

Zorg met afstand

'Het gezamenlijke leven in de wereld betekent in wezen dat zich tussen hen die haar bewonen een wereld van dingen bevindt, zoals een tafel zich bevindt tussen degenen die er aan hebben plaatsgenomen; als door elk ander intermediair worden mensen door de wereld tegelijkertijd verbonden en gescheiden'

Hannah Arendt, 1985

ISBN 978 90 232 4456 1

Grafische verzorging: Koninklijke Van Gorcum, Assen

Omslagillustratie: Ine Boeijen

Financiering: Dit proefschrift is mogelijk gemaakt door het Erasmus Centrum voor Management Development in de zorg, onderdeel van het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Deze uitgave is medegefinancierd door de Nederlandse Vereniging van Bestuurders in de Gezondheidszorg (NVZD), Utrecht

Zorg met afstand

Betrokken bestuur in grootschalige zorginstellingen

Care with Distance

Governing extensive healthcare organizations

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Erasmus Universiteit Rotterdam
op gezag van de rector magnificus, Prof.dr. S.W.J. Lamberts
en volgens besluit van het College voor Promoties

De openbare verdediging zal plaatsvinden
op 6 november 2008 om 13.30 uur
door Anna Maria Vincentina Stoopendaal
geboren te Zeist



Promotiecommissie

Promotoren:

Prof.dr. P.L. Meurs
Prof.dr. M. Noordegraaf

Overige leden:

Prof.dr. R.A. Bal
Prof.dr. A. de Ruijter
Prof.dr. H.P. Kunneman

Inhoud

Voorwoord IX

Hoofdstuk 1 Tussen zorgbestuurders en werkvloeren 1

- 1.1 De kloof 1
- 1.2 Vermeende oorzaken 2
- 1.3 Dubbele opdracht 5
- 1.4 Probleemstelling 7
 - 1.4.1 Doelstelling 8
 - 1.4.2 Vraagstelling 8
- 1.5 Relevantie van het onderzoek 11
- 1.6 Opzet van het onderzoek 11
- 1.7 Opbouw van het boek 12

Hoofdstuk 2 Afstand en zorg 14

- 2.1 Inleiding 14
- 2.2 Zorg 15
 - 2.2.1 Definitie en model 15
 - 2.2.2 Zorgprofessionals 17
 - 2.2.3 Professionele distantie 19
 - 2.2.4 Afstand tussen 'zorgen voor' en 'zorgen dat' 19
- 2.3 Schaalvergroting 20
 - 2.3.1 Groei door fusie 21
 - 2.3.2 Differentiatie 23
- 2.4 Standaardisatie 24
 - 2.4.1 Discretionaire ruimte 26
 - 2.4.2 Controle en kwaliteitsborging 26
- 2.5 Specialisatie 28
 - 2.5.1 Specialiserende zorgbestuurders 29
 - 2.5.2 Professionaliserende zorgbestuurders 31
- 2.6 Sturing 32
 - 2.6.1 New Public Management 33
 - 2.6.2 Bedrijfsmatig sturen in de zorg 34
- 2.7 Tegenbewegingen 35
- 2.8 Besturingsopdracht 38

Hoofdstuk 3 Distantiëring en verbinding 40

- 3.1 Inleiding 40
- 3.2 Begrippen 41
- 3.3 Afstand en betrokkenheid in organisaties 43
 - 3.3.1 Tussen leiders en volgers 44
 - 3.3.2 Leiders op afstand 45
 - 3.3.3 Effectief leiderschap 47
- 3.4 Dynamiek van afstand en betrokkenheid 49
 - 3.4.1 Afstand als verborgen dimensie 50
 - 3.4.2 Tijd en plaats 51
 - 3.4.3 Tegelijkertijd dichtbij en veraf 54
- 3.5 Perspectief: Processen van distantiëring 59
- 3.6 Besturen met afstand 62
 - 3.6.1 Besturen door middel van extensies 62
 - 3.6.2 Besturen door middel van verbindingen 64
 - 3.6.3 Besturen door middel van ontmoetingsplaatsen 65
 - 3.6.4 Besturen door middel van begrenzingen 65
- 3.7 Consequenties voor bestuurders 67

