van bestuur maakt een zorgvuldige en evenwichtige afweging tussen de belangen van de cliënten in het algemeen, de publieke en maatschappelijke belangen, de belangen van medewerkers en de overige in aanmerking komende belangen van interne en externe belanghebbenden.”* (Modelstatuten NVTZ-NVZD 2018, artikel 10 lid 2 en 3). In de modelreglementen NVTZ-NVZD (2018) worden de verantwoordelijkheid, maatschappelijke positie en voorbeeldfunctie van het bestuur benadrukt.

In 2013 is door de Minister van Economische Zaken de ‘Commissie Maatschappelijk verantwoord bestuur en toezicht in de semipublieke sector’ (Commissie-Halsema)

ingesteld. Deze kreeg als taak mee een code te ontwikkelen met gedragsregels voor professioneel en ethisch verantwoord handelen van bestuurders en interne toezicht-houders in de semipublieke sectoren. Ook het adviseren over de rol van de rijksoverheid was een expliciete taak van de commissie. De commissie komt tot de conclusie dat een code niet het juiste instrument is: *“In de huidige situatie dreigt verantwoording afleggen de plaats in te nemen van verantwoordelijkheid nemen. Juist als het gaat om moraliteit, om waarden en om de behoorlijkheid van het handelen, kan die nadruk op verantwoording averechts werken. Harde sturing met regels lost immers geen morele dilemma's op. En in het geval dat een incident voortkomt uit verwarring onder bestuurders over de waarden die ze moeten hooghouden en de eisen waaraan ze hebben te voldoen, klaar je de lucht niet op met toezicht.”* (Halsema e.a., 2013, p. 6).

Het ministerie van VWS heeft in dezelfde maand van het verschijnen van het advies van de Commissie-Halsema een brief aan de Tweede Kamer gestuurd. In deze brief wordt het ontwerpen van de Wet goed bestuur in de zorg aangekondigd voor het voorjaar 2014.<sup>68</sup> In 2015 is besloten om af te zien van een wet specifiek voor goed bestuur in de zorg, omdat een cultuur van goed bestuur (waarin transparantie, aanspreekbaarheid en verantwoording van belang zijn) zich lastig in harde regels en afvinklijstjes laat vatten (Kamerstuk Tweede Kamer 2014/15, 32012, nr. 23). De normen die in dit wetsvoorstel werden besproken, zijn deels wel uitgewerkt in andere wetgeving, zoals de Wmcz. Hoewel in de behandeling van dit wetsvoorstel werd gesproken van 'resultaatnormen', kwamen er ook veel procesnormen naar voren, zoals het regelen van inspraak van de medezeggenschap bij besluitvorming.

In 2017 is de Governancecode Zorg (die in 2006 voor het eerst was gepubliceerd) door de zorgbranches vernieuwd. De code is een instrument om de *governance* zo in te richten

<sup>68</sup> VWS kondigt de volgende wettelijke verplichtingen aan (Kamerstuk II 2013/14, 32012, nr. 15, p. 5):

- De raad van bestuur betreft de raad van toezicht bij besluiten die een grote impact op de zorgaanbieder hebben. Daar waar die besluiten ook grote gevolgen voor overige (interne en externe) belanghebbenden bij de zorgaanbieder hebben (zoals bijvoorbeeld bij fusies), worden deze ook betrokken.
- Raden van bestuur en raden van toezicht zorgen ervoor dat zij zich over hun keuzes en besluiten in ieder geval jaarlijks en openbaar verantwoorden richting relevante belanghebbenden. Dit betreft bijvoorbeeld het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.
- De raad van toezicht is verantwoordelijk voor het aanstellen, schorsen en ontslaan van de leden van de raad van bestuur tenzij deze bevoegdheid bij de Algemene Vergadering berust.
- De raad van toezicht ziet erop toe dat het bestuur haar verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg en voor een ordelijke en controleerbare administratie, waar maakt.
- De raad van toezicht verzekert zich ervan dat het bestuur voldoende zicht heeft op de financiële risico's en hier adequaat naar handelt. Dit met het behoud van de eigen verantwoordelijkheid van de raad van bestuur.

dat die bijdraagt aan het waarborgen van goede zorg, aan het realiseren van de maatschappelijke doelstelling van zorgorganisaties en het maatschappelijk draagvlak. In de code wordt benadrukt dat de raad van bestuur en raad van toezicht zich dienen te richten op de maatschappelijke doelstelling van de zorgorganisatie: het bieden van goede zorg aan cliënten (Governancecode Zorg, 2017, p. 8): *“De behoeftes, wensen, ervaringen en belangen van de cliënt staan centraal en zijn richtinggevend voor de te bieden zorg.”*

*“Zorgorganisaties dragen bij aan de publieke belangen van de gezondheidszorg:*

- *kwaliteit (door goede zorg te bieden zie 1.1.);*
- *toegankelijkheid (door beschikbaarheid) en;*
- *betaalbaarheid (door sober om te gaan met de publieke en private middelen waaruit de zorg bekostigd wordt).”* (Governancecode Zorg, 2017, p. 8)

Ook wordt een voor de instelling eigen moreel kader in de code geïntroduceerd (Governancecode Zorg, 2017, p. 9): *‘Naast algemene waarden als integriteit, aanspreekbaarheid, betrouwbaarheid, zorgvuldigheid, professionaliteit, openheid en transparantie maar ook doelgerichtheid en doelmatigheid, gaat het om door iedere zorgorganisatie zelf te bepalen waarden, passend bij haar eigen positie en doelstellingen. De waarden moeten zichtbaar worden in cultuur en gedrag. De maatschappelijke positie van zorgorganisaties vraagt ook om sensitiviteit voor publieke waarden als rechtmatigheid, rechtvaardigheid en rechtszekerheid. De raad van bestuur is verantwoordelijk voor al deze aspecten, is hierop aanspreekbaar en legt er actief verantwoording over af. Dat laat onverlet dat waarden en normen, cultuur en gedrag vooral invulling krijgen in de organisatie als geheel en tot stand komen in dialoog en wederzijdse beïnvloeding. Daarbij is een open cultuur die ruimte biedt voor het leren van fouten en successen een voorwaarde.’*

In het in 2016 ontwikkelde toezichtkader IGZ-NZa is aangegeven wat de beide toezicht instanties van zorgbestuurders verwachten (p. 7):

#### 1. Gedrag en cultuur

- *Verantwoord en transparant*
- *Open en integer*
- *Omgevingsbewust en participatief*
- *Lerend en zelfreinigend*
- *Doelgericht en doelmatig.*

#### 2. Systemen en processen

- *Kwaliteit en veiligheid*
- *Ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering*
- *Correcte registratie en declaratie*
- *Transparantie*

### 3. Resultaten zorgverlening

*De geleverde zorg moet goed, veilig, toegankelijk en betaalbaar zijn. Dankzij transparante informatie zijn patiënten en cliënten in staat een afgewogen keuze te maken."*

Ook worden er eisen aan de competenties van bestuurders gesteld: *"het bestuur hoort altijd zicht te hebben op de staat van de eigen organisatie en 'in control' te zijn."* (IGZ/NZa, 2016, p. 7) De houding van zorgbestuurders wordt gekoppeld aan de manier waarop toezicht wordt gehouden: *"Als bestuurders zich toetsbaar opstellen en zich aantoonbaar inspinnen om te voldoen aan de voorwaarden voor goed bestuur zoals geformuleerd in dit kader, dan geeft dat de NZa en IGZ gefundeerd draagvlak en stemmen we de toezichtstrategie daarop af."* (IGZ en NZa, 2016, p. 16)

Naast de taakstelling en verantwoordelijkheid aan en van de bestuurder wordt ook de salariëring van de bestuurder geregeld. Eerst in de Beloningscode voor Bestuurders in de Zorg (hierna: BBZ) en haar voorgangers van de NVZD en NVTZ en sinds 1 januari 2013 in de Wet normering topinkomens (WNT). In 2007 heeft de Adviescommissie rechtspositie politieke ambtsdragers (hierna: commissie Dijkstal) het advies 'Normeren en waarderen' uitgebracht. De BBZ die in 2009 verscheen is mede hierop gebaseerd. Daarnaast is in de BBZ aangesloten op de Governancecode Zorg en de bestaande loongebouwen met CAO's in de zorg. Het salaris van de bestuurder wordt in de BBZ gebaseerd op de complexiteit en impact van de instelling waar de bestuurder werkzaam is. In een bijlage bij de BBZ 2009 worden ook de competenties genoemd die van belang worden geacht voor het goed vervullen van de bestuurdersrol: visie/leiderschap, strategisch denken, besluitvaardigheid/resultaatgerichtheid, vermogen tot zelfreflectie, dienstbaarheid aan de doelstelling en belangen van de organisatie/loyaliteit, moed/onafhankelijkheid/ondernemerschap/innovatief vermogen en het vermogen om "winnende" teams te creëren waarin de juiste persoon op de juiste plek zit. Het al dan niet voldoen aan de competenties vertaalt zich volgens de code in de inschaling en doorgroeisnelheid van de bestuurder en is dus op geld waardeerbaar. In latere versies van de BBZ worden competenties overigens wel als onderdeel van de afweging voor belonen genoemd, maar worden de competenties niet meer expliciet benoemd.



### **Bijlage 3: Interviews**



### 3.1 Interviewprotocol zorgbestuurders

versie 21 september 2014

#### Introductie

Tutoyeren/vousvoyeren afspreken.

Dank dat je bereid bent dit gesprek met me te voeren. Vandaag ben ik hier om met je te spreken over jouw ervaring als zorgbestuurder. Dit in het kader van mijn promotieonderzoek. Ik promoveer aan de Erasmus Universiteit. Mijn promotoren zijn Kim Putters (Erasmus Universiteit Rotterdam) en Wouter ten Have (Vrije Universiteit Amsterdam).

Ik werk als beleidsmedewerker bij de NVZD en ben nauw betrokken geweest bij de inrichting van het accreditatietraject voor zorgbestuurders. Tijdens de ontwikkeling viel het mij op dat er geen eenduidigheid bestaat over wat de kerncompetenties van de bestuurder zijn, wat de acceptatieruimte van het bestuurlijk handelen is en wat het curriculum voor de vakontwikkeling van de bestuurder zou moeten zijn. Dit heeft mij geïnspireerd een onderzoek te starten, voortbouwend op onder meer het onlangs verschenen onderzoek van Wilma van der Scheer naar zorgbestuurders.

In mijn onderzoek staat de levensloop van de bestuurder centraal. Ik zoek een antwoord op de vraag wat de zorgbestuurder zijn *license to operate* geeft en hoe de acceptatieruimte voor het handelen van de bestuurder wordt bepaald.

Aan het einde van het interview dan wel tijdens de eerste bijeenkomst van de focusgroep vertel ik graag meer over mezelf en mijn onderzoek. Ik stel voor nu voor om het interview zo open mogelijk in te gaan. Ik ben vooral benieuwd naar jouw ervaring.

Het onderzoek doe ik parttime. De overige dagen ben ik werkzaam als beleidsmedewerker bij de NVZD. Ik heb met de NVZD de afspraak vastgelegd dat ik mijn onderzoek onafhankelijk uitvoer. Dit betekent dat de NVZD geen invloed heeft op de richting van het onderzoek en de resultaten. Ik krijg van de NVZD een dag in de week om het onderzoek uit te voeren, omdat ze de waarde van een dergelijk onderzoek ziet. Wat hier besproken wordt staat dan ook los van mijn werk bij de NVZD.

Dit interview gebruik ik om te exploreren of theorie en praktijk op elkaar aansluiten. Volgend jaar zal ik een enquête onder alle NVZD leden uitzetten. Ik voer nu met de door mij samengestelde focusgroep, waar je toe behoort, een gesprek. Ik zal de eerste bevindingen terugkoppelen tijdens onze eerste bijeenkomst op 12 december. Het kan zijn dat ik naar aanleiding van deze gesprekken met meer bestuurders een interview

houd. De interviews zal ik ook verwerken in mijn onderzoek. Dit kan bijvoorbeeld zijn door middel van het delen van opvallende bevindingen of citaten. Dit zal anoniem gebeuren, ik zal de namen en instellingen niet noemen. Het interview zal ongeveer een uur tot anderhalf uur duren. Ik zou het interview graag opnemen om het achteraf uit te werken. Is dit akkoord?

### Hoofdvragen

Ik ben benieuwd naar jouw carrièrepad. Zou je me hier meer over kunnen vertellen?  
Zou je me meer kunnen vertellen over je vakontwikkeling?

### Thema's

Vooropleiding: motivatie, hiaten  
Werk: aannamebeleid  
bestuurlijke opdracht  
functioneren binnen de organisatie  
vertrouwen/wantrouwen  
goed bestuur/slecht bestuur  
accreditatie

### Opvolging

#### Doorvragen

Kun je dat toelichten?  
Hoe bedoel je?  
Waarom heb je deze keuze gemaakt?  
Kan je de laatste keer noemen dat je dit hebt meegemaakt?  
Noem het laatste voorbeeld waarin je een dilemma had.  
Interessant, maar ik ben nu benieuwd naar jouw ervaring.  
Wat gebeurt er dan bij jou?

### Vervolg vragen

Noem eens een voorbeeld van iemand die goed/slecht vindt en waarom.  
Noem eens een voorbeeld van een situatie waarin het minder goed ging.  
Je hebt dit en dit benoemt, is dit het?  
Speelt de gedragscode voor de goede bestuurder/ het accreditatietraject daar nog een rol?

### Opletten!

Samenvatten  
Dit bespreek ik graag na het interview.

**Afronding**

Dank voor het gesprek. We hebben gesproken over...(samenvatten). Wat ik dit zo goed samen? Heb je hier nog iets op aan te vullen? Zijn er nog zaken die je graag wilt noemen? Is er een advies in het kader van mijn onderzoek dat je me zou willen meegeven?

Met wie zou ik volgens jou nog een gesprek moeten voeren in het kader van mijn onderzoek?

**Gedragscode**

- Resultaatgericht
- Maatschappelijk betrokken
- Deskundig en competent
- Pro-actief
- Integer
- Toetsbaar

### 3.2 Interviewprotocol bestuurssecretarissen

versie 14 april 2014

#### Introductie

Dank dat je bereid bent dit gesprek met me te voeren. Is het goed als wij elkaar tutoyeren? Vandaag ben ik hier om met je te spreken over jouw ervaring met zorgbestuurders en zorgbestuur. Dit in het kader van mijn promotieonderzoek. Ik promoveer aan de Erasmus Universiteit. Mijn promotoren zijn Kim Putters (Erasmus Universiteit Rotterdam) en Wouter ten Have (Vrije Universiteit Amsterdam).

Ik werk als beleidsmedewerker bij de NVZD en ben nauw betrokken geweest bij de inrichting van het accreditatietraject voor zorgbestuurders. Tijdens de ontwikkeling viel het mij op dat er geen eenduidigheid bestaat over wat de kerncompetenties van de bestuurder zijn, wat de acceptatieruimte van het bestuurlijk handelen is en wat het curriculum voor de vakontwikkeling van de bestuurder zou moeten zijn. Dit heeft mij geïnspireerd een onderzoek te starten, voortbouwend op onder meer het onlangs verschenen onderzoek van Wilma van der Scheer naar zorgbestuurders. In mijn onderzoek staat de levensloop van de bestuurder centraal. Ik zoek een antwoord op de vraag wat de zorgbestuurder zijn *license to operate* geeft en hoe de acceptatieruimte voor het handelen van de bestuurder wordt bepaald.

We hebben .. uur ingepland voor dit interview. Ik zal de tijd in de gaten houden. Heb je eventueel ruimte voor uitloop? Ik heb voor mijn onderzoek interviews gehad met zorgbestuurders en een focusgroep van zorgbestuurders ingesteld. Ik zal in 2015 een enquête uitzetten onder zorgbestuurders. Naast de zorgbestuurders vraag ik ook de auditoren van de NVZD accreditatie of ik hen mag interviewen. Een van de bestuurders raadde mij aan om ook bestuurssecretarissen te interviewen, omdat zij nauw samenwerken met bestuurders. Ik heb nu vier interviews ingepland staan. Dit zijn open gesprekken. Na afloop zal ik evalueren en op basis daarvan bepalen of ik nog een ronde interviews met bestuurssecretarissen inplan. Ik stel dus voor om het interview zo open mogelijk in te gaan. Ik ben vooral benieuwd naar jouw ervaring.

Wat hier besproken wordt, staat dan ook los van mijn werk bij de NVZD. Dit interview gebruik ik om te exploreren of theorie en praktijk op elkaar aansluiten. De interviews zal ik ook verwerken in mijn onderzoek. Dit kan bijvoorbeeld zijn door middel van het delen van opvallende bevindingen of citaten. Dit zal anoniem gebeuren, ik zal de namen en instellingen niet noemen. Ik zou het interview graag opnemen om het achteraf uit te werken voor mijn eigen analyse. Het interview zal niet integraal in mijn proefschrift worden opgenomen. Is dit akkoord?

Heb je op voorhand nog vragen?

Zijn er onderwerpen die je in dit interview zelf graag aan de orde zou willen hebben?

### Hoofdvraag

PERSOONLIJK MAKEN op basis van CV. Zou je vanuit deze verschillende rollen iets kunnen vertellen over jouw ervaring met (het vak van) zorgbestuurders?

Hoe functioneren de bestuurders die je kent binnen je eigen netwerk? Wat vinden ze belangrijk? Wat vind jij belangrijk voor een zorgbestuurder?

### Thema's

Vooropleiding: motivatie, hiaten

Werk: aannamebeleid  
bestuurlijke opdracht  
functioneren binnen de organisatie  
vertrouwen/wantrouwen  
goed bestuur/slecht bestuur  
accreditatie

Opvolging: bestuurlijke houdbaarheid

### Vervolg vragen

#### Werk

Wie is voor jou een goede bestuurder en waarom?

Wie is voor jou een slechte bestuurder en waarom?

Je hebt dit en dit benoemt, is dit het?

Wat is volgens jou de opdracht van een zorgbestuurder?

Wat is de opdracht van de bestuurder/bestuurders van jouw instelling?

Zijn er basisvereisten voor zorgbestuurders?

Zouden deze er moeten zijn?

Hoe worden die in jouw ogen gebruikt?

Welke rol spelen de eisen in het werk van bestuurders?

Speelt de gedragscode voor de goede bestuurder/ het accreditatietraject daar nog een rol?

Wat is naast deze eisen van belang?

Eventueel: expertisegebieden accreditatie benoemen. Komt dit overeen met beleving?

PERSOONLIJKE ERVARING: VERSCHIL SECTOREN

### **Opvolging**

Ben je wel eens betrokken geweest bij het aannameproces voor nieuwe bestuurders?

Zou je hier meer over kunnen vertellen?

Wat is de procedure als (een van) de bestuurder(s) aftreedt?

Is er volgens jou een maximum termijn voor een bestuurder in een bepaalde functie?

### **Samenvatten**

#### **Doorvragen**

Kun je dat toelichten?

Hoe bedoel je?

Waarom heb je deze keuze gemaakt?

Kan je de laatste keer noemen dat je dit hebt meegemaakt?

Noem me eens het laatste voorbeeld waarin je een dilemma had.

Interessant, maar ik ben nu benieuwd naar jouw ervaring.

### **Afronding**

Dank voor het gesprek. We hebben gesproken over...(samenvatten). Wat ik dit zo goed samen? Heb je hier nog iets op aan te vullen? Zijn er nog zaken die je graag wilt noemen? Is er een advies in het kader van mijn onderzoek dat je me zou willen meegeven?

Met wie zou ik volgens jou nog een gesprek moeten voeren in het kader van mijn onderzoek?

### **Gedragscode**

- Resultaatgericht
- Maatschappelijk betrokken
- Deskundig en competent
- Pro-actief
- Integer
- Toetsbaar

### 3.3 Interviewprotocol zorgbestuurders grote en kleine instelling

versie 25 juli 2016

#### Introductie

Tutoyeren/vousvoyeren afspreken.

Dank dat je bereid bent dit gesprek met me te voeren. Vandaag ben ik hier om met je te spreken over jouw ervaring als zorgbestuurder. Dit in het kader van mijn promotie-onderzoek. Ik promoveer aan de Erasmus Universiteit. Mijn promotoren zijn Kim Putters (Erasmus Universiteit Rotterdam) en Wouter ten Have (Vrije Universiteit Amsterdam).

Ik werk als beleidsmedewerker bij de NVZD en ben nauw betrokken geweest bij de inrichting van het accreditatietraject voor zorgbestuurders. Tijdens de ontwikkeling viel het mij op dat er geen eenduidigheid bestaat over wat de kerncompetenties van de bestuurder zijn, wat de acceptatieruimte van het bestuurlijk handelen is en wat het curriculum voor de vakontwikkeling van de bestuurder zou moeten zijn. Dit heeft mij geïnspireerd een onderzoek te starten.

In mijn onderzoek staat de levensloop van de bestuurder centraal. Ik zoek een antwoord op de vraag wat de zorgbestuurder zijn *license to lead* geeft, dus hoe de acceptatieruimte voor het handelen van de bestuurder wordt bepaald.

Aan het einde van het interview kan ik eventueel meer over mezelf en mijn onderzoek vertellen. Ik stel voor nu voor om het interview zo open mogelijk in te gaan. Ik ben vooral benieuwd naar jouw ervaring.

Het onderzoek doe ik parttime. De overige dagen ben ik werkzaam als beleidsmedewerker bij de NVZD. Ik heb met de NVZD de afspraak vastgelegd dat ik mijn onderzoek onafhankelijk uitvoer. Dit betekent dat de NVZD geen invloed heeft op de richting van het onderzoek en de resultaten. Ik krijg van de NVZD een dag in de week om het onderzoek uit te voeren, omdat ze de waarde van een dergelijk onderzoek ziet. Wat hier besproken wordt, staat dan ook los van mijn werk bij de NVZD.

Dit interview gebruik ik om te exploreren of theorie en praktijk op elkaar aansluiten. Vorig jaar heb ik een enquête onder alle NVZD leden uitgezet. Ik heb ook tien zorgbestuurders geïnterviewd en deze groep komt eens in het half jaar bijeen om mee te denken over mijn onderzoeksrichting. De interviews zal ik ook verwerken in mijn onderzoek. Dit kan bijvoorbeeld zijn door middel van het delen van opvallende bevindingen of citaten. Dit zal anoniem gebeuren, ik zal de namen en instellingen niet noemen. Het interview zal

ongeveer een uur tot anderhalf uur duren. Ik zou het interview graag opnemen om het achteraf uit te werken. Is dit akkoord?

### Hoofdvragen

Ik ben benieuwd naar jouw carrièrepad. Zou je me hier meer over kunnen vertellen?

Zou je me meer kunnen vertellen over je vakontwikkeling?

Uit het feit dat er een beloningscode is die onder meer gebaseerd is op omvang van de instelling en de discussies die in de politiek worden gevoerd over te grote en te kleine instellingen, maakte ik op dat dit wellicht een thema is dat samenhangt met de legitimiteit van bestuurders. Ik heb dit onderwerp ook in mijn focusgroep besproken. Graag zou ik hier over verder praten.

Is dat wat jou betreft überhaupt een onderwerp?

Hoe ervaar je het?

Wat zou een volgende stap in je carrière kunnen zijn?

Waarom?

### Thema's

Vooropleiding: motivatie, hiaten

Werk: aannamebeleid  
bestuurlijke opdracht  
functioneren binnen de organisatie  
vertrouwen/wantrouwen  
goed bestuur/slecht bestuur  
accreditatie

### Opvolging

Fit bestuurder/organisatie (aanname, opvolging, carrière)

Governance (samenwerking medebestuurder/raad van toezicht/andere organisaties/overheid)

Vertrouwen (ervaar je vertrouwen: intern/extern/persoonlijk/als bestuurder grote/kleine instelling)

Legitimiteit (idem)

### Doorvragen

Kun je dat toelichten?

Hoe bedoel je?

Waarom heb je deze keuze gemaakt?

Kan je de laatste keer noemen dat je dit hebt meegemaakt?  
 Noem me eens het laatste voorbeeld waarin je een dilemma had.  
 Interessant, maar ik ben nu benieuwd naar jouw ervaring.  
 Wat gebeurt er dan bij jou?

### **Vervolg vragen**

Noem eens een voorbeeld van iemand die goed/slecht vindt en waarom.  
 Noem eens een voorbeeld van een situatie waarin het minder goed ging.  
 Je hebt dit en dit benoemt, is dit het?  
 Speelt de gedragscode voor de goede bestuurder/ het accreditatietraject daar nog een rol?

### **Samenvatten**

Dit bespreek ik graag na het interview.

### **Afronding**

Dank voor het gesprek. We hebben gesproken over...(samenvatten). Wat ik dit zo goed samen? Heb je hier nog iets op aan te vullen? Zijn er nog zaken die je graag wilt noemen? Is er een advies in het kader van mijn onderzoek dat je me zou willen meegeven?

Met wie zou ik volgens jou nog een gesprek moeten voeren in het kader van mijn onderzoek?

### **Gedragscode**

- Resultaatgericht
- Maatschappelijk betrokken
- Deskundig en competent
- Pro-actief
- Integer
- Toetsbaar

### 3.4 Interviewprotocol searchers

versie 12 augustus 2016

#### Introductie

Tutoyeren/vousvoyeren afspreken.

Dank dat je bereid bent dit gesprek met me te voeren. Vandaag ben ik hier om met je te spreken over jouw ervaring als zorgbestuurder. Dit in het kader van mijn promotieonderzoek. Ik promoveer aan de Erasmus Universiteit. Mijn promotoren Kim Putters (Erasmus Universiteit Rotterdam) en Wouter ten Have (Vrije Universiteit Amsterdam).

Ik werk als beleidsmedewerker bij de NVZD en ben nauw betrokken geweest bij de inrichting van het accreditatietraject voor zorgbestuurders. Tijdens de ontwikkeling viel het mij op dat er geen eenduidigheid bestaat over wat de kerncompetenties van de bestuurder zijn, wat de acceptatieruimte van het bestuurlijk handelen is en wat het curriculum voor de vakontwikkeling van de bestuurder zou moeten zijn. Dit heeft mij geïnspireerd een onderzoek te starten.

In mijn onderzoek staat de levensloop van de bestuurder centraal. Ik zoek een antwoord op de vraag wat de zorgbestuurder zijn *license to lead* geeft, dus hoe de acceptatieruimte voor het handelen van de bestuurder wordt bepaald.

Aan het einde van het interview kan ik eventueel meer over mezelf en mijn onderzoek vertellen. Ik stel voor nu voor om het interview zo open mogelijk in te gaan. Ik ben vooral benieuwd naar jouw ervaring.

Het onderzoek doe ik parttime. De overige dagen ben ik werkzaam als beleidsmedewerker bij de NVZD. Ik heb met de NVZD de afspraak vastgelegd dat ik mijn onderzoek onafhankelijk uitvoer. Dit betekent dat de NVZD geen invloed heeft op de richting van het onderzoek en de resultaten. Ik krijg van de NVZD een dag in de week om het onderzoek uit te voeren, omdat ze de waarde van een dergelijk onderzoek ziet. Wat hier besproken wordt, staat dan ook los van mijn werk bij de NVZD.

Vorig jaar heb ik een enquête onder alle NVZD leden uitgezet. Ik heb ook tien zorgbestuurders geïnterviewd. Daarnaast heb ik een focusgroep van bestuurders die eens in het half jaar bijeenkomt om mee te denken over mijn onderzoeksrichting. Uit de interviews en de focusgroep kwam naar voren hoe belangrijk de fit tussen bestuurder en organisatie is. Dit heeft mij geïnspireerd ook een aantal headhunters te interviewen, om dit onderwerp beter te doorgronden. De interviews zal ik ook verwerken in mijn onder-

zoek. Dit kan bijvoorbeeld zijn door middel van het delen van opvallende bevindingen of citaten. Dit zal anoniem gebeuren, ik zal de namen en instellingen niet noemen. Het interview zal ongeveer een uur tot anderhalf uur duren. Ik zou het interview graag opnemen om het achteraf uit te werken. Is dit akkoord?

### Hoofdvragen

Mijn onderzoek richt zich op statutair eindverantwoordelijke bestuurders, die direct verantwoording afleggen aan de Raad van toezicht.

Kunt je jouw werk omschrijven?

Hoe bepaal je of iemand geschikt is voor een (eerste) bestuurlijke functie?

Wie is jouw gesprekspartner?

Hoe ga je te werk wanneer een instelling je inschakelt om een bestuurder te werven?

Hoe ga je te werk wanneer een bestuurder je vraagt een nieuwe uitdaging te zoeken?

### Vragen naar concrete situaties

Welke match/niet-match van de afgelopen jaren is je het meest bijgebleven? Waarom?

Zijn er verschillen tussen verschillende soorten organisaties? Concrete voorbeelden.

Is het wel eens moeilijk/onmogelijk geweest voor een organisatie een geschikte bestuurder te vinden?

Invloed van externe/interne krachten op het zoeken naar goede bestuurder.

Welke rol heeft een medebestuurder/raad van toezicht?

(Hoe) wordt getoetst op intenties/integriteit?

Hoe zie je de toekomst: blijft opvolging op dezelfde manier gaan?

Welke afwegingen maken bestuurders bij het kiezen voor een organisatie?

Welke afwegingen maakt de organisatie?

### Thema's

Vooropleiding: motivatie, hiaten

Werk: aannamebeleid  
bestuurlijke opdracht  
functioneren binnen de organisatie  
vertrouwen/wantrouwen  
goed bestuur/slecht bestuur  
accreditatie

### Opvolging

Fit bestuurder/organisatie (aannee, opvolging, carrière)

Zoeken naar legitiem/acceptatie/goedkeuring/vertrouwen

Governance (samenwerking medebestuurder/raad van toezicht/andere organisaties/overheid)

Vertrouwen (ervaar je vertrouwen: intern/extern/persoonlijk/als bestuurder grote/kleine instelling)

Legitimiteit (idem)

### **Doorvragen**

Kun je dat toelichten?

Hoe bedoel je?

Waarom heb je deze keuze gemaakt?

Kan je de laatste keer noemen dat je dit hebt meegemaakt?

Noem me eens het laatste voorbeeld waarin je een dilemma had.

Interessant, maar ik ben nu benieuwd naar jouw ervaring.

Wat gebeurt er dan bij jou?

### **Vervolg vragen**

Noem eens een voorbeeld van iemand die goed/slecht vindt en waarom.

Noem eens een voorbeeld van een situatie waarin het minder goed ging.

Je hebt dit en dit benoemt, is dit het?

Speelt de gedragscode voor de goede bestuurder/ het accreditatietraject daar nog een rol?

### **Samenvatten**

Dit bespreek ik graag na het interview.

### **Afronding**

Dank voor het gesprek. We hebben gesproken over...(samenvatten). Wat ik dit zo goed samen? Heb je hier nog iets op aan te vullen? Zijn er nog zaken die je graag wilt noemen? Is er een advies in het kader van mijn onderzoek dat je me zou willen meegeven? Met wie zou ik volgens jou nog een gesprek moeten voeren in het kader van mijn onderzoek?

### **Gedragscode**

- Resultaatgericht
- Maatschappelijk betrokken
- Deskundig en competent
- Pro-actief
- Integer
- Toetsbaar

### 3.5 Interviewprotocol directeur NVZD

versie 8 december 2014

#### Introductie

Dank dat je bereid bent dit gesprek met me te voeren. Vandaag ben ik hier om met je te spreken over jouw ervaring met zorgbestuurders en zorgbestuur. Dit in het kader van mijn promotieonderzoek. Ik heb Wouter ten Have gevraagd aanwezig te zijn bij dit gesprek, aangezien we elkaar goed kennen en ik daarmee het risico loop bepaalde aannames te doen tijdens het interview. Om de wetenschappelijke distantie te behouden die nodig is bij het verzamelen van data is Wouter erbij. Hij zal ook actief mee vragen stellen.

In mijn onderzoek staat de levensloop van de bestuurder centraal. Ik zoek een antwoord op de vraag wat de zorgbestuurder zijn *license to operate* geeft en hoe de acceptatieruimte voor het handelen van de bestuurder wordt bepaald.

We hebben maximaal een uur voor dit interview. Ik zal de tijd in de gaten houden.

Dadelijk, tijdens de eerste bijeenkomst van de focusgroep vertel ik graag meer over mijn onderzoek. Ik stel voor nu voor om het interview zo open mogelijk in te gaan. Ik ben vooral benieuwd naar jouw ervaring.

Wat hier besproken wordt staat dan ook los van mijn werk bij de NVZD. Dit interview gebruik ik om te exploreren of theorie en praktijk op elkaar aansluiten. De interviews zal ik ook verwerken in mijn onderzoek. Dit kan bijvoorbeeld zijn door middel van het delen van opvallende bevindingen of citaten. Dit zal anoniem gebeuren, ik zal de namen en instellingen niet noemen. Ook Wouter garandeert deze anonimiteit. Ik zou het interview graag opnemen om het achteraf uit te werken voor mijn eigen analyse. Het interview zal niet integraal in mijn proefschrift worden opgenomen. Is dit akkoord? Wel zou ik graag de namen noemen van de leden van de focusgroep. Is dit ook akkoord?

#### Hoofdvraag

Je bent al lange tijd werkzaam in de gezondheidszorg. Eerst bij het ministerie, toen vanuit verschillende adviesrollen, daarna als directeur van GGZ Nederland en momenteel als directeur van de NVZD en als toezichthouder bij verschillende zorginstellingen en recent als zorgverkenner in Zeeland. Zou je vanuit deze verschillende rollen iets kunnen vertellen over jouw ervaring met (het vak van) zorgbestuurders?

Vanuit de NVZD is een accreditatietraject gestart. Zou je hier iets meer over kunnen vertellen?

### **Thema's**

Vooropleiding: motivatie, hiaten

Werk: aannamebeleid  
bestuurlijke opdracht  
functioneren binnen de organisatie  
vertrouwen/wantrouwen  
goed bestuur/slecht bestuur  
accreditatie

Opvolging: bestuurlijke houdbaarheid

Vervolg vragen

### **Werk**

Wie is voor jou een goede bestuurder en waarom?

Wie is voor jou een slechte bestuurder en waarom?

Je hebt dit en dit benoemt, is dit het?

Welke standaarden zijn er voor zorgbestuurders?

Hoe worden die in jouw ogen gebruikt?

Welke rol spelen de standaarden in het werk van bestuurders?

Speelt de gedragscode voor de goede bestuurder/ het accreditatietraject daar nog een rol?

Wat is naast deze standaarden van belang?

### **Accreditatie**

Waarom is gekozen voor de inrichting van het systeem in haar huidige vorm?

Waarom is de professionalisering van zorgbestuurders voor de NVZD belangrijk?

Is er draagvlak voor het accreditatietraject?

Hoe wordt dit gecreëerd?

Welk beeld is er van het vak zorgbestuurders?

Hoe kijkt de NVZD naar bestuurders?

Waarom is het accreditatietraject hierbij van belang?

### **Opvolging**

Je zit in verschillende raden van toezicht. Zou je het aannameproces voor nieuwe bestuurders kunnen omschrijven (waar let je op)?

Is er volgens jou een maximum termijn voor een bestuurder in een bepaalde functie?

**Samenvatten****Doelvragen**

Kun je dat toelichten?

Hoe bedoel je?

Waarom heb je deze keuze gemaakt?

Kan je de laatste keer noemen dat je dit hebt meegemaakt?

Noem me eens het laatste voorbeeld waarin je een dilemma had.

Interessant, maar ik ben nu benieuwd naar jouw ervaring.

**Afronding**

Dank voor het gesprek. We hebben gesproken over...(samenvatten). Wat ik dit zo goed samen? Heb je hier nog iets op aan te vullen? Zijn er nog zaken die je graag wilt noemen? Is er een advies in het kader van mijn onderzoek dat je me zou willen meegeven?

Met wie zou ik volgens jou nog een gesprek moeten voeren in het kader van mijn onderzoek?

**Gedragscode**

- Resultaatgericht
- Maatschappelijk betrokken
- Deskundig en competent
- Pro-actief
- Integer
- Toetsbaar

### 3.6 Interviewprotocol bestuurder crisissituatie

versie 22 mei 2017

#### Introductie

Tutoyeren/vousvoyeren afspreken.

Dank dat je bereid bent dit gesprek met me te voeren. Vandaag ben ik hier om met je te spreken over jouw ervaring als zorgbestuurder. Dit in het kader van mijn promotieonderzoek. Ik promoveer aan de Erasmus Universiteit. Mijn promotoren zijn Kim Putters (Erasmus Universiteit Rotterdam) en Wouter ten Have (Vrije Universiteit Amsterdam).

Ik werk als beleidsmedewerker bij de NVZD en ben nauw betrokken geweest bij de inrichting van het accreditatietraject voor zorgbestuurders. Tijdens de ontwikkeling viel het mij op dat er geen eenduidigheid bestaat over wat de kerncompetenties van de bestuurder zijn, wat de acceptatieruimte van het bestuurlijk handelen is en wat het curriculum voor de vakontwikkeling van de bestuurder zou moeten zijn. Dit heeft mij geïnspireerd een onderzoek te starten.

In mijn onderzoek staat de levensloop van de bestuurder centraal. Ik zoek een antwoord op de vraag wat de zorgbestuurder zijn *license to lead* geeft, dus hoe de acceptatieruimte voor het handelen van de bestuurder wordt bepaald.

Aan het einde van het interview kan ik eventueel meer over mezelf en mijn onderzoek vertellen. Ik stel voor nu voor om het interview zo open mogelijk in te gaan. Ik ben vooral benieuwd naar jouw ervaring.

Het onderzoek doe ik parttime. De overige dagen ben ik werkzaam als beleidsmedewerker bij de NVZD. Ik heb met de NVZD de afspraak vastgelegd dat ik mijn onderzoek onafhankelijk uitvoer. Dit betekent dat de NVZD geen invloed heeft op de richting van het onderzoek en de resultaten. Ik krijg van de NVZD een dag in de week om het onderzoek uit te voeren, omdat ze de waarde van een dergelijk onderzoek ziet. Wat hier besproken wordt staat dan ook los van mijn werk bij de NVZD.