Hoofdstuk 4 Onderzoeksopzet 69

- 4.1 Inleiding 69
- 4.2 Onderzoekso oriëntatie 70
 - 4.2.1 Constructivistisch 70
 - 4.2.2 Etnografische case studies 71
 - 4.2.3 Vervlechting theorie en empirie 72
 - 4.2.4 Afstand en betrokkenheid in onderzoek 73
- 4.3 Onderzoeksfasen 74
 - 4.3.1 Inleiding 74
 - 4.3.2 Verkennende fase 75
 - 4.3.3 Case selectie 76
 - 4.3.4 Toegang en uitvoering 78
- 4.4 Methoden 79
 - 4.4.1 Inleiding 79
 - 4.4.2 Observatie 80
 - 4.4.3 Interviews 81
 - 4.4.4 Documenten 82
 - 4.4.5 Analyse 83
 - 4.4.6 Betrouwbaarheid en validiteit 84
- 4.5 Conclusie 85

Hoofdstuk 5 Groot en wijdverspreid 87

Case studie 1: Zorg en ondersteuning van gehandicapten 87

- 5.1 Inleiding 87
- 5.2 Eenheid en verscheidenheid 88
- 5.3 Ervaren afstand 93
 - 5.3.1 Ruimte en tijd 93
 - 5.3.2 Richtingenstrijd 96
 - 5.3.3 Verschillende denkkaders 100
- 5.4 Bestuurder: Visionair en vrijgespeeld 104
 - 5.4.1 Er naartoe 105
 - 5.4.2 Visie vertalen 107
 - 5.4.3 Verbinden: buiten en binnen, beleid en uitvoering 109
- 5.5 Omgaan met afstand en betrokkenheid 111
 - 5.5.1 Extensies en gezanten 112
 - 5.5.2 Vertalingen 115
 - 5.5.3 Ontmoetingsplaatsen 117
 - 5.5.4 Begrenzungen 118
- 5.6 Conclusie: Elke structuur scheidt afstand 120

Hoofdstuk 6 Eilanden en koninkrijken 122

Case studie 2: Het ziekenhuis 122

- 6.1 Inleiding 122
- 6.2 Een gekanteld kwaliteitsziekenhuis 123
- 6.3 Ervaren afstand 126
 - 6.3.1 Medische koninkrijken 126
 - 6.3.2 Lagen 128
 - 6.3.3 Eilanden 131
- 6.4 Bestuurder: betrokken buitenstaander 134
 - 6.4.1 Er zijn 135
 - 6.4.2 Verbinden van 'zorgen voor' en 'zorgen dat' 137
 - 6.4.3 'Patients First' 139
 - 6.4.4 Dicht bij het 'product' 141
- 6.5 Omgaan met afstand en betrokkenheid 144
 - 6.5.1 Ontmoetingsplaatsen 145
 - 6.5.2 Verbindingen 146
 - 6.5.3 Extensies: reizende medewerkers 147
 - 6.5.4 Vertalingen 149
 - 6.5.5 Intermediair 151
- 6.6 Conclusie: spel van toenadering en distantiëring 152

Hoofdstuk 7 Vloerbedekking en verzakelijking 154

Case studie 3: Organisatie voor verzorging en verpleging 154

- 7.1 Inleiding 154
- 7.2 'Enigszins divisionair' 155
- 7.3 Ervaren afstand 157
 - 7.3.1 Losstaande instellingen 158
 - 7.3.2 Maar toch homogeen 159
 - 7.3.3 Verzakelijking 161
- 7.4 Bestuurder: 'Enigszins' op afstand 166
 - 7.4.1 Afstand nemen 166
 - 7.4.2 Verbonden denkkaders 168
 - 7.4.3 Nabije leider: voorleven 170
- 7.5 Omgaan met afstand en betrokkenheid 172
 - 7.5.1 Tempo 173
 - 7.5.2 Vertalingen én begrenzingen 175
 - 7.5.3 Ontmoetingsplaatsen 179
 - 7.5.4 Intermediair 180
- 7.6 Conclusie: van oude mensen, de dingen, die voorbij gaan 181