Dit interview gebruik ik om te exploreren of theorie en praktijk op elkaar aansluiten. Twee jaar geleden heb ik een enquête onder alle NVZD leden uitgezet. Ik heb ook een aantal zorgbestuurders geïnterviewd. Er is een *focusgroep* die eens in het half jaar bijeenkomt om mee te denken over mijn onderzoeksrichting. De interviews zal ik ook verwerken in mijn onderzoek. Dit kan bijvoorbeeld zijn door middel van het delen van opvallende bevindingen of citaten. Dit zal anoniem gebeuren, ik zal de namen en instel-

lingen niet noemen. Het interview zal ongeveer een uur tot anderhalf uur duren. Ik zou het interview graag opnemen om het achteraf uit te werken. Is dit akkoord?

### Hoofdvragen

Mijn onderzoek is ingedeeld langs de levensloop van de zorgbestuurder. Het gaat over momenten in de carrière van bestuurders dat de *license to lead* van bestuurders wordt gevormd of ter discussie staat. Deze momenten heb ik gedestilleerd uit de interviews en *focusgroep*. Het gaat om professionalisering, aanname, legitimeren en verantwoorden en de nalatenschap van bestuurders. Kan je je hierin vinden? Graag loop ik deze momenten met je langs.

### Professionalisering en aanname

Ik heb je CV bekeken.

Zou je me om te beginnen iets meer kunnen vertellen over hoe je bestuurder bent geworden?

Zou je me meer kunnen vertellen over je vakontwikkeling?

Waarom bestuurder geworden?

Doorvragen op fusies en aannameproces.

### Legitimeren en verantwoorden

Aanleiding voor dit interview was de casus in [naam instelling].

Zou je me hier meer over kunnen vertellen?

Doorvragen op micro-, meso- en macroniveau en op input, throughput en output legitimiteit.

Wat was het moment dat je je legitimiteit in jouw ogen verloren was? Wie speelden daarbij een rol?

Hoe omgegaan met de crisis? Gekozen bestuurder te blijven, niet terug naar arts?

Welke rol heeft de besproken situatie bij verder solliciteren?

Zijn er nog andere casus die je graag zou willen bespreken over het onderwerp legitimeren en verantwoorden?

### Nalatenschap

Mijn aanname is dat de *license to lead* van de bestuurder niet alleen wordt gevormd tijdens de actieve periode, maar dat ook hetgeen de bestuurder achterlaat bepalend is voor de *license to lead* van wellicht de bestuurder zelf, maar ook van zijn opvolgers en bestuurders in het algemeen. Ik ben daarom benieuwd hoe je terugkijkt op de periode nadat je weg bent gegaan bij [naam instelling]. Zou je hier meer over kunnen vertellen?

### **Thema's**

Fit bestuurder/organisatie (aanneمة, opvolging, carrière)

Governance (samenwerking medebestuurder/raad van toezicht/andere organisaties/overheid)

Vertrouwen (ervaar je vertrouwen: intern/extern/persoonlijk/als bestuurder grote/kleine instelling)

Legitimiteit (idem)

### **Doorvragen**

Kun je dat toelichten?

Hoe bedoel je?

Waarom heb je deze keuze gemaakt?

Kan je de laatste keer noemen dat je dit hebt meegemaakt?

Noem me eens het laatste voorbeeld waarin je een dilemma had.

Interessant, maar ik ben nu benieuwd naar jouw ervaring.

Wat gebeurt er dan bij jou?

### **Vervolg vragen**

Noem eens een voorbeeld van iemand die goed/slecht vindt en waarom.

Noem eens een voorbeeld van een situatie waarin het minder goed ging.

Je hebt dit en dit benoemt, is dit het?

Spelen juridische kaders (wetgeving/codes) daar nog een rol?

### **Samenvatten**

Dit bespreek ik graag na het interview.

### **Afronding**

Dank voor het gesprek. We hebben gesproken over...(samenvatten). Vat ik dit zo goed samen? Heb je hier nog iets op aan te vullen? Zijn er nog zaken die je graag wilt noemen? Is er een advies in het kader van mijn onderzoek dat je me zou willen meegeven?





## **Bijlage 4: Focusgroep**



#### **4.1 Draaiboek focusgroep 12 december 2014**

##### **Aanwezig:**

Jos de Beer (NVZD, gastheer),  
 Bart Bemelmans (Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, komt later),  
 Moniek van Jaarsveld (Warande),  
 Richard Janssen (Altrecht GGZ),  
 Marjolein ten Kroode (Rivierduinen, onder voorbehoud),  
 Julianne Meijers (Siza per 1 december),  
 Ernest Muter (NSDSK),  
 Kim Putters (Erasmus Universiteit/SCP),  
 Wouter ten Have (VU/Tenhavemanagement) en  
 Sophie Bijloos.

##### **Afwezig:**

Jopie Nooren (Bartimeus),  
 Henri Plagge (De Zorgboog),  
 Yvonne Wilders (Spaarneziekenhuis).

**Locatie:** Noordweg Noord 150 te Zeist.

#### **16.00 uur Welkomstwoord door JdB**

##### **16.10 Inleiding door SB**

##### ***Programma* Prezi S2**

***Aanwezigen:*** profiel: affiniteit met onderzoek, bereid meerdere jaren mee te denken, verschillende sectoren/ervaringsjaren/verhouding man/vrouw en groot en klein, achtergrond: medisch/niet-medisch.

Tijdens de focusgroep koppelen we de voorstelronde aan een inhoudelijke vraag. Ik zal eerst kort iets over mijn onderzoek vertellen.

##### **Eigen achtergrond**

Start onderzoek: 2013: inlezen nieuwe studie, afspraken NVZD, voorstel maken, promotoren zoeken, regelmatige besprekingen met promotoren, twee aio heiweekenden.

##### **Maatschappelijke relevantie:**

Bijdragen professionalisering zorgbestuur, in verbinding met het bestaansrecht van de bestuurder en de daaraan verbonden (maatschappelijke) taakomschrijving, waaronder het leveren van goede, betaalbare, toegankelijke zorg.

**Relevantie NVZD:**

Legitimering, positionering, invulling, aanvulling en bijsturing beleid/accreditatiesysteem.

Onderdeel actie/participatie onderzoek.

**Theoretisch kader**

Zie prezi **S3**.

**Eerder onderzoek:**

Zie prezi **S4, 5, 6**.

**Onderzoek**

Prezi **S7**.

Mixed methodes: interviews en enquête zijn meningen bestuurders, meelopen en achtergronddocumenten bestuderen (bv. accreditatie): valideren.

Vier fasen: exploratie (ontdekken richtinggevende begrippen), specificatie (ontwikkelen begrippen rond thema's), reductie (bepalen kernbegrippen), integratie (uitwerken theorie).

**Eerder onderzoek: profiel van de zorgbestuurder**

Prezi **S8-18**.

**16.30 uur Focusgroep: voorzitter: Wouter**

Prezi **S19**.

Wouter neemt het als voorzitter over. Wouter legt zijn rol uit. Kim legt zijn rol uit (actief observator) en Sophie legt haar rol uit (inleider).

Wouter legt de focusgroep uit:

- 3 thema's
- 20 minuten per thema, tijd wordt door Kim/Sophie in de gaten gehouden
- thema's langs levensloop bestuurder adhv aantal uitspraken en reflecties op interviews
- doel van de focusgroep is verdiepen en valideren van de uitkomsten van de interviews.
- De focusgroep wordt opgenomen: graag telefoons uit.

- We zullen proberen de spreektijd gelijkelijk te verdelen over de aanwezigen: voor de opname: graag niet door elkaar heen praten.
- Verschillende meningen zijn welkom, de groep hoeft het niet eens te worden.
- De resultaten worden in het onderzoek verwerkt, hierbij zullen wel de namen van de focusgroep worden genoemd, maar eventuele citaten zullen niet op persoon/instelling herleidbaar worden opgenomen.

### **Terugkoppeling interviews door SB**

Algemeen: Prezi **S20**.

### **Voorstelronde**

Prezi **S21**.

Wie bent u en kunt u kort aangeven hoe u in uw huidige functie van bestuurder bent terecht gekomen?

### **16.50 uur Thema 1 Vakontwikkeling**

Prezi **S22**.

Introductie SB: terugkoppeling interviews Prezi **S23**.

*Relevante citaten interviews:*

Verschil managementfunctie *"Dus je moest het bestuurlijke besluitvormingsproces zodat je zowel intern als extern de juiste procedures volgden en timing hanteren. Dat was voor mij nieuw. Dus de combinatie van besluitvorming met externe partners en besluitvorming met impact voor de interne organisatie."*

*"Ik heb nog toen ik de overstap maakte de voorzitter van de raad van bestuur van mijn vorige instelling gevraagd: Wat geef je me mee?"*

*"Achteraf denk ik dat ik vrij weinig bagage heb meegenomen op dat gebied [het primair proces]."*

*"Ik was toch net een beetje te onervaren om zo'n grote bestuurlijke klus te trekken."*

*"Zoiets als sluwheid, of politiek gevoel, had ik gewoon niet." "Nu zou ik het slimmer doen."*

*"Ik moest meteen heel belangrijke beslissingen nemen en toen voelde ik me wel een beetje hulpeloos. ... Hier was ik alleen. Er was eigenlijk niemand in de organisatie die ik als vertrouwensfiguur kon benutten. Toen heb ik een beroep gedaan op onder andere mijn directiegroep om met me mee te denken... Dat heeft me wel geholpen. Dat is eigenlijk de enige hulpbron die ik toen heb geraadpleegd."*

*"Nu heb ik een ander team om me heen en meerdere collega's met wie ik kan sparren hier in de organisatie over de meeste onderwerpen. Dat zijn meestal inhoudelijke onderwerpen. Daarnaast heb ik nog steeds mijn directiegroep met wie ik kan sparren over mijn positie"*

*als bestuurder, de samenwerking van de raad van toezicht en de samenwerking met de managers. Zaken die je niet direct met collega's zelf gaat bespreken."*

*"Ik ben volledig autodidact in het bestuurder zijn."*

*"Je moet andere mensen hebben die je iets teruggeven. ... En als bestuurder, kan ik je verzekeren, is het tamelijk eenzaam."*

*"Ik had een heel fijne collega daar, een heel verstandige, ervaren bestuurder. Ik dacht weet je wat ik moet doen, ik ga dit vak eens op mijn gemak leren. ... Ik moest een hele wereld nog opnieuw verkennen. .... De techniek van het besturen heb ik daar vooral geleerd. Ik denk dat ik daar ook nog wel flink heb moeten schaven aan mijn rode eigenschappen. Wat natuurlijk wel lekker was achter de brede schouders van iemand anders die bestuursvoorzitter is." "Toch ben ik nog wel een paar keer uit de bocht gevlogen. ... Dat heb ik toch mooi afgeleerd in de tussentijd. ... Zo'n manier van mijn ongenoegen kenbaar maken, dat zou ik nu niet meer doen, denk ik... Ik denk dat ik wel geleerd heb dat je als bestuurder niet alleen maar mens bent, maar ook een beetje instituut, dat het instituut wel snapte dat het niet slim is om het zo te doen."*

*"Je kunt het niet alleen, je ontwikkelen. Je kunt wel boeken lezen..., maar de toets in de werkelijkheid, waar andere dan weer op reflecteren, dat vind ik pas de echte leerschool."*

*"Ik heb van mijn eerste functie geleerd, dat je als bestuurder nooit moet beginnen zonder directe coach. Dat hebben wij hier nu. ... Toen het niet werkte, had de coach er moeten zijn. ... Met medeweten van onze raad van toezicht, doen we coaching met ons drieën, juist nu we nog helemaal geen problemen hebben."*

*Over een eerdere secretarisfunctie: "het is ook een soort meester-gezel relatie. Je zit naast hem bij allerlei dingen. ... Ik denk dat met name hoe de bestuurder dat spel met die staf speelde, daar heb ik wel veel van geleerd. Want, dan moest je toch nog wel zo nu en dan stevig optreden en hij is ook heel stevig, echt wel positie innemen, want zo'n staf zit dan met z'n honderden te kijken of jij ergens een steekje laat vallen. Daar wordt dan op ingesprongen. ... Heel duidelijk zijn, dat was hij ook."*

*Over de eerste managementfunctie "Daar heb ik nog wel wat beginnersfoutjes gemaakt. Ik vond het nog niet zo makkelijk. ... Ik denk dat ik het nu veel sneller door zou hebben. En zou ik het probleem explicieter benoemen. ... In mijn eerste managementfunctie probeerde ik het meer allemaal gewoon in goede banen te leiden."*

*"Dat was heel erg mijn houding toen, 'we gaan ervoor'. ... Ik denk dat mijn kracht toen was mijn enthousiasme en dat ik het gewoon bij iedereen tot een succes wilde maken, maar daardoor zat ik ook wel heel erg aan die kant. En een beetje de rationele verstandelijke beslissing van 'is dit de juiste persoon op de juiste plek' nam ik toen niet."*

*"Dat vind ik zelf leuk, om jezelf in een andere omgeving te plaatsen en te kijken 'hoe ga ik het daar doen.' Dat is ook heel belangrijk voor je persoonlijke groeiproses."*

Over de eerste managementfunctie: *"Dat is wel een proces van vallen en opstaan. Opeens ben je de baas van mensen die langer werken daar, er soms al heel lang werken. Dat is toch een proces van acceptatie."* *"de enige manier om dat te leren is door het aan te gaan."*

*"Ik denk dat het voor een bestuurder heel erg van belang is, zeker voor een beginnend bestuurder, dat je een goede coach hebt. Dus iemand die je begeleidt op een stuk dat je eigenlijk niet met je collega's kan delen."*

Wouter: discussie twee thema's: Prezi **S24**.

*Uitleg: langs de twee hoofdvragen kan een inventariserende ronde worden gehouden dan wel een open discussie. Onderstaande subthema's/-vragen zijn voor mij van belang. Deze kunnen uit de discussie komen (vanzelf) of op een logisch moment door de voorzitter worden ingebracht. Als dit niet lukt, dan kunnen ze ook gewoon als vraag gesteld worden.*

- Is de belangrijkste leerschool voor bestuurders een meester-gezel relatie?

Subthema's:

- Is dit de realiteit?
- Is dit een wenselijke situatie?
- Institutionalisering of puur toeval?
- Welke rol spelen andere factoren bij ontwikkeling tot bestuurder?
- Welke rol speelt opleiding?
- Is de ontwikkeling tot bestuurder voldoende geborgd (eerste ervaringen: gaan ook nog veel zaken mis)?
- Hoe ga je als bestuurder om met het zoeken van eigen uitdagingen versus de stabiliteit van de organisatie?

Subthema's:

- Welk belang wordt gehecht aan de ontwikkeling van de bestuurder als hij eenmaal bestuurder is?
- Komt dit belang overeen met het organisatiebelang?
- Stelling: 'Bestuurder zijn in de zorg is een uiting van maatschappelijke betrokkenheid en ambitie'

Eventueel Prezi **S25** stelling.

## **17.10 uur Thema 2 Acceptatieruimte**

Prezi **S26**.

Introductie SB: terugkoppeling interviews Prezi **S27, 28, 29**.

Relevante citaten interviews:

*"In mijn vorige functie zat ik in een soort bedrijfspan, ver van de vestigingen. Daar kwam ik wel op de vestigingen, maar daar had ik ook het gevoel dat mijn bestuurlijke taak lag in*

het bouwwerk, de structuren en de maatschappelijke betekenis. Pas daarna kwam daar de inhoud bij."

"Ik was gevraagd om te solliciteren bij een hele grote organisatie, als lid van de raad van bestuur.. dan wordt je een naam op papier, dan kan je niets meer tot stand brengen."

"Je belichaamt de rol die voor andere mensen zo belangrijk is. Ik denk dat de vrije dialoog daardoor ook wel belemmerd wordt."

"Het grootste talent dat je als bestuurder hebt, is op je handen zitten, niets doen, dingen laten gebeuren."

"De bestuurlijke wereld is minstens negen dimensionaal. Als bestuurder moet je je altijd inleven 'hoe ziet die ander dat?'"

"In deze instelling hebben we in een jaar tijd enorme veranderingen doorgevoerd, die ondenkbaar waren geweest zonder mijn aanwezigheid. Ik heb de instelling aangetroffen in een slechte financiële staat in een markt die in een keer omsloeg van groei naar krimp markt. ... Ik heb het huis moeten leren dat niet alles meer kan. ... Dat geeft een andere dynamiek." "Ik denk dat dat de kern van besturen is, dat je toch een persoonlijk verschil kunt maken dat voor zoveel mensen van belang is."

"Als je een proces losmaakt waarbij andere meer belang hebben bij je vertrek dan bij je blijven, nou dan ben je weg hoor."

"het geheim van een goede bestuurder is omgaan met mensen in alle dimensies en facetten en dat heeft ook die eigenschappen nodig die je net noemt en er zijn zo nog twintig andere te noemen.... Elk moment heeft iets anders nodig. Je moet op elk moment kunnen beslissen, en dan is het intuïtief, niet rationeel, wat er nu nodig is, en dan is het gewoon fijn als je dat hebt. ... Het kan ook zijn dat je het niet hebt, maar dan moet je weten 'mijn collega kan het beter.'" "Ik denk dat het aller basaalste misschien is dat je van mensen moet houden. ... Dat je het voor andere mensen mooier wil maken. Want als je het alleen voor je zelf doet, moet je hier niet zijn. ... Het is ook alleen maar rewarding in de verbinding met die ander. ... Ik krijg geen complimenten van niemand. ... Glorieuze momenten zijn er weinig. ... In de directe beloning krijg je weinig terug, maar wel omdat je andere succesvol ziet zijn."

Over bestuurder van wie hij veel heeft geleerd "In de situaties waarin zijn handen jeuken om iets over te nemen, heeft hij toch altijd gezegd: 'nee, ik houd de divisieleiding in positie.' "vertrouwen durven geven en verantwoordelijkheid durven nemen, was zijn slogan. .. Dat vond ik heel gaaf." "Ik stel wel vragen en ik geef ook mijn mening, maar daarna laat ik het wel bij hem [manager]" "wat wel bij mij hoort is wel de beslissing van hoe verder met de organisatie. ... Ik betrek mijn managers daarbij. ..." "Ik vond hem ook een erg integere man, die ook goed kon nadenken 'wat is het juiste om te doen' .. Hij kon ook wel goed de dilemma's neerzetten. ... Hij had altijd heel goed door hoe dingen echt in elkaar zaten. .. en hij was ook wel moedig, als hij het ergens echt niet mee eens was, dan zei hij het ook." "De confrontatie opzoeken waar die toch moet zijn, dat probeer ik ook echt wel toe te passen."

*"Je moet op de een of andere manier gezag en autoriteit hebben en tegelijkertijd voel je dat niet iedereen het altijd met jou eens zal zijn."*

*"Als bestuurder moet je heel fundamenteel oog hebben voor het belang van de stakeholders. Wie zijn de stakeholders? Wie rechtvaardigt eigenlijk dat deze organisatie bestaat? Welk belang hebben ze? En hoe wordt dat hier vertaald in activiteiten? Dat van buiten naar binnen kijken is cruciaal voor leidinggevend en stakeholders. En dat kun je eigenlijk alleen maar als je ook buiten bent."*

Wouter: discussie twee thema's deze twee thema's kunnen in de discussie door elkaar heen lopen, wat mij betreft is dat geen probleem: Prezi **S30**.

### **Acceptatieruimte**

*Inleiding SB: acceptatieruimte bestaat uit verschillende componenten. Ten eerste de juridische ruimte die de bestuurder heeft om voor eigen afwegingen: wanneer deze grens overschreden wordt, wordt hij teruggeroepen door toezichthouders. Wat u in de interviews schetst is dat echter bij deze toezichthouders niet alleen de juridische ruimte een rol speelt, maar ook het basisvertrouwen. Naast de juridische ruimte zijn er dus andere factoren die een rol spelen. De bestuurlijke ruimte wordt deels meegegeven bij de aanstelling, zo blijkt uit de interviews. Zo kan het functioneren van de instelling (bv. negatieve cijfers), de raad van toezicht en de vertrekkende bestuurder invloed hebben op de ruimte die de bestuurder heeft. Maar, u geeft wel aan dat de ruimte die u in het sociale domein, en met name bij de medewerkers van de instelling en bij de raad van toezicht, voor een belangrijk deel bepaald wordt door hoe u zelf met de situatie omgaat. Graag valideer ik bij deze discussie met u of dit een correcte weergave is van hoe u ertegenaan kijkt, of hier nog elementen ontbreken, hoe de grens voor de acceptatieruimte wordt bepaald en wat de verhouding is tussen de acceptatieruimte en de goede bestuurder.*

#### Subthema's

- Adequaate grenssysteem
- De ruimte die de bestuurder zelf creëert
- Toegevoegde waarde hebben en zichtbaar maken: je werk goed te doen
- De situatie bij aanstelling is van invloed
- Verschillend bij verschillende soorten (bv. grote) organisaties?
- Relevante partijen
- Balans buitenwereld (stakeholders) en binnenwereld (medewerkers/cliënten): hoe wegen de bestuurders de twee?
- De rol van incidenten.
- Wordt de grens gevormd door ontslag of is de taak als bestuurder soms om het zwarte schaap te zijn?
- Tussen vertrouwen en wantrouwen zit een werkbare balans? Welke?

## Goede bestuurder

## Subthema's

- Andere mensen laten excelleren
- De goede mensen om je heen verzamelen
- Betrokken zijn bij en begrip hebben voor het primair proces
- Afstand houden: wat betekent dat? Wanneer meer en wanneer minder?
- Waar denk je aan als je 's avonds thuis op de bank zit goed gedaan? Slecht gedaan?
- Goede bestuurder geeft organisatie energie

Eventueel Prezi **S31**

*Toelichting SB: deze vraag is geïnspireerd op de filosoof Rawls (1921-2002, liberalist) die uitgaat van de reciprociteitsnorm (dienst voor wederdienst). Hij geeft aan dat legitimiteit van (politieke) macht er alleen is wanneer de grondwet is gevormd door ideeën die alle burgers acceptabel vinden met hun gezonde verstand. Om dit te bepalen introduceert hij de veil of ignorance (sluier van onwetendheid): hoe zou je de maatschappij vormgeven wanneer je niet weet als wie je geboren wordt (man/vrouw, arm/rijk enz.). De vraag is nu of bestuurders ook zo naar hun instelling kijken: stel dat ik patiënt was, zou ik hier verzorgd willen worden (voldoet mijn instelling aan de criteria die redelijk zijn)?*

**17.30 uur Thema 3 Opvolging en aanstelling**Prezi **S32**.

*Introductie SB: terugkoppeling interviews Prezi **S33**.*

## Relevante citaten interviews:

*"Echt iets tot stand brengen wat langer de tijd vraagt en dat het zich daarmee niet verdraagt om elke drie vier jaar een volgende stap te zetten."*

*"Zelf denk ik dat het goed zou zijn als een van de stafmanagers zou doorgroeien als bestuurder, omdat ik geloof in continuïteit."*

*"Tot nu toe heeft mijn raad van toezicht daar nooit over gesproken."*

*"Het headhunter bureau wist op de een of andere manier via via dat ik misschien wel bereid was om te praten. Want iemand uit mijn huidige organisatie kende mij via een sociaal netwerk."*

*"Ik denk zelfs dat het voor potentiële bestuurders een heel belangrijk gegeven is: hoe vaak heb je jezelf gedwongen om je in een andere omgeving opnieuw waar te maken? Dat dat wel heel belangrijk is voor je eigen groeiproses."*

*"Als bestuurder is het iets dat je best vaak zult tegenkomen, dat je een organisatie aantreft en daarbinnen weer mensen die er al heel lang zijn en ook zullen blijven. Die als het ware vergroeid zijn met je organisatie. Waar op zich ook niets mis mee is. Maar die vaak naar de*

*leidinggevende kijken op een manier van dat zijn voorbijgangers. ... Een goed bestuurder is een voorbijganger. Een goed bestuurder beseft dat zijn effectiviteit afneemt naarmate hij er langer zit. ... De kunst is om je toch te verbinden ... Je doet daar iets in die leidinggevende positie en je gaat ook weer weg, als je opdracht is voldaan."*

Wouter: discussie twee vragen: Prezi **S34**.

- Bestaat er een vuistregel voor bestuurlijke houdbaarheid?  
Subthema's:
  - Voor wie is die vuistregel: eigen ontwikkeling of belang organisatie?
  - (Waarom) is de externe blik zo van belang?
  - Is een bestuurder die altijd in dezelfde instelling blijft werken een slechte bestuurder?
- Moet bestuurlijke opvolging geïnstitutionaliseerd worden?  
Subthema's:
  - Welk belang wordt er gehecht aan goede opvolging?
  - Hoe bent u hiermee bezig?
  - Profiel en achtergrond opvolger
  - Bestaat er iets als management development?
  - Welke rol speelt de verbinding met de instelling bij werving?
  - Hoe is de relatie met de Raad van toezicht: wel of niet bespreekbaar?
  - Zaak van bestuurder of Raad van toezicht?
  - Onderdeel jaargesprekken Raad van toezicht?
  - Wijze werving
  - Moet het geïnstitutionaliseerd worden?

Eventueel Prezi **S35** stellingen.

### **17.50 uur Afsluiting focusgroep**

Prezi **S36** Wouter: Hoe vonden jullie het?

*Samenvatting door SB, eens?*

Prezi **S37**.

### **Volgende bijeenkomst: 12 juni 2015**

#### **Aanwezig:**

Jos de Beer (NVZD),  
Bart Bemelmans (Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis),  
Moniek van Jaarsveld (Warande),  
Richard Janssen (Altrecht GGZ),  
Julianne Meijers (Siza),

Jopie Nooren (Bartimeus),  
Henri Plagge (De Zorgboog),  
Kim Putters (Erasmus Universiteit/SCP),  
Wouter ten Have (VU/Tenhavemanagement),  
Yvonne Wilders (Spaarneziekenhuis) en  
Sophie Bijloos.

**Afwezig:**

Marjolein ten Kroode (Rivierduinen) en  
Ernest Muter (NSDSK).

**Locatie:** Erasmus Universiteit, Burgemeester Oudlaan 150, Rotterdam.

**Invulling**

In de tussentijd: interviews bestuurssecretarissen, interviews auditoren, voorbereiden enquête, theorie naast eerste resultaten interviews leggen.

Bijeenkomst bestaat weer uit focusgroep en stuurgroep.

Kern focusgroep: bespreken enquête, interviews en koppeling theorie.

Kern stuurgroep: langs andere lijn: thema in plaats van levensloop (bv. verschillen in besturen van verschillende organisaties).

**18.00 Afsluiting door SB**

Enquête vragen meegeven, danken, uitnodigen borrel.

## 4.2 Draaiboek focusgroep 12 juni 2015

### **Aanwezig:**

Jos de Beer (NVZD),  
 Bart Bemelmans (Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis),  
 Julianne Meijers (Siza),  
 Henri Plagge (De Zorgboog),  
 Yvonne Wilders (Spaarneziekenhuis).  
 Wouter ten Have (VU/Tenhavemanagement),  
 Kim Putters (Erasmus Universiteit/SCP, gastheer) en  
 Sophie Bijloos.

### **Afwezig:**

Moniek van Jaarsveld (Warande),  
 Richard Janssen (Altrecht GGZ),  
 Marjolein ten Kroode (Rivierduinen),  
 Ernest Muter (NSDSK) en  
 Jopie Nooren (Bartimeus).

**Locatie:** Erasmus Universiteit, Burgemeester Oudlaan 150 Rotterdam.

### **9.30 uur Welkomstwoord door Kim Putters (gastheer)**

Prezi S1

Misschien goed om even te vragen of alle aanwezigen elkaar kennen.

### **9.40 Inleiding door SB**

***Programma*** Prezi S2

### **Terugblik vorige bijeenkomst**

Jos de Beer heette iedereen welkom en maakte de verbinding tussen het onderzoek en het werk van de NVZD. Vervolgens heb ik verteld over mijn achtergrond en de insteek van mijn onderzoek. De centrale onderzoeksvraag is: 'Wat geeft de zorgbestuurder zijn *license to operate* en hoe wordt de acceptatieruimte voor het handelen van de bestuurder bepaald?' Bij mijn onderzoek maak ik gebruik van verschillende onderzoeksmethoden: ik interview bestuurders, bestuurssecretarissen en auditoren in het accreditatietraject. Met de focusgroep reflecteren we op en valideren we de uitkomsten en methoden. Ik voer een enquête uit onder leden van de NVZD en ik loop mee met bestuurders.

De ordening van mijn onderzoek zal langs de levensloop van de bestuurder zijn. Ook hebben we de achtergrond en het onderzoek van mijn promotoren, Kim Putters en

Wouter ten Have besproken. Daarnaast heb ik in vogelvlucht een impressie gegeven van de uitkomsten van de eerdere enquêtes (dit is terug te vinden in de presentatie, slide 8 tot en met 18).

Hierna hebben we met de focusgroep aan aantal thema's besproken. De thema's waren geordend langs de levensloop van de bestuurder. Het eerste thema was 'vakontwikkeling'. Op basis van de interviews hebben we een tweetal vragen besproken: 'Is de belangrijkste leerschool voor bestuurders een meester-gezel relatie?' en 'Hoe ga je als bestuurder om met het zoeken van eigen uitdagingen versus de stabiliteit van de organisatie?'.

Voor de eerste vraag hebben we het voorbeeld van de chirurg die voor het eerst opereert besproken. De eerste ervaringen van bestuurders zijn namelijk dat het vak wordt geleerd door vallen en opstaan. Wanneer een chirurg dit in een operatiekamer zou zeggen (*'ik leer mijn vak door vallen en opstaan'*), zou niemand meer geopereerd willen worden. Hoe zorgen bestuurders dat grote incidenten worden voorkomen? Uit de interviews komt de meester-gezel relatie naar voren. Dit wordt door de focusgroep onderschreven. Een idee dat wordt geopperd is om bij de eerste bestuurlijke functie een duo met een ervaren bestuurder te vormen. Dit blijkt in de praktijk een goede leerschool. Echter, het is geen randvoorwaarde: bestuurders hebben immers 20 jaar managementervaring. Ze starten dus niet blanco als bestuurder, net als dat een chirurg niet blanco start. Uiteindelijk is de belangrijkste leerschool ervaring op doen. Het soort opleiding is niet zo van belang. Dit wordt vaak overschat, terwijl ervaring wordt onderschat. Het hebben van academisch denkniveau en het je willen blijven ontwikkelen zijn wel belangrijke eigenschappen van een bestuurder. Ook geeft de focusgroep aan dat juist bestuurlijke onervarenheid voordelen kan hebben: de eerste 100 dagen is de bestuurder nog niet ingebed en daarmee juist een frisse wind voor de organisatie. Dan komen de grootste veranderingen/verbeteringen tot stand. Er wordt een voorbeeld gegeven van een zorginstelling waar de cliënten al jaren bot vingen met een verzoek. De bestuurder klonk dit verzoek logisch en heeft het ingewilligd. Vervolgens was er wel onvrede bij de medewerkers, die hierdoor hun rooster moesten aanpassen. Meester-gezel impliceert een hiërarchische verhouding. Collegiale bestuurders kunnen sowieso van elkaar leren, hiervoor hoeft de 1 niet boven de ander te staan. Ook werd gesproken over de vraag: wanneer besluit je dat je er klaar voor bent om bestuurder te worden? Hierbij ziet de groep een zelfregulerend mechanisme: het moment dat je denkt: 'wat de bestuurder kan, kan ik ook' of 'wat de bestuurder kan, kan ik beter'.

De tweede vraag wordt deels herkend. Niet elke bestuurder wil alleen maar verandering. Er zijn ook bestuurders die juist gaan voor een lange termijn verbinding met de

organisatie om het beleid goed vorm te geven. Maar er wordt ook toegegeven dat soms een project door een bestuurder wordt gestart omdat dit de persoonlijke interesse van de bestuurder heeft. Daarbij wordt dan natuurlijk wel gekeken of het goed is voor de instelling.

Het tweede thema was 'acceptatieruimte'. We hebben een tweetal stellingen besproken:

'De kern van de acceptatieruimte ligt in:

- Adequaat grenssysteem
- De ruimte die de bestuurder zelf creëert
- Toegevoegde waarde hebben en zichtbaar maken: je werk goed te doen
- De situatie bij aanstelling is van invloed'

'De kern van goed besturen is:

- Andere mensen laten excelleren
- De goede mensen om je heen verzamelen
- Betrokken zijn bij en begrip hebben voor het primair proces.'

Eerst is gesproken over de term acceptatieruimte. Na uitleg wat de term inhoud meende de groep dat de term de lading wel dekt, maar dat het geen term is die onder bestuurders gebruikt wordt.

Goed besturen is inderdaad alle zaken die uit de interviews kwamen. Dit laat zich eigenlijk niet verder samenvatten. Het primair proces neemt wel een centrale rol in.

Aan het derde thema 'opvolging en aanstelling' zijn we niet meer toegekomen. Dit bespreken we vandaag.

Een korte evaluatieronde leverde op dat eenieder de bijeenkomst als positief had ervaren.

### **Stand van zaken onderzoek**

Waar ging het onderzoek ook alweer over? Prezi **S3**

Eerste interviewronde gehad. Ik heb momenteel interviews ingepland met een aantal bestuurssecretarissen. In 2015 wordt de enquête uitgebracht. Daarnaast heeft het interview met Jos en het verschijnen van het rapport van de Governance Commissie van de NVZD een aantal vragen bij mij opgeroepen over het semipublieke stelsel waarbinnen de bestuurder functioneert. Ik wil het hier vandaag met u over hebben.

**10.00 uur Focusgroep: voorzitter: Kim**Prezi **S4**

Kim neemt het als voorzitter over. Kim legt zijn rol uit. Wouter legt zijn rol uit (actief observator) en Sophie legt haar rol uit (inleider).

Kim legt de focusgroep uit:

- 2 thema's
- 1 uur per thema, tijd wordt door Wouter/Sophie in de gaten gehouden
- thema's langs levensloop bestuurder aan de hand van een aantal uitspraken en reflecties op interviews
- doel van de focusgroep is verdiepen en valideren van de uitkomsten van de interviews.
- De focusgroep wordt opgenomen: graag telefoons uit.
- We zullen proberen de spreektijd gelijkelijk te verdelen over de aanwezigen: voor de opname: graag niet door elkaar heen praten.
- Verschillende meningen zijn welkom, de groep hoeft het niet eens te worden.
- De resultaten worden in het onderzoek verwerkt, hierbij zullen wel de namen van de focusgroep worden genoemd, maar eventuele citaten zullen niet op persoon/instelling herleidbaar worden opgenomen.

**10.00 uur Thema 1 Opvolging en aanstelling**Prezi **S5**.

Introductie SB: terugkoppeling interviews Prezi **S6**.

*Relevante citaten interviews:*

*"Echt iets tot stand brengen wat langer de tijd vraagt en dat het zich daarmee niet verdraagt om elke drie vier jaar een volgende stap te zetten."*

*"Zelf denk ik dat het goed zou zijn als een van de stafmanagers zou doorgroeien als bestuurder, omdat ik geloof in continuïteit."*

*"Tot nu toe heeft mijn raad van toezicht daar nooit over gesproken."*

*"Het headhunterbureau wist op de een of andere manier via via dat ik misschien wel bereid was om te praten. Want iemand uit mijn huidige organisatie kende mij via een sociaal netwerk."*

Kim: discussie twee vragen: Prezi **S7**.

- Bestaat er een vuistregel voor bestuurlijke houdbaarheid?  
Subthema's:
  - Voor wie is die vuistregel: eigen ontwikkeling of belang organisatie?

- (Waarom) is de externe blik zo van belang?
- Is een bestuurder die altijd in dezelfde instelling blijft werken een slechte bestuurder?
- Moet bestuurlijke opvolging geïnstitutionaliseerd worden?
  - Subhema's:
    - Welk belang wordt er gehecht aan goede opvolging?
    - Hoe bent u hiermee bezig?
    - Profiel en achtergrond opvolger
    - Bestaat er iets als management development?
    - Welke rol speelt de verbinding met de instelling bij werving?
    - Hoe is de relatie met de Raad van toezicht: wel of niet bespreekbaar?
    - Zaak van bestuurder of Raad van toezicht?
    - Onderdeel jaargesprekken Raad van toezicht?
    - Wijze werving
    - Moet het geïnstitutionaliseerd worden?

Eventueel Prezi **S8** stellingen.

## **11.00 uur Thema 2 Governance met conflicterende waarden**

### **Voorzitter: Wouter**

Prezi **S9**

Introductie SB:

- *Enquête Wilma* Prezi **S10**
- *terugkoppeling interviews*

Jos: De maatschappelijke relevantie in plaats van bijvoorbeeld de continuïteit van de instelling is de focus van de bestuurder.