Hoofdstuk 8 Conclusies 183

- 8.1 Inleiding 183
- 8.2 Afstand in soorten en maten 184
- 8.3 Afstand en gelaagdheid 188
- 8.4 Constructiewerk 191
- 8.5 Niet schaal, maar schaarste 194
- 8.6 Sturen met afstand 196
 - 8.6.1 Besturen door middel van extensies 196
 - 8.6.2 Besturen door middel van verbindingen 198
 - 8.6.3 Besturen door middel van ontmoetingsplaatsen 200
 - 8.6.4 Besturen door middel van begrenzingen 201
- 8.7 Bestuurder: verbindende buitenstaander 203
- 8.8 Slotconclusie 206

Literatuur 209**Bijlagen 221****Samenvatting 226****Summary 233****Over de auteur 240**

Voorwoord

Zorg gaat mij aan het hart. In mijn werk als zorgverlener merkte ik dat de organisatie de praktijk ervan in de weg kan zitten. Die organisatie van zorg en zijn specifieke, complexe structuur en cultuur fascineerde mij. Daarom verliet ik de zorg korte tijd om te studeren op het hoe en wat van 'Cultuur, Management en Organisatie', een leergang aan de Universiteit van Utrecht. Mijn docent Jan Boesenkool stimuleerde mij mijn fascinatie vast te houden en te gaan promoveren. Kwalitatief, 'antropologisch', onderzoek doen naar organisaties was een nieuwe liefde, die ik wilde koppelen aan mijn oude liefde 'zorg'.

Pauline Meurs en Mirko Noordegraaf gaven mij die kans, ik kon als onderzoeker mee werken aan het onderzoeksprogramma 'Zorg voor Management', een onderzoek naar Nederlandse zorgbestuurders. Ik vertaalde dat direct in 'Zorg vóór Management', een hardnekkige bias die mij en mijn toegewijde promotoren bloed, zweet en tranen heeft gekost.

De nuancering in mijn denken kreeg vaste grond toen ik mee liep met de drie bestuurders die in dit onderzoek beschreven worden. Zij boden mij plaats aan hun bestuurstafels. Ik maakte hun zoektocht mee in precies dat fenomeen dat ik wilde beschrijven: de afstand tussen bestuur en werkvloer. En zonder de bereidwillige gesprekken met de managers en medewerkers in deze drie organisaties zou dit boek niet dezelfde gelaagdheid hebben gekregen.

Er zijn veel mensen die mijn werken aan dit proefschrift over bergen en door dalen, soms van een afstand en dan weer heel nabij, hebben willen volgen en ondersteunen. Allen die mij met hun interesse en met raad en daad hebben geholpen wil ik bedanken.

Allereerst de bestuurders, managers en medewerkers die mij zonder enig voorbehoud de kans hebben gegeven hun werk te bestuderen en te beschrijven.

Mijn promotoren Pauline Meurs en Mirko Noordegraaf, betrokken én streng, die eigenschappen onderling afwisselend en op de situatie afstemmend. Wij hebben in trouwe en gestage samenwerking dit boek gebracht waar het nu is. De tekortkomingen zijn natuurlijk mijn verantwoordelijkheid.

Roland Bal, Tom van der Grinten, Andries Baart, Roel Steenberg, Jan Terlouw en Ashley Terlouw, jullie wijze woorden in betrokken distantie, gaven mij inspiratie om soms net weer even anders naar mijn onderzoek te kunnen kijken.

Jan Boesenkool, zonder jou was ik niet eens gaan denken over doorgaan in de wetenschap. Ileen Montijn, mijn lieve schrijfcoach, de leesbaarheid van dit boek is aan jou te danken. Marianne Vijsma, in onze diepgaande en ‘antropologische’ gesprekken leerde jij me dat je een puzzel niet altijd bij de randjes hoeft te beginnen. Hans Kröber, in een dubbelrol, dank voor je vriendschap en de inspirerende ontmoetingen. Karen Kruijthof, mijn ‘promotiemaatje’, ik zou hier niet gekomen zijn zonder jouw wijze raad, praktische advies en lieve aandacht. Wilma van der Scheer, zonder jouw bemoedigende: ‘go girl’ en opbouwende commentaren had ik het soms bijna opgegeven. De andere ‘promovendames’, Wendy van de Kraan, Isabelle Fabbriotti, Marleen Bekker, Karin Lemmens, Iris Wallenburg, Stans van Egmond, wat heerlijk dat jullie er waren om serieuze en feestelijke zaken te kunnen delen.