Relevante citaten interviews (alleen dikgedrukte noemen):

- ***"Een ziekenhuis heeft een hoge mortaliteit. Je hebt ook ziekenhuizen die gaan zich gedragen naar hun registratie. Dan sturen ze iemand naar huis voordat hij doodgaat, bij wijze van spreken. Dan houd je je cijfer."***
- *"Als er nu een rol is als bestuurder, is het voor een deel ook dat je prioriteert of bepaalt wat je in die buitenwereld wel of niet wilt meenemen, dan wel hoe je er naar kijkt. Medewerkers kunnen helemaal gek worden van alles wat er gebeurt. Zeker in deze tijd, met zoveel veranderingen. Als je op elke verandering moet reageren, op elke onzekerheid moet reageren, met je complete apparaat, dan doe je niks anders meer."*
- *"Maar dat heeft vooral iets te maken met dat grote gebouw van het ziekenhuis, dat het nog steeds is dat mensen er naartoe komen. Bij ons is dat niet zo, wij ... staan .... midden in de maatschappij. Met vaak heel veel gebouwtjes en dus ook al die processen eromheen. Ambulant, bij mensen thuis. Dat zorg wel voor een ander type interne dynamiek"*

- ***“We hebben moeten besluiten om de huishoudelijke hulp te stoppen. Daar ben ik bestuurlijk helemaal voor, maar ik vind het wel een verliesmoment. En we hebben dat van tevoren goed voorbereid, we hebben gezegd: “Dit zijn de grenzen, als de gemeente eroverheen gaat, houden we er gewoon mee op.” Anders slepen we met een probleem. Dus bestuurlijk sta ik volledig achter het besluit, maar dat vind ik wel een verliesmoment. Als je een deel van je medewerkers en je patiëntenzorg moet afstoten en dat je uiteindelijk eigenlijk blij moet zijn dat het je lukt om die mensen weer een contract te laten krijgen bij een concurrent. Dan ben ik blij dat we dat allemaal hebben kunnen regelen, maar als ik had gekund, had ik gezorgd dat die gemeente andere manier van denken had gehad. Maar dat kan ik niet beïnvloeden. Althans, niet voldoende.”***
- ***“Ja, net was ik een beetje met mijn arm aan het zwaaien, om het visueel weer te geven. Er zijn zó veel belangengroepen waar we mee van doen hebben. Niet alleen op de financiële aspecten van de zorg, de zorgverzekeraars, maar ook op het gebied van veiligheid, kwaliteit, de medici, de verpleegkundigen. De scholing van al die mensen. Hun financiële belangen. ... Het zijn er niet negen, maar het zijn er negen maal negen maal negen op z'n minst. Die belangen komen allemaal in deze kamer bij elkaar. En dat maakt het verdomde ingewikkeld. Want je moet met al die belangen rekening houden, ofwel tegelijk, of één voor één. **Iedereen wil gehoord worden. Iedereen wil gezien zijn. En je moet proberen om niemand te vergeten. En als je iemand vergeet, moet je uitleggen waarom dat gebeurd is. Of, dat je iemand gaat vergeten. Dat je daar nu in deze fase geen rekening mee kunt of wilt houden. Met al die dingen moet je als bestuurder rekening houden....** . Je denkt na over de komende tien jaar en over het komende jaar. En je kijkt weer terug. En je kijkt naar de stakeholders die daar een rol in spelen. Dus, je zit in een veel complexere wereld, waarbij je elk moment aan het verbinden bent met andere momenten. En elk contact ben je aan het verbinden met andere mensen, andere belangen.”***

Ontwikkelingen uit literatuur, institutionele teksten en de interviews (alleen dikgedrukte noemen):

- New Public Management
- Rapport commissie governance
- Goed bestuur gaat ook en vooral over goede bestuurders, hun kennis, ervaring, houding, gedrag en het perspectief en de doelen die zij, samen met allen die in de zorg werken, cliëntenorganisaties, belanghebbenden in het werkgebied en raden van toezicht stellen. Daarin staan centraal 'lastige' (zoals bedoeld door de Commissie-Halsema), maar goede gesprekken over te maken keuzes en verantwoordelijkheden. Dat is een benadering die primair gericht is op de vraag wat er in de concrete en

altijd veranderende omstandigheden van cliënten kan worden gedaan om de zorg voor hen te optimaliseren.

- Hart en Buiting (2014) schetsten in hun boek 'Verdraaide organisaties' dat de uitdaging in huidige zorgorganisaties is om het handelen van mensen continu in het teken te laten staan van de bedoeling van de organisatie: dat wat de zorgorganisatie nastreeft en wil bereiken.
- **Dilemma's die in het zorgbestuur kunnen worden onderscheiden zijn bijvoorbeeld: Belang van de eigen organisatie v. belang van de zorg als geheel; Waar het beschikbaar houden van toegankelijke, specialistische zorg de cliënt kan dienen, kan dit leiden tot kostenstijgingen die de eigen organisatie financieel schaden.**
- De uitdaging is om ook in de governance steeds centraal te stellen hoe toegevoegde waarde voor de cliënt kan worden gerealiseerd zonder dat de regeldruk en verantwoordingsprocedures de ruimte daarvoor beperken en tegelijkertijd kan worden bijgedragen aan het duurzaam en betaalbaar houden van de zorg.
- Een extra complicatie in dit verband is dat zorgbestuurders niet slechts het belang van de eigen zorgorganisatie voor ogen moeten of kunnen houden, maar juist mede worden aangesproken op het verlenen van zorg en de kwaliteit van de zorg in een veel breder verband en in samenwerking met andere organisaties waarvoor zij in strikte zin geen bestuurlijke verantwoordelijkheid dragen
- Inmiddels is een ontwikkeling zichtbaar waarbij minder de nadruk wordt gelegd op productie verhogende prikkels en de zorgbestuurder niet primair als marktgedreven zorgondernemer wordt gezien, maar veeleer als een medeverantwoordelijke voor een gezondheidszorg die ook is (in)gericht met het oog op de lange termijn. Daarbij is er tevens aandacht voor de houdbaarheid en betaalbaarheid van de zorg op die langere termijn. In dat kader is er aandacht voor veranderende maatschappelijke vragen en behoeften.
- Hier dient zich vervolgens het dilemma aan dat niet centraal staat wat goed is voor de eigen zorgonderneming, maar welke initiatieven kunnen worden ondernomen om het belang van de cliënten zo goed mogelijk te dienen, ook als dat niet in het belang is van de eigen zorgonderneming. Tegelijkertijd echter heeft de zorgbestuurder ook een verantwoordelijkheid voor de continuïteit en de financiële gezondheid van de organisatie. Daar zullen bestuurders ook door de raad van toezicht, de medezeggenschap, zorgverzekeraars, financiers en de accountant op worden aangesproken.
- Waar de klassieke *corporate governance* in ondernemingen en vergelijkbare organisaties nu juist het belang, de winst, de groei en de continuïteit van de eigen onderneming centraal stelt -en het belang van de klant daarvan een afgeleide is- wordt in het denken over de zorg nu juist steeds meer het omgekeerde benadrukt.

- Zorgbestuurders worden minder ondernemer in de zin dat zij niet alleen, en zelfs niet primair, verantwoordelijk zijn voor de groei en bloei van de eigen instelling, maar hen een veel bredere verantwoordelijkheid wordt toegedacht die niet alleen of zelfs niet primair ziet op groei, maar op het bieden van meerwaarde op korte en lange termijn en een duurzaam en betaalbaar stelsel.
- **Soms ligt de oplossing voor de cliënt buiten de directe zorgverlening van de zorgorganisatie maar in de meerwaarde die in de samenwerking met andere stakeholders wordt gecreëerd. Dan ligt daar dus een organisatieopdracht.**
- Die uitdagingen doen een groot beroep op het bestuur om met kracht en creativiteit een bijdrage te leveren aan een nog betere zorg voor de cliënt, zonder dat voorop staat of dat ook in het beste belang is van de eigen instelling.
- De kunst voor de zorgbestuurder als ook voor de Raad van toezicht anno 2015 is om in de praktijk van het bestuur en toezicht telkens de maatschappelijke context, de meerwaarde voor de cliënt en de verbreding te zoeken.
- Daartoe zouden zorgbestuurders en Raden van Toezicht met elkaar in gesprek moeten gaan over 1) niet alleen de besturing van de organisatie, maar het doel van die besturing in breder verband, 2) de maatschappelijke vragen die betrekking hebben op de zorgorganisatie, 3) de ruimte van de bestuurder om invulling te geven aan strategische partnerships en maatschappelijke doelen die organisatie overstijgend zijn.
- De zorgbestuurder is geen klassieke ondernemer en moet dat ook niet primair willen zijn. Hij vult de maatschappelijke doelstelling zo ondernemend mogelijk in, maar altijd met primair het belang van de cliënt en niet uitsluitend van de organisatie voor ogen.
- **Brief minister en staatssecretaris van VWS, 22 januari 2015, bijlage bij Kamerstuk II 2014/15, 32012 nr. 23:**
- *"Deze ontwikkelingen vergen dat bestuurders en toezichthouders in de zorg hun taken uitvoeren op een professionele wijze, rekening houdend met hun cliënten, andere belanghebbenden en de publieke belangen die zij dienen. In toenemende mate is het van belang dat raden van bestuur hun eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van zorg ook echt waarmaken."* (p. 2).
- *"De primaire verantwoordelijkheid voor de inrichting van het bestuur en intern toezicht hoort, binnen de gestelde wettelijke kaders, bij de zorgaanbieder zelf thuis. Dat laat onverlet dat de borging van publieke belangen als kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid vereisen dat er sprake is van een voldoende mate van goed bestuur binnen de zorgsector. Recente ervaringen leren dat er een professionaliseringsslag nodig is. Het bevorderen en toetsen daarvan vraagt ook om actieve bemoeienis vanuit de overheid."* (p. 2).

- ***“Kern van de bestaande wet- en regelgeving is dat bestuurders volledig aanspreekbaar zijn op de kwaliteit van zorg en de wijze waarop zij hun instelling inrichten om dit te realiseren.”*** (p. 3).
- *“De toezichthouder stelt zich daarbij idealiter positief kritisch op en betreft bij het toezicht zowel het publieke belang van de instelling als de perspectieven van direct betrokkenen en belanghebbenden.”* (p. 3).
- ***“in het geval van een faillissement dat in belangrijke mate is veroorzaakt door onbehoorlijke taakvervulling, bestuurders en toezichthouders hoofdelijk aansprakelijk kunnen zijn voor een tekort in de boedel, ongeacht de rechtsvorm.... Daarnaast ligt in uw Kamer een voorstel voor aanpassing van de Faillissementswet waardoor ook bestuurders die door hun handelen hebben bijgedragen aan een faillissement en/of frauduleus hebben gehandeld een bestuursverbod door de rechter kan worden opgelegd”*** (p. 6).

*Theoretisch kader* (indien nodig, waarschijnlijk weglaten):

- Leiderschapsmodellen: drie clusters: rond individu, rond organisatie (stakeholder theorieën, engaging leadership, contingentie, interpretatieve, instrumenten theorie) en chaos.
- Besef wisselwerking organisatie-samenleving: Met de opkomst van bestuurders in de private sector, kwamen ook de verschillende ideeën over goed bestuur. Dit leidde in de VS vanaf 1890 tot een reeks wetten om organisaties ervan bewust te maken dat ze niet alleen een taak hadden naar hun aandeelhouders, maar ook naar de gemeenschap (onder andere Evans e.a. 2013). Dit leidde bij mensen als Rockefeller, die geen behoefte hadden aan staatsbemoeienis in zijn bedrijf, tot het expliciteren van het doel om de gezondheid en het geluk van zijn medewerkers te bevorderen (Luthans and Hodgetts, 1972 in Evans e.a., 2013 p. 11).
- In de zorg drie governance werelden: publiek, privaat en professionals. Verschuiving van publiek/professionals naar privaat (Hoek, 2007). En nu weer terug?

*Waarom relevant* (indien nodig, waarschijnlijk weglaten):

- Verschil publieke waarden incorporeren of tot kernwaarden maken.<sup>69</sup>

<sup>69</sup> De positie van de bestuurder ten opzichte van de buitenwereld wordt door van der Scheer (2013, p. 314) geduid: *“Hun eigen rol zien zorgbestuurders steeds meer als die van een tussenpersoon die verschillende werelden, belangen en partijen met elkaar verbindt. De embedded agent is vooral een verbindingsagent die koppelingen maakt tussen de binnen- en buitenwereld van de organisatie en tussen brede politieke denkbeelden enerzijds en lokale tradities en omgangsvormen anderzijds. Zo bouwen zorgbestuurders zowel intern als extern aan legitimiteit.”* [organisatie centraal]

- Strother, 1976, p. 14: *"Barnard wrote about two aspects of leadership: (a) the technical aspect, which consists of the superior qualities of the individual – physical, technical, imaginative, and others; and (b) the quality of responsibility, which consists of the moral factor in organization – 'the quality which gives dependability and determination to human conduct, and foresight and ideality to purpose' (4, p. 260). This moral quality further defines the general and stable dispositions of individuals which inhibit or modify the immediate instinctual reactions to situations"*
- Strother, 1976, p. 16: *"Barnard caps his description of executive responsibility with the view that responsible conformity to a complex set of codes is not enough at the highest executive levels. The effective executive must also have the capacity to create moral codes for others. In this perspective, organizational morale is a manifestation of the success of the executive in creating commonly held codes within the organization."* [waardecreeatie, hoe vindt deze bij bestuurders plaats als niet de organisatie, maar de maatschappij, kern is?]
- Wanneer deze verandering impliciet is doorgevoerd, terwijl de verschuiving naar privaat heel expliciet is gemaakt, kan dit leiden tot disfunctie (veranderkrachtmodel ten Have e.a., 2013).
- Waardentransitie/effect op prioritering bij conflicterende waarden.
- Invloed op effect systemen: werkt accreditatie in een realiteit waarin publieke governance dominant is?<sup>70</sup>

#### Wouter: discussie: Prezi **511**

- Van wie krijgt u uw legitimiteit?
  - o Welke sturingslogica is het meest passend voor de zorg en wat is de rol van de bestuurder daarin? Welke sturingslogica wordt gehanteerd?
- Voelt u zich als bestuurder meer civil servant of meer embedded agent?
  - o Wat heeft u nodig om deze rol te kunnen vervullen?
- Hoe bepaalt u hoe u waarden afweegt?
  - o Kunt u een voorbeeld noemen van omgaan met conflicterende waarden?
- Is er een verschil tussen sectoren?

<sup>70</sup> Elke institutionele orde kent haar eigen sturing. Bij de staat is de dominante vorm van sturing regulering, bij de markt het contract, bij het maatschappelijke middenveld het (corporatistisch) overleg en bij de professionele zelfregulering gedeelde normen (Bal, 2008). De sturing is dus afhankelijk van de institutionele orde waarin een bepaalde sector zich bevindt (Bal, 2008 en Putters e.a., 2009). Sturingsinstrumenten in de zorg zijn opgezet omdat er veel verschillende publieke belangen tegelijkertijd in het geding zijn in deze sector. Deze hebben onder andere betrekking op de kwaliteit van de zorg, de toegankelijkheid, efficiëntie, solidariteit, werkgelegenheid, sociale zekerheid, milieu, hygiëne, financiële stabiliteit en het voorkomen van fraude (Putters e.a., 2009).

## Onderzoek

- Zijn deze vragen relevant?
  - Is dit iets waar u mee worstelt?
  - Zou u hierover nog een vraag toevoegen in de enquête?

**12.00 uur Afsluiting focusgroep en lunch**

Wouter: Hoe vond u het?

*Eventueel Prezi* **S12**

*Zou u in uw eigen instelling verzorgd willen worden?*

*Toelichting SB: deze vraag is geïnspireerd op de filosoof Rawls (1921-2002, liberalist) die uitgaat van de reciprociteitsnorm (dienst voor wederdienst). Hij geeft aan dat legitimiteit van (politieke) macht er alleen is wanneer de grondwet is gevormd door ideeën die alle burgers acceptabel vinden met hun gezonde verstand. Om dit te bepalen introduceert hij de veil of ignorance (sluier van onwetendheid): hoe zou je de maatschappij vormgeven wanneer je niet weet als wie je geboren wordt (man/vrouw, arm/rijk enz.). De vraag is nu of bestuurders ook zo naar hun instelling kijken: stel dat ik patiënt was, zou ik hier verzorgd willen worden (voldoet mijn instelling aan de criteria die redelijk zijn)?*

*Samenvatting door SB, eens?*

*Prezi* **S13**

**Volgende bijeenkomst: datum nog te plannen, najaar 2015.**

**Invulling**

In de tussentijd: interviews bestuurssecretarissen, interviews auditoren, voorbereiden enquête, theorie naast eerste resultaten interviews leggen.

Bijeenkomst bestaat weer uit focusgroep en stuurgroep.

Kern focusgroep: bespreken enquête, interviews en koppeling theorie.

Kern stuurgroep: Nog nader te bepalen.

**12.20 Afsluiting door SB**

Dank!

### **4.3 Draaiboek focusgroep 27 november 2015**

#### **Aanwezig:**

Jos de Beer (NVZD),  
Bart Bemelmans (Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis),  
Richard Janssen (Altrecht GGZ),  
Marjolein ten Kroode (Rivierduinen),  
Julianne Meijers (Siza),  
Ernest Muter (NSDSK),  
Marc van Ooijen (St. PSW Midden Limburg)  
Wouter ten Have (VU/Tenhavemanagement),  
Kim Putters (Erasmus Universiteit/SCP, gastheer) en  
Jeroen Postma en Sophie Bijloos.

#### **Nog niet gereageerd:**

Yvonne Wilders (Spaarneziekenhuis).

#### **Afwezig:**

Moniek van Jaarsveld (Warande),  
Henri Plagge (De Zorgboog).

**Locatie:** Noordweg Noord 150 te Zeist (PGGM gebouw).

### **9.30 uur Welkomstwoord door Jos de Beer (gastheer)**

Misschien goed om even te vragen of alle aanwezigen elkaar kennen.

### **9.40 Inleiding door SB**

***Programma*** Prezi

#### **Terugblik vorige bijeenkomsten**

De eerste bijeenkomst hebben we gesproken over mijn onderzoek. Ik zal zo weer even stilstaan bij de centrale onderzoeksvraag. De ordening van mijn onderzoek zal langs de levensloop van de bestuurder zijn. Daarnaast heb ik in vogelvlucht een impressie gegeven van de uitkomsten van de eerdere enquêtes.

Hierna hebben we met de focusgroep aan aantal thema's besproken. De thema's waren geordend langs de levensloop van de bestuurder. Het eerste thema was 'vakontwikkeling'. Het tweede thema was 'acceptatieruimte'.

Tijdens de tweede bijeenkomst ben ik weer begonnen met een toelichting op mijn onderzoek en de stand van zaken. Naar aanleiding hiervan stelde u de vraag: 'Is er zoiets als de bestuurder? U gaf aan dat uw ervaring is dat niet sectoren, maar de grootte van de instelling het verschil maakt in wat van de bestuurder wordt verwacht. U gaf mij mee dat ik niet alleen tot een beeld van de gemiddelde bestuurder moet zien te komen, maar ook hoe de bestuurder handelt en of er een verband bestaat tussen dat handelen en de eigenschappen die de bestuurder heeft. U raadde me aan om ook de omgeving van de bestuurder te betrekken bij het onderzoek, zoals headhunters en voorzitters van raden van toezicht. *Deze opmerkingen hebben mij aan het denken gezet. Het eerste onderwerp, namelijk het verschil wat er van een bestuurder wordt verwacht bij de grootte van de instelling, staat dit keer centraal. Het tweede advies om ook met anderen dan de bestuurders te praten, wil ik vormgeven in de twee casus die ik wil onderzoeken. Hierover zo meer.*

Vervolgens zijn we gestart met de focusgroep. We hebben twee thema's besproken: 'opvolging en aanstelling' en 'governance met conflicterende waarden'. Als uitsmijter heb ik u gevraagd of u in uw eigen instelling verzorgd zou willen worden.

Een korte evaluatieronde leverde op dat eenieder de bijeenkomsten als positief had ervaren. Heeft u naar aanleiding van het verslag nog opmerkingen/vragen over deze bijeenkomsten (ook zeker voor de afwezigen)?

### **Stand van zaken onderzoek**

Waar ging het onderzoek ook alweer over? Prezi **S**

Eerste interviewronde gehad. Ik heb daarnaast een aantal interviews met bestuurssecretarissen gehad. De enquête is uitgezet. Vindplaatsen: de levensloop van de bestuurder. Twee casus: accreditatie en een fusie. Voorstel hoofdstukindeling.

### **10.00 uur Focusgroep: voorzitter: ?**

Prezi **S19**.

Wouter/Kim neemt het als voorzitter over. Wouter/Kim legt zijn rol uit. Wouter/Kim legt zijn rol uit (actief observator) en Sophie en Jeroen leggen hun rol uit (inleider).

Kim/Wouter legt de focusgroep uit:

- 1 thema's
- 2 uur
- doel van de focusgroep is verdiepen en valideren van de uitkomsten van de interviews.

- De focusgroep wordt opgenomen: graag telefoons uit.
- We zullen proberen de spreektijd gelijkelijk te verdelen over de aanwezigen: voor de opname: graag niet door elkaar heen praten.
- Verschillende meningen zijn welkom, de groep hoeft het niet eens te worden.
- De resultaten worden in het onderzoek verwerkt, hierbij zullen wel de namen van de focusgroep worden genoemd, maar eventuele citaten zullen niet op persoon/instelling herleidbaar worden opgenomen.

### **10.10 uur Thema: Bestuurder en schaalgrootte**

Prezi S.

*Introductie SB: terugkoppeling interviews, enquête, essay Kim onderwijsbestuur.*

*Relevante citaten interviews:*

*"Er waren ook wel mensen die zeiden: "Vind je het hier niet te suf?" Ik kwam natuurlijk uit een wereld die hoger staat aangeschreven. Ik kwam uit een hele complexe organisatie. .... Dan kom je hier in een heel kleine organisatie. Als ik vroeger dacht aan het zijn van bestuurder, dan dacht ik aan ziekenhuisbestuurder. Dat lijkt dan hoger te staan en klinkt ingewikkelder. Ooit zei al een keer een headhunter tegen mij: "Het gaat niet eens zozeer om de grootte, het gaat meer om de processen die er zijn." Ik vind dat nu ook. Ik denk: "Ja, de organisatie is klein." Dat betekent ook dat een aantal dingen heel dichtbij zitten. Het heeft ook heel veel voordelen. Het is anders. Ik denk echt, dat als je een organisatie van tweeduizend mensen aanstuurt, dat dat andere vaardigheden vraagt dan van honderdvijftig mensen. Ik ken iedereen. Bijna iedereen. Dat is gewoon anders, dan als je alles getrapt moet doen. Het zijn andere kwaliteiten die je dan ontwikkelt of die je moet hebben. Een organisatie met medische specialisten geeft ook weer een andere spanning of een andere dynamiek, dan als je die er niet bij hebt. ... Maar het is niet dat ik denk: "Goh, wat is dit nu suf of onnozel." Integendeel. Dit is gewoon state of the art. Er gebeuren waanzinnig goede dingen."*

*"Toen dacht ik: "Als ik nu echt iets wil bereiken, dan is de vraag of ik dat moet doen door maatschappelijk steeds een stapje hoger ...een grotere organisatie te willen aansturen. Of moet ik het meer in de inhoud zoeken?" Ik heb uiteindelijk bedacht dat dat me beter past. Mijn zoon zei op een gegeven moment tegen mij, toen ik was gevraagd om te solliciteren bij een heel groot organisatie: "Dan word je een naam op papier." Dat is me heel erg bijgebleven. Dan kun je niets meer tot stand brengen."*

*"Jijzelf hebt het over de levenscyclus van een bestuurder. Maar, je hebt ook een levenscyclus van een organisatie. En zelfs een levenscyclus van een branche. En het helpt je enorm als je je daar van bewust bent. De GGZ, de psychiatrie, die zat aan het einde van een levenscyclus. Waarbij het streven was regionale geïntegreerde psychiatrie, de integrale GGZ. We zitten*

eigenlijk in een fase om die periode af te sluiten met een enorme deconstructie van die integrale GGZ. Er zijn nieuwe markttoetreders, ja er is echt concurrentie gekomen. Eigenlijk kan je in je bestaande regio alleen nog maar krimpen. Dus, als je wil groeien moet je iets anders verzinnen. Of je moet accepteren dat je gaat krimpen.... Wij hebben recentelijk voor het eerst een meerjarenbegroting gemaakt, waaruit blijkt dat we gaan krimpen. Na vijfhonderd jaar groei is het best wel markant om te beseffen, nee vanaf nu hebben we een periode waarin we kleiner worden. En dat betekent, heeft heel veel gevolgen voor allerlei leidinggevende activiteiten. Want, meer geld uitdelen is een andere activiteit als met minder geld een organisatie door laten lopen. En afscheid nemen van mensen, en krimpen, en reorganiseren. Ja, daar hoort een ander handelingsrepertoire bij, dan elk jaar groeien en meer geld uitdelen. En dan is het heel belangrijk als ook de leidinggevende, maar ook de medezeggenschap en de bonden inzien: "Oké, de beweging is dus nu kleiner, hoe gaan we daar elkaar bij helpen? En niet blijven ontkennen". Dat betekent dat een sociaal plan dat gericht is van werk naar werk in een krimpende markt eigenlijk niet financieerbaar is. En als de bonden dat snappen, dan zeggen ze: "Dat heeft consequenties voor het sociaal plan". Hoe gaat dat eruit zien? Dus, ..dat is één voorbeeld. Nog eentje, die speelde eerder. Eigenlijk, de beweging van ambulantisering. In Nederland, in de psychiatrie, zijn, na Japan, de meeste bedden per hoofd van de bevolking van de wereld.... Dan moet je opnieuw denken: "Hoe krijgen we hier de achterban mee? Wat hebben we nú nodig om de ratio van die krimp te delen, anderen mee te krijgen?" Nou, en toen hielp het heel erg om het niet meer als een incident te presenteren, maar te laten zien: "Dit is structureel". We gaan gewoon echt een periode van krimp tegemoet. En dat opnieuw als een positieve uitdaging te zien."

"Het mooiste moment is wel geweest toen de fusie tussen een GGZ-instelling die failliet was, die technisch failliet was, en onze instelling. En iedereen zei: "Die steden, die kan je niet bij elkaar brengen. Die fusie is gedoemd te mislukken... Als je dan na drie, vier jaar vaststelt dat het gelukt is, eigenlijk omdat naast die cultuurverschillen, professionals heel snel met elkaar toch iets vinden, iets samen hebben. Dat vind ik leuk. Dus als je adviezen eigenlijk allemaal zorgelijk zijn: "Hoe moet dit gaan werken?" En als dat dan toch lukt. Ook omdat je bereid bent dat risico te nemen, omdat je daar overheen wilt kijken. Of er doorheen wilt kijken."

"We hebben in het ziekenhuis in één jaar tijd echt enorme veranderingen doorgevoerd, die ondenkbaar waren geweest zonder mijn aanwezigheid. En dat heeft te maken met het feit dat dit een heel lief ziekenhuis was waar een afspraak geen afspraak is. En waarbij als je een strategische uitdaging had, je daar gewoon twee personeelsleden bij kreeg. Zo heb ik het ziekenhuis aangetroffen. En in een slechte financiële staat, in een markt die in één keer omsloeg van groei naar krimp markt. Dus, ik heb in heel korte tijd moeten ombuigen: "We zijn met véél te velen hier. Het personeelsquotum is véél te hoog". In een jaar tijd heb ik die vijf procent teruggebracht. Er moet nóg vijf procent. Het is nog steeds te hoog. Dus, daar hebben we een

*enorme opschuiving in meegemaakt. Ik heb het huis moeten leren dat niet alles meer kan. Dat het antwoord ook wel eens 'nee' kan zijn. Dat is een héle zware boodschap geweest."*

*Wat vind je leuk aan zo'n crisis? "Ik denk dat een organisatie met een crisis, maar dat zie je natuurlijk in een iets andere vorm bij fusies ook, die raakt enorm in verwarring. Dus een organisatie raakt de mensen erin, die maken die organisatie, die zijn dan bezig met allerlei verkeerde dingen. Waar ze helemaal geen energie van krijgen, soms zelfs negatieve energie. Maar waar de kracht van een organisatie, van de mensen erin, niet meer voldoende tot uiting komt. Ja, om dat om te buigen naar een organisatie die weer trots is op zichzelf."*

*We hebben een iets andere werkwijze dit keer: concept mapping:*

*Centraal onderwerp: wisselwerking complexiteit en de bestuurder van een zorginstelling (tekenen met een cirkel eromheen). Breng gerelateerde onderwerpen in kaart door ze eromheen te plaatsen. De gerelateerde onderwerpen kan je weer onderverdelen in subonderwerpen. Is dit compleet? Mist er nog iets?*

*Stap 1: brainstormen: individueel opschrijven associaties*

*Stap 2: prioriteren: individueel rangschikken (score 1 tot 5), daarna gezamenlijk.*

*Stap 3: clusteren: individueel (elk onderwerp mag 1x voor komen).*

*Stap 4: verwerken: adhv clustering onderwerpen dicht bij elkaar of verder van elkaar weg plaatsen. Op basis van stap 2 gemiddeld belang cluster bepalen.*

*Stap 5: interpretatie: x en y as definiëren en conclusies trekken adhv prioriteiten clusters.*

*Nuttig voor: analyseren data: keywords. Formuleren van relevante onderzoeksvragen/thema's/theses. <https://bubbl.us/mindmap> (op deze site kan je een Mind Map online maken, ik weet echter niet of dit 'veilig' is, liever dus gewoon op papier).*

*Toelichting aanwezigheid Jeroen: link tussen schaal en werk van bestuurders, wat is schaal?, vragenlijst over fusies. Prijswinnaar justification works. Prezi **S**.*

*Introductie Jeroen:*

- Verandering in schaal in de zorg
- Inleiding proefschrift
- Dimensies aan schaal

*Suggesties SB:*

- Er is een link tussen schaal en het werk van bestuurders: Postma (2015, p. 222): "Structural changes in scale can have unpredictable consequences for managers, professionals and patiënts in the daily organization and provision of care." Postma, 2015, p. 223: "Also

*executives and managers should be aware that scale is a multifaceted concept, in which changes in the one dimension of scale have an impact on the other dimensions. Therefore, they should include a wide range of values and perspectives in decisions on scale."*

- Postma, 2015, p. 215: *"The symbolic dimension of scale is central in these struggles. For example, in the human scale and professional scale discourses, actors define scale in positive terms ('personal attention', 'professional freedom') and contrast those with negative connotations of managers and executives, who are 'miles away, at the top of the organization."*
- In april 2012 heeft onder andere Jeroen Postma een vragenlijst over fusies uitgezet. Interessant: reden fusie, rol bij keuze fusiepartner, positief/negatief effect fusie, tevredenheid fusie. Postma, 2015, p. 35: *"Our empirical study shows that healthcare providers predominantly merge to improve the provision of healthcare services and to strengthen their market position. Also efficiency and financial reasons are important drivers of merger activity in healthcare. We find that motives for mergers are related to changes in health policies, in particular to the increasing pressure from competitors, insurers and municipalities."*

#### **10.40 uur** Kim/Wouter: discussie: Prezi .

*Stap 1: brainstormen: individueel opschrijven associaties*

*Stap 2: prioriteren: individueel rangschikken (score 1 tot 5), daarna gezamenlijk.*

*Stap 3: clusteren: individueel (elk onderwerp mag 1x voor komen).*

*Stap 4: verwerken: adhv clustering onderwerpen dicht bij elkaar of verder van elkaar weg plaatsen. Op basis van stap 2 gemiddeld belang cluster bepalen.*

*Stap 5: interpretatie: x en y as definiëren en conclusies trekken adhv prioriteiten clusters.*

Relevante vragen (achtergrond, wordt niet 'nagelopen')

- Eerst: schrijf voor jezelf op (5 dingen): Wat is de relatie/wisselwerking tussen schaal en (competenties als) bestuurder (kennis, vaardigheden, gedrag)?
  - Wat zijn in jullie optiek verschillen tussen kleine en grote organisaties?
  - Is besturen van een kleine zorginstelling anders dan van een grote?
  - Welke competentieverschillen vraagt een verschillende schaal?
  - Is dit ook gradueel (meer ervaring-grotere instelling)?
  - Wat is groot (fte-omzet-locatie)?
  - Hebben jullie ervaring met schaalvergroting/schaalverkleining?
  - Wat is het effect op besturen?
  - Is er een optimale schaal voor besturen?
  - Stelling: een goede bestuurder kan elke schaal besturen.
- Welke andere variabelen spelen een rol?
  - Is schaal meer bepalend dan bv. sector of zorg/niet-zorg

- Is de fase van de organisatie ook van belang?
- Is het verschil eenhoofdig/meerhoofdig bestuur hieraan gekoppeld en relevant?
- Herkennen jullie dit thema?
- Leeft het verschil onder bestuurders?

**Indien tijd over: Jeroen vertelt nog iets over justification works**

Justification works: Postma, 2015, p. 142: *"A related topic for future research could be the connection between compromises and 'good governance'. Relevant questions are for example: under what conditions do compromises lead to 'good governance' and when does it lead to 'bad' governance?... And how do deductive definitions of good governance (e.g. in guidelines and codes..) reconcile with the inductive interpretations of good governance that are developed bottom-up in daily practices?"*

**12.15 uur Afsluiting focusgroep en lunch**

Prezi S Wouter/Kim: Hoe vond u het?

*Samenvatting door SB, eens?*

Prezi S.

**Volgende bijeenkomst: 8 juni 2016.**

**Invulling**

In de tussentijd: resultaten enquête, theorie naast eerste resultaten interviews leggen.

Bijeenkomst bestaat weer uit focusgroep en stuurgroep.

Kern focusgroep: bespreken enquête, interviews en koppeling theorie.

Kern stuurgroep: Nog nader te bepalen, link justification works?

**12.20 Afsluiting door SB**

#### 4.4 Draaiboek focusgroep 8 juni 2016

##### **Aanwezig:**

Jos de Beer (NVZD),  
 Moniek van Jaarsveld (Warande),  
 Julianne Meijers (Siza),  
 Ernest Muter (NSDSK),  
 Henri Plagge (De Zorgboog).  
 Wouter ten Have (VU/Tenhavchangemanagement),  
 Kim Putters (Erasmus Universiteit/SCP, gastheer)  
 en Sophie Bijloos.

##### **Afwezig:**

Bart Bemelmans (Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis),  
 Richard Janssen (Altrecht GGZ),  
 Marjolein ten Kroode (Rivierduinen),  
 Marc van Ooijen (St. PSW Midden Limburg) en  
 Yvonne Wilders (Spaarneziekenhuis).

**Locatie:** SCP, Rijnstraat 50, 2515 XP Den Haag.

##### **14.00 uur Welkomstwoord door Kim Putters (gastheer)**

Toelichting programma: start met een stuk theorie en de vraag of het onderzoek aansluit bij wat u in de praktijk ervaart. Het tweede gedeelte is zoals eerdere keren: het leveren van input voor het onderzoek.

##### **Stand van zaken onderzoek**

Kim/Wouter: misschien leuk als jullie hier iets over zeggen?

Praktische vraag: ik wil graag in contact komen met headhunters. Suggesties?

**PM** Ik wil de terugblik op de vorige bijeenkomst dit keer achterwege laten: ik heb deze al rond gemaaild.

De 'spelregels' zijn hetzelfde als bij eerdere bijeenkomsten:

- De bijeenkomst wordt opgenomen: graag telefoons uit.
- We zullen proberen de spreektijd gelijkelijk te verdelen over de aanwezigen: voor de opname: graag niet door elkaar heen praten.
- Verschillende meningen zijn welkom, de groep hoeft het niet eens te worden.

- De resultaten kunnen in het onderzoek worden verwerkt, hierbij zullen wel de namen van de focusgroep worden genoemd, maar eventuele citaten zullen niet op persoon/instelling herleidbaar worden opgenomen.

Het programma is iets gewijzigd: na het abstract over de license to operate spreken we inhoudelijk verder over de stakeholders van bestuurders en na het hoofdstuk over besturen een vak? over het zorgbestuurders vs bestuurder ergens anders zijn. Dit sluit bij nader inzien logischer aan.

**14.10 - 14.45 uur Inleiding door SB Abstract 'Measuring the license to operate of healthcare executives in the Netherlands'**

Dit abstract heb ik ingestuurd om te presenteren op een internationaal congres (EGPA). Ik ben inmiddels toegelaten en moet voor 31 juli het definitieve paper indienen.

Ik zal het abstract mondeling kort toelichten.

**Sheet 2**

- Uit mijnbouwindustrie (in the mining industry to describe 'the changing nature of company-community interactions and the level of acceptance afforded to resource development operations'<sup>71</sup>.)
- Meetinstrument: niet alleen legitimiteit wordt gemeten, maar ook de mate van legitimiteit/vertrouwen.

**Sheet 3**

*License to operate: werkdefinitie: een set van eisen en verwachtingen van interne en externe stakeholders en breder, de maatschappij, voor hoe zorgbestuurders zouden moeten handelen.*

**Sheet 4**

Er zijn verschillende manieren om naar bestuurders te kijken vanuit theorie:

---

<sup>71</sup> Moffat e.a., 2015.

- vanuit organisatie-theorieën<sup>72</sup>
- vanuit leiderschapstheorieën (persoonlijke kenmerken)
- Zoeken naar koppeling: rol organisatie/context/persoonskenmerken bestuurder.

## Sheet 5

Hangt samen met vertrouwen en legitimiteit.

Vertrouwen op verschillende niveaus: vertrouwen in persoon hangt samen met vertrouwen in instelling en de industrie als geheel.

Vertrouwen in de persoon wordt gevormd door het vertrouwen in de competenties en intenties van de ander.

Fukuyama (1995) heeft er op gewezen dat het belangrijk is voor het vertrouwen in een samenleving, dat burgers bereid zijn de regels van de overheid te volgen. Hij maakt een onderscheid tussen 'high trust societies' (vertrouwen samenleving) en 'low trust societies' (wantrouwen samenleving). In een high trust society hebben burgers vertrouwen in de staat en wordt wetgeving gerespecteerd. Daar houden burgers zich aan de regels en komt men (ook onderling) afspraken na.

Millenaar e.a., 2013: vertrouwen hangt samen met de toegekende competenties, intenties en integriteit van de vertrouweling aan de te vertrouwen persoon. Daarnaast met het vermogen van degene die het vertrouwen uitspreekt om te vertrouwen. De mate van vertrouwen heeft invloed op de organisatie-uitkomsten.

72 Andrews e.a., 2012, p. 8-9: "Institutional theorists argue that organizational behaviour and performance are constrained by a set of external forces that bestow (or withhold) 'legitimacy'. An organization is perceived as legitimate by powerful stakeholders if its internal arrangements are consistent with prevailing norms (in other words, if it is managed in a way that is 'modern' or 'fashionable'). DiMaggio and Powell (1983) argue that organizations are subject to three types of pressures that shape their characteristics: (1) 'normative' (stemming from prevailing professional beliefs about appropriate management structures and processes), (2) 'mimetic' (arising from the ways in which organizations seek to copy and emulate their apparently more successful peers) and (3) 'coercive' (as a result of laws, regulations and accountability requirements imposed by the state)."

Drath e.a., 2008, p. 638: "Situational approaches focused on aspects of the context such as how a leader emerges through communication patterns (Leavitt, 1951), how seating arrangements predispose people to think of a particular person as the leader (Howells & Becker, 1962), and how the behavior of a leader's boss determines the leader's behavior (Shartle, 1951). Contingency approaches share the idea that the effectiveness of a leader and the desirability of certain leader traits and behaviors come about through an interaction with the situation (Fiedler, 1978; Hersey & Blanchard, 1969; House, 1971; Hunt, 1991; Vroom & Yetton, 1973). Systems approaches to leadership theory (e.g. House & Aditya, 1997; Melcher, 1977) frame leaders as agents operating within a larger system that includes the organization, its structure, the environment, and technology."

**Sheet 6**

Verschillende niveaus van vertrouwen roepen verschillende reacties op

**Sheet 7**

In de zorg: legitimiteit bestuurders ter discussie (gaan we zo nog verder op in). Verwerpen legitimiteit.

Van der Scheer, 2013, p. 184: *"De uitkomsten van dit onderzoek maken duidelijk dat legitimiteit niet alleen afhangt van de rechtmatigheid van het handelen van zorgbestuurders, de maatschappelijke of morele aanvaardbaarheid of de resultaten die zij behalen. Ze wordt ook verkregen door relaties aan te gaan en te onderhouden."*

Uit congrespaper EGPA congres Bijloos, 2015:

*"Healthcare is perceived as one of the biggest national problems by the citizens of the Netherlands."<sup>73</sup> Although trust in medical doctors and specialists is high, trust in institutions and its representatives lags behind.<sup>74</sup> A survey of the NIVEL showed that only 9% of the public trusts healthcare executives.<sup>75</sup>"*

**Sheet 8**

Zorg derde sector: tussen staat, markt en gemeenschap.

**Sheet 9**

Verschillende governance regimes: van publiek, privaat, maar ook professioneel (met name ziekenhuisbestuurders en GGZ bestuurders). Daarbinnen verschillende dynamieken.

**Sheet 10**

*Operationalisatie*

**Sheet 11**

In de zorg heeft elk governance regime zijn eigen moraliteit

**Sheet 12**

Uit de interviews en de literatuur kwam naar voren dat op bepaalde momenten de license to operate gevormd wordt of ter discussie staat...

- Professionalisering

<sup>73</sup> Den Ridder e.a., 2015.

<sup>74</sup> Hoefman e.a., 2015.

<sup>75</sup> Hoefman e.a., 2015.

- Aanstelling/opvolging
- 'Geërfd' vertrouwen
- Organisatieverandering (fusie/defusie)
- Verandering in bestuur
- 'interpretatieconflicten'
- Bij momenten van controle/verantwoording afleggen

### Sheet 13

De license to operate wordt gekregen van bepaalde stakeholders.

### Sheet 14

Putters, 2009.

Al deze stakeholders opereren op verschillende niveaus (collectief en individueel) en hebben een verschillende rol op verschillende momenten.

Uit presentatie op het EGPA congres Bijloos, 2015:

"Patiënts have patiënt organizations, internal and external, but can also be satisfied or dissatisfied as a person with the healthcare organization and can file a complaint, post negative feedback online or go to another healthcare organization.

#### *Power to grant or withal/withdraw license to lead (LL) of stakeholders*

Each of these institutions contributes to the executives' LL, yet the question is: how? To determine the weight of the different parties, and their influence on the executives' LL, stakeholder theory is used. Mitchell et al define the attributes of power, legitimacy and urgency to assess stakeholders. For the LL this is translated into the power to influence the carrier of the healthcare executive, the legitimacy of the stakeholders relationship with the healthcare executive and the urgency of the stakeholders claim to the carrier of the healthcare executive.

This approach sounds awfully calculating: shouldn't there be a moral component to the work of the executive instead of only worrying about his/her carrier? The reason to frame it like this is because we try to find the LL and the moment it is withheld or withdrawn, this impacts the carrier of the executive. However, the executive him-/herself is hereafter described as one of the stakeholders, because he/she has an own set of values and is also capable of impacting he's/her own LL.

To determine the SLO Thomson and Boutilier describe four factors: economic and socio-political legitimacy and interactional and institutionalized trust.<sup>76</sup> Economic legitimacy is key to achieve acceptance (cross the legitimacy boundary), socio-political legitimacy and interactional trust together to achieve approval (cross the credibility boundary) and institutionalized trust to achieve psychological identification (cross the trust boundary). Thomsons and Boutiliers pyramid offers an interesting perspective to look at trust in healthcare executives on the three levels of interpersonal, institutional and public trust.<sup>77</sup>

## Sheet 15

### Sheet 16

In de mijnbouw is het zo geoperationaliseerd.

Te simpel. Het gaat ook om de relatie tussen het vertrouwen in de bestuurder, de organisatie en de sector als geheel. Op verschillende momenten zijn verschillende stakeholders van belang en zijn verschillende factoren bepalend voor het vertrouwen. Daarom onderzoek ik deze momenten.

Er ontstaat maatschappelijke vertrouwen als er een goed functionerend governance systeem is. Governance is dus noodzakelijk omdat in een samenleving de een het behartigen van zijn belang over laat aan de ander8. Het doel van governance is te zorgen dat degene die het belang behartigt dat zo goed mogelijk doet. Governance is dus ook een middel om maatschappelijk vertrouwen te scheppen.

Governance op zichzelf brengt niets tot stand. Een onderneming maakt geen winst door alleen good governance. Good governance leidt niet tot de aanleg van wegen of professionele behandeling van patiënten. Wel draagt governance bij aan maatschappelijke stabiliteit en maatschappelijk vertrouwen.

Ik ben benieuwd naar uw eerste reactie op het abstract. Ook ben ik benieuwd of u zich herkent in de aangesneden thematiek.

### Sheet 17

#### **14.45 – 15.30 uur Stakeholderanalyse**

Uit de enquête komt een beeld wie voor u belangrijke stakeholders zijn, hoeveel tijd u met de verschillende stakeholders doorbrengt en hoeveel prioriteit ze voor u hebben.

<sup>76</sup> Thomson en Boutilier, 2011.

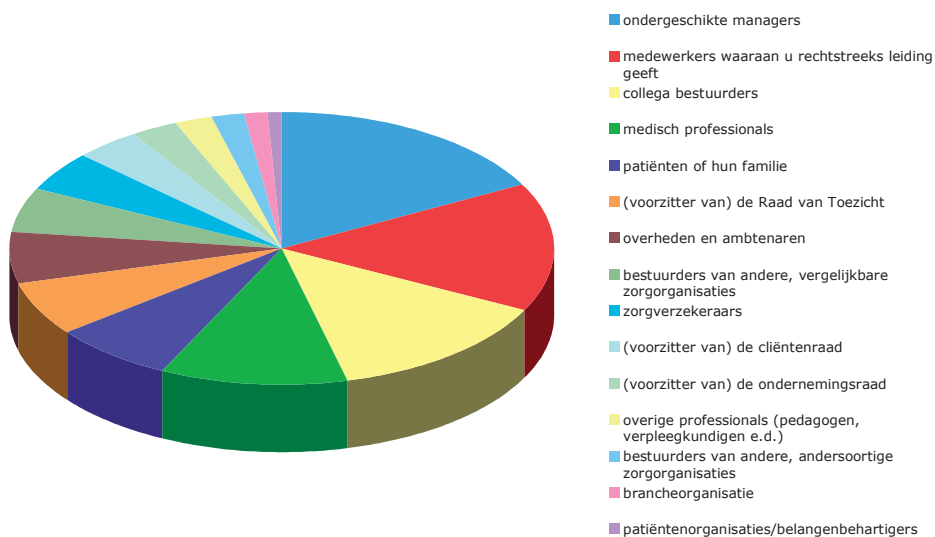
<sup>77</sup> see also Van der Schee e.a., 2012.

Deze uitkomsten lijken voor een gedeelte niet logisch aan te sluiten op de uitkomsten over hoe zorgbestuurders hun eigen rol en taak zien. Ik zal dit op 8 juni nader toelichten en met u kijken of we deze tegenstrijdigheid kunnen duiden en verklaren.

Ongeveer 65% van de tijd besteden bestuurders aan interne zaken. Dit is door de jaren heen ongeveer gelijk gebleven. Tussen sectoren zijn hier wel verschillen: ziekenhuis-bestuurders brengen meer dan 10% van hun tijd minder door met externe zaken dan bestuurders in de gehandicaptenzorg. Dit heeft met name te maken door een toename in de tijd die bestuurders in de gehandicaptenzorg extern doorbrengen, terwijl deze voor bestuurders in de zorg ongeveer gelijk is gebleven sinds 2000.

Bestuurders besteden gemiddeld ongeveer de helft van hun tijd aan zorginhoudelijke taken (44%) en de andere helft aan beheersmatige taken (56%). In het algemeen is de aandacht voor de zorginhoud toegenomen: er wordt gemiddeld bijna 5,5 uur meer per week aan besteed.

### Sheet 18



### Sheet 19

When there is a fellow executive, he/she is the most important stakeholder. The professional governance seems the most important regime. The focus of the healthcare executive is first and foremost to the internal organization. The formal institutions seems to play a less important role than the individuals they represent (for example patients/patient organizations).

**Sheet 20**

Bestuurders brengen het meeste tijd door met hun managers en als ze deze hebben, hun collega's.

Klopt dit een beetje met het beeld dat u zelf heeft?

Gaat dit over het belang dat u zelf aan deze stakeholders hecht of de organisatie?

Zou dit voor de license to operate op eenzelfde manier gelden?

**Sheet 21**

In deze grafiek is het belang dat bestuurders in de verschillende sectoren aan de verschillende bestuurlijke rollen hechten tegen elkaar afgezet. De rol van bestuurder die de strategische lijnen uitzet naar de toekomst is voor alle bestuurders de belangrijkste rol. De rol van tussenpersoon is voor bestuurders uit de ziekenhuizen en combinatie instellingen een belangrijke rol. De rol van boegbeeld/ambassadeur van de organisatie naar buiten en naar binnen is ook een belangrijke rol. De rol van ondernemer is voor bestuurders in de gehandicaptenzorg ook van belang. De meer managementachtige rollen, zoals het sturen op efficiënte productie en de regisseur die zorgt dat zorgprocessen soepel verlopen vinden bestuurders minder belangrijk.<sup>78</sup>

Het zijn van tussenpersoon tussen binnen- en buitenwereld en boegbeeld van de organisatie naar buiten en naar binnen worden dus gezien als belangrijke rol.

**Sheet 22**

In de enquête is een vraag opgenomen hoe aan ondernemerschap invulling wordt gegeven. Het aangaan van samenwerkingsrelaties is hierbij een belangrijke manier.

Toch wordt veel tijd intern doorgebracht en worden de externe stakeholders niet als de belangrijkste stakeholders gezien. Hoe is dat te verklaren?

Als we nu kijken naar de taak van bestuurders, zien we dat het merendeel van de bestuurders het meest trots is op de kwaliteit van de zorg die geleverd wordt, daarna de

<sup>78</sup> Het 'boegbeeld' of de 'ambassadeur' van de organisatie naar buiten en naar binnen

De 'bestuurder' die strategische lijnen naar de toekomst uitzet

De 'manager' die ervoor zorgt dat de productie efficiënt en volgens afspraken verloopt

De 'regisseur' die ervoor zorgt dat zorgprocessen soepel verlopen

De 'tussenpersoon' die verbindingen legt tussen de binnen- en buitenwereld van de organisatie

De 'ondernemer' die vernieuwingen introduceert en nieuwe 'markten' aanboort.

economische gezondheid van de organisatie en daarna de maatschappelijke functie. Met dit in het achterhoofd, lijkt het logisch dat de meeste tijd intern wordt doorgebracht.

### Sheet 23

U geeft aan dat u zich het meest verbonden voelt met de organisatie waar u voor werkt, daarna met de (problematiek van) cliënten en op drie met de grotere maatschappelijke vraagstukken aangaande de zorg.

### Sheet 24

Ik heb de respondenten gevraagd hoe zij het belang van patiënt/cliënt mee nemen in hun beleid. Het belang van de patiënt wordt vooral meegenomen door de inbreng van cliënten/patiëntenraden. Het directe contact met de cliënt en cliëntenraden is 2,5 uur per week. Extern brengen bestuurders minder dan een uur per week met patiëntenorganisaties door. Daarnaast door mee te lopen in de organisatie en op drie door terugkoppeling van medewerkers.

De inbreng van cliënten/patiëntenraden is volgens u dus relevant om het belang van de cliënt mee te nemen in de besluitvorming. Waar ik benieuwd naar ben is of dit belang van de cliënt voor u ook bepalend is om de kwaliteit van zorg die geleverd wordt in uw instelling vast te stellen.

### Sheet 25

#### **15.30 uur – 16.15 uur Redeneerlijn hoofdstuk 1: besturen een vak?**

Ik zal dit ook mondeling kort toelichten.

Dit onderzoek richt zich op mensen die leiding geven aan zorginstellingen. Dit is relevant en interessant omdat deze groep onderwerp is van discussie in de politiek en media en omdat de groep zichzelf in toenemende mate beschouwt als beroepsgroep.

Centraal in dit hoofdstuk staat de vraag hoe de professionele ontwikkeling van zorgbestuurders is vormgegeven. Het gaat om hoe zij zich vormen tot zorgbestuurder (vooropleiding/ervaring) en hoe ze zich als ze eenmaal bestuurder zijn verder professionaliseren. Om deze vraag goed te kunnen beantwoorden wordt ook onderzocht of besturen in de zorg eigenlijk wel een beroep is waarin je je kan professionaliseren.

Het belang van alle professionals is dat hun beroepsgroep maatschappelijk goed staat aangeschreven, dat er waarborgen zijn voor kwaliteit en dat er maatschappelijk vertrouwen in die kwaliteit bestaat. (Hoek, 2007)

Dit wordt ook onderschreven door Hoek, 2007, p. 30: *"In professionals governance wordt de macht van de individuele beroepsbeoefenaar in- geperkt door de professionele standaards, de opleiding, de visitatie en de registratie. En als dat niet voldoende is, meestal ook nog door een vorm van eigen tuchtrecht."*

Noordegraaf e.a., 2015, p. 3: *"There seems to be an increasing mismatch between professional workers, professional fields and how they are regulated on the one hand, and external surroundings, social challenges and public expectations on the other. This mismatch affects performance. When professional knowledge, development, norms, identities and competencies do not match tasks, duties and challenges, the quality of services and social effects will be negatively affected."*

*This mismatch may occur in several fields, each of them potentially jeopardising the professional's performance:*

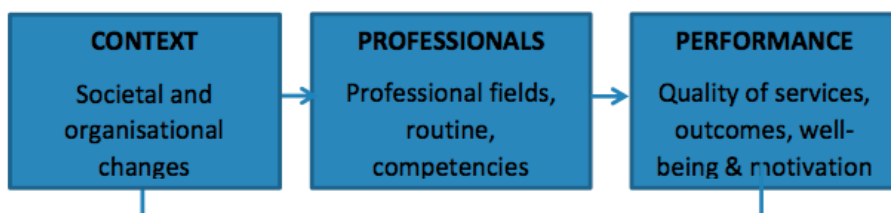
1. *Technical: professional knowledge, evidence, methods might be fragmented and contested, and/or not effective for dealing with cases.*
2. *Practical: professional skills and behaviours as well as professional development might be inadequate to deal with social challenges.*
3. *Moral mismatch: unclear values and weak ethical guidelines might be at stake, fuelled by publicly exposed failures (Enron, Shipman, et cetera).*
4. *Political: politicians expect problems to be solved and risks eliminated, which might be at odds with professional outlooks.*
5. *Personal and social: the professional's motivation and well-being may have deteriorated."*

(1) *Context*: economic, social, technological and organisational changes.

5

(2) *Professionals*: professional fields, routines, competencies, professional work.

(3) *Performance*: quality of services, results/outcomes, motivation/well-being.



*Figuur Noordegraaf e.a., 2015, p. 6: Figure 1. Professional performance: Conceptual model*  
*The CPP model in figure 1 allows us to identify critical research themes and questions, as the relations between the core variables (Context-Professionals-Performance) open up multiple research areas. Taken together, they explain what professional responses occur, why and when, and with what effect.*

### **Plaats in het proefschrift:**

Mijn onderzoeksvraag is 'hoe wordt de license to operate van zorgbestuurders gevormd?' Deze vraag beantwoord ik langs de levensloop van zorgbestuurders. In dit hoofdstuk staat centraal hoe zorgbestuurders zorgbestuurder worden, het gaat dus om de vorming/vooropleiding. Het is dus het begin van de levensloop. Het hoofdstuk draagt bij aan het nader definiëren van 'zorgbestuurder' en geeft inzicht hoe de professionalisering van zorgbestuurders bijdraagt aan het verkrijgen van hun *license to operate*.

### **Opbouw hoofdstuk**

Het hoofdstuk start met een theoretische beschouwing over beroepsvorming met behulp van professionaliseringsliteratuur.

## Sheet 26

- Definitie professie: "*a vocation founded upon **specialised educational training**, the purpose of which is to supply objective counsel and service to others, for a direct and definite compensation, wholly apart from expectation of other business gain. Professional societies and its members are characterised by some extent of internal regulation and quality control, autonomy, power, status and prestige. There are two sides to such regulation: (a) the **distinct right of professionals to perform acts** that people are otherwise forbidden to do and (b) **an obligation of the professions to organise internal control of quality of work**. Only with obvious quality of work, transparent quality control and a not unreasonable honorarium for services, society is willing to **trust** the professions.*" Noordegraaf e.a. (2015, p. 2) [markering toegevoegd].
- Bij deze definitie en anderen van professies wordt als uitgangspunt genomen dat de groep expert knowledge heeft.
- Maar: wat wordt gezien als professie is niet statisch en het woord wordt ook gebruikt in verschillende contexten en met verschillende betekenissen.
- Bovendien is het woord professie waardegeladen: het kan gebruikt worden om bepaalde belangen te dienen, oftewel: er zijn voordelen aan om jezelf als beroepsgroep te zien, namelijk: (1) "*It recognises the professionalism, body of knowledge and practical competence of our members*" (i.e., "*We have joined the premier league of professional bodies*"); (2) "*It makes us even more of a 'must belong' body for anyone who is professionally involved in people management and development*"; and (3) "*Our charter means that we are recognised as a 'must consult' body by policymakers in government and elsewhere on the whole range of people issues and work*" Armstrong 2000 p. 54 in Watson, 2002, p. 103.
- Gezien de lading die op de term 'professie' rust en het feit dat de definitie van wat een professie is verandert door de tijd, is het interessanter om de 'professional-talk' te ontleden dan om de vraag te beantwoorden of zorgbesturen een professie is (immers: dat hangt ervan af in wiens ogen, op welk moment en in welke context).

Vervolgens een korte discourseanalyse: hoe wordt in de politiek, door wetenschappers en door de NVZD als beroepsvereniging en door bestuurders zelf gesproken over zorgbestuurders als groep?

### De NVZD:

- zorgbestuurders zijn eindverantwoordelijken van organisaties die WTZi toegelaten zijn of directe zorg verlenen.
- Besturen is een vak: accreditatie, professionalisering, vakontwikkeling.

### Branches

- De laatste versie van de Zorgbrede Governance code is in 2010 door de zorgbranches opgesteld. Het doel was om *"aan te zetten tot nadenken over het eigen functioneren en – als gevolg daarvan – tot professionalisering van bestuur, toezicht en het samenspel tussen beide."* *"De code betekent transparantie: het is duidelijk wat men van good governance kan verwachten en er is de plicht om zich daarover te verantwoorden."* *"De code moet bijdragen aan het vertrouwen van de omgeving in de zorgorganisatie."* *"Een ander element dat bijdraagt aan deze code is het gegeven dat het gaat om zelfregulering. De sector zelf wil dat bestuur en toezicht goed functioneren."* *"De sector wil met deze code ook bereiken dat de overheid de sector voldoende ruimte geeft om adequaat invulling te geven aan maatschappelijk ondernemerschap."* (BoZ, 2009, p. 9-10).

### De wetenschap:

- Zorgbestuurders begeven zich in drie governance regimes: het professionele, publieke en private.
- Zorgbestuurders zijn embedded agents: verbindende schakel tussen organisatie en buitenwereld.
- Zorgbestuurders zijn nobele wilden.
- Zorgbestuurders moeten eisen van overheid, markt, gemeenschap en medisch specialisten zien te wegen en deze weging verantwoorden.
- De politiek:
  - Professionele discours: vakbekwaamheid, professionalisering, bestuurderscultuur, moreel kompas van bestuurders, bestuurderstoets, gilde, bestuursverbod en niet vrijblijvende toelating branche.
  - Maar, geen pleidooi voor beroepsgroep met hoge autonomie: werving gebeurt door raad van toezicht (bij medici door medici), pleidooi voor externe toets, meer inspraak stakeholders (met name cliënt/medewerkers) ook bij codes en accreditatie
  - De huidige groep bestuurders wordt niet als de juiste gezien: macht ligt bij de verkeerde: bestuurders van grote instellingen hebben tijd om zich te organiseren, maar staan ver af van het primair proces. 'oud denken' onder bestuurders: niet mee gaan met de tijd (sluiting verpleeghuizen etc).
  - De minister benadrukt het complex werk van bestuurders
  - De kamer ziet bestuurders als groep die een redelijk inkomen moeten verdienen.
  - De wet: onbehoorlijke taakvervulling juridische ondergrens. In de zorg extra zorgplicht kwaliteit en veiligheid (jurisprudentie).

### Bestuurders zelf:

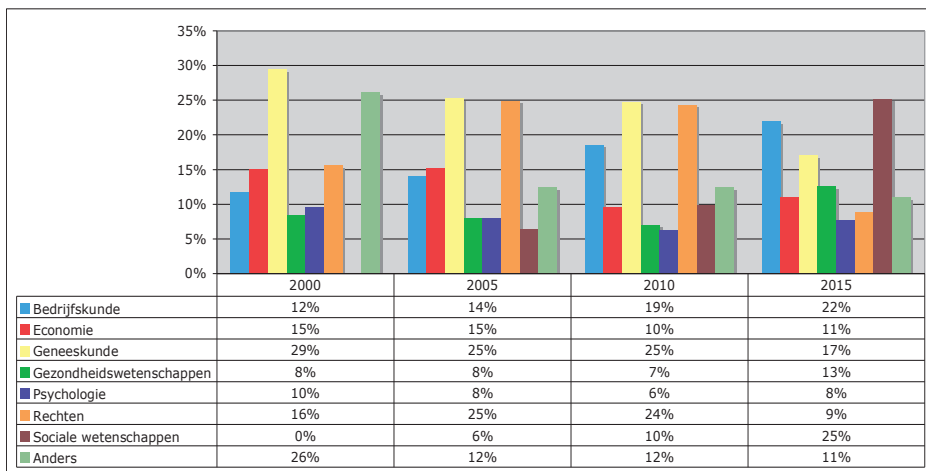
- Bestuurders zien zich zelf eerder als verbinder dan als expert: zie ook expertisegebieden accreditatie.

- In de eerste plaats verbonden met organisatie, cliënten en maatschappelijke vraagstukken, daarna pas met medebestuurders.
- Zorgbestuurders bewegen wel tussen sectoren, uitzondering: ziekenhuis- en GGZ-bestuurders.

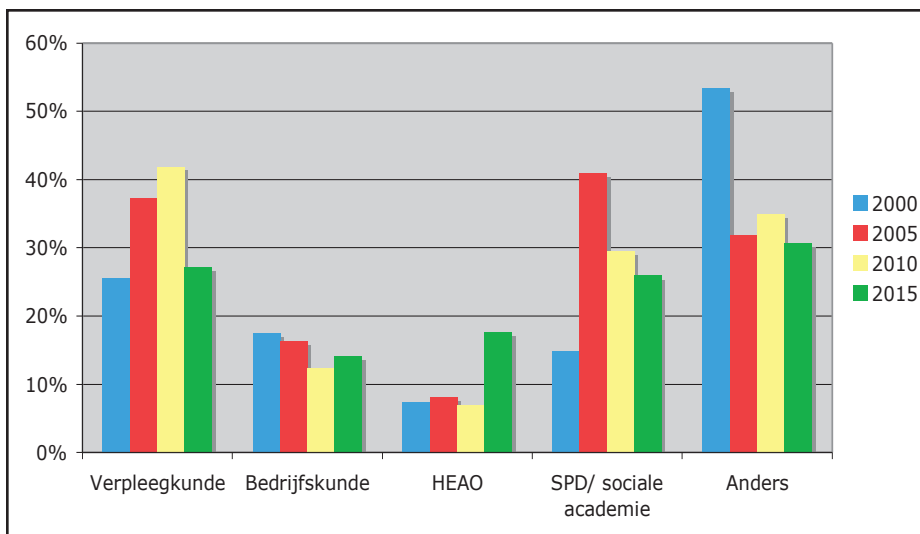
Wat is het professionaliseringstraject van zorgbestuurders?

### Sheet 27

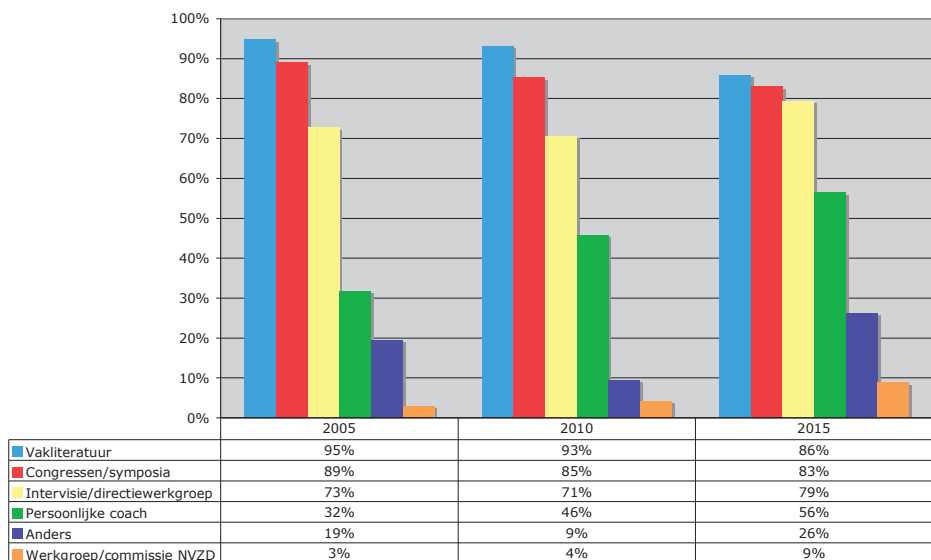
- Uit enquête blijkt dat vooropleiding bestuurders heel divers is, maar merendeel hoger opgeleid (80% universitair, 28% hbo).
- We zien verschuivingen in het soort universitaire studierichtingen dat door bestuurders is gevolgd. Opvallend is bijvoorbeeld dat in 2000 29% van de bestuurders een geneeskundige achtergrond had. In 2005 en 2010 is dit 25%, maar in 2015 nog maar 17%. Er is een toename in bestuurders met een bedrijfskundige achtergrond. **Sheet 27.**



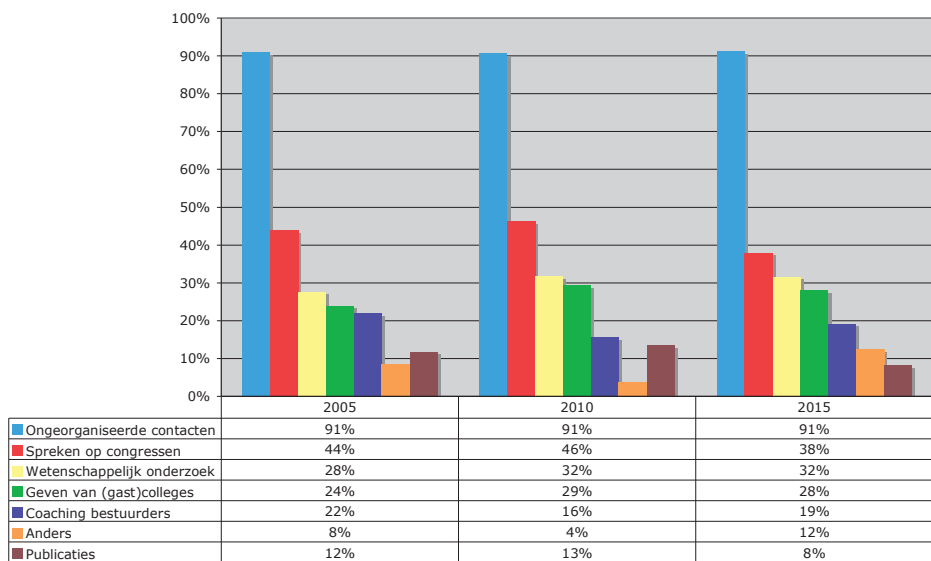
## Sheet 28



- Uit interviews en terugkoppeling in focusgroep blijkt dat ervaring voor bestuurders meer centraal staat bij hun vorming dan vooropleiding.
- Maar: Bijna 90% van de bestuurders heeft één of meer post-academische opleidingen gedaan. Dit is door de jaren heen een redelijk stabiel percentage.
- Naast het volgen van opleidingen zijn er ook andere manieren waarop bestuurders aan hun vak werken. Het lezen van vakliteratuur is voor bestuurders (naast opleidingen) de belangrijkste manier om zich te ontwikkelen, gevolgd door deelname aan congressen of symposia en deelname aan intervisie- of directiewerkgroepen. Ten opzichte van 2000 is er een toename van het aantal bestuurders die een persoonlijke coach hebben en een afname van het lezen van vakliteratuur.



Kennisdeling vindt ook op andere manieren plaats, waarvan het meest door ongeorganiseerde contacten.

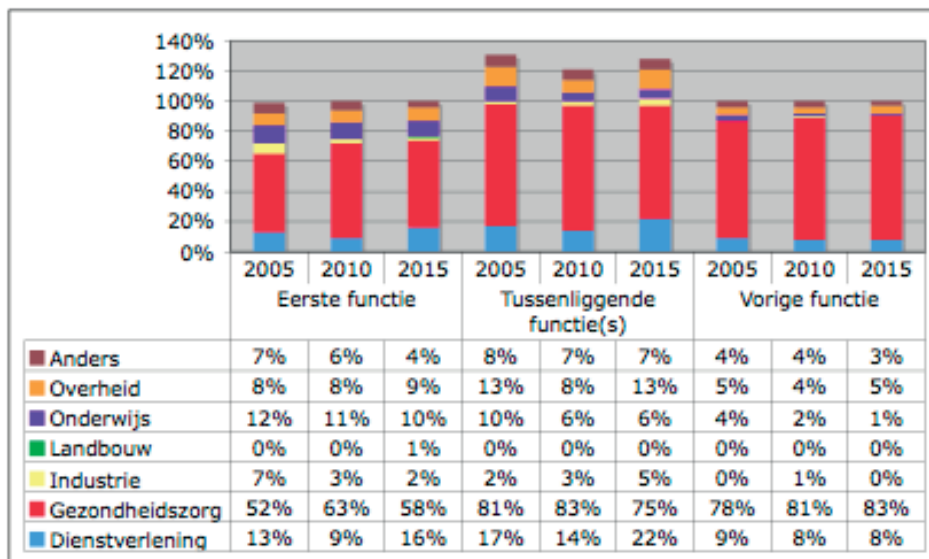


### Carrièreverloop

De meeste bestuurders starten hun carrière in de gezondheidszorg (58%). In de functie(s) daarna neemt het aandeel bestuurders die in de gezondheidszorg verder gaan toe (75%), maar zijn ook de dienstverlening (22%) en de overheid (13%) voorkomende

carrièrepaden. De functie voorafgaand aan de huidige functie heeft het overgrote merendeel van de bestuurders in de gezondheidszorg uitgeoefend (83%).

### Sheet 29



De eerste managementfunctie hadden bestuurders gemiddeld 25 jaar geleden. Sinds 2000 is het langer geleden dat bestuurders begonnen met hun eerste managementfunctie.

### Sheet 30

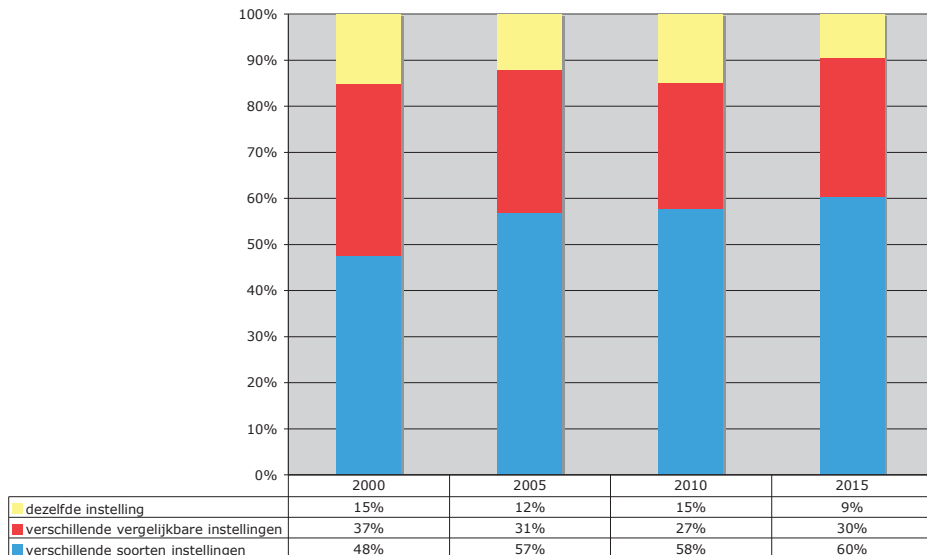
Ook het totaal aantal uitgeoefende managementfuncties neemt toe van 3,3 in 2000 naar 5,5 in 2015. De toename van het aantal directiefuncties is niet in lijn met de toename van het totaal aantal managementfuncties, maar blijft hierbij achter (1,9 in 2000, 2,2 in 2015). Het aantal functies binnen de gezondheidszorg stijgt van 2,3 in 2000 naar 3,8 in 2015.

Bestuurders van wie de huidige functie niet de eerste eindverantwoordelijke functie is hebben vaker managementfuncties buiten de gezondheidszorg gehad dan bestuurders van wie het wel de eerste eindverantwoordelijke functie is. Nieuwelingen komen dus uit de zorg, ervaren bestuurders ook steeds meer van buiten.

Van de bestuurders die meerdere functies binnen de gezondheidszorg hebben uitgeoefend, heeft het merendeel die functies in verschillende soorten organisaties uitgeoefend (bijvoorbeeld een ziekenhuis en een organisatie voor verstandelijk gehandicapten). Bij

de ziekenhuizen en GGZ zijn is het percentage bestuurders dat uit de eigen sector komt (iets boven de 40%) groter dan in de andere sectoren.

### Sheet 31



### Sheet 32

#### Voorlopige conclusies

Zorgbestuurders gedragen zich als een beroepsgroep in wording. Ook de politiek lijkt hen als een beroepsgroep te zien. Echter, een aantal typerende elementen voor een beroepsgroep ontbreken:

- Er is geen gedeelde vooropleiding (maar het gevoel dat 'expert knowledge' nodig is, groeit)
- Er is geen vertrouwen in het zelfreinigend vermogen (passend bij beroepsgroep),
- aanname gebeurt niet door bestuurders zelf (of je zou bestuur en toezicht als 1 groep: governance met verschillende spelers (zoals MS) moeten zien)
- Er wordt nog uitgegaan van 'kwakzalverij': de rotte appels zijn nog niet verwijderd
- beeld wat goed besturen is, is diffuus.
- De groep krijgt geen autonomie: deze is hiervoor te machtig: formeel betrekken stakeholders, politiek wil 'zwakken' (cliënt/patiënt) beschermen.

De tweede helft van de in het begin genoemde definitie raakt overigens wel zorgbestuurders: ze hebben een beroepsvereniging (NVZD) en een eigen kwaliteitsinstrument

(accreditatie). Dit laatste kan leiden tot een beschermde titel wanneer accreditatie verplicht wordt. Oftewel: het lijkt dat zorgbestuurders zich als beroepsgroep gedragen of een beroepsgroep in wording zijn.

Er is dus nog geen legitimiteit voor zorgbestuurders als beroepsgroep, wel bestaansrecht. Ze worden wel als groep gezien door beroepsvereniging, politiek, wetenschap (en bestuurders zelf?).

Zorgbestuurders hebben te maken met verschillende contexten. Er zijn wel gemeenschappelijke kenmerken: naast de algemene plicht voor alle bestuurders van een behoorlijke taakvervulling, hebben ze ook een verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van zorg. Deze vullen ze in in de context van markt, gemeenschap, overheid en instelling zelf. Ze begeven zich in dezelfde governanceregimes, ze hebben gedeelde visie op leidinggeven en dezelfde uitdagingen.

Over het professionaliseringstraject van bestuurders:

- Bestuurders zijn over het algemeen hoger opgeleid
- Getogen in de zorg,
- Hebben twintig jaar plus managementervaring,
- Volgen post-academische opleidingen,
- Werken daarnaast ook op andere manieren aan hun vak, zoals door het lezen van vakliteratuur,
- Werken in verschillende sectoren in de zorg.

### **Vragen focusgroep**

- Problematisering onderzoek: is het wel zinvol om zorgbestuurders als groep te onderzoeken oftewel: vormen ze wel een groep die op de een of andere manier verbonden is?
- Wat is het profiel van zorgbestuurders/wie zijn zorgbestuurders? Als het al een groep is die op de een of andere manier aan elkaar verbonden is: waarin lijken ze dan op elkaar?/wat is het professionaliseringstraject van zorgbestuurders?

Ook hier ben ik benieuwd naar uw eerste reactie. Daarnaast vraag ik me af of u de conclusies herkenbaar vindt en of u hier nog hiaten in ziet. Onderaan het stuk staan enkele vragen aan u.

### **Sheet 33**

**16.30 uur – 16.50 uur**

2. Is ZORGbesturen een vak?

In het bijgevoegde hoofdstuk 1 ga ik in op het vak van zorgbesturen. Hiermee is geïmpliceerd dat dit een ander vak is dan besturen in andere sectoren. Deze aanname lijkt onderbouwd door het profiel van zorgbestuurders, omdat zorgbestuurders vaak in de zorg hun ervaring hebben opgedaan.

Echter, in een artikel uit 2008 over de professionalisering van zorgbestuurders van Noordergraaf wordt gesproken van meerdere stromingen: sommige universiteiten bieden opleidingen aan vanuit de veronderstelling dat zorgbestuurders met name bekwaam moeten worden in het besturen, anderen vanuit de aanname dat zorgbestuurders zich met name moeten bekwamen als bestuurder in de zorg. Ik ben benieuwd hoe u hiernaar kijkt: is besturen in de zorg anders dan besturen in andere sectoren? En zo ja, waarom/zo nee, waarom niet? Welke consequenties heeft dit voor het onderzoek?

Noordergraaf en van der Meulen, 2008, p. 1068: *"Professionalization is no neutral phenomenon, because big personal, financial and organizational stakes are at play, and because political and professional circumstances offer many ambiguities.*

*What is surprising in Dutch health care, then, are the following. First and foremost is the wide-ranging coverage of the NVZD, covering around 90 per cent of Dutch health care delivery, despite heterogeneous activities and affiliations. Furthermore, the appearance of 'friendly fragmentation' in executive circles, with executives who have – and are taught to have – different views on health care, but who are all members of the NVZD, visit the same conferences, read the same magazines and brochures, and formally subscribe to the same code of conduct. Despite a big 'businesslike versus critical' divide, both 'camps' interact a great deal. Although this will not be unique for The Netherlands, it might be reinforced by Dutch corporatist roots and a 'hybrid' health care system, with an intricate intermingling of state, market and civil society. Although power plays surround executive professionalization, even this power play can be 'professional'."*

Vanaf de jaren 80 van de twintigste eeuw is een neo-liberale beweging in gang gezet in de gezondheidszorg, wat leidde tot botsingen tussen (een groeiend) management en (medische) professionals. De term 'manager' werd zelfs vanaf de jaren 80 geïntroduceerd in de gezondheidszorg. Daarvoor was een manager vaak een primus-inter-pares; een medische professional met parttime managementverantwoordelijkheden (Noordergraaf en Van der Meulen 2008). Een van de oplossingen van de managers was om te professionaliseren met het doel van manager in de gezondheidszorg een nieuw beroep te maken met een eigen identiteit, gedeelde standaarden en een homogene vorm van controle (Noordergraaf en Van der Meulen 2008). Past bij een heterogeen beroep als dat van zorgbestuurder wel een standaardisering? Is besturen een vak op zich? Hoe past de

bestuurder als werknemer/lerend subject hierin (zie ook Van der Scheer 2008)? En wat moet de standaard zijn? Wat is de motivering om besturen als vak te (gaan) zien? Professioneel pluralisme, politieke en symbolische overwegingen kunnen bijdrage aan de hang naar professionalisering. Zo kan met educatie een beroepsmatige onafhankelijkheid worden veroverd ten opzichte van krachten van buitenaf. Maar er zijn verschillende inzichten wat de academische oriëntatie van een bestuurdersopleiding zou moeten zijn, sommige richten zich meer op cognitieve vaardigheden en andere meer op praktische vaardigheden van de (toekomstige) bestuurder. Ook het doel verschilt; waar de ene opleiding zich richt op de persoonlijke ontwikkeling en carrière van de deelnemer, is de andere opleiding er meer op gericht het vak van bestuurder in de zorg te verbeteren (zie ook Noordergraaf en Van der Meulen 2008). Of deze twee doelstellingen elkaar tegenspreken is natuurlijk de vraag (een opleiding medicijnen dient ook beide doelen). Het is ook de vraag of het besturen in de gezondheidszorg wezenlijk anders is dan het besturen in andere sectoren. Hoewel het Rijnlandse model deze vraag bevestigend beantwoordt, is volgens het Anglo-Saxische model een bestuurder in de zorg een 'normale' zakenman (Noordergraaf en Van der Meulen 2008).

## Sheet 34

### **16.50 uur Afsluiting focusgroep en lunch**

Prezi **S** Wouter/Kim: Hoe vond u het?

*Samenvatting door SB, eens?*

Prezi **S**.

**Volgende bijeenkomst: 4 november of 2 december.**

### **Invulling**

Toesturen artikel license to operate, hoofdstuk 1.

Zelfde soort inhoud als deze focusgroep: theorie en verzoek om input.

Dank

#### 4.5 Draaiboek focusgroep 2 december 2016

##### **Aanwezig:**

Jos de Beer (NVZD, gastheer),  
 Bart Bemelmans (Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis),  
 Moniek van Jaarsveld (Warande) (onder voorbehoud),  
 Richard Janssen (bijzonder hoogleraar NVZD leerstoel),  
 Julianne Meijers (Siza),  
 Ernest Muter (NSDSK),  
 Marjolein ten Kroode (Rivierduinen),  
 Marc van Ooijen (St. PSW Midden Limburg)  
 Henri Plagge (De Zorgboog) en  
 Yvonne Wilders (Cordaan).  
 Wouter ten Have (VU/Tenhavemanagement),  
 Kim Putters (Erasmus Universiteit/SCP)  
 en Sophie Bijloos.

Locatie: NVZD, Noordweg Noord 150 te Zeist (Mateozaal).

##### **Presentatie**

##### **14.00 uur Welkomstwoord door Jos de Beer (gastheer)**

Korte kennismaking voor zover nodig.

##### **Stand van zaken onderzoek en toelichting programma door Sophie**

Toelichting programma: weer een tweeledig doel:

Theoretisch kader toetsen: is dit een zinvolle manier om naar het werk van zorgbestuurders te kijken?

Input voor onderzoek, met name het hoofdstuk over legitimeren en verantwoorden.

##### **SHEET 2 Hoofdstukindeling**

| Inleiding | Theoretisch kader | Metho-<br>dologie | 1                          | 2                         | 3                                  | 4                                    | 5                 |
|-----------|-------------------|-------------------|----------------------------|---------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------|
|           |                   |                   | Scholing<br>en<br>ervaring | Werving<br>en<br>selectie | Dagelijks<br>werk:<br>complexiteit | Legitimeren en<br>verantwoor-<br>den | Nalaten-<br>schap |

De license to lead bestaat uit het geheel van eisen en verwachtingen van zowel interne als externe stakeholders en de maatschappij waaraan zorgbestuurders moeten voldoen om legitimiteit en vertrouwen te krijgen, houden en vergroten.

**SHEET 3**

Drie niveaus: micro, meso en macro niveau.

**SHEET 4**

Legitimiteit: input – throughput – output.

**SHEET 5**

Dit heeft veel raakvlakken met het plaatje dat ik eerder liet zien over de license to lead.

**SHEET 6**

Legitimiteit verkrijgen oftewel geaccepteerd worden gebeurd door middel van economische legitimiteit: het is rendabel dat deze persoon/organisatie er is. Dit is dus gericht op de uitkomst. Om geloofwaardigheid te verkrijgen oftewel goedgekeurd te worden, moet er sprake zijn van socio-politieke legitimiteit (eerlijkheid, verwachtingen waarmaken, maatschappelijke doelstelling behalen) en interactioneel vertrouwen (wederkerigheid/participatie). Dit is met name op het proces gericht. Om vervolgens vertrouwt te worden (psychologische identificatie te behalen) moet er sprake zijn van institutioneel vertrouwen (belangen worden geborgd en gerespecteerd): input legitimiteit.

**SHEET 7**

Na 8 juni (vorige focusgroep): paper EGPA congres theoretisch kader, input EGPA en aio dagen aangescherpt. Met Kim en Wouter hoofdstukindeling en analysekader uitgekristalliseerd, met Jos accenten gelegd. Op NVZD congres (30 november) samen met Richard Janssen gepresenteerd. Boek over enquête eind dit jaar?

Vier interviews met searchers gehad. Nu: data analyseren.

**14.15 - 14.45 uur Ronde 1****PM rolverdeling Kim-Wouter.**

***Ik wil meteen meeschrijven om in de volgende ronde alvast de basis voor de discussie te hebben. Ik wil jullie dus vragen of jullie willen helpen om te zorgen dat de casus gaat over het hoofdthema (license to lead onder druk/verliezen), wordt uitgevraagd op input (persoon bestuurder)-throughput (proces) en output (resultaat) legitimiteit en concreet blijft: het is voor de analyse nuttig om eerst de casus goed in kaart te brengen en meningen te scheiden van feiten. Verder is het natuurlijk bijzonder dat ze hierover open willen praten.*** De 'spelregels' zijn hetzelfde als bij eerdere bijeenkomsten:

- De bijeenkomst wordt opgenomen: graag telefoons uit.
- We zullen proberen de spreektijd gelijkelijk te verdelen over de aanwezigen: voor de opname: graag niet door elkaar heen praten.

- Verschillende meningen zijn welkom, de groep hoeft het niet eens te worden.
- De resultaten kunnen in het onderzoek worden verwerkt, hierbij zullen wel de namen van de focusgroep worden genoemd, maar eventuele citaten zullen niet op persoon/instelling herleidbaar worden opgenomen.

Ook is het van belang onderling afspraken te maken: kunnen we afspreken dat we in vertrouwen met elkaar spreken: wat er hier gedeeld wordt is onder ons?

Als er bestuurders zijn die niets inbrengen: hun rol toelichten (reflectie, doorvragen). Ik heb ruimte ingepland voor 9 casus: de rest kan dus alsnog een casus inbrengen, mochten ze dat toch willen.

Per casus 10 minuten (tijd bewaken):

Ieder krijgt 5 minuten om casus toe te lichten aan de hand van deze vragen (rondgestuurd, sluit aan bij input-throughput-output legitimiteit):

- Wat was de situatie?
- Hoe stond de license to lead onder druk (input)?
- Hoe ben je/zijn anderen om gegaan met de situatie (proces)?
- Wat was het resultaat (output)?
- Eigen reflecties en conclusies

Vervolgens is er 5 minuten ruimte voor het stellen van vragen en reflecties door de groep.

Ingebrachte casus (volgorde enigszins willekeurig, maar in principe hanteren):

- [namen weggehaald].

## **16.00 - 16.45 uur Ronde 2**

### **PM rolverdeling Kim-Wouter.**

***Ook hier wil ik weer graag meeschrijven. Ik wil jullie vragen om de 'spreektijd' te verdelen en de verschillende niveaus langs te gaan. Ik kan tussendoor per niveau onze conclusies samenvatten.***

16.00 uur – 16.10 uur: opschrijven wat de eigen en andere casussen zeggen over de legitimiteit en het vertrouwen in bestuurders op micro, meso en macro niveau.

Reflecties en brainstorm waarbij we aan de hand van de theorie de casus verder uitdiepen en proberen te verbinden (rode draden).

De discussie langs de volgende lijnen vormgeven:

Micro niveau: legitimiteit en vertrouwen in bestuurders van medebestuurder/Raad van toezicht.

### **SHEET 8**

Meso niveau: legitimiteit en vertrouwen van organisatie in bestuurder.

### **SHEET 9**

Macro niveau: legitimiteit en vertrouwen in de beroepsgroep (bestuurders zelf, anderen).

### **SHEET 10**

Macro niveau: legitimiteit en vertrouwen van de sector en de zorg in het algemeen (van binnen naar buiten en buiten naar binnen).

Hierbij is mijn aanname dat input legitimiteit zich meer op het micro niveau bevindt, throughput meer op het meso en output meer op het macro. Maar dat is maar een aanname.

### **SHEET 11**

#### **16.45 – 17.00 uur Evaluatie**

#### **PM rolverdeling Kim-Wouter-Sophie.**

- Tot welk inzicht zijn we gekomen?
- Is het analysekader bruikbaar en nuttig?
- Thema volgende bijeenkomst: nalatenschap bestuurder. Planning?

Dankwoord.

#### **17.00 uur Borrel**

**4.6 Draaiboek focusgroep 15 februari 2018 16.00 – 18.00 uur****Aanwezig:**

Jos de Beer (NVZD),  
 Bart Bemelmans,  
 Moniek van Jaarsveld,  
 Richard Janssen (bijzonder hoogleraar NVZD leerstoel),  
 Marjolein ten Kroode (Rivierduinen),  
 Julianne Meijers (Siza),  
 Marc van Ooijen (St. PSW Midden Limburg)  
 Henri Plagge (De Zorgboog),  
 Wouter ten Have (VU/Tenhavchangemanagement)  
 en Sophie Bijloos.

**Afwezig:**

Ernest Muter (NSDSK),  
 Yvonne Wilders (Cordaan) en  
 Kim Putters (Erasmus Universiteit/SCP).

**Locatie:** NVZD, Noordweg Noord 150 te Zeist.

**Welkom 16.00 – 16.15 uur**

De vorige focusgroep is iets meer dan een jaar geleden. In de tussentijd heb ik mijn onderzoeksresultaten geanalyseerd en ben ik bevallen. Ook is er een boek met de resultaten van de enquête verschenen. De voorlopige hoofdstukindeling van mijn proefschrift is als volgt:

| Hoofdstuk | Moment                                 | Vorm van legitimiteit | Niveau                  |
|-----------|----------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| <b>4</b>  | Vakontwikkeling en professionalisering | Throughput, input     | Collectief, individu    |
| <b>5</b>  | Aanname                                | Input, throughput     | Individu, organisatie   |
| <b>6</b>  | Legitimeren en verantwoorden           | Throughput            | Organisatie             |
| <b>7</b>  | Opvolging                              | Output, throughput    | Organisatie, collectief |

We hebben ieder onderwerp al een keer in de focusgroep besproken, behalve het laatste. Dit wil ik op 15 februari centraal stellen. De volgende focusgroep hoop ik jullie de lijn van mijn proefschrift te kunnen voorleggen. Nu zal ik het onderwerp introduceren, hieronder teksten die ik nu heb geschreven voor het laatste hoofdstuk, dan hebben jullie meteen een 'sneak preview'. Graag vertrouwelijk mee omgaan. Vervolgens wil ik jullie vragen 1 of 2 situaties beschrijven.

## **Introductie**

“Hoe de kasteelheer zijn GGZ-imperium verloor” kopt de katern ‘de Verdieping’ van dagblad *Trouw* op 27 januari 2018. Het gaat over de inmiddels failliete GGZ-instelling Virenze en met name over diens bestuurder. In 2015 ontvangt de bestuurder van Virenze nog een ondernemingsprijs van de Rabobank. Deze bestuurder is, samen met zijn instelling, zijn license to operate verloren. In het nieuws wordt geanalyseerd welke fouten er zijn gemaakt waardoor de instelling failliet heeft kunnen gaan. Momenteel loopt onderzoek of de bestuurder hiervoor aansprakelijk is. Op hetzelfde moment loopt er een discussie over de wenselijkheid van commerciële initiatieven in de zorg, waar Virenze een voorbeeld van was. Geld verdienen op zorg ligt niet goed in de publieke opinie. Deze casus geeft aan hoe de license to lead van de zorgbestuurder samenhangt met de tijdsgeest, maar ook hoe de legitimiteit van het gevoerde beleid van de bestuurder kan veranderen. In dit geval is geen sprake van opvolging, omdat de instelling failliet is gegaan. De zorg is overigens grotendeels overgenomen door een andere GGZ-instelling.

Tijdens hun werk zijn bestuurders bezig met hun eigen legitimiteit en de legitimiteit van hun organisatie. Hier kunnen ze ook actief invloed op uitoefenen, bijvoorbeeld door het zoeken naar draagvlak. Wanneer bestuurders weggaan bij hun organisatie verliezen ze deze directe invloed. In dit hoofdstuk staat de vraag centraal of er nog een soort ‘restlegitimiteit’ achterblijft of dat ze hun legitimiteit ook verliezen op het moment van vertrek. Dit kan gaan om de persoonlijke legitimiteit die de bestuurder had, maar het kan ook gaan over de legitimiteit voor de organisatie die hij achterlaat en voor de resultaten die hij heeft bereikt. Dit is van bijzonder belang omdat juist het uitzetten van strategische lijnen naar de toekomst een kerntaak is van bestuurders, zo blijkt uit de enquête. Wanneer deze strategische visie direct doorbroken wordt op het moment van vertrek, verliezen bestuurders dus een belangrijke rechtvaardigingsgrond voor hun werk. Een geïnterviewde zorgbestuurder verwoordt zijn opvatting over zijn nalatenschap als volgt: *“Wij zijn eigenlijk voorbijgangers. Enerzijds gaan we nergens over, want de zorg draait gewoon door, of we er zijn of niet zijn. En tegelijkertijd voel ik wel die grote verantwoordelijkheid. Want in wat ik doe en laat, bepaal ik de toekomst van deze mensen: cliënten en medewerkers.”*

Deze nalatenschap is minder goed te sturen dan bijvoorbeeld de persoonlijke professionalisering. Dit heeft ermee te maken dat er binnen de organisatie krachten kunnen gaan spelen na het vertrek van de bestuurder, maar ook omdat landelijke ontwikkelingen hierop van invloed zijn. Stelselwijzigingen en financieringshervordering hebben invloed op de houdbaarheid van de uitgezette koers. Het soort organisatie dat de bestuurder achterlaat, ligt meer binnen zijn directe invloedssfeer. Een algemene trend is die van schaalvergroting van zorgorganisaties. Een bestuurder die zo’n schaalvergroting teweeg

brengt door bijvoorbeeld fusie of overname laat een andere organisatie achter dan toen hij begon. Er worden allerlei vormen van veranderstrategieën benoemd in de interviews. Veranderstrategieën doorvoeren, zo blijkt uit de enquête, vinden bestuurders zelfs één van de belangrijkste maatstaven om de effectiviteit van een bestuurder te meten. Het gaat om verandering van organisatiestructuur, van de te leveren diensten, van de verdeling van verantwoordelijkheden, reorganisatie, bezuinigingen of cultuuromslag. Deze veranderingen worden beïnvloed door veranderingen in beleid en bezuinigingsmaatregelen op landelijk niveau, door veranderende opvattingen over leiderschap en door een veranderend beeld wat goede zorg is. Juist door dit soort ontwikkelingen zien bestuurders hun eigen toegevoegde waarde: wanneer de organisatie niets zou doen, zou er toch van alles veranderen. Zo is landelijk het beeld gekanteld dat gehandicapten, ouderen, verslaafden en zieken moeten worden 'weggestopt' in de instelling. In plaats daarvan wordt gezocht naar een plek voor deze groepen in de maatschappij. Dit leidt er bijvoorbeeld toe dat doven kinderen niet langer naar een dovenschool gaan, maar ook regulier onderwijs volgen. Wanneer het instituut van de dovenschool niets verandert, zal het zijn bestaansrecht verliezen. Ditzelfde geldt voor andere gehandicaptenzorginstellingen, verpleeg- en verzorghuizen, de geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuizen.

Sommige veranderingen zijn dus noodzakelijk om het voortbestaan van de instelling te garanderen en/of nieuwe vormen van zorg waar vraag naar is, te bieden. De vraag is of dit voor alle veranderingen geldt en of de veranderingen die worden doorgevoerd succesvol zijn en een duurzaam effect hebben. Voor de legitimiteit van zorgbestuurders is ook de vraag in hoeverre hun rol daarin wordt gezien en positief wordt beoordeeld. Om hier inzicht in te krijgen is in dit hoofdstuk onderzocht welke redenen er zijn om veranderingen door te voeren, hoe deze worden bewerkstelligd door de bestuurder en wat het effect en de impact van de veranderingen is op korte en lange termijn.

### **Reflectie**

Er wordt dus veel veranderd en gereorganiseerd, maar waar leidt dit toe? Juist bij crisis of fusie kan een bestuurder zijn toegevoegde waarde laten zien. De dagelijkse zorg is opeens niet meer zo vanzelfsprekend en de bestuurder heeft een rol om de toekomst van de zorg en de organisatie veilig te stellen. Door alle veranderingen de afgelopen jaren is ook de rol van de bestuurder veranderd. Bestuurders die al lang bestuurder zijn, hebben gedurende deze veranderingen geleerd hoe ze hier mee omgaan. Het risico is dat er een generatie bestuurders ontstaat die altijd zoekt naar veranderingen, omdat ze juist effectief zijn wanneer ze problemen moeten oplossen. Enerzijds kan in de zorg altijd veranderd en verbeterd worden en is het daarmee nooit klaar. Aan de andere kant wordt de zorgbeleving gevormd tussen cliënt en zorgverlener en heeft de bestuurder hier maar beperkt invloed op. Alle veranderingen kunnen ook aanvoelen als gedoe. Een

verandering (bijvoorbeeld schaalvergroting) is niet intrinsiek goed of slecht, maar de manier van sturen en de motieven om te veranderen zijn van groot belang. Wanneer bijvoorbeeld gezocht wordt naar het stroomlijnen van de zorg rondom de patiënt kan dit soms leiden tot een fusie, maar ook tot samenwerking of innovatie. Hierbij speelt ook de juridische context een rol: zijn er bijvoorbeeld verboden rond samenwerking vanuit mededingingsoogpunt? Zorgorganisaties zijn niet alleen vergroot, maar hebben ook een andere rol gekregen. Van dorpen/gemeenschappen zijn het meer professionele organisaties geworden. In de pers en politiek is maar een deel van de zorg zichtbaar. Een GGZ bestuurder beschrijft de GGZ als 'dissatisfier': het wordt pas zichtbaar als verwarde personen in de maatschappij belanden zonder hulp, maar zolang de zorg goed is, is wat er in de GGZ gebeurt een 'black box'. Een andere bestuurder beschrijft cliënten met zware handicaps die nooit in de maatschappij kunnen functioneren. Door de onzichtbaarheid van dit soort zorg, staat de continuïteit niet op de politieke agenda. De effecten die dit heeft, zijn pas zichtbaar op het moment dat de cliënten problemen gaan veroorzaken en bijvoorbeeld via justitie weer als probleemgroep worden aangemerkt. 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 is de vraag. Ook omdat de gevolgen pas op termijn zichtbaar worden en omdat veranderingen binnen de bestaande structuren alleen kunnen worden doorgevoerd via het zoeken naar draagvlak en onderhandelruimte. 'Doorbraakinnovaties' kunnen eerder bewerkstelligd worden door nieuwe zorgaanbieders, zoals zorg coöperaties. Echter, om de zorg gefinancierd te krijgen en te laten voldoen aan alle wet- en regelgeving moeten deze organisaties zich ook aanpassen aan de bestaande context.

### **Casusbesprekingen 16.15 – 17.45 uur**

*Max. 20 minuten per persoon. Belangrijk dat het verbinding blijft houden met de license to lead.*

Beschrijf 1 of 2 situaties met de volgende vragen in het achterhoofd:

- Beschrijven/kwalificeren wat je aantrof toen je begon in een nieuwe instelling: wat heb je voortgezet/veranderd van wat je voorganger had achtergelaten?
- Wat heb je gedaan met wat je aantrof en wat betekende dat voor je eigen rol en je legitimiteit/die van de organisatie op korte en lange termijn?
- Kan je aangeven in je eigen carrière wanneer je bepaalde dat je zelf de volgende stap ging maken en wat was dan je nalatenschap?
- Heb je de organisatie beter achter gelaten dan je hem aantrof en hoe kwalificeer je je eigen legitimiteit als bestuurder (en waar wordt dit door veroorzaakt)?

### **Gezamenlijke slotbeschouwing 17.45 -18.00 uur.**

#### **4.7 Draaiboek focusgroep 8 juni 2018**

##### **Aanwezig:**

Jos de Beer (NVZD)  
Bart Bemelmans  
Wouter ten Have (VU, tenhavechangemanagement)  
Moniek van Jaarsveld  
Marjolein ten Kroode (nog niet zeker)  
Julianne Meijers (SiZa)  
Ernest Muter (NSDSK)  
Henri Plagge (Adelante)  
Kim Putters (Erasmus Universiteit, SCP)  
Mariët Remie (NVZD)  
Yvonne Wilders (Cordaan).

##### **Afwezig:**

Richard Janssen  
Marc van Ooijen (PSW Midden Limburg).  
9.30 uur Kim heet iedereen welkom.

##### **Slide**

Dank dat jullie hier vandaag zijn.

Aanleiding voor het onderzoek is de ontwikkeling van het accreditatietraject. De reden was dat de reputatie van zorgbestuurders onder druk stond. Dit heb ik vertaald naar de vraag hoe zorgbestuurders bouwen aan hun license to lead. Dit is breder dan accreditatie, accreditatie is hier wel een onderdeel van.

##### **Slide**

Uit de interviews kwamen verschillende momenten in de levensloop naar voren waarin de license to lead aan de orde was. Deze momenten hebben geleid tot mijn hoofdstukindeling. We hebben ieder hoofdstuk een keer als onderwerp in deze focusgroep besproken.

Vandaag wil ik jullie meenemen door mijn boek. Ik ga dus wat meer zelf aan het woord zijn dan jullie van me gewend zijn. Ik zal bij ieder hoofdstuk mijn voorlopige conclusies presenteren daarover zou ik graag vandaag met jullie willen spreken.

Ter achtergrond: ik omschrijf de license to lead als de mate waarin de zorgbestuurder legitimiteit, geloofwaardigheid en vertrouwen verwerft voor de uitoefening van zijn werk.

Het gaat dan om de individuele bestuurder, de raad van bestuur van een organisatie en zorgbestuurders als groep.

De license to lead is (volgens mij) een proces: wat de license to lead bepaalt, is constant in beweging. De license to lead wordt gevormd door de stakeholders en de maatschappij, het is een sociaal construct. Maar ook de manier waarop zorgbestuurders hun handelen rechtvaardigen speelt een rol, het is ook een moreel kader. De persoon van de bestuurder kan bijdragen of afbreuk doen aan de license to lead, het is een persoonlijke verdienste. Tenslotte heeft de license to lead ook formele elementen zoals de accreditatie of wet- en regelgeving, het is dus ook een instituut. Op de verschillende momenten in de levensloop zijn verschillende perspectieven dominant.

### **Slide**

### **Slide**

Hoofdstuk 4 professionalisering

In dit hoofdstuk onderzoek ik hoe door professionalisering en vakontwikkeling door bestuurders aan hun license to lead wordt gebouwd.

De setting waarbinnen wordt geprofessionaliseerd bevat voor zorgbestuurders de volgende componenten:

- Semipublieke domein met bijbehorend juridisch kader
- Governancestructuur met grote/formele rol professionals en cliëntenraden
- Marktwerving principes en een publieke opgave met publieke taak, de kwaliteit van zorgverlening, voorop.

Het werk van bestuurders bevat een aantal componenten:

- Kennis van en inzicht in wat effectief besturen is;
- Kennis van wat de medewerkers doen en hoe deze het beste aan te sturen zijn;
- Kennis van en engagement met de inhoud van het product van de organisatie in alle facetten;
- Adaptief/reflectief vermogen om opgedane ervaring toe te passen en hiervan te leren;
- Inzicht in en aandacht voor de belangen van stakeholders en de maatschappij in het wegen van deze belangen.

Er zijn ook een aantal 'externe factoren' aan het werk van bestuurders, die niet inherent aan het werk zijn. Dit zijn bijvoorbeeld het hebben van macht en status of een bepaald inkomen. Op basis van de enquête en de interviews leg ik uit hoe de genoemde componenten bij de professionalisering van bestuurders een rol spelen. Over het belang van

kennis van wat effectief besturen is, wordt wisselend gedacht. Engagement met de zorg is voor zorgbestuurders een belangrijk element, of in ieder geval dit wordt als zodanig benoemd.

### **Slide**

Op verschillende manieren wordt professionalisering en vakontwikkeling geïnstitutionaliseerd. Accreditatie is hier een van, voortkomend uit de druk van de samenleving. Deze is direct gekoppeld aan de license to lead: het verbeteren van de reputatie van bestuurders was een uitgangspunt. Tijdens het accreditatieproces wordt veel waarde gehecht aan de 360 graden feedback van de omgeving van de zorgbestuurder. Hiermee wordt de license to lead als sociaal construct van de individuele bestuurder in zijn omgeving bekeken. Maar er wordt niet geoordeeld over de vraag of de bestuurder legitimiteit heeft in zijn omgeving. Bij de inrichting van het systeem is een centrale rol toegekend aan zelfreflectie. Wanneer de license to lead kan worden gezien als moreel kader en sociaal construct is de vraag of zelfreflectie volstaat voor het vergroten van deze license, omdat er in de accreditatie geen waardenoordeel wordt geveld over de omgevingstoets en over het moreel kader van de bestuurder.

Andere professionaliseringsactiviteiten betreffen scholing en informele activiteiten zoals het bijhouden van vakliteratuur, het deelnemen aan een intervisiegroep en het hebben van een persoonlijke coach. Uit de interviews blijkt dat scholing wisselend wordt gewaardeerd: besturen is ook learning by doing. Wanneer we dit koppelen aan de license to lead doet zich een dilemma voor: traditionele beroepen zoals artsen en advocaten legitimeren hun werk door het benadrukken van de specifieke kennis die men moet bezitten om hun werk te kunnen doen. Door zorgbestuurders wordt het hebben van specifieke kennis niet benoemd als het belangrijkste element van hun werk. Het bieden van toegevoegde waarde voor de kwaliteit van zorg wel. Maar bestuurders leveren hier alleen indirect een bijdrage aan.

Zo speelt bij professionaliseren en vakontwikkeling de license to lead met name een rol bij het institutionaliseren van de vakontwikkeling en professionalisering. Verder wordt de professionaliteit soms ingezet bij het legitimeren, bijvoorbeeld het feit dat een bestuurder arts is. Het kan ook zijn dat bestuurders het zelf ervaren als een rechtvaardiging voor het bekleden van de positie: ze hebben ervoor 'geleerd'. Ik weet dat bij het aannemen van een zorgbestuurder soms een specifiek profiel wordt gezocht. *Ik vraag mij af of professionaliteit als bestuurder ook bewust een rol speelt bij het bouwen aan legitimiteit, goedkeuring en vertrouwen. En is dit dan met name voor je persoonlijke ontwikkeling of ook gericht op de buitenwereld?*

Uit de interviews en focusgroep komt naar voren dat het contact met andere bestuurders, het zien van goede en slechte voorbeelden en het opdoen van ervaring waardevolle manieren zijn om aan professionalisering te doen. Dit lijkt met name via ongeorganiseerde contacten te gebeuren: er is weinig institutionalisering op dit gebied. *Herkennen jullie dit beeld?*

## **Slide**

### Hoofdstuk 5 Aanname

Het moment dat de bestuurder wordt aangenomen, is het moment dat hij zijn license to lead krijgt van de raad van toezicht. In dit hoofdstuk laat ik zien hoe in andere publieke en semipublieke sectoren het aannamebeleid is geregeld. In deze verschillende sectoren is meer geregeld dan in de zorg. In de zorg is het minder geïnstitutionaliseerd dan in andere semipublieke sectoren. In de publieke sector is de Algemene Bestuursdienst het 'searchbureau van de overheid'. Vanuit een visie op leiderschap richten zij het wervingsproces in. Bij de woningcorporaties is er de fit en proper test en bij banken en verzekeraars de toets van De Nederlandse Bank. In de zorg zijn er geen formele vereisten aan de benoeming, behalve dat deze bij stichtingen volgens de governance code door de raad van toezicht moet worden gedaan. Het wervingsproces kent meestal wel een bepaald verloop. Searchers geven aan dat de rol van de medezeggenschap hierin steeds dominanter is geworden. Dit betekent dat een succesvolle benoeming vooraf gaat aan een proces waardoor de zorgbestuurder niet alleen van de raad van toezicht, maar ook al breder in de organisatie zijn license to lead verkrijgt. De searchers zien zichzelf ook als professionals en hanteren eigen 'beroepsnormen'. Het proces van het benoemen van een bestuurder is met vertrouwelijkheid omkleed. In tegenstelling tot de wervingsprocessen waar dit hoofdstuk mee begint, is er bij het benoemen van een zorgbestuurder voor het publiek geen inzicht in het proces en dus ook geen garanties van een onafhankelijk proces. Juist omdat bij bestuurders relationele kwaliteiten en karakter een belangrijke rol spelen, wordt hiermee de verdenking van een 'old boys network' gevoed. Het wervingsproces van zorgbestuurders lijkt weinig gebruik te maken van wetenschappelijke inzichten voor werving. Assessments, talent management en inzichten over effectief besturen lijken een minder grote rol te spelen dan een 'klik'. Door het niet hebben van institutionele garanties voor een eerlijk aannameproces is de license to lead van de groep van zorgbestuurders fragiel.

*Herkennen jullie het geschetste beeld? Hebben jullie hier een waardenoordeel over?*

### Hoofdstuk 6 Legitimeren en verantwoorden

Na het hoofdstuk over aannemen was de bedoeling dat er een hoofdstuk zou volgen over het dagelijks werk van de bestuurder, gevolgd door een hoofdstuk op welk moment en in welke situaties zorgbestuurders hun legitimiteit verliezen. In de focusgroep

waarin het verliezen van legitimiteit centraal stond, bleek echter dat het dagelijks werk van zorgbestuurders mede wordt gevormd door het niet altijd bewust bezig zijn met legitimeren en verantwoorden en dat hierbij de legitimiteit van bestuurders vaker onder druk kan komen te staan waarbij het soms 'misgaat' en ze hun legitimiteit verliezen en het soms 'goed gaat' en ze hun legitimiteit behouden. Dus heb ik gekozen voor een andere indeling van de hoofdstukken. Er zijn wetten, er is regelgeving en er zijn codes die nader definiëren wanneer een bestuurder het goed doet. Bij het bestuderen van deze wet- en regelgeving viel op dat deze met name gericht is op het regelen van de grenzen van aanvaardbaarheid voor bestuur, oftewel de grens tussen goed en slecht bestuur. Het biedt dus een uitsluitingscriterium. Het appelleren aan moreel gedrag van bestuurders gebeurt eerder in gedragscodes. Deze codes worden preventief gebruikt door ze onderdeel te maken van de arbeidsovereenkomst van bestuurders en er wordt terughoudend getoetst aan de codes. Uit alle wet- en regelgeving valt het volgende beeld te destilleren: Slide 'een goede zorgbestuurder neemt zorgvuldige, gemotiveerde besluiten waarin hij gelijke gevallen gelijk behandelt, belanghebbenden betreft en geen ander doel beoogd dan dat waarvoor hij bevoegd is. De goede bestuurder ziet zich verantwoordelijk, houdt zich aan zijn afspraken, is toetsbaar en open, legt verantwoording af en verdient een maatschappelijk verantwoorde beloning. Hij waakt voor belangenverstrengeling, leert van fouten en is deskundig en competent en in control. Zorgbestuurders weren slechte bestuurders en zijn zelf in staat een waardenkader te ontwikkelen dat past bij de context van de eigen instelling.'

Uit de interviews en de focusgroep komt een beeld naar voren dat deze juridische kaders een marginale rol spelen bij zowel het behouden als het verliezen van legitimiteit. Dit kan ermee te maken hebben dat er geen regels worden overtreden, maar draagvlak wordt verloren, maar ook dat overtredingen niet aan het licht komen zolang een bestuurder draagvlak heeft. Dat wordt versterkt doordat de controlerende instanties ten opzichte van de bestuurder op enige afstand staan: de inspectie moet eerst geïnformeerd worden en de raad van toezicht, het interne toezichtsorgaan, krijgt veel van zijn informatie via de bestuurder en besteedt maar beperkte tijd aan zijn rol als toezichthouder, aangezien toezichthouden een nevenfunctie is.

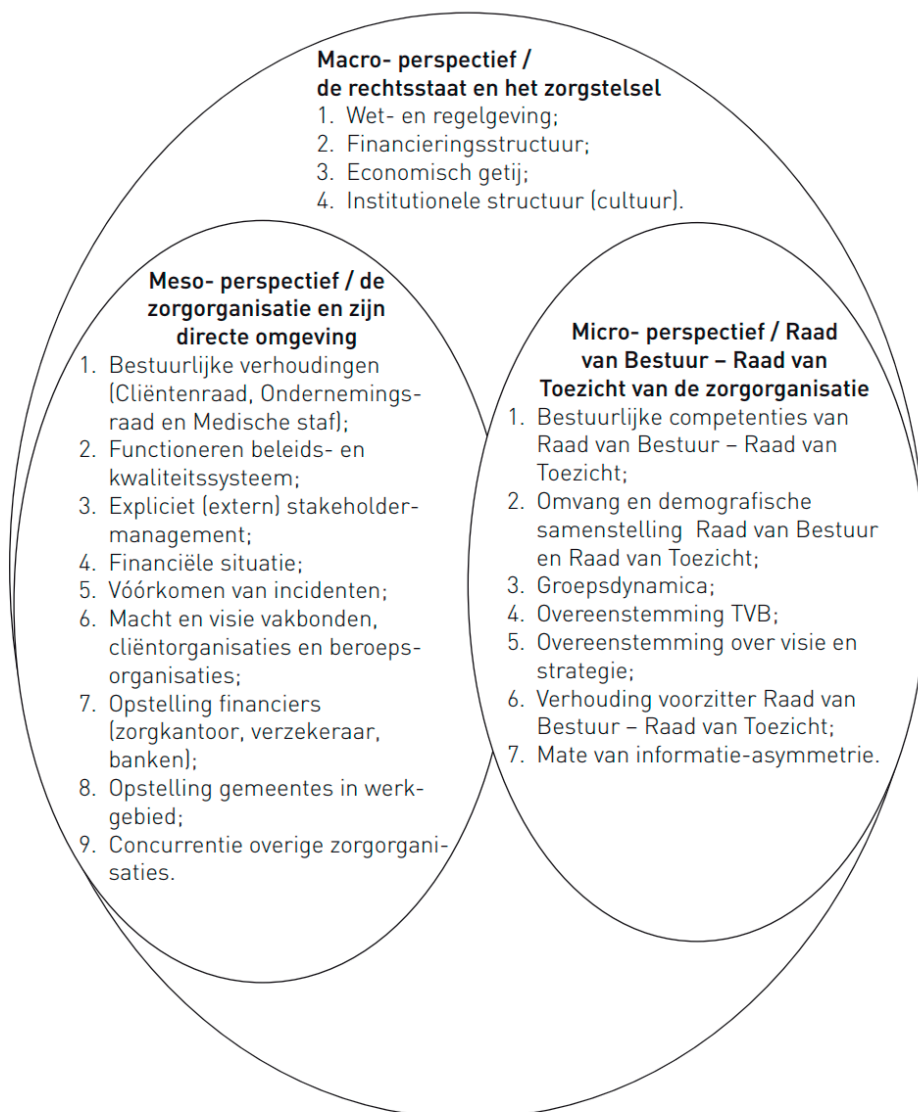
Putters stelt in zijn oratie (2009, p. 35) terecht: *"De bestuurder zit dus tussen al die trekkrachten. Zijn gedrag past niet in de verantwoordingsstructuren in elk van die richtingen afzonderlijk. Zijn ogenschijnlijk 'ongrijpbare' bestuurlijke handelen wordt door de politiek daardoor verder in procedurele oplossingen gevangen om er nog meer grip op te krijgen. Dat lukt echter niet met nog meer toezichthouders, prestatie indicatoren en sanctionerend overheidsingrijpen. Het leidt tot een schijnwerkelijkheid, waardoor het 'echte bestuur' zich aan het oog van de politiek onttrekt. De bestuurder moet namelijk eigen afwegingen maken*

en schipperen tussen alle belangen. Het vraagt juist om de acceptatie van machtsdeling in de publieke ruimte. De grenzen van de bestuurlijke ruimte zijn dus eerder normatief dan geografisch of institutioneel van aard."

Er zijn verschillende actoren die een rol spelen die ik in dit hoofdstuk zal bespreken.

Slide

*Figuur 4.1: Classificatieschema Governance Gezondheidszorg*



*Figuur uit van Ooijen, 2013, p. 59.*

Vervolgens bespreek ik het proces van legitimeren en verantwoorden. Dit gebeurt met name op organisatieniveau (medewerkers). Voor het te bereiken resultaat geven bestuurders aan dat het horen van belanghebbenden belangrijk is, maar dat ze zelf bepalen of er uiteindelijk ruimte is om het definitieve resultaat te beïnvloeden of niet. Als belangrijkste succesfactor noemen de bestuurders zelf de kwaliteit van de zorg. Het vervullen van het doel van de instelling is het leidende principe. De bestuurder heeft hier alleen indirecte invloed op. Bestuurders sturen op verschillende manieren op de gewenste output. Als *embedded agents* verbinden ze binnen en buitenwereld van de organisatie (Van der Scheer, 2013). Dit doen ze door prioriteiten te stellen in welke eisen van de buitenwereld worden uitgevoerd. Maar ook door de organisatie bewust te maken van wat er in de buitenwereld speelt. Het stimuleren van medewerkers en medewerkerstevredenheid zien bestuurders ook als een belangrijke uitkomst van hun werk. Bij het nemen van besluiten zoeken bestuurders naar manieren om medewerkers en cliënten te betrekken, binnen de ruimte die er is om de besluiten te nemen. Hierbij hechten ze belang eraan ook de belangen mee te nemen van de cliënten die zich niet goed kunnen laten horen en het bredere maatschappelijke belang, zoals het behoudt van zorg voor bepaalde cliënten in een regio. Bestuurders vertrouwen hierbij ook op hun eigen ervaring en moreel kompas. De persoonlijke overtuigingen spelen dus ook een belangrijke rol.

Vervolgens laat ik op basis van een eerdere focusgroep zien dat bestuurders op basis van weging van waarden tot besluitvorming komen. Hierbij gebruiken ze bepaalde rechtvaardigingsgronden

#### Slide

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

Deze zijn vaak anders dan de gronden op basis waarvan ze door de omgeving legitimiteit krijgen. Zo is voor cliënten in de langdurige zorg bijvoorbeeld de huiselijke rechtvaardigingsgrond (traditie, huiselijkheid) een belangrijke, die voor de bestuurder vaak laag 'scoort' in de afwegingen.

#### **Slide**

Bestuurders gebruiken andere rechtvaardigingsgronden dan cliënten/ondernemingsraad/politiek, dit doet afbreuk aan de license to lead.

De persoonlijke waarden van bestuurders spelen ook een belangrijke rol bij de afwegingen, maar het institutioneel framework is hier niet op ingericht. Ze worden afgerekend op het wegen van waarden van de omgeving. Dit draagt niet bij aan het imago.

*Herkennen jullie dit beeld?*

**10.30 uur**

### **Slide**

#### Hoofdstuk 7 Opvolging en nalatenschap

Door veranderende opvattingen over goede zorg en veranderingen in het zorgstelsel zijn zorgbestuurders bijna continu bezig met veranderen. Tijdens hun werk zijn bestuurders bezig met hun eigen legitimiteit en de legitimiteit van hun organisatie. Hier kunnen ze ook actief invloed op uitoefenen, bijvoorbeeld door het zoeken naar draagvlak. Wanneer bestuurders weggaan bij hun organisatie verliezen ze deze directe invloed. In dit hoofdstuk staat de vraag centraal of er nog een soort 'restlegitimiteit' achterblijft of dat ze hun legitimiteit ook verliezen op het moment van vertrek. Dit kan gaan om de persoonlijke legitimiteit die de bestuurder had, maar het kan ook gaan over de legitimiteit voor de organisatie die hij achterlaat en voor de resultaten die hij heeft bereikt. Dit is van bijzonder belang omdat juist het uitzetten van strategische lijnen naar de toekomst een kerntaak is van bestuurders, zo blijkt uit de enquête. Wanneer deze strategische visie direct doorbroken wordt op het moment van vertrek, verliezen bestuurders dus een belangrijke rechtvaardigingsgrond voor hun werk. Ik bespreek in dit hoofdstuk een aantal veranderingen en de rol van bestuurders bij het veranderen. Deze rol is gelegen in de manier waarop de verandering wordt vormgegeven en hoe hij de verandering borgt. Dit begint al bij de zorgvuldige weging van belangen om een verandering in gang te zetten en het blijven heroverwegen gedurende de verandering. Daarna bespreek ik het institutionaliseren van de verandering. Voor een succesvolle verandering is zowel vertrouwen in individuen als systemen noodzakelijk. Individueel voor de creativiteit en systemen voor de verankering. Sommige veranderingen leiden echter tot weinig merkbare effecten. Zo merkt een cliënt er weinig van of dezelfde zorg door aanbieder x of y wordt geboden. Ook worden fusies weer ongedaan gemaakt, terwijl de dagelijkse zorg voor cliënten door blijft gaan. Uit het onderzoek van Postma (2015) blijkt dat een derde van de fusies afgebroken wordt. Dit hoofdstuk hebben we de vorige focusgroep besproken. Hierin kwam naar voren dat vertrouwen lastig is over te dragen en erg aan de persoon gebonden is. Voor de opvolging en nalatenschap kan dit een negatief effect hebben op de license to lead van zorgbestuurders: een deel van zijn rechtvaardigingsgrond: het ontwikkelen van een strategische visie voor de organisatie, vervalt na zijn vertrek. *Herkennen jullie dit? Ik vraag me af of dit anders ligt voor meerhoofdige besturen. Zou dit ook betekenen dat meerhoofdig bestuur eigenlijk de voorkeur heeft?*

**Slide**Conclusies

De license to lead wordt op verschillende momenten verkregen met de nadruk op verschillende elementen. Zo is het bij aannname een persoonlijke verdienste met elementen van het zoeken naar draagvlak, dus sociaal constructivisme. Bij professionalisering en vakontwikkeling zijn er ontwikkelingen richting institutionaliseren, institutionaliseren speelt echter over het algemeen een beperkte rol. Dit geldt ook voor het morele kader.

- Wetenschappelijk:
  - o Over theorie rond vertrouwen, legitimiteit, introductie license to lead
  - o Vertrouwen: hoe wordt dit gevormd? Persoonlijk, institutioneel
  - o Legitimiteit: verkrijgen en verliezen
  - o Inzicht in het werk van zorgbestuurders
  - o Wat is goed bestuur?
  - o Wanneer 'gaat het mis'?
  - o Raakt leiderschapsliteratuur, professionaliseringsliteratuur, opvolging, ethiek, management gezondheidszorg.

**Slide**

- Praktisch:
  - o Wetenschappelijke onderbouwing voor (delen van) werk van de NVZD (accreditatie, intervisie, bieden netwerk, arbeidsvoorwaarden).
  - o Aanbevelingen voor NVZD, accreditatie, VWS, toezichthouders, bestuurders
  - o Inzicht in werk bestuurder en motieven
  - o Rol stakeholders
  - o Type leiderschap en effect
  - o Rol bestuurder voor cliënt/organisatie/zorg in de regio
  - o Wat maakt dat een bestuurder zijn werk kan doen?
  - o Waar worden dilemma's veroorzaakt?
  - o Vraagstukken die 'knagen', bv. eenhoofdig/meerhoofdig, ondoorzichtigheid proces werving, wanneer kiezen voor interimbestuurder, moreel kompas niet leidend maar draagvlak, gebrek aan inzicht publiek bij existentiële dreiging, veel nieuwe bestuurders vs learning on the job, werk bestuurder dissatisfier, onderlinge hiërarchie

*Wat missen jullie hier nog in?*

Daarnaast: er zijn ook allerlei 'nevenvangsten' aan het onderzoek. Thema's die verder uitgewerkt kunnen worden. Denk aan eenhoofdig versus meerhoofdig, het zijn van arts als vooropleiding voor het zijn van bestuurder, wat is het profiel van de bestuurder

van de toekomst? Het opleidingsaanbod van bestuurders gelegd naast effectiviteit of legitimiteit.

### **Slide**

Ik heb mijn collega Mariët Remie, beleidsmedewerker communicatie van de NVZD, uitgenodigd aanwezig te zijn om ook alvast mee te denken hoe de resultaten van mijn onderzoek een bijdrage kunnen leveren aan het werk van de NVZD en hoe hierover gecommuniceerd kan worden. Ook hier sparren we ook graag over.

*Welke vorm van kennisdeling, producten enzovoorts vinden jullie wenselijk en relevant?*

### **Publiciteit**

- Doelgroepen: leden, toezichthouders, politici, breder publiek?
- Media: publieksversie/boekenlegger/film, congres, (vak)pers, wetenschappelijke tijdschriften....
- Eventuele 'negatieve' conclusies: netwerk van bestuurders, machtsspel...
- Naar aanleiding van: verder onderzoek, opvolging conclusies

### **Slide**

Dank!

#### 4.8 Draaiboek focusgroep 31 augustus 2018

##### **Aanwezig:**

Bart Bemelmans  
 Jos de Beer (NVZD)  
 Wouter ten Have (VU, tenhavechangemanagement)  
 Moniek van Jaarsveld  
 Ernest Muter (NSDSK)  
 Marc van Ooijen (PSW Midden Limburg)  
 Henri Plagge (Adelante)  
 Kim Putters (Erasmus Universiteit, SCP)  
 Mariët Remie (NVZD)  
 Sophie Bijloos

##### **Afwezig:**

Richard Janssen  
 Julianne Meijers (SiZa)  
 Yvonne Wilders (Cordaan)  
 Marjolein ten Kroode (Openbaar Ministerie)

#### **15.00 Welkom**

Dank dat jullie er weer zijn. Ik ben heel benieuwd of jullie al toe zijn gekomen aan het lezen en naar jullie reactie. Zoals gezegd zal ik wat jullie hebben gelezen vandaag nog een keer samenvatten en presenteren. Dit is voor mij ook meteen een goede oefening. Ik begin met een introductie van ongeveer een kwartier. Daarna kom ik aan de conclusies per hoofdstuk. Mijn voorstel is om dat gedeelte interactief te maken, zodat jullie dan meteen jullie reflecties kunnen meegeven. Per hoofdstuk stel ik voor ongeveer een kwartier te bespreken, zodat we ook nog tijd hebben voor wat algemene reflecties op het einde.

Voordat we hiermee starten, vind ik het wel leuk om 1 korte ronde te maken met de vraag: wat vind je het belangrijkste bespreekpunt voor vandaag (zijn er nog inhoudelijke onduidelijkheden, vind je het leuk vooral stil te staan hoe we dit kunnen vertalen naar concrete handvatten voor bestuurders, zijn er nog vragen over de onderbouwing)? Ook wil ik jullie nog 1 keer de vraag voorleggen of jullie met naam genoemd willen worden in het proefschrift, nu jullie de inhoud hebben kunnen lezen: hierdoor is het lastig voor mijn om anonimiteit te garanderen.

**15.30 uur****1**

De hoogte van het salaris van zorgbestuurders, het invoeren van een bestuurderstoets, fusies, tekorten in de verpleeghuiszorg, fraudezaken en faillissementen in de zorg waren de afgelopen vijf jaar onder meer aanleiding voor debat in de Tweede Kamer over zorgbestuurders. Gebrek aan vertrouwen van de samenleving in zorgbestuurders heeft ertoe geleid dat de afgelopen jaren goed bestuur op de beleidsagenda van de politiek, toezichthoudende instanties en de zorgbestuurders zelf is gekomen. Het effect is aanscherping in wetgeving van wat toelaatbaar is en wat niet, verdergaande bevoegdheden voor de minister en toezichthouders en de ontwikkeling van een accreditatiesysteem voor zorgbestuurders en een nieuwe versie van de Governancecode zorg.

**2**

Dit alles heeft de normstelling voor goed bestuur aangescherpt. Deze is, op basis van al deze instrumenten, als volgt: *een goede zorgbestuurder neemt zorgvuldige, gemotiveerde besluiten waarin hij gelijke gevallen gelijk behandelt, belanghebbenden betreft en geen ander doel beoogd dan dat waarvoor hij bevoegd is. De goede bestuurder ziet zich verantwoordelijk, houdt zich aan zijn afspraken, is toetsbaar en open, legt verantwoording af en verdient een maatschappelijk verantwoorde beloning. Hij waakt voor belangenverstrengeling, leert van fouten en is deskundig en competent en in control. Zorgbestuurders 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.*

**3**

Heeft deze normstelling en toename in handhavingsinstrumenten het vertrouwen in zorgbestuurders ook vergroot? Vertrouwen is gebaseerd op drie elementen: vertrouwen in de persoon, vertrouwen in de manier waarop de persoon werkt en vertrouwen in de uitkomsten van het werk. Vertrouwen in artsen is bijvoorbeeld hoog omdat er vertrouwen is dat iemand niet zomaar arts kan worden: dat vergt zowel theoretische kennis als oefening en als een arts zijn werk niet goed doet, kan hij ook zijn registratie als arts verliezen. Bovendien is er vertrouwen dat artsen gebruik maken in hun werk van de uitgebreide databanken met wetenschappelijk onderbouwde methoden hoe ziekten het beste te behandelen zijn. Tenslotte, en niet onbelangrijk, als iemand ons kan genezen, dan is het de arts. Over zorgbestuurders zijn in de politiek in de afgelopen jaren twijfels geuit over zowel hun persoonlijke bekwaamheid, als de manier waarop ze werken, als de toegevoegde waarde die ze hebben. Hierna drie casus ter illustratie.

## 4

*Casus 1: de bekwaamheid van een zorgbestuurder staat ter discussie*

Op 10 februari 2017 werden Kamervragen gesteld over een zorgbestuurder die een vertrekbonus van 65.000 euro had gekregen bij een zorginstelling, zonder daar een dag gewerkt te hebben. De staatssecretaris noemt dit een *'betreurenswaardige verspilling van zorggeld'* en *'slecht voor het imago van de sector'*. 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 netwerk' 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).

*Casus 2: de werkwijze van zorgbestuurders staat ter discussie*

In juli 2016 maakt staatssecretaris Van Rijn van VWS bekend welke zorginstellingen volgens de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) 'onder de maat' presteren. De zogenaamde 'zwarte lijst' haalt de landelijke media. Dit leidt ook tot negatieve kritiek op zorgbestuurders. 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).

*Casus 3: het resultaat van het werk van een zorgbestuurder staat ter discussie*

*"Hoe de kasteelheer zijn GGZ-imperium verloor"* kopt de katern 'de Verdieping' van dagblad Trouw op 27 januari 2018. Het gaat over de inmiddels failliete GGZ-instelling Virenze en voornamelijk over diens bestuurder. In 2015 ontvangt deze bestuurder van Virenze nog een ondernemingsprijs van de Rabobank. Deze bestuurder is, samen met zijn instelling, zijn *license to lead/operate* verloren. In het nieuws wordt geanalyseerd welke fouten er zijn gemaakt waardoor de instelling failliet heeft kunnen gaan. Op het

moment van schrijven loopt onderzoek of de bestuurder hiervoor aansprakelijk is. Het faillissement wordt dus direct gekoppeld aan het werk van de bestuurder.

## 5

In dit onderzoek staat de vraag centraal: 'Hoe bouwen zorgbestuurders aan hun *license to lead*? De *license to lead* is gedefinieerd als 'legitimiteit, goedkeuring en vertrouwen voor de uitvoering van hun bestuurlijke werk'. Dit begrip is gebaseerd op 'social license to operate'. Deze geeft de volgende ordening van de begrippen legitimiteit, geloofwaardigheid en vertrouwen. Om acceptatie te krijgen is legitimiteit nodig, voor goedkeuring geloofwaardigheid en voor psychologische identificatie vertrouwen.

Het gaat niet alleen om formele legitimiteit in de zin van juridische/wettelijke vereisten, maar juist ook om de (meer ongrijpbare) sociale verwachtingen en eisen waarlangs de *license to lead* verkregen wordt. Met de *license to lead* wordt niet alleen een ondergrens bedoeld (onthouding van legitimiteit wat zichtbaar kan worden door bijvoorbeeld ontslag), er wordt ook onderscheid gemaakt tussen het krijgen van geloofwaardigheid en van vertrouwen. De onderzoeksvraag is op twee manieren te lezen, namelijk descriptief: hoe bouwen bestuurders zelf aan hun *license to lead*? Van belang is dat de zorgbestuurder hierin een actieve rol kan spelen, dus dat hij niet een passieve ontvanger van zijn *license to lead* is. Dit kan zowel gaan over de vraag welke bewuste acties zorgbestuurders ondernemen als over de vraag hoe zij onbewust, door de activiteiten die ze verrichten of door andere factoren, bouwen aan hun *license to lead*. De tweede manier is prescriptief: hoe bouwen bestuurders met hun acties, bewust of onbewust, daadwerkelijk aan hun *license to lead*, dus in hoeverre leiden de acties die ze ondernemen aan het vergroten van hun *license to lead*, oftewel: wat moeten bestuurders doen om hun *license to lead* te vergroten en doen ze dat ook? Op beide vragen wordt ingegaan in dit onderzoek. Dit onderzoek is bedoeld om inzicht te geven in de factoren die hierbij bepalend zijn. Hiermee wordt een nieuw wetenschappelijk perspectief geboden op legitimiteit, geloofwaardigheid en vertrouwen. Ook wordt voor zorgbestuurders inzichtelijk gemaakt met welk handelingsrepertoire ze invloed kunnen hebben op hun eigen *license to lead*.

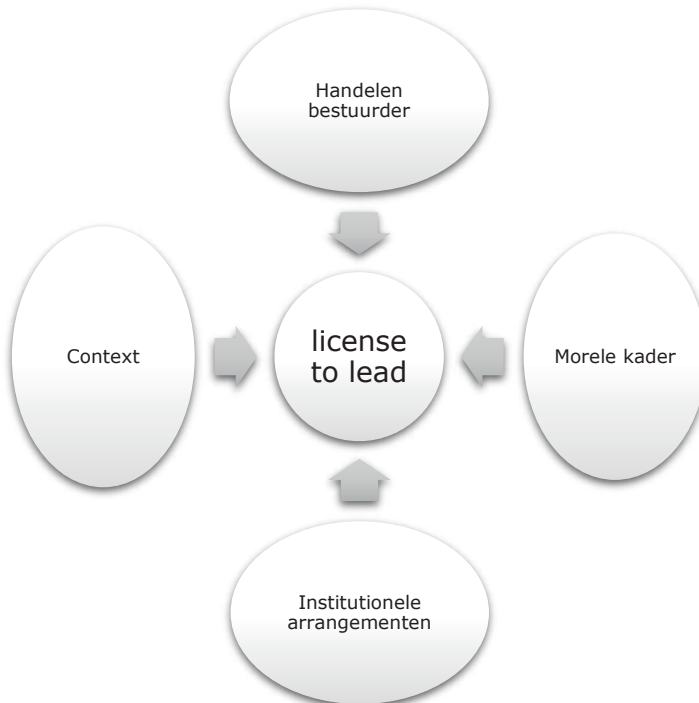
## 6

Op basis van een literatuurstudie, een longitudinale enquête onder zorgbestuurders, gestart in 2000 en vervolgens iedere 5 jaar herhaald, interviews onder 22 zorgbestuurders, *searchers*, bestuurssecretarissen, de directeur van de NVZD en een adviseur en een focusgroep van tien zorgbestuurders die vijf jaar lang ongeveer ieder half jaar bijeen is geweest, heb ik onderzocht hoe zorgbestuurders in de praktijk hun *license to lead* verwerven, behouden en verliezen.

## 7

De *license to lead* is op drie niveaus onderzocht: het niveau van individuele zorgbestuurders, het niveau van de raad van bestuur van zorgorganisaties en het niveau van de groep van zorgbestuurders. De wetenschappelijke perspectieven die bij het onderzoeken van de *license to lead* zijn gehanteerd, zijn als volgt samen te vatten. Het proces van de vorming van de *license to lead* wordt in dit onderzoek bestudeerd, waarbij een proces niet gezien wordt als een stappenplan, maar als een continue ontwikkeling. Deze wordt door de onderzoeker gepositioneerd in (tijd en) context, bekeken vanuit het morele kader waarin zorgbestuurders handelen, vanuit het werk dat zorgbestuurders verrichten voor het verkrijgen en behouden van hun *license to lead* en geabstraheerd naar institutionele arrangementen die de *license to lead* versterken of belemmeren.

Schematisch:



Figuur: verschillende perspectieven van waaruit in dit proefschrift naar de *license to lead* wordt gekeken.

## 8

Voor het onderzoeken van de legitimiteit van bestuurders als persoon is gebruik gemaakt van de **deugdenethiek**. De deugdenethiek, gebaseerd op het werk van Aristoteles (350 v.C./Hupperts en Poortman (vert.) 2005), stelt motieven en karaktereigenschappen (deugden) centraal.

Deugdzzaam handelen gaat gepaard met een motivatie, een behoefte, om het goede te doen (Beauchamp, 2001). Volgens de deugdentheorie gaat 'goed' gepaard met het succesvol/excellent vervullen van je rol/functie.

Een deugdzzaam karakter wordt in dit proefschrift beschouwd langs lijnen van de deugdenethiek van Aristoteles: het gaat om de intellectuele en morele kennis, keuzes en acties bedoeld om het beste te doen, voortkomend uit een ferm en onveranderlijk karakter.

9

Om de legitimiteit voor de manier waarop bestuurders werken te onderzoeken is gebruik gemaakt van **organisatiekunde en leiderschapsliteratuur**.

In leiderschapsliteratuur wordt gedebatteerd over de vraag of goed leiderschap gebaseerd is op een (vaststaande) set van vaardigheden en eigenschappen of context bepaald is, waardoor er geen algemene uitspraken te doen zijn over wanneer een leider een goede leider. Wanneer goed leiderschap wordt gezien als een leider die vertrouwen geniet, zou in het debat persoon van de bestuurders versus organisatiecontext een middenpositie kunnen worden ingenomen: zowel competenties als context spelen een rol. Voor het ontwikkelen van leiderschapskwaliteiten betekent dit dat kennis en vaardigheden ontwikkelen van belang zijn, maar ook het lerend vermogen van de bestuurder en zijn houding en gedrag om met verschillende situaties en contexten om te gaan. In dit onderzoek is de *license to lead* vanuit beide perspectieven (persoonlijke verdienste en organisatiecontext) bestudeerd, vanuit de aanname dat beide perspectieven een rol spelen. In de conclusie wordt ingegaan hoe deze zich tot elkaar verhouden.

10

Om de resultaten van het bestuurlijk werk te onderzoeken is gekeken naar **veranderkundige theorie**. Ondersteunende en managementprocessen staan ten dienst van de zorgverlening en hebben daarmee een afhankelijk bestaansrecht. Dit betekent voor bestuurders dat zij geen inherent recht hebben op de positie die zij hebben, maar dit recht wordt ontleend aan de functie die zij vervullen, namelijk het toevoegen van waarde voor het primair proces. Dit noemt Ten Have (2017) het onderscheid tussen 'hebben' en 'zijn': het 'hebben' gaat bijvoorbeeld uit van het aantal fte dat een bestuurder 'onder zich' heeft en de omzet van de organisatie. Het 'zijn' gaat uit van de toegevoegde waarde die de bestuurder heeft voor de cliënt/patiënt.

Greiner (1998) omschrijft zes levensfasen van een organisatie, aangevuld door Keuning en Eppink (2004) tot acht:

1. De pioniersfase.
2. De managementfase.

3. De decentralisatiefase.
4. De standaardisatiefase.
5. De samenwerkingsfase.
6. Groei door ondernemen.
7. Groei door geïntegreerd mens- en omgevingsbeleid.
8. Groei door coöperatieve strategie in intelligente organisaties in een netwerkcultuur.

Ten Have (2011) spreekt over de mate van in control zijn.

Onderzoeker ziet de koppeling tussen de fase van de organisatie en de mate van in control zijn als volgt:

- De basis op orde hebben, richt zich op fasen één tot en met drie: korte termijn verbeteringen staan centraal.
- Het in control komen, kan vanaf fase vier gaan spelen: beheersing en ontwikkeling zijn mogelijk.
- Het in control zijn en blijven, zal zich met name in fasen vijf tot en met acht afspelen: systematisch besturen oftewel proactief besturen, is mogelijk.

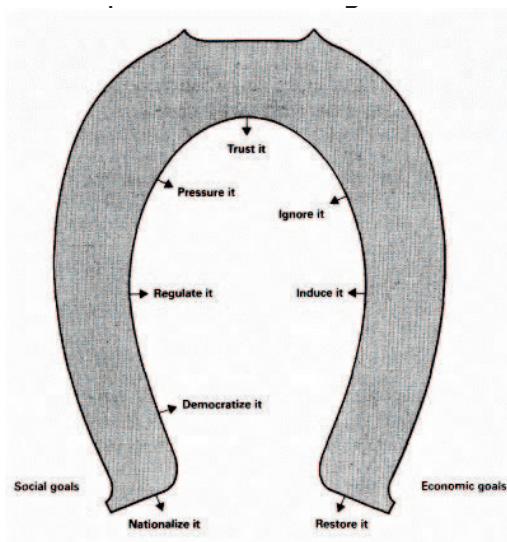
Juist in de situatie van groei waarbij de organisatie systematisch wordt bestuurd (in control is), is inzicht in de eigen organisatie en ruimte voor het effectiever zijn en vooruitblikken. In control zijn, gaat, volgens deze benadering, niet om risicomanagement en verantwoording (wat de term zou kunnen impliceren), maar juist om waarde toevoegen. Voor zorgbestuurders zijn financiële resultaten niet het doel van het handelen, zoals ook blijkt uit de Governance code zorg 2017, maar "het realiseren van de maatschappelijke doelstelling van de zorgorganisatie" en, zoals hiervoor gezegd, voor de samenleving.

Om aan deze doelstelling toe te komen, zal de interne organisatie eerst op orde moeten zijn. Een bestuurder van een instelling in de pioniersfase zal meer gericht zijn op het op orde krijgen van de processen en het inrichten van de organisatie dan op de maatschappelijke doelstelling. Een bestuurder die de basis op orde heeft, heeft een korte termijn doel van beheersing. Wanneer de organisatie voldoet aan wet- en regelgeving en de financiën op orde zijn, is ruimte voor ontwikkeling en vervolgens vernieuwing en anticipatie. In de praktijk worden veranderingen niet altijd vormgegeven zoals hierboven omschreven. Ten Have merkt op dat veranderingen 'maar al te vaak' vanzelfsprekend en weinig doordacht worden ingezet (ten Have en ten Have, 2004).

## 11

Historiografisch (voor het plaatsen van de license to lead in de context) zijn drie factoren die een rol spelen uitgelicht:

- semipublieke setting



Figuur: 'Conceptual horseshoe' van Mintzberg, 1985, p 49.

De mate van vertrouwen die een organisatie krijgt, bepaalt hoeveel controle er is op het werk van de bestuurder. Wanneer er weinig vertrouwen is, zal de buitenwereld (afhankelijk van het snijvlak de overheid, de markt of de gemeenschap) meer geneigd zijn om directe controle uit te oefenen.

- Governancestructuur
  - Rol professionals (42% zelf zorg specifieke opleiding)
  - Eindverantwoordelijkheid geleverde zorg, maar vertrouwelijkheid, ambulantisering, zzp-ers, specifieke kennis
  - Formele positie cliënten/patiëntenraden
- Markwerking principes
  - faillissement mogelijk
  - publieke taak gaat volgens bestuurders voor
  - van 12% (2000) naar 22% (2015) bedrijfskundig opgeleid

## 12

In dit onderzoek komen verschillende elementen aan bod die bepalend zijn voor de *license to lead* (gebaseerd op analyse van de interviews en focusgroep). Zo wordt het bouwen van zorgbestuurders aan hun *license to lead* door professionalisering, tijdens de werving en aanname van een zorgbestuurder en door de manier waarop zorgbestuurders zich legitimeren en verantwoorden onderzocht. Ook wordt onderzocht wat overblijft van de *license to lead* van de zorgbestuurder na zijn vertrek uit een instelling. Ook wordt gekeken naar de persoon van de zorgbestuurder, de manier waarop hij werkt en hoe de resultaten van zijn werk zijn *license to lead* beïnvloeden.

In de normstelling rond goed bestuur komen zowel de persoon van de bestuurder (bekwaam) als de werkwijze (betrekken belanghebbenden) als de resultaten (bijdragen aan kwaliteit van zorg) terug. Hoewel overeenstemming tussen de samenleving en zorgbestuurders zelf over wat van een goede zorgbestuurder mag worden verwacht, een belangrijke stap is in het herstellen van vertrouwen, blijkt in de praktijk dat er binnen de normstelling grote interpretatie verschillen kunnen zijn.

Zijn er over wat ik tot nu toe heb verteld vragen/opmerkingen?

Per moment zal ik mijn bevindingen laten zien. Indien gewenst, kan ik deze nader toelichten. Anders wil ik jullie uitnodigen om hier ook meteen op te reflecteren langs de lijn van de drie vragen die ik jullie heb gesteld:

- Wat vind ik de belangrijkste inzichten in dit hoofdstuk (/wat zou in een publieksversie terug moeten komen)?
- Wat heb ik hieraan in mijn werk als bestuurder?
- Wat zou de NVZD/zouden zorgbestuurders als groep hiermee kunnen?

Meer algemene reflecties bewaren we tot het eind. Dan vraag ik ook Wouter en Kim hun reflecties te geven.

### **15.45 uur**

13

Het bouwen van zorgbestuurders aan hun *license to lead* door professionalisering

Conclusies:

- Groepsniveau: ontwikkeling richting beroepsgroep als manier om *license to lead* te vergroten. Gevolg: eenduidiger beeld welke kennis en ervaring, meer opleidingen en accreditatie (institutionalisering).
- Organisatieniveau: nadruk proces, weinig aandacht/beeld bij professionaliseren bestuurders
- Individuele bestuurders: relativeren belang opleidingen, zijn wel opgeleid.

Accreditatie:

- Interactie omgeving centraal (license to lead als sociaal construct).

Verbeterpunten:

- Breed gedragen kwaliteitsnormen
- Sanctionering aanscherpen; proeve van bekwaamheid in accreditatietraject
- Bijzondere karakter beter voor het voetlicht brengen
- Centraal stellen moreel kader

- Meetbaar maken resultaat professionalisering
- Basiskwalificaties voor zorgbestuurders maken (exclusief maken)
- Vakbekwaamheid binnen organisatie meer aandacht geven

Wie kan ik het woord geven over dit hoofdstuk?

### **16.00 uur**

14

Het bouwen aan de *license to lead* tijdens het wervings- en aannameproces

Conclusies

- Rol *gatekeepers*:
  - Raden van toezicht
  - *Searchers*: positief individuele bestuurders, negatief groepsniveau
  - Opleidingsinstituten
- weinig gereguleerd/persoonlijke interactie centraal
- steeds meer aandacht voor proceslegitimiteit

Andere factoren:

- de stijl en zittingsduur van de voorganger,
- hoe de vorige bestuurder is weggegaan ('bestuurscrisis'),
- de mate van transparantie binnen de organisatie en
- de houding van externe stakeholders.

Verbeterpunten:

- Criteria succesvolle benoeming definiëren
- Meer formeel toetsen 'klik' medebestuurder
- Bestuurder passen bij uitdagingen met betrekking tot vertrouwen/gezag
- aandacht voor bekwamen wanneer in functie
- aandacht voor minder stuurbare factoren bij aanname
- Rol *gatekeepers* zichtbaar maken
- Manier van werving vastleggen

Wie kan ik het woord geven over dit hoofdstuk?

### **16.15 uur**

15

Het bouwen aan de *license to lead* in de dagelijkse praktijk van legitimeren en verantwoord

### Conclusies

- normenkader 'disciplinerende werking', maar ook onvoldoende handvatten
- organisatieniveau: proceslegitimiteit centraal, resultaat: kwaliteit zorg; eigen normen.

### Andere factoren:

- het handelen van zijn collega-bestuurder(s) in de raad van bestuur
- door overheidsmaatregelen.

### Verbeterpunten:

- dialoog over botsing van waarden
- bewust overwegen gekozen waarden/soort discours waar dit bij past

Wie kan ik het woord geven over dit hoofdstuk?

### **16.30 uur**

16

Wat er overblijft van de *license to lead* na vertrek van de bestuurder

De invloed die bestuurders hebben hierop is gelegen in

- de manier waarop ze de verandering vormgeven,
- het draagvlak dat ze hiervoor weten te krijgen en
- de beïnvloedingsmacht die ze weten te creëren.

Groepsniveau: bewezen effect: Dit effect kan bijvoorbeeld zijn het stroomlijnen van de zorg rondom de patiënt, innovatie, kwaliteitsverbetering en het continueren van zorg en werkgelegenheid in tijden van bezuiniging, voorkomen faillissement.

### Andere factoren:

- opvolger
- overheidsbeleid
- contracten verzekeraars/banken
- fase organisatie
- termijn waarop effect meetbaar wordt
- verandermoe

### Verbeterpunten:

- aansluiten bij wat de organisatie nodig heeft in termen van vertrouwen
- aansluiten bij de fase waarin de organisatie zich bevindt
- Succes bestuurder meetbaar maken

- Evidence based werken en dit inzichtelijk maken: welk doel wordt gediend? Waarom wordt voor deze middelen gekozen?
- Niet-stuurbare factoren expliciteren en bespreekbaar maken

Wie kan ik het woord geven over dit hoofdstuk?

**16.45 uur**

Deze twee slides (17 en 18) laten de conclusies zien. Ik wil Kim en Wouter vragen om hun reflecties te geven, zodat jullie hierop kunnen aanvullen.



## **Bijlage 5: Enquête onder leden NVZD: vragenlijst en tabellenboek 2015**



## Profiel van bestuurders in de zorg

Geacht lid,

Eens in de 5 jaar voeren NVZD en het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur gezamenlijk een onderzoek uit naar hoe u, als bestuurder in de zorg, uw werk uitvoert en tegen uw functie aankijkt. Dit is de vierde keer dat we dit onderzoek uitvoeren. Dit is een uniek onderzoek, omdat het gaat over u. Wij willen u als NVZD-lid vragen **mee te doen aan dit onderzoek**. Met de resultaten kunnen we ontwikkelingen in het zorgbestuur laten zien, van binnenuit waargenomen. De NVZD vindt het van belang om inzicht te geven in het vak van zorgbesturen en transparantie te bieden over de taakopvatting van bestuurders. Vorige keren was de respons ongeveer 50%. Dat is een prachtige score! Natuurlijk hopen we dat nu weer te halen.

Het onderzoek is door zijn longitudinale karakter uniek in zijn soort en heeft tot dusverre interessante inzichten opgeleverd. De leeftijd van zorgbestuurders nam toe, net als het aantal vrouwen met een bestuurlijke functie (van 11% in 2000 naar 25% in 2010). Ook het aantal eenhoofdige Raden van Bestuur nam toe. De organisaties werden groter. De uitkomsten laten ook zien dat de span-of-control van zorgbestuurders door de jaren heen is toegenomen en dat organisaties in omvang en inrichting steeds meer variëren. Opvallend is bovendien de rol die demografische ontwikkelingen spelen bij vernieuwing van bestuur. Denk hierbij aan de verschillen tussen jongere en oudere bestuurders. Dat bestuurders zich in 2010 vooral herkennen in de rol van verbinder en intermediair past bij het belang dat relatiemanagement speelt bij de legitimering van bestuur. Legitimering is ook een proces, zo bleek uit het laatste onderzoek.

Wij hopen van harte dat u uw medewerking verleent aan dit voor onze sector en beroepsgroep belangrijke onderzoek. Het onderzoek kan weer nieuwe inzichten opleveren en bestaande aanscherpen.

In 2000 is Pauline Meurs begonnen met de enquête. Wilma van der Scheer heeft de enquête in 2005 en 2010 uitgevoerd en is in 2013 gepromoveerd met behulp van de inzichten uit de enquête. Wilma van der Scheer is ook bij deze enquête weer nauw betrokken. De enquête wordt dit jaar uitgevoerd door Sophie Bijloos in het kader van haar promotieonderzoek dat valt onder de leerstoel Bestuur en Management van Instellingen in de Gezondheidszorg die mede door de NVZD in stand wordt gehouden. Sophie is als beleidsmedewerker verbonden aan de NVZD.

Ook nu zal er op verschillende manieren over de onderzoeksresultaten worden gerapporteerd en ook in NVZD-verband zullen wij aandacht besteden aan de uitkomsten van het onderzoek.

Voor nadere informatie over de inhoud van het onderzoek verwijzen wij graag naar de onderzoeker Sophie Bijloos (030-2777451).

We hopen van harte op uw medewerking!

Paul van der Heijden    Pauline Meurs

Voorzitter NVZD        Wetenschappelijk directeur Erasmus Centrum voor Zorgbestuur  
en erelid NVZD

## TOELICHTING

De vragenlijst is opgebouwd uit een viertal profielen:

1. Een biografisch profiel: de vragen over wie u bent, hoe u bent opgeleid en de werkervaring waarover u beschikt.
2. Een organisatieprofiel: vragen over de organisatie waaraan u leiding geeft, bijvoorbeeld de personeelssamenstelling, de structuur en de omvang.
3. Een mentaal profiel: vragen over uw visie op besturen en de manier waarop u hier invulling aan geeft.
4. Een werkprofiel: vragen over de manier waarop u uw werkweek invult. Bijvoorbeeld wat voor soort contacten u onderhoudt en hoeveel tijd u daaraan besteedt.

## BEGRIPSVERHELDERING

De vragenlijst is bedoeld voor leden van de NVZD, allen **eindverantwoordelijke** directeuren of bestuurders van zorgorganisaties. Wanneer in de tekst over directeuren of bestuurders wordt gesproken, worden hiermee de **eindverantwoordelijke** directeuren of bestuurders bedoeld. Wanneer in de vragenlijst over 'managers' wordt gesproken dan worden daarmee alle managers bedoeld (zowel de operationele-, midden- en stafmanagers), **inclusief** de directeur(en) en/ of bestuurder(s). U kunt zowel leidinggeven aan een 'instelling' als aan een 'concern' dat uit meerdere (statutaire) instellingen bestaat. Omwille van het laatste wordt in de vragenlijst het brede begrip 'organisatie' gebruikt- een organisatie in de gezondheidszorg kan dus zowel een statutaire instelling als een concern zijn. Indien u zowel bestuurder van een concern bent als bestuurder (of directeur) van een instelling dan vragen wij u de vragenlijst in te vullen vanuit uw functie voor het concern.

## HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST

Het invullen van de vragenlijst neemt ongeveer een half uur tot drie kwartier van uw tijd in beslag. De gegevens worden vertrouwelijk behandeld. Wanneer u tussendoor wilt pauzeren kunt u op *volgende* klikken en vervolgen op *pauzeren* drukken of de browser sluiten. Als u dan weer op de link in het e-mailbericht klikt, komt u op de laatst opgeslagen pagina uit. Wanneer u later verder wilt gaan, kunt u weer op de link in de e-mail klikken en op hetzelfde punt in de enquête verder gaan.

## HET VERVOLG

Wij verzoeken u vriendelijk om de vragenlijst **-graag voor 31 december 2015-** in te vullen. Nadat u de vragenlijst heeft ingevuld worden uw antwoorden aan de hand van een analyseschema geanalyseerd en vergeleken met de antwoorden van andere bestuurders en eerdere jaren. De resultaten van het onderzoek zullen in de loop van 2016 aan u gepresenteerd worden.

## 1 Biografisch profiel

Vraag 1 Personalia

*Open vraag*

Vraag 2 Sinds wanneer oefent u uw huidige functie bij uw huidige organisatie uit?

*Open vraag*

Vraag 3 Portefeuille (indien van toepassing)

*Open vraag*

Vraag 4 Naam organisatie

*Open vraag*

Vraag 5 Wat is uw geboortjaar?

**Gemiddelde leeftijd is 55 jaar**

|           |     |
|-----------|-----|
| ...-50 jr | 19% |
| 51-55 jr  | 25% |
| 56-.. jr  | 56% |

Vraag 6 Wat is uw geslacht?

|       |     |
|-------|-----|
| Man   | 62% |
| Vrouw | 38% |

Vraag 7 U bent lid van de NVZD. Indien uw organisatie een meerhoofdige directie of Raad van Bestuur kent, zijn uw collega directeurs of bestuurders dan eveneens lid van de NVZD?

|                                       |     |
|---------------------------------------|-----|
| Ik ben eenhoofdig bestuurder          | 45% |
| Ja, al mijn collega's zijn lid        | 43% |
| Nee, niet al mijn collega's zijn lid  | 8%  |
| Nee, geen van mijn collega's zijn lid | 4%  |

Vraag 8 U kunt om verschillende redenen lid zijn van de NVZD. Hoe belangrijk vindt u de volgende redenen?

Zeer onbelangrijk ← → Zeer belangrijk (1-5)

|                                                         |     |
|---------------------------------------------------------|-----|
|                                                         |     |
| Belangenbehartiging                                     | 4,0 |
| Services                                                | 3,5 |
| Ondersteuning van de eigen professionele vakuitoefening | 3,4 |
| Contacten met medebestuurders                           | 3,2 |

Vraag 9 OPLEIDING Heeft u één of meerdere universitaire en/ of HBO opleiding(en) \*  
genoten? Zo ja, welke? Meerdere antwoorden mogelijk

|                                                |     |
|------------------------------------------------|-----|
| Een (of meerdere) universitaire opleiding(en)  | 82% |
| Een (of meerdere) HBO opleiding(en)            | 28% |
| Geen universitaire of HBO opleiding, maar..... | 3%  |

\* Het gaat hier om initiële opleidingen, niet om post-academische opleidingen.

Vraag 10 Welke universitaire opleiding(en) heeft u genoten? Meerdere antwoorden mogelijk

|                                                            |     |
|------------------------------------------------------------|-----|
| Sociale wetenschappen (anders dan economie of psychologie) | 25% |
| Bedrijfskunde                                              | 22% |
| Geneeskunde                                                | 17% |
| Gezondheidswetenschappen                                   | 13% |
| Economie                                                   | 11% |
| Anders                                                     | 11% |
| Rechten                                                    | 9%  |
| Psychologie                                                | 8%  |

Vraag 11 Welke andere universitaire opleiding(en)?

*Open vraag*

Vraag 12 Welke HBO opleiding(en) heeft u genoten? Meerdere antwoorden mogelijk

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| Anders                | 31% |
| Verpleegkunde         | 27% |
| SPD/ sociale academie | 26% |
| HEAO                  | 18% |
| Bedrijfskunde         | 14% |

Vraag 13 Welke andere HBO opleiding(en)?

*Open vraag*

Vraag 14 Heeft u in de afgelopen tien jaar één of meer aanvullende of post-academische managementopleidingen of - cursussen gevolgd?

|                                                    |     |
|----------------------------------------------------|-----|
| Ja, ik heb meerdere cursussen/ opleidingen gevolgd | 65% |
| Ja, ik heb een cursus/ opleiding gevolgd           | 23% |
| Nee                                                | 12% |

Vraag 15 Wat was/waren de aanvullende of post-academische cursus(sen) of opleiding(en) die u in de afgelopen tien jaar heeft gevolgd? Meerdere antwoorden mogelijk

|                                                                                                  |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Masteropleiding algemeen, MBA                                                                    | 7%  |
| Masteropleiding algemeen, bedrijfskunde                                                          | 5%  |
| Masteropleiding algemeen, bestuurskunde                                                          | 2%  |
| Andere algemene masteropleiding                                                                  | 10% |
| Masteropleiding specifiek gezondheidszorg, Master of Health Administration                       | 9%  |
| Masteropleiding specifiek gezondheidszorg, Master of Health Care Management                      | 2%  |
| Masteropleiding specifiek gezondheidszorg, MBA-Health                                            | 5%  |
| Andere specifieke gezondheidszorg opleiding                                                      | 16% |
| Uitgebreid management development programma, Master Class NVZD/ Erasmus Centrum voor Zorgbestuur | 24% |
| Uitgebreid management development programma, Top Class NVZD/ Erasmus Centrum voor Zorgbestuur    | 7%  |
| Uitgebreid management development programma, Stolte leergang voor leidinggevend in de zorg       | 3%  |
| Uitgebreid management development programma, Stolte Advanced Program (STAP)                      | 9%  |
| Ander uitgebreid management development programma                                                | 22% |
| Cursus management algemeen                                                                       | 6%  |
| Cursus management specifiek, financieel/ bedrijfskundig                                          | 10% |
| Cursus management specifiek, informatisering                                                     | 2%  |
| Cursus management specifiek, logistiek                                                           | 0%  |
| Cursus management specifiek, human resource management                                           | 2%  |
| Cursus management specifiek, Kwaliteitsmanagement                                                | 1%  |
| Cursus management specifiek, Vastgoed/ Bouw                                                      | 2%  |
| Andere management specifieke opleiding                                                           | 13% |

Eind 2013 is de NVZD gestart met een accreditatie voor zorgbestuurders. In het accreditatietraject wordt getoetst of de bestuurder voldoet aan de volgende norm:

- Beschikt de bestuurder over zelfreflectief vermogen?  
In de accreditatie wordt getoetst of de bestuurder beschikt over het vermogen tot reflectie op het eigen handelen en het vermogen om die reflectie ook om te zetten in gedrag en in ander gedrag als dat nodig mocht blijken.
- Werkt de bestuurder actief aan zijn/haar vakontwikkeling?  
Een belangrijke doelstelling van de accreditatie is een systematische bijdrage aan de verdere professionalisering van bestuurders: steeds beter worden in je vak. De bestuurder toont aan dat hij/zij bereid is te blijven leren, in de breedste zin.

Om deze norm te toetsen, verzamelt de bestuurder 360 graden feedback, stelt een zelfevaluatie en een ontwikkelplan op en voert een accreditatiegesprek met twee auditoren. De auditoren geven op basis van al deze informatie een advies aan de accreditatiecommissie. Deze onafhankelijke commissie besluit over het al dan niet toekennen van accreditatie.

Vraag 16 Bent u bekend met het NVZD-accreditatiesysteem? Selecteer het meest passende antwoord: één antwoord mogelijk

|                                         |     |
|-----------------------------------------|-----|
| Jazeker, ik ken de inhoud en de context | 54% |
| Ja, maar niet met de exacte invulling   | 43% |
| Ik ben hier niet bekend mee             | 2%  |

Vraag 17 Bent u als bestuurder geaccrediteerd bij de NVZD? Selecteer het meest passende antwoord: één antwoord mogelijk

|                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|
| Nee, maar ik ga me wel opgeven in de toekomst                           | 42% |
| Nee, ik ben dit ook niet van plan                                       | 26% |
| Ja                                                                      | 17% |
| Nog niet, maar ik ben er wel mee bezig (in voorbereiding of al gestart) | 15% |

Vraag 18 Wat zijn de belangrijkste overwegingen om deel te (gaan) nemen aan het accreditatietraject? Selecteer hier uw top drie van meest passende antwoorden (1 of 2 mag ook). 1 is het meest passende antwoord.

*Het antwoord met gemiddeld de hoogste score staat bovenaan.*

|    |                                         |
|----|-----------------------------------------|
| 1  | persoonlijke ontwikkeling               |
| 2  | verantwoording naar samenleving         |
| 3  | verantwoording naar cliënten/patiënten  |
| 4  | verantwoording naar overheid/politiek   |
| 5  | bepalen waar ik sta in mijn carrière    |
| 6  | verantwoording naar Raad van Toezicht   |
| 7  | verantwoording naar medewerkers         |
| 8  | mijn loopbaanperspectief vergroten      |
| 9  | verantwoording naar banken/verzekeraars |
| 10 | verantwoording naar management team     |

Vraag 19 Waarom bent u dit niet van plan?

*Open vraag*

Vraag 20 Wat hoopt u dat het maatschappelijk effect van het accreditatiesysteem zal zijn? Het gaat er hierom wat u als wenselijk ziet. Selecteer hier uw top drie van meest passende antwoorden (1 of 2 mag ook). 1 is het meest passende antwoord.

*Het antwoord met gemiddeld de hoogste score staat bovenaan.*

|   |                                                                                  |
|---|----------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Draagt bij aan de professionalisering van zorgbestuurders                        |
| 2 | Draagt bij aan maatschappelijke legitimering                                     |
| 3 | Ik heb geen bijzondere hoop ten aanzien van het effect                           |
| 4 | Draagt bij aan de kwaliteit van zorg                                             |
| 5 | Erkenning van besturen in de zorg als vak                                        |
| 6 | Voorkomt een door de politiek/overheid opgelegd systeem                          |
| 7 | Leidt tot formalisering van het competentieprofiel van de bestuurder             |
| 8 | Gaat een rol spelen in selectieprocessen/bij opvolgingskwesaties                 |
| 9 | Gaat een rol spelen voor de financiering van zorg (banken, zorgverzekeraars,...) |

Vraag 21 Wat verwacht u dat het maatschappelijke effect van het accreditatiesysteem gaat zijn? Het gaat er hierom wat u denkt dat het effect zal zijn. Selecteer hier uw top drie van meest passende antwoorden (1 of 2 mag ook). 1 is het meest passende antwoord.

*Het antwoord met gemiddeld de hoogste score staat bovenaan.*

|   |                                                                                  |
|---|----------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Draagt bij aan maatschappelijke legitimering                                     |
| 2 | Ik heb geen bijzondere verwachting ten aanzien van het effect                    |
| 3 | Draagt bij aan de professionalisering van zorgbestuurders                        |
| 4 | Voorkomt een door de politiek/overheid opgelegd systeem                          |
| 5 | Gaat een rol spelen in selectieprocessen/bij opvolgingskwesaties                 |
| 6 | Gaat een rol spelen voor de financiering van zorg (banken, zorgverzekeraars,...) |
| 7 | Leidt tot formalisering van het competentieprofiel van de bestuurder             |
| 8 | Erkenning van besturen in de zorg als vak                                        |
| 9 | Draagt bij aan de kwaliteit van zorg                                             |

Vraag 22 Maak de volgende zin af: Accreditatie gefaciliteerd door de NVZD zou als doel moeten hebben..... Kies het meest passende antwoord. Eén antwoord mogelijk

|                                                                          |     |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|
| Bijdragen aan professionalisering van bestuur                            | 70% |
| Bevorderen van de kwaliteit van zorg                                     | 9%  |
| Niets                                                                    | 7%  |
| Anders                                                                   | 5%  |
| De intrinsieke motivatie van bestuurders toetsen                         | 4%  |
| Het gedrag van de bestuurder toetsen                                     | 3%  |
| De buitenwereld overtuigen dat bestuurders een toegevoegde waarde hebben | 2%  |
| Bestuurders ter verantwoording roepen                                    | 1%  |

Vraag 23 PROFESSIONELE ONTWIKKELING Op welke andere manier(en) dan door opleiding werkt u aan uw professionele vakontwikkeling? Meerdere antwoorden mogelijk

|                                                          |     |
|----------------------------------------------------------|-----|
| Door het lezen van vakliteratuur                         | 86% |
| Door deelname aan congressen/ symposia                   | 83% |
| Door deelname aan een intervisiegroep/ directiewerkgroep | 79% |
| Door gesprekken met een persoonlijke coach               | 56% |
| Anders                                                   | 26% |
| Door deelname aan een werkgroep/ commissie NVZD          | 9%  |

Vraag 24 Op welke andere manier(en) dan deelname aan intervisie, werkgroep of opleiding deelt u uw kennis met collega's? Meerdere antwoorden mogelijk

|                                                                                            |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Door contacten met collega's, ongeorganiseerd                                              | 91% |
| Door te spreken op congressen / symposia                                                   | 38% |
| Door medewerking te verlenen aan wetenschappelijk onderzoek naar bestuurlijke vraagstukken | 32% |
| Door het geven van (gast)colleges voor managers/ collega bestuurders                       | 28% |
| Door coaching van (nieuwe) bestuurders                                                     | 19% |
| Anders                                                                                     | 12% |
| Door te publiceren in vakbladen                                                            | 8%  |

Vraag 25 Van wie vraagt en ontvangt u de meeste feedback op uw dagelijkse functioneren? Eén antwoord mogelijk

|                                                  |     |
|--------------------------------------------------|-----|
| Ondergeschikte managers                          | 35% |
| Collega bestuurder(s) van dezelfde organisatie   | 34% |
| Raad van toezicht                                | 12% |
| Anders                                           | 8%  |
| Collega bestuurder(s) van een andere organisatie | 6%  |
| Coach                                            | 5%  |

Vraag 26 CARRIÈREVERLOOP De volgende vragen gaan over uw carrièreverloop. Kunt u aangeven in welke sector u werkzaam was in:  
uw eerste functie?

|                 |     |
|-----------------|-----|
| Gezondheidszorg | 58% |
| Dienstverlening | 16% |
| Onderwijs       | 10% |
| Overheid        | 9%  |
| Anders          | 4%  |
| Industrie       | 2%  |
| Landbouw        | 1%  |

Vraag 27 uw vorige functie?

|                 |     |
|-----------------|-----|
| Gezondheidszorg | 83% |
| Dienstverlening | 8%  |
| Overheid        | 5%  |
| Anders          | 3%  |
| Onderwijs       | 1%  |
| Industrie       | 0%  |
| Landbouw        | 0%  |

Vraag 28 En in welke sector was u werkzaam in de tussenliggende functie(s)? Meerdere antwoorden mogelijk

|                 |     |
|-----------------|-----|
| Gezondheidszorg | 75% |
| Dienstverlening | 22% |
| Overheid        | 13% |
| Anders          | 7%  |
| Onderwijs       | 6%  |
| Industrie       | 5%  |
| Landbouw        | 0%  |

Vraag 29 In welk jaar begon u aan uw eerste managementfunctie?

|    | Gemiddeld | Vroegst genoemde | Laatst genoemde |
|----|-----------|------------------|-----------------|
| In | 1991      | 1976             | 2010            |

Vraag 30 Hoeveel managementfuncties heeft u in het totaal uitgevoerd?

|                                  | Gemiddeld | Minimaal genoemd | Maximaal genoemd |
|----------------------------------|-----------|------------------|------------------|
| Totaal aantal managementfuncties | 5         | 1                | 30               |

Vraag 31 Waarvan:

|                                                               | Gemiddeld | Minimaal genoemd | Maximaal genoemd |
|---------------------------------------------------------------|-----------|------------------|------------------|
| functie(s) met eindverantwoordelijkheid (bestuurdersfuncties) | 2         | 1                | 11               |
| functie(s) binnen de gezondheidszorg                          | 4         | 1                | 25               |

Vraag 32 Is uw huidige functie uw eerste eindverantwoordelijke directie- of bestuursfunctie?

|     |     |
|-----|-----|
| Ja  | 56% |
| Nee | 44% |

Vraag 33 Indien u meerdere managementfuncties heeft uitgeoefend binnen de gezondheidszorg, bent u dan steeds werkzaam geweest in één en dezelfde organisatie?

|                                                              |     |
|--------------------------------------------------------------|-----|
| Nee, in verschillende soorten organisaties                   | 60% |
| Nee, in verschillende, maar vergelijkbare organisaties       | 30% |
| Ja, in één en dezelfde organisatie (bijvoorbeeld ziekenhuis) | 9%  |

Vraag 34 Hoe bent u bij uw huidige functie terecht gekomen? Meerdere antwoorden mogelijk

|                                                               |     |
|---------------------------------------------------------------|-----|
| via een wervingsbureau                                        | 47% |
| via een openbare sollicitatieprocedure                        | 39% |
| doorgestroomd vanuit een andere functie binnen de organisatie | 13% |
| door een fusie/reorganisatie                                  | 9%  |
| via connecties in Raad van Toezicht                           | 5%  |
| Anders                                                        | 4%  |
| via connecties in Raad van Bestuur                            | 3%  |
| via een intern Management Development programma               | 0%  |

Vraag 35 Gaat u binnen nu en een jaar met pensioen of heeft u bij de Raad van toezicht aangegeven dat u binnen nu en een jaar uw baan opzegt?

|     |     |
|-----|-----|
| Nee | 95% |
| Ja  | 5%  |

Vraag 36 Bent u betrokken bij uw opvolging? Selecteer het meest passende antwoord: één antwoord mogelijk

|                                                                                                          |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ik ben betrokken bij het opstellen van het profiel van de opvolger, maar niet bij de werving en selectie | 53% |
| Nee                                                                                                      | 40% |
| Ja, mijn opvolging wordt door de Raad van Toezicht in overleg met mij bepaald                            | 7%  |

Vraag 37 Is uw toekomstige opvolging (ook wanneer deze op dit moment niet concreet speelt) een onderwerp waar aandacht aan wordt besteed door de Raad van toezicht? Selecteer het meest passende antwoord: één antwoord mogelijk

|                                                                                                                                                 |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Nee.                                                                                                                                            | 27% |
| Nee, ik ben recent aangetreden.                                                                                                                 | 23% |
| Mijn opvolging zal in overleg met mij bepaald worden wanneer het speelt.                                                                        | 20% |
| Mijn opvolging is een expliciet onderdeel van (jaarlijkse) gesprekken met de Raad van Toezicht.                                                 | 17% |
| De Raad van Bestuur/Raad van Toezicht bespreekt wie binnen de organisatie kan doorgroeien naar een bestuurdersfunctie.                          | 5%  |
| Anders                                                                                                                                          | 5%  |
| Ik ben hier niet bij betrokken.                                                                                                                 | 2%  |
| De organisatie heeft een intern Management Development programma met (onder meer) als doel interne doorstroming tot op Raad van Bestuur niveau. | 1%  |

## 2 ORGANISATIEPROFIEL

Vraag 38 ORGANISATIE Aan welk(e) type(n) organisatie(s) geeft u leiding? Meerdere antwoorden mogelijk, bijvoorbeeld in het geval van concerns

|                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------|-----|
| Verpleeghuis                                                | 29% |
| Thuiszorgorganisatie                                        | 28% |
| Verzorgingshuis                                             | 27% |
| Organisatie voor verstandelijk of lichamelijk gehandicapten | 20% |
| Organisatie voor GGZ                                        | 19% |
| Anders                                                      | 19% |
| Algemeen ziekenhuis                                         | 18% |
| Categoriaal ziekenhuis                                      | 6%  |
| Academisch ziekenhuis                                       | 1%  |

Vraag 39 Wat zijn de bedrijfsopbrengsten\* van de organisatie waaraan u leiding geeft? (peiljaar 2014)

|               |     |
|---------------|-----|
| Minder dan 15 | 12% |
| 15-50         | 25% |
| 50-100        | 21% |
| 100-125       | 8%  |
| 125-150       | 7%  |
| Meer dan 150  | 28% |

\*conform de jaarrekening. Het betreft hier het wettelijke budget, plus overige inkomsten, plus b-segment (ziekenhuizen) in miljoenen euro's. Exclusief de omzet van evt. vrijgevestigde specialisten.

Vraag 40 Hoeveel personen zijn gemiddeld genomen werkzaam in de organisatie waaraan u leiding geeft, inclusief flexibele dienstverbanden? (peiljaar 2014) Totaal aantal fte's:

|                |     |
|----------------|-----|
| Minder dan 500 | 27% |
| 500 – 750      | 12% |
| 750 - 1.000    | 8%  |
| 1.000 - 1.250  | 8%  |
| 1.250 - 1.500  | 9%  |
| meer dan 1.500 | 36% |

Vraag 41 Hoeveel medisch specialisten (artsen, psychiaters) zijn gemiddeld genomen werkzaam in de organisatie waaraan u leiding geeft? (peiljaar 2014) Totaal aantal fte's:

|               |     |
|---------------|-----|
| Minder dan 25 | 53% |
| 25 – 50       | 10% |
| 50 – 100      | 12% |
| 100 – 150     | 9%  |
| 150 – 200     | 3%  |
| meer dan 200  | 14% |

Vraag 42 STRUCTUUR Hoe is de topstructuur van uw organisatie thans ingericht?

|                                                                                |     |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Eenhoofdig(e) directie/bestuur                                                 | 44% |
| Meerhoofdig(e)directie/bestuur met collegiale verantwoordelijkheid             | 43% |
| Meerhoofdig(e)directie/bestuur met eerstverantwoordelijke directeur/bestuurder | 12% |
| Anders                                                                         | 1%  |

Vraag 43 Hoeveel leidinggevende niveaus heeft uw organisatie? (de Raad van Toezicht niet meegerekend)

|                  |     |
|------------------|-----|
| 2 lagen          | 25% |
| 3 lagen          | 62% |
| 4 lagen          | 12% |
| Meer dan 4 lagen | 1%  |

Vraag 44 Indien uw directie of Raad van Bestuur meerhoofdig is, hoeveel leden telt uw directie of Raad van Bestuur dan? En hoe is de man/vrouw verdeling?

|                               |     |
|-------------------------------|-----|
| Eenhoofdige Raad van Bestuur  | 44% |
| Tweehoofdige Raad van Bestuur | 41% |
| Driehoofdige Raad van Bestuur | 12% |
| Vierhoofdige Raad van Bestuur | 1%  |
| Meer dan vierhoofdige         | 1%  |

Vraag 45 Hoe is de organisatiestructuur van uw organisatie thans ingericht? Meerdere antwoorden mogelijk

|                                                                               |     |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Functionele indeling (dienstenstructuur)                                      | 9%  |
| Indeling naar zorgeenheden ('gekantheld' naar werkeenheden of productgroepen) | 44% |
| Indeling naar cluster/divisies waarbinnen zorgeenheden zijn samengebracht     | 42% |
| Anders                                                                        | 10% |

Vraag 46 De inbreng van professionals in de besluitvorming op organisatieniveau kan op verschillende manieren gewaarborgd worden. Welke manieren komen in uw organisatie voor? Meerdere antwoorden mogelijk

|                                                                                                                                                                                                                                                       |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Duaal management: sommige professionals zijn voor een deel van hun tijd manager (bijv. medisch manager).                                                                                                                                              | 51% |
| Vrijblijvend advies, vertegenwoordigers van professionals hebben het recht gevraagd en ongevraagd advies te geven aan het bestuur. Het bestuur is echter niet verplicht om advies te vragen (verpleegkundige en verzorgende adviesraad bijvoorbeeld). | 44% |
| Verplichte raadpleging, het bestuur is verplicht om over belangrijke beslissingen aangaande het organisatiebeleid advies in te winnen van (vertegenwoordigers van) professionals.                                                                     | 36% |
| Anders                                                                                                                                                                                                                                                | 14% |
| Duaal bestuur: de directie/Raad van Bestuur en vertegenwoordigers van professionals (bijv. de voorzitter Vakgroep of Medische Staf) vormen samen het organisatiebestuur.                                                                              | 12% |
| Dit is (nog) niet geregeld.                                                                                                                                                                                                                           | 10% |

Vraag 47 VERANDERINGEN Welke van de onderstaande grootscheepse veranderingen heeft uw organisatie de afgelopen vijf jaar doorgemaakt (2010-2015)? Of zit u nog midden in? Of zullen in de nabije toekomst in uw organisatie zeker gerealiseerd moeten worden, maar bent u er nog niet aan begonnen. Meerdere antwoorden mogelijk\* In geval van concerns kan het ook om organisatieonderdelen gaan.

Veranderingen:

2010-2015

|                                                                                                                                                                         | 2010-2015 | 2015 | Toekomst |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|----------|
| Introductie van een nieuwe topstructuur (Raad van Toezicht model bijvoorbeeld)                                                                                          | 32%       | 7%   | 4%       |
| Kanteling van de organisatie (van dienstenstructuur naar zorgeenheden/ clusters)                                                                                        | 36%       | 13%  | 4%       |
| 'Doorkanteling' van de organisatie (het verder doorvoeren van principes en decentralisatie)                                                                             | 24%       | 46%  | 20%      |
| Fusie met één of meer vergelijkbare organisaties ('horizontale' fusie)                                                                                                  | 20%       | 10%  | 15%      |
| Samenwerking met andersoortige organisatie (bijvoorbeeld in zorgprogramma of door convenant)                                                                            | 35%       | 50%  | 27%      |
| Fusie met andersoortige organisatie ('verticale' fusie)                                                                                                                 | 7%        | 3%   | 6%       |
| Nieuwbouw of uitgebreide renovatie                                                                                                                                      | 47%       | 42%  | 31%      |
| Substantiële uitbreiding van het zorgaanbod met nieuwe voorzieningen                                                                                                    | 28%       | 20%  | 12%      |
| Introductie van commerciële diensten of private initiatieven (ZBC of zelfhulp cursussen, bijvoorbeeld)                                                                  | 13%       | 7%   | 6%       |
| Reorganisatie van de Medische Staf (oprichting van een formele vereniging, met statutair vastgelegde vertegenwoordigingsbevoegdheid van het strafbestuur, bijvoorbeeld) | 12%       | 20%  | 15%      |
| Introductie kwaliteitssysteem                                                                                                                                           | 46%       | 16%  | 8%       |
| Sanering/grootscheepse bezuinigingen                                                                                                                                    | 34%       | 35%  | 17%      |
| Uitgebreide aanpassing van de ICT-infrastructuur                                                                                                                        | 40%       | 47%  | 27%      |
| Anders                                                                                                                                                                  | 4%        | 8%   | 6%       |

Vraag 48 Als u terugkijkt, op welke veranderingen die (mede door u) in uw organisatie gerealiseerd zijn, bent u dan het meest trots? Selecteer het meest passende antwoord, slechts één antwoord mogelijk

|                                                            |     |
|------------------------------------------------------------|-----|
| verbetering in de kwaliteit van de zorg die geleverd wordt | 32% |
| cultuuromslag                                              | 18% |
| marktpositie van de organisatie verbeterd                  | 16% |
| financiële resultaten                                      | 11% |
| succesvolle reorganisatie                                  | 9%  |
| Anders                                                     | 9%  |
| fusie                                                      | 5%  |

### 3 MENTAAL PROFIEL

Vraag 49 VISIE OP BESTUREN U kunt als bestuurder verschillende rollen in uw organisatie vervullen. Hoe belangrijk vindt u de volgende rollen op dit moment? Dit betreft uw eigen visie op het belang van de rol, hierna wordt gevraagd naar de feitelijke situatie.

*Het antwoord met gemiddeld de hoogste score (het belangrijkste antwoord) staat bovenaan.*

Zeer onbelangrijk ← → Zeer belangrijk (1-5)

|   |                                                                                               |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | De 'bestuurder' die strategische lijnen naar de toekomst uitzet                               |
| 2 | Het 'boegbeeld' of de 'ambassadeur' van de organisatie naar buiten en naar binnen             |
| 3 | Anders                                                                                        |
| 4 | De 'tussenpersoon' die verbindingen legt tussen de binnen- en buitenwereld van de organisatie |
| 5 | De 'ondernemer' die vernieuwingen introduceert en nieuwe 'markten' aanboort                   |
| 6 | De 'regisseur' die ervoor zorgt dat zorgprocessen soepel verlopen                             |
| 7 | De 'manager' die ervoor zorgt dat de productie efficiënt en volgens afspraken verloopt        |

Vraag 50 U vervult als bestuurder verschillende rollen in uw organisatie. Hoe sterk vervult u de volgende rollen op dit moment feitelijk?

*Het antwoord met gemiddeld de hoogste score staat bovenaan.*

Zwak ← → Sterk (1-5)

|   |                                                                                               |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Anders                                                                                        |
| 2 | De 'bestuurder' die strategische lijnen naar de toekomst uitzet                               |
| 3 | Het 'boegbeeld' of de 'ambassadeur' van de organisatie naar buiten en naar binnen             |
| 4 | De 'tussenpersoon' die verbindingen legt tussen de binnen- en buitenwereld van de organisatie |
| 5 | De 'ondernemer' die vernieuwingen introduceert en nieuwe 'markten' aanboort                   |
| 6 | De 'manager' die ervoor zorgt dat de productie efficiënt en volgens afspraken verloopt        |
| 7 | De 'regisseur' die ervoor zorgt dat zorgprocessen soepel verlopen                             |

Vraag 51 In de gezondheidszorg vinden veel reorganisaties en veranderingen plaats. Als u kijkt naar uw organisatie, welke veranderingsstrategie acht u dan het meeste noodzakelijk?

*Het antwoord met gemiddeld de hoogste score (het belangrijkste antwoord) staat bovenaan.*

Lage prioriteit ← → Hoge prioriteit (1-3)

|     |                                                                                                                                                  |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | Anders                                                                                                                                           |
| 2   | Het moet inhoudelijker: er moet meer oog zijn voor de kwaliteit van de dienstverlening                                                           |
| 3   | Het moet professioneler: er moet meer aandacht zijn voor de professionele ontwikkeling van medewerkers                                           |
| 4/5 | Het moet slimmer: de prijs/kwaliteit verhouding moet beter                                                                                       |
| 4/5 | Het moet ondernemender: er moeten nieuwe werkwijzen en activiteiten geïntroduceerd worden die op verschillende wijzen gefinancierd kunnen worden |
| 6   | Het moet maatschappelijker: er moet meer rekening gehouden worden met de maatschappelijke vraag                                                  |
| 7   | Het moet zakelijker: er moet meer gestuurd worden op resultaten                                                                                  |

Vraag 52 U kunt als bestuurder op verschillende zaken afgerekend worden. Waar wenst u vooral op afgerekend te worden? Maximaal twee antwoordmogelijkheden

|                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------|-----|
| De kwaliteit van de verleende zorg en/of diensten.                     | 84% |
| De bedrijfseconomische gezondheid van de organisatie.                  | 51% |
| Het vervullen van de maatschappelijke functie van de organisatie.      | 48% |
| De concurrentiepositie of het concurrentievermogen van de organisatie. | 8%  |
| Voldoen aan de door de politiek opgelegde opdracht.                    | 1%  |
| Optimalisatie van het logistieke proces.                               | 0%  |

Vraag 53 Waaruit blijkt naar uw mening de effectiviteit van de bestuurder? Maximaal drie antwoordmogelijkheden

|                                                                                                                                    |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| De effectiviteit van de bestuurder blijkt uit zijn of haar vermogen om veranderingen door te voeren.                               | 64% |
| De effectiviteit van de bestuurder blijkt uit zijn of haar vermogen tot het formuleren van een bindende visie.                     | 60% |
| De effectiviteit van de bestuurder blijkt uit zijn of haar vermogen om spanningen en dilemma's in de eigen organisatie te hanteren | 42% |
| De effectiviteit van de bestuurder blijkt uit de bedrijfseconomische resultaten van de organisatie.                                | 37% |
| De effectiviteit van de bestuurder blijkt uit zijn of haar vermogen om medewerkers te stimuleren in hun ontwikkeling.              | 35% |
| De effectiviteit van de bestuurder blijkt uit zijn of haar vermogen om de eigen managementstijl aan te passen aan de situatie      | 22% |
| De effectiviteit van de bestuurder blijkt uit zijn of haar besluitvaardigheid.                                                     | 15% |

Vraag 54 Welke rol heeft u als bestuurder bij het realiseren van goede zorg? Selecteer hier uw top drie van meest passende antwoorden (1 of 2 mag ook). 1 is het meest passende antwoord.

|   |                                                                                                          |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | De 'strateg' die strategische lijnen naar de toekomst uitzet.                                            |
| 2 | Het 'boegbeeld' zowel binnen als buiten de organisatie.                                                  |
| 3 | De 'tussenpersoon' die verbindingen legt tussen binnen- en buitenwereld.                                 |
| 4 | De 'procesleider' die zorgt dat de processen soepel verlopen en de goede mensen op de goede plek zitten. |
| 5 | De 'ondernemer' die vernieuwingen introduceert en de markten aanboort.                                   |
| 6 | De 'manager' die ervoor zorgt dat de productie efficiënt en volgens afspraken verloopt.                  |
| 6 | Een andere rol, namelijk:                                                                                |

Vraag 55 Als bestuurder kunt u zich met verschillende personen of groeperingen verbonden voelen. In welke mate zijn onderstaande stellingen op u van toepassing?

Geheel niet van toepassing ← → Zeer van toepassing (1-5)

*Het antwoord met gemiddeld de hoogste score (het belangrijkste antwoord) staat bovenaan.*

|   |                                                                                                                                                   |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Ik voel mij vooral verbonden met de organisatie waarvoor ik werk.                                                                                 |
| 2 | Ik voel mij vooral verbonden met de (problematiek van) cliënten.                                                                                  |
| 3 | Ik voel mij vooral verbonden met de grotere maatschappelijke vraagstukken aangaande de zorg (als toegankelijkheid, betaalbaarheid, solidariteit). |
| 4 | Ik voel mij vooral verbonden met de sector waarin ik werk.                                                                                        |
| 5 | Ik voel mij vooral verbonden met collega managers / bestuurders binnen de eigen organisatie.                                                      |
| 6 | Ik voel mij vooral verbonden met het zorgverleningsproces.                                                                                        |
| 7 | Ik voel mij vooral verbonden met collega bestuurders in de gezondheidszorg.                                                                       |
| 8 | Ik voel mij vooral verbonden met publieke managers in algemene zin.                                                                               |

Vraag 56 VISIE OP MANAGEMENT Professionals kunnen op verschillende manieren gemanaged worden, waar plaatst u uw opvatting over het managen van professionals?

Kies het meest passende antwoord: slechts één antwoord mogelijk

|                                                                                                                                                                                         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Het management van professionals is 'zelf' management: professionals weten zelf wat goed is, bestuurders scheppen condities voor hun beroepsuitoefening.                                | 43% |
| Het management van professionals is 'actief sturend' management: de bestuurder moet zich actief met professionals bemoeien om in goede harmonie te kunnen werken aan organisatiebeleid. | 28% |
| Het management van professionals is 'meevoelend' management: bestuurders moeten voor de uitoefening van hun functie in staat zijn te begrijpen hoe professionals denken.                | 25% |
| Het management van professionals is 'geduld' management: professionals moeten voorzichtig en met respect benaderd worden om medewerking te verkrijgen voor organisatiebeleid.           | 2%  |
| Het management van professionals is 'confronterend' management: bestuurders moeten bereid zijn om het conflict met professionals aan te gaan teneinde organisatiedoelen te realiseren.  | 2%  |

Vraag 57 Ook ondergeschikte managers kunnen op verschillende manieren gemanaged worden, waar plaatst u uw opvatting over het management van managers?

Kies het meest passende antwoord: slechts één antwoord mogelijk

|                                                                                                                                                                               |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Het management van managers is 'zelf' management: managers weten zelf wat goed is, bestuurders scheppen condities voor hun beroepsuitoefening.                                | 38% |
| Het management van managers is 'meevoelend' management: bestuurders moeten voor de uitoefening van hun functie in staat zijn te begrijpen hoe managers denken.                | 13% |
| Het management van managers is 'geduld' management: managers moeten voorzichtig en met respect benaderd worden om medewerking te verkrijgen voor organisatiebeleid.           | 0%  |
| Het management van managers is 'actief sturend' management: de bestuurder moet zich actief met managers bemoeien om in goede harmonie te kunnen werken aan organisatiebeleid. | 44% |
| Het management van managers is 'confronterend' management: bestuurders moeten bereid zijn om het conflict met managers aan te gaan teneinde organisatiedoelen te realiseren.  | 5%  |

#### 4 WERKPROFIEL

Vraag 58 Als u een 'gemiddelde' werkweek overziet, hoe verdeelt u dan uw aandacht ongeveer over interne en externe zaken in % van de tijd? (totaal 100%)

|                      |     |
|----------------------|-----|
| % van de tijd intern | 66% |
| % van de tijd extern | 34% |

Vraag 59 Als u een 'gemiddelde' werkweek overziet, hoe verdeelt u dan uw interne aandacht ongeveer over zorginhoudelijke zaken die het primaire proces betreffen (cliëntenraad, klachtencommissie, infectiecommissies, etc.) en beheersmatige zaken (personeelsmanagement, financiën, huisvesting, etc.) in % van de tijd? (totaal 100%)

|                               |     |
|-------------------------------|-----|
| % van de tijd zorginhoudelijk | 44% |
| % van de tijd beheersmatig    | 56% |

Vraag 60 Als u een 'gemiddelde' week overziet, hoe verdeelt u dan uw aandacht ongeveer over geplande en onverwachte zaken in % van de tijd? (totaal 100%)

|                                               |     |
|-----------------------------------------------|-----|
| % van de tijd geplande zaken, verwachte zaken | 75% |
| % van de tijd onverwachte zaken, incidenten   | 25% |

Vraag 61 Als u een 'gemiddelde' week overziet, hoe verdeelt u dan uw aandacht ongeveer over bestuurlijke/strategische en tactische/operationele zaken? in % van de tijd? (totaal 100%)

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| % Bestuurlijke/strategische zaken | 57% |
| % Tactische/operationele zaken    | 43% |

Vraag 62 Als u uw interne contacten tijdens een 'gemiddelde' week overziet, hoeveel tijd besteedt u ongeveer aan contacten en met wie? Het gaat hier om interne contacten, hierna komt een vraag over externe contacten. Naast het hebben van contacten zal u ook tijd besteden aan andere zaken, onderstaande hoeft dus niet op te tellen tot een volledige werkweek. Vult u alleen 'anders' in als u andere interne contacten heeft dan hier genoemd zijn. uren per week

|                                                                |       |
|----------------------------------------------------------------|-------|
| Met ondergeschikte managers:                                   | 8.56  |
| Met (andere) medewerkers waaraan u rechtstreeks leiding geeft: | 4.70  |
| Met collega bestuurders:                                       | 4.03  |
| Met medische professionals (artsen en/of psychiaters):         | 3.07  |
| Anders:                                                        | 2.75  |
| Met overige professionals (pedagogen, verpleegkundigen e.d.):  | 2.50  |
| Met patiënten of hun familie:                                  | 1.47  |
| Met (voorzitter van) de ondernemingsraad:                      | 1.34  |
| Met (voorzitter van) de Raad van Toezicht:                     | 1.25  |
| Met (voorzitter van) de cliëntenraad:                          | 1.11  |
| Totaal                                                         | 30.82 |

Vraag 63 Als u uw externe contacten tijdens een 'gemiddelde' week overziet, hoeveel tijd besteedt u ongeveer aan contacten met welke anderen? Het gaat hier om externe contacten. Naast het hebben van contacten zal u ook tijd besteden aan andere zaken, onderstaande hoeft dus niet op te tellen tot een volledige werkweek. Vult u alleen anders in als u andere externe contacten heeft dan hier genoemd zijn. uren per week

|                                                             |      |
|-------------------------------------------------------------|------|
| Met bestuurders van andere, vergelijkbare zorgorganisaties: | 2.7  |
| Met overheden en ambtenaren:                                | 2.5  |
| Met bestuurders van andere, andersoortige zorgorganisaties: | 1.7  |
| Met brancheorganisaties:                                    | 1.7  |
| Met zorgverzekeraars:                                       | 1.3  |
| Anders:                                                     | 1.7  |
| Met patiëntenorganisaties/belangenbehartigers:              | .8   |
| Totaal                                                      | 12.5 |

Vraag 64 Heeft u zitting in externe besturen en commissies in de gezondheidszorg?

Meerdere antwoorden mogelijk

|                                                                          |     |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ja, ik heb zitting in een Raad van Toezicht                              | 33% |
| Ja, ik heb zitting in een landelijk bestuur                              | 28% |
| Ja, ik heb zitting in een regionaal bestuur                              | 27% |
| Ja, ik heb zitting in meerdere Raden van Toezicht                        | 18% |
| Ja, ik heb zitting in een landelijke c.q. departementale commissie       | 17% |
| Nee, ik heb geen zitting in externe besturen en commissies               | 17% |
| Anders                                                                   | 17% |
| Ja, ik heb zitting in meerdere landelijke besturen                       | 9%  |
| Ja, ik heb zitting in meerdere landelijke c.q. departementale commissies | 8%  |

Vraag 65 Wat zijn voor u de belangrijkste contacten voor het uitoefenen van uw functie? Deze vraag betreft uw opvatting over het belang van contacten, niet de feitelijke situatie. Selecteer hier uw top drie van meest passende antwoorden (1 of 2 mag ook). 1 is het meest passende antwoord.

|                                                               |                                                              |     |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----|
| 1 (indien er sprake is van een meerhoofdige raad van bestuur) | Met collega bestuurders                                      | .78 |
| 2                                                             | Met ondergeschikte managers                                  | .99 |
| 3                                                             | Met medewerkers waaraan u rechtstreeks leiding geeft         | .86 |
| 4                                                             | Met medisch professionals (artsen en/of psychiaters)         | .63 |
| 5                                                             | Met patiënten of hun familie                                 | .42 |
| 6                                                             | Met (voorzitter van) de Raad van Toezicht                    | .37 |
| 7                                                             | Met overheden en ambtenaren                                  | .34 |
| 8                                                             | Met bestuurders van andere, vergelijkbare zorgorganisaties   | .31 |
| 9                                                             | Met zorgverzekeraars                                         | .27 |
| 10                                                            | Met (voorzitter van) de cliëntenraad                         | .21 |
| 11                                                            | Met (voorzitter van) de ondernemingsraad                     | .16 |
| 12                                                            | Met overige professionals (pedagogen, verpleegkundigen e.d.) | .13 |
| 13                                                            | Met bestuurders van andere, andersoortige zorgorganisaties   | .11 |
| 14                                                            | Met brancheorganisatie                                       | .09 |
| 15                                                            | Met patiëntenorganisaties/belangenbehartigers                | .04 |

Vraag 66 Op welke manier neemt u in uw beleid het belang van de patiënt/cliënt mee? Selecteer hier uw top drie van meest passende antwoorden (1 of 2 mag ook). 1 is het meest passende antwoord.

*Het antwoord met gemiddeld de hoogste score (het belangrijkste antwoord) staat bovenaan.*

|    |                                                                                        |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | door de inbreng van de cliënten/patiëntenraad                                          |
| 2  | door mee te lopen in de organisatie                                                    |
| 3  | door de terugkoppeling van mijn medewerkers                                            |
| 4  | door de uitkomsten van interne (digitale) beoordelingen                                |
| 5  | door de uitkomsten van externe (digitale) beoordelingen (bv. Zorgkaart Nederland, CQI) |
| 6  | door mij in te leven in de patiënt                                                     |
| 7  | door de contracten met zorgverzekeraars, die de cliënt/patiënt vertegenwoordigen.      |
| 8  | door het onderhouden van contacten met patiëntenorganisaties                           |
| 9  | door middel van een klachtenfunctionaris                                               |
| 10 | door mijn eigen ervaringen als patiënt                                                 |
| 11 | niet                                                                                   |

Vraag 67 Als u voor een lastig managementvraagstuk staat en een moeilijke beslissing moet nemen, valt u dan terug op de onderstaande personen of informatiebronnen?

Nooit ← → Altijd (1-5)

*Het antwoord met gemiddeld de hoogste score (het belangrijkste antwoord) staat bovenaan.*

|    |                                                        |
|----|--------------------------------------------------------|
| 1  | Het management team                                    |
| 2  | Eerdere ervaringen                                     |
| 3  | Collega bestuurders uit de eigen organisatie           |
| 4  | Kennis/ inzichten opgedaan in opleidingen of cursussen |
| 5  | Advies van de Raad van Toezicht                        |
| 6  | Secretaris Raad van Bestuur                            |
| 7  | Deskundigen van buiten                                 |
| 8  | Kennis uit boeken of tijdschriften                     |
| 9  | Collega bestuurders uit een andere organisatie         |
| 10 | Mijn partner (privé)                                   |
| 11 | Secretaresse                                           |

### Vraag 68 Hoe geeft u invulling aan ondernemerschap in de zorg?

Geheel niet van toepassing ← → Zeer van toepassing (1-5)

|                                                                                                                                            |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Als ondernemer ben ik vooral bezig met het aangaan van samenwerkingsrelaties ten einde aan de regionale zorgvraag tegemoet te kunnen komen | 4.1 |
| Als ondernemer ben ik vooral bezig met het stimuleren van professionals om te innoveren                                                    | 4.1 |
| Als ondernemer ben ik vooral bezig met het creatief omgaan met beperkte middelen                                                           | 3.9 |
| Als ondernemer ben ik vooral bezig met het optimaliseren van werkprocessen                                                                 | 3.5 |
| Als ondernemer ben ik vooral bezig met het aanboren van nieuwe markten                                                                     | 3.1 |
| Als ondernemer ben ik vooral bezig met het initiëren van commerciële activiteiten                                                          | 2.5 |

### Vraag 69 Bestuurders worden herhaaldelijk uitgedaagd zich meer te laten gelden in het publieke debat. Hoe doet u dat? Meerdere antwoorden mogelijk

|                                                                                                                                                                  |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Door mij te melden als lid van bestuur of een commissie van een brancheorganisatie                                                                               | 46% |
| Door gelijkgezinde collega's te mobiliseren om positie te kiezen in het debat                                                                                    | 42% |
| Door problemen in de zorg aan de kaak te stellen via regionale of landelijke media (door bijvoorbeeld interviews of ingezonden brieven of blogs en internetfora) | 27% |
| Ik doe dat niet                                                                                                                                                  | 15% |
| Anders                                                                                                                                                           | 12% |
| Door kwesties te agenderen in mijn eigen politieke partij (lokaal of landelijk)                                                                                  | 8%  |

OVERIG Het kan zijn dat u aanvullingen wilt doen op bovengenoemde vragen of antwoorden, of dat u opmerkingen heeft over de vragen, uw werk of het onderzoek. Beide typen reacties kunt u hieronder kwijt.

Wij danken u hartelijk voor uw medewerking.



**Bijlage 6: Overeenkomst ter zake van het faciliteren door de NVZD  
van het promotieonderzoek van Sophie Bijloos**



**De ondergetekenden:**

NVZD — vereniging van bestuurders in de zorg, gevestigd te Zeist (hierna, “**NVZD**”),  
hierbij rechtsgeldig vertegenwoordigd door Jos F. de Beer, directeur;

en

Judith Sophia Maria Bijloos, geboren op 23 november 1982 (hierna: “**SB**”);

**Overwegende dat:**

- In 2012 is gestart met de voorbereidingen voor het inrichten van een accreditatiesysteem voor zorgbestuurders door NVZD, BCZN (Bestuurders Curatieve Zorg Nederland) en VHMZ (Vereniging van Hoger Management in de Gezondheidszorg);
- Bij de voorbereidende werkzaamheden in de stuurgroep accreditatie meerdere malen de wens is uitgesproken de ontwikkeling en werking van het accreditatiesysteem met onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek te volgen;
- De NVZD gebaat is bij onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek gedurende de inrichting van het accreditatiesysteem en daarmee bereid is onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek te faciliteren;
- SB bijzonder betrokken is bij het onderwerp als projectleider accreditatie en beleidsmedewerker van de NVZD;
- SB de juiste kwalificaties bezit voor het doen van wetenschappelijk onderzoek, gezien haar (academische) achtergrond;
- Dat de NVZD en SB in oktober 2012 een arbeidsovereenkomst zijn aangegaan voor onbepaalde tijd met een arbeidsduur van 36 uur per week;
- Met SB bij haar indiensttreding bij de NVZD afspraken zijn gemaakt over haar ontplooiing, waar een onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek volgens beide partijen een goede invulling van is;
- De NVZD als belanghebbende bij het onderzoek en SB's werkgever SB wenst te faciliteren in die zin dat SB vrij is om 8 uur van haar contractuele wekelijkse arbeidsduur van 36 uur te besteden aan het hierboven genoemde onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek;
- De NVZD SB daarnaast zal faciliteren door het beschikbaar stellen van gegevens en netwerk ten behoeve van het genoemde onafhankelijke wetenschappelijke onderzoek;
- SB het genoemde onderzoek wenst uit te voeren in de vorm van een promotie-onderzoek, waarbij de universiteit de wetenschappelijke sturing heeft en met de universiteit nadere afspraken worden gemaakt;
- De NVZD hierachter staat;

- De NVZD het niet wenselijk acht dat zij invloed kan uitoefenen op het onderzoek dan wel dit op enige wijze kan sturen.
- partijen de afspraken die het kader van het voorgaande zijn gemaakt schriftelijk wensen vast te leggen;
- Met die afspraken de wederzijdse belangen optimaal worden gediend, nu er onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek plaatsvindt op een kosteneffectieve manier, de juiste persoon om dit onderzoek uit te voeren is gevonden en invulling wordt gegeven aan de afspraken bij indiensttreding.

1

### **Verklaren te zijn overeengekomen als volgt:**

#### **Artikel 1. Looptijd en einde overeenkomst**

1. Deze overeenkomst wordt aangegaan vanaf de dag van ondertekening en eindigt van rechtswege bij de definitieve afronding van het onderzoek, te weten het behalen van de academische graad "doctor (dr.)".
2. Indien de in de considerans genoemde arbeidsovereenkomst tussen NVZD en SB eindigt, zullen partijen in overleg treden over het al dan niet (gedeeltelijk) voortbestaan van deze overeenkomst.
3. Opzegging van deze overeenkomst is slechts mogelijk indien het genoemde (promotie)onderzoek definitief wordt afgebroken, waaronder niet wordt verstaan tijdelijke onderbrekingen van het onderzoek om wat voor reden dan ook;
4. Opzegging geschiedt altijd schriftelijk.

#### **Artikel 2. Faciliteiten**

1. De NVZD verschaft aan SB — zolang het dienstverband tussen de NVZO en SB bestaat - het recht om 8 uur van haar contractuele wekelijkse arbeidsduur van 36 uur te besteden aan het (promotie)onderzoek bedoeld in de considerans over de periode vanaf de ingangsdatum tot het einde van deze overeenkomst. SB aanvaardt dit recht.
2. De rechten en plichten uit hoofde van de arbeidsovereenkomst tussen de NVZD en SB blijven voor het overige onverkort van toepassing.
3. Deze overeenkomst dan wel het geheel of gedeeltelijk eindigen daarvan tast op geen enkele wijze de geldigheid, inhoud en/of het voortduren van de genoemde arbeidsovereenkomst aan.
4. De NVZD stelt daarnaast op basis van reëel gemaakte onkosten voor de onderzoeksactiviteiten een vergoeding ter beschikking tot 5.000,- (zegge: vijfduizend euro) per jaar, waarbij cumulatie over meerdere jaren mogelijk is. Over kosten boven dit bedrag zullen partijen met elkaar in overleg treden.

### **Artikel 3. Beschikbaar stellen van onderzoeksgegevens**

1. NVZD stelt SB in het kader van het genoemde onderzoek des verzocht haar archief en haar ledenbestand ter beschikking. SB zal geheimhouding betrachten ten aanzien van zaken die de persoonlijke levenssfeer of zakelijke belangen van personen of organisaties kunnen schaden. Partijen treden met elkaar in overleg wanneer dit het onderzoek zou kunnen beletten.
2. NVZD verleent SB tenminste eenmaal in het onderzoek toestemming om ten behoeve van een surveyonderzoek (in het kader van het meermalen genoemde onderzoek) haar leden een enquête toe te sturen. SB zal ten behoeve van het onderzoek daarbuiten leden van de NVZD slechts aanschrijven na schriftelijke toestemming van NVZD.

### **Artikel 4. Intellectuele Eigendom**

1. De NVZD kan op geen enkele wijze aanspraak maken op intellectuele eigendomsrechten ter zake van het door SB uit te voeren promotieonderzoek.

### **Artikel 5. Wijzigingen of aanvullingen van de overeenkomst**

1. Wijzigingen van of aanvullingen op de bepalingen van deze overeenkomst worden na wederzijds akkoord tussen partijen van kracht door een door beide partijen ondertekend schrijven, dat aan deze overeenkomst wordt gehecht en wordt geacht daarvan onlosmakelijk deel uit te maken.

Aldus overeengekomen en in tweevoud opgemaakt en ondertekend in Zeist op

12-4, 2013

NVZD, namens deze:

Jos de Beer, directeur

Sophie Bijloos



**Bijlage 7: Onderzoeksvoorstel: (over) de grens van de  
zorgbestuurder**



*“Het (morele kompas van de bestuurder) impliceert ook dat ze (de bestuurders) niet wachten tot er een wet is die de grenzen juridisch markeert van wat wel of niet toelaatbaar is, bijvoorbeeld ten aanzien van inkomen en vergoedingen. Je mag van bestuurders verwachten dat zij zelf initiatief nemen, zelf dat morele kompas hanteren. En dat ze zich rekenschap geven van hoe hun medewerkers op de werkvloer en de maatschappij naar hun handelen kijken.”* (minister van onderwijs Jet Bussemaker in Trouw, 8 december 2012)

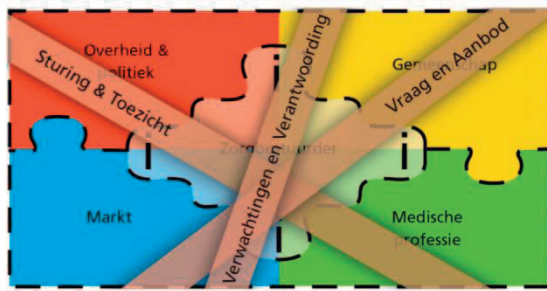
### **Theoretisch kader: context en inbedding**

De gezondheidszorg staat voor uitdagingen rond betaalbaarheid en toegankelijkheid. Het doel is ondanks een toenemende zorgbehoefte door onder andere vergrijzing de zorg voor eenieder die deze nodig heeft toegankelijk te houden. Overheden zoeken naar nieuwe manieren om het zorgstelsel zo in te richten dat dit doel wordt bereikt zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg. In Nederland heeft dit geleid tot een systeem van gereguleerde marktwerking (zie onder meer Van der Grinten, 2006, Bal, 2008, den Breejen e.a., 2009).

Door de toenemende complexiteit en de toenemende administratieve verplichtingen van en in de zorg is het beroep van manager in de jaren tachtig van nevenactiviteit uitgegroeid tot zelfstandige functie (Noordegraaf en Van der Meulen, 2008, Hout, Scheer en Putters, 2007). Dit ging gepaard met de opkomst van tal van opleidingen en trainingen om het management te professionaliseren (Noordegraaf en Van der Meulen, 2008 en Scheer, 2008).

Met de veranderingen in de sturing van de zorg - van overheid naar onder andere de markt - zijn ook de sturingsinstrumenten veranderd. Dit heeft geleid tot een stelsel met verschillende instrumenten om de zorg te reguleren en controleren, bijvoorbeeld door middel van wetgeving, maar ook door zelfregulering in de vorm van accreditatiesystemen en door het afsluiten van contracten tussen marktpartijen (zoals zorgverlener en zorgverzekeraar) op basis van kwaliteitseisen (zie onder andere Van der Grinten, 2006, Bal, 2008).

In de gezondheidszorg zijn verschillende belangen in het geding. De waarden die gehanteerd worden zijn afhankelijk van het perspectief. Zo gelden vanuit een medisch perspectief vaak andere prioriteiten dan vanuit een bestuurlijk perspectief. Soms botsen deze belangen. Er zijn hoge verwachtingen van de zorg, maar beperkte mogelijkheden om aan deze verwachtingen te voldoen (Oldenhof, 2012). Er heerst een spanning tussen sturing en toezicht, vraag en aanbod en verwachtingen en verantwoording, zoals weergegeven in de oratie van Kim Putters (2009).



Putters, 2009, p. 12.

De bestuurder voert zijn werk uit binnen deze hybride omgeving en heeft verschillende taak- en daaraan verbonden normstellingen meegekregen. Enerzijds wordt de bestuurder gezien als een ondernemer met de doelstelling van de zorginstelling een succesvol bedrijf te maken, anderzijds is de bestuurder verantwoordelijk voor de maatschappelijke belangen van toegankelijkheid en kwaliteit van zorg (onder meer Putters, 2009, Oldenhof, 2012). Ook heeft er een verschuiving van 'government' naar 'governance' plaatsgevonden, waarbij de bestuurder niet in een ivoren toren leeft, maar in gesprek gaat en onderhandelt met zijn omgeving (Putters, 2012)

Om zich te handhaven in deze hybride omgeving en legitimiteit te vinden voor het handelen, maken bestuurders gebruik van verschillende hulpbronnen. Deze hulpbronnen zijn te scharen onder institutionele vormgeving, interacties met de omgeving, de informatie en kennis die gebruikt worden en de intuïtie van de bestuurder zelf (Putters, 2009).

De rol van de bestuurder, de normstelling voor de bestuurder, de legitimiteit van het werk van de bestuurder en de verantwoordingsmechanismen waar de bestuurder aan onderhevig zou moeten zijn, hebben de publieke belangstelling en worden bediscussieerd in onder andere de pers en de politiek. Een eenduidig richtinggevend normenkader voor de bestuurder ontbreekt (Meurs, 1997, Van der Grinten, 2006, Putters, 2009 en 2012).

In het openingscitaat geeft de minister van onderwijs een (algemeen) waardeoordeel over de rol van de bestuurder, maar ook over wie verantwoordelijk is om de kwaliteit te controleren. Het gaat over juridische kaders om vast te leggen wat wel en niet toelaatbaar is. Hier wordt dus een rol aan de overheid toegekend. Maar, tegelijkertijd zou de bestuurder niet moeten wachten tot de overheid deze rol neemt, de bestuurder zou het eigen morele kompas moeten volgen. Dit impliceert een verantwoordelijkheid bij de bestuurders (zelfregulering). Onlangs (2012) riep de PVV op om een bestuurderstoets in

te voeren door de overheid. Dit zou een soort van 'verklaring omtrent gedrag' behelzen, waarbij de voorgaande werkzaamheden van de kandidaat-bestuurder bij een nieuwe functie gecheckt worden. De NVZD - Vereniging van bestuurders in de zorg - werkt aan een systeem van accreditatie van zorgbestuurders. Het doel: de kwaliteit van de zorgbestuurder meetbaar en zichtbaar maken.

### **Probleemstelling: normenkader en sturingsinstrument**

In dit onderzoek staat de vraag centraal: Wat betekent het geschetste speelveld van de bestuurder voor de normstelling aan en legitimatie van de positie van de zorgbestuurder en hoe is en zou aan deze normstelling en legitimatie in de praktijk vormgegeven (moeten worden)?

Het onderzoek zal starten met een beschrijving (descriptie) van de huidige positie van de zorgbestuurder, de legitimering van de invulling van zijn werk en de normstellingen en verantwoordingsmechanismen voor de zorgbestuurder. Daarnaast zal worden verkend hoe de normstelling en verantwoordingsmechanismen voor de bestuurder in de toekomst vormgegeven zou moeten worden (prescriptie) op basis van zijn/haar positie. Om deze vraag te beantwoorden zullen enkele descriptieve, verklarende en normatieve sub vragen worden gesteld.

De descriptieve vragen zijn:

- Wat is een 'bestuurder'?
- Wat zijn de huidige vormen van normstelling voor de zorgbestuurder en hoe zijn deze vormgegeven?
- In welk spanningsveld bevindt de bestuurder zich?
- Welke maatschappelijke ontwikkelingen hebben geleid tot het huidige krachtenveld rond de zorgbestuurder en de positie van de bestuurder hierin?
- Wat is rol van de bestuurder binnen het spanningsveld?
- Wat is de legitimatie van de zorgbestuurder in het speelveld/de speelvelden van de bestuurder?
- Wat zijn de verschillende instrumenten om normstelling en legitimatie vorm te geven en in te richten? Hoe kunnen deze instrumenten in de praktijk worden toegepast?
- Wat is de positie van de bestuurder ten opzichte van de aanwezige sturingsmechanismen in de gezondheidszorg?

De verklarende vragen zijn:

- Wat is de reden dat de gezondheidszorg in Nederland op een dergelijke wijze is ingericht?
- Wat is de functie en de raison d'être van de bestuurder?

- Hoe gaat de bestuurder om met het spanningsveld?
- Is een normstelling voor bestuurders relevant en waarom?
- Is legitimatie voor bestuurders relevant en waarom?
- Naar welke vorm(en) van legitimatie wordt gezocht door bestuurders en hun omgeving?
- Welke reden is er om te zoeken naar nieuwe sturingsmechanismen?
- Wat is het doel van (een) nieuw(e) sturingsmechanisme(n)?
- Hoe is legitimiteit binnen deze context te positioneren?
- Wat is de toekomst van het zorgbestuur?
- Wat is de relatie tussen verantwoording, normstelling en legitimatie en waar bevindt zich de verbinding?

De normatieve vragen zijn:

- Welke sturingsmechanismen zouden moeten worden ingezet ten behoeve van de normstelling en legitimatie van de zorgbestuurder?
- Wat zijn de criteria voor een 'goed' sturingsmechanisme?
- Wie is/zijn verantwoordelijk voor het vormgeven en inrichten hiervan?
- Hoe zou een richtinggevend normenkader voor zorgbestuurders eruit moeten zien en waarom?
- Welke eisen dienen aan het sturingsinstrument zelf gesteld te worden?
- Hoe kan dit een praktische toepassing vinden?

Gekozen onderzoeksstrategieën: participatie onderzoek

Hierbij zullen verschillende onderzoeksmethoden worden gehanteerd. De gekozen onderzoeksmethodiek hangt samen met de geformuleerde subvragen en fasering:

#### *Fase 1 Exploratiefase: descriptie*

- Verzamelen bevindingen kopgroep accreditatie van de NVZD ('testgroep' van 40 bestuurders)
- Vergelijking andere (accreditatie)systemen
- Vergelijking professionalisering, normenkader en sturing bestuurders andere landen
- Literatuurstudie naar geschiedenis en context van de zorgbestuurder

#### *Fase 2 Verklaringsfase: casusonderzoek*

- Casusstudie: inzoomen op twee niet en twee wel geaccrediteerde bestuurders
- Literatuurstudie: relevantie normenkader en achtergrond sturingsssystemen
- Studie media/beleidsstukken/interviews: ontwikkeling normenkader
- Interviews: werking sturingsssystemen
- Literatuur/cultuurstudie: verbinding norm en legitimering

### *Fase 3 Verklaring en eerste prescriptie: surveyonderzoek*

- IJken geformuleerde axioma's en hypothesen en daaruit ontwikkelde verbeteringen via enquête/survey
- Input inzetten ten behoeve van evaluatie en bijsturing
- Actieonderzoek naar resultaten van de bijsturing

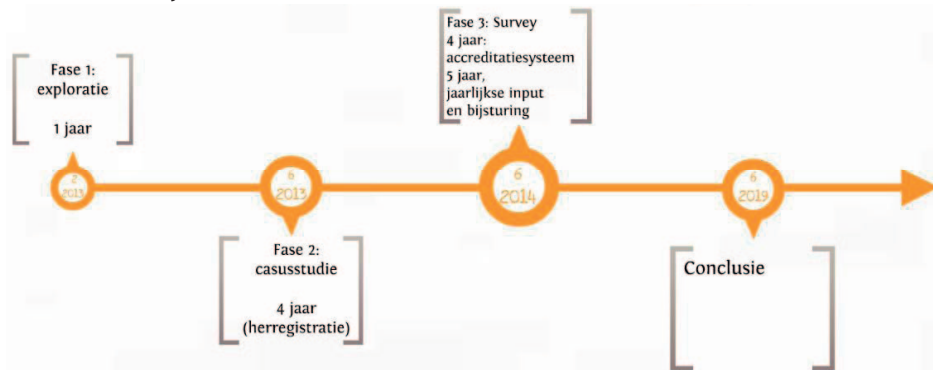
Om de huidige context van de zorgbestuurder te onderzoeken, zal gestart worden met een literatuurstudie gecombineerd met interviews en ervaringen uit de kopgroep accreditatie. Daarna zal in enkele referentielanden en bij enkele andere (vergelijkbare) beroepsgroepen gekeken worden naar de gebruikte sturingsinstrumenten. Deze vergelijkende casusstudie zal verricht worden door het analyseren van literatuur, websites en (wetenschappelijke) publicaties. De eerste conclusies zullen gestaafd worden door middel van (semigestructureerde) interviews met personen op sleutelposities. Deze zijn bedoeld om de verschillen tussen beleidsretoriek en uitvoerpraktijk bloot te leggen. Bij het beantwoorden van de verklarende vragen zal gekeken worden naar het beeld in de media van de bestuurder, het normatieve kader en de legitimiteit. Om te vermijden dat het een theoretisch onderzoek wordt met conclusies die afstaan van de bestuurlijke werkelijkheid, zullen de theoretische conclusies aan voorbeelden uit de praktijk worden getoetst. Dit kan, afhankelijk van de beschikbaarheid van gegevens, via mediaonderzoek en/of interviews met betrokkenen. Hierbij valt te denken aan een situatie waarin een bestuurder door de Raad van toezicht op non-actief is gesteld, maar ook een situatie waarin de bestuurder alom wordt gewaardeerd en bejubeld om te bekijken wat nu onder 'goed' (en daarmee onder 'slecht') besturen wordt verstaan. Om de effecten van de accreditatie meetbaar te maken wordt een casusstudie gedaan naar twee bestuurders die niet zijn geaccrediteerd en twee bestuurders die wel zijn geaccrediteerd. Deze fase is erop gericht ook onuitgesproken aspecten meetbaar te maken door middel van intensieve observatie. De hypothesen en axioma's die naar aanleiding van deze casusstudies worden geformuleerd, zullen vervolgens getoetst worden onder een bredere groep van bestuurders en stakeholders middels een survey onderzoek. Hieruit worden aanbevelingen geformuleerd voor het accreditatietraject en conclusies getrokken over de werking van het specifieke sturingsinstrument van een accreditatiesysteem.

### **Planning en haalbaarheid**

Het onderzoek heeft een maatschappelijke relevantie om de professionalisering van zorgbestuurders te verbinden aan het bestaansrecht van de bestuurder en de daaraan verbonden (maatschappelijke) taakomschrijving, waaronder het leveren van goede, betaalbare, toegankelijke zorg.

De timing is verbonden met het te ontwikkelen accreditatiesysteem. Dit is ook de aanleiding van het onderzoek. Om een dergelijke ontwikkeling te legitimeren, positioneren en in te vullen is degelijk onderzoek gewenst. Het onderzoek levert ook een bijdrage aan het aanvullen en bijsturen van het accreditatiesysteem.

De planning van het onderzoek is daarom verbonden aan de ontwikkelingen in het accreditatiesysteem. De planning is zes jaar, in die tijd zal (naar het er nu naar uitziet) de eerste groep bestuurders die geaccrediteerd wordt (de kopgroep) twee keer zijn hergeregistreerd. De termijn biedt bovendien de mogelijkheid om een aantal jaren te evalueren en bij te sturen.



### Wijze van rapportage

Het onderzoek leent zich voor het publiceren van artikelen, waarbij elke fase zich leent voor een apart artikel. Voorstel is om hiervoor experts te vragen mee te schrijven.

### Opdrachtformulering NVZD en begroting

Het onderzoek zal in opdracht van de NVZD worden uitgevoerd. Zoals gezegd is een dergelijk onderzoek essentieel om het accreditatiesysteem te positioneren, te legitimeren en te monitoren.

Hierbij is het van belang de wetenschappelijke onafhankelijkheid van de onderzoeker te garanderen. De schijn van 'wie betaalt, bepaalt' moet voorkomen worden. Hiertoe zullen duidelijke (contractuele) afspraken moeten worden gemaakt over de opdrachtformulering, de contractactiviteiten, de financiën, de contractduur en de academische integriteit.

De uitgangspunten zijn (naar analogie van de richtlijnen voor historisch-wetenschappelijk onderzoek in opdracht<sup>79</sup>):

1. Opzet: De formulering van (het doel van) de opdracht komt in overleg tussen de opdrachtgever en opdrachtnemer tot stand. De inhoudelijke uitkomst van wetenschappelijke opdrachten staat niet vast en de financiering is onafhankelijk van de inhoudelijke uitkomst.

2. Toegankelijkheid bronnenmateriaal: het verstrekken van een onderzoeksopdracht houdt in dat de opdrachtgever zijn relevante bronnenmateriaal tijdig beschikbaar stelt aan de opdrachtnemer. De auteurs zullen prudentie in acht nemen ten aanzien van zaken die de persoonlijke levenssfeer of zakelijke belangen van personen of organisaties kunnen schaden.

3. Openbaarmaking onderzoeksresultaten:

a. Wetenschappelijke onderzoekresultaten worden openbaar gemaakt. In het contract wordt de wijze en de termijn van openbaarmaking overeengekomen. Daarbij is maximaal twaalf maanden redelijk te achten. Indien de opdrachtgever geen gebruik maakt van zijn eventuele publicatierecht binnen de afgesproken termijn vervalt dat aan de opdrachtnemer.

b. In het contract kunnen afspraken gemaakt worden over de mogelijkheid om gedurende de looptijd van het onderzoek over de onderzoeksresultaten te publiceren. Na afloop van het onderzoek hebben de auteurs het recht hun onderzoeksresultaten publiek te presenteren en te gebruiken voor nieuw wetenschappelijk onderzoek.

4. Begeleiding onderzoek: de begeleiding van het onderzoek valt onder de verantwoordelijkheid van de opdrachtnemer. In het contract kan worden besloten tot het instellen van een begeleidingscommissie, waarbij heldere afspraken worden gemaakt over haar rol en bevoegdheden. Daarbij is het uitgangspunt dat in het geval van een geschil de wetenschappelijke stem doorslaggevend is.

5. Transparantie: de resulterende publicatie vermeldt de auteur, opdrachtgever, opdrachtnemer, de samenstelling van een eventuele begeleidingscommissie en verwijst naar deze richtlijnen.

---

79 Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen op: <http://www.knaw.nl/> Geraadpleegd op 22 februari 2013.

## Literatuurlijst

Bal, R. (2008). De nieuwe zichtbaarheid: Sturen in tijden van marktwerking [Oratie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

den Breejen, E., Ngo, D., Putters, K. en Bal, R. (2009). *Supervising the quality of care in changing healthcare systems: an international comparison*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.

Helderman, J-K, Honingh, M.E. (2009). *Systeemtoezicht: een onderzoek naar de condities en werking van systeemtoezicht in zes sectoren* [Onderzoek in opdracht van het WODC en de interdepartementale werkgroep Handhaving en Gedrag]. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.

Hout, E., van der Scheer, W.K., Putters, K. (2007). Managers en professionals in de zorg. Over verschuivende verantwoordelijkheden en hybridisering. *Bestuurskunde*, 16(4), 16-24.

Meurs, P.L. (1997). Nobeles wilden: over verantwoordelijkheden van directeurs van instellingen in de gezondheidszorg [Oratie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Meurs, P.L. (2012). *Professionalisering van bestuurders: notitie over de ontwikkeling van een systeem van accreditatie* [Intern document]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Noordegraaf, M. en van der Meulen, M. (2008). Professional power play: organizing management in health care. *Public Administration*, 86(4), 1055-1069.

Oldenhof, L. (2012). De middenmanager: sleutelfiguur bij transitie in de langdurige zorg [Studie voor de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg]. Den Haag: RVZ.

Putters, K. (2009). Besturen met duivelselastiek [Oratie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Putters, K. (2012). *Verslag van activiteiten over de periode 2008-2012* [Intern document]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Putters, K. (2012). *Legitimiteit van zorgbestuur: trends, oorzaken en gevolgen*,

*Onderzoeksprogramma bij de leerstoel Management van instellingen in de gezondheidszorg: verslag 2008-2012 en vooruitblik* [Intern document]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

van der Grinten, T. en Kasdorp, J. (1999). *25 jaar sturing in de gezondheidszorg: Van verstatelijking naar ondernemerschap*. Den Haag: SCP.

van der Grinten, T. (2006). *Zorgen om beleid: over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg* [Afscheidscollege]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

van der Scheer, W.K. (2008). Legitiem Leiderschap. *ZM Magazine Themanummer Leiderschap*.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Den Haag/Amsterdam: Amsterdam University Press.