Ik ben vereerd deel uit te mogen maken van de inspirerende sectie Health Care Governance aan het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg. Onze bijeenkomsten op maandag zetten steeds weer aan tot kritisch nadenken over besturen van zorg en het doen van onderzoek daarnaar. Teun Zuiderent – Jerak, wij ‘delen’ een kamer, maar ook de liefde voor het doen van etnografisch onderzoek. Kor Grit dank ik voor de veelvuldig en zinvolle ‘empirisch filosofische’ adviezen en commentaren. Gerard Scholten, Maartje Derks en Dung Ngo, dank voor de aandachtige manier waarop jullie mijn lange en vaak nog onsamenhangende concepten hebben willen lezen en van belangrijk commentaar hebben voorzien. Marianne Breijer, Petra Verweij en Claire Nefkens, hielpen mij elke keer weer mijn stukken de deur uit te krijgen en de vastgelopen papieren uit het kopieerapparaat te halen.

Ine Boeijen ontwierp het prachtige omslag in een gezellig en creatief proces. Nona Babaian, bij jou kon ik altijd met een gerust hart de kinderen achterlaten, beter konden zij het niet hebben.

Mijn lieve vrienden en vriendinnen, altijd bleven jullie geïnteresseerd vragen wanneer ik nu eens zou gaan promoveren. Eindelijk zullen wij elkaar vaker zien en leuke dingen gaan doen!

Moeder, jij maakt mij altijd weer liefdevol duidelijk waar het nou eigenlijk om gaat in het leven. Maarten, ik koester mij in jouw oneindige liefde. Lieve kinderen, Cato, Teun en Willemijn, jullie moeder komt nu van haar zolder!

1

Tussen zorgbestuurders en werkvloeren

1.1 De kloof

Intussen belast een nieuwe groeiende korst van gewichtig doenerige managers en bestuurders onze bedrijven, scholen en andere organisaties. Zij ondermijnen het vertrouwen, het vakmanschap en de menselijke waardigheid van de samenleving.
(Geert Mak, inleiding op de Raiffeisenlezing, 2004 in Beroepszeer 2005)

In het maatschappelijke debat wordt sinds enige jaren zware kritiek geuit op zorgbestuurders en zorgmanagers. Zij introduceren, zo luidt een veel geuite klacht, een afstandelijke, cijfermatige cultuur in de zorg, een sector die juist om betrokkenheid vraagt. Bestuurders en managers zijn teveel op afstand om te weten waar het echt over gaat. Aan hun nut wordt getwijfeld en er zijn er in ieder geval, zo luidt de publieke opinie, te veel. Er wordt gesproken over een wildgroei aan duurbetaalde bestuurders en managers die geen vakkennis hebben (Mak, 2004; Van den Brink e.a., 2005). Zij worden ervan beschuldigd vervreemd te zijn van de werkelijkheid van de werkvloer. Zij trekken zich terug in hun kantoren en hebben geen weet van wat zich 'lager' in de organisatie afspeelt.

In de zorgorganisaties zelf wordt ook geklaagd dat de afstand tussen de top en de werkvloer te groot is, dat hier een 'kloof' gaapt. Zo haalde eind 2006 het project 'Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen' (Universiteit Maastricht) de krant en de vakbladen (*ZorgVisie*, september 2006). De projectleider concludeerde op basis van de meting in 364 instellingen uit de acute, chronische en thuiszorg dat de basiszorg in Nederland onvoldoende is. Patiënten lijden aan incontinentie en ondervoeding, en de vermijdbare ellende van 'doorliggen' komt nog te vaak voor. Hoewel dit niet specifiek was onderzocht, stelde de projectleider dat de problemen mogelijk werden veroorzaakt doordat leidinggevend in de zorg geen verantwoordelijkheid meer dragen voor de kwaliteit

van het primaire proces. ‘De kloof’ tussen de aansturing en de uitvoering van de zorg wordt hier beschouwd als de oorzaak van een ondermaatse kwaliteit van zorg. Betrokkenheid en nabijheid die juist zo nodig zijn in zorg, zouden door deze ‘kloof’ schade oplopen (Kunneman & Slob, 2007). Zorgverleners lijden inmiddels aan ‘beroepszeer’ (Van den Brink e.a., 2005) en patiënten en hun familie klagen over gebrek aan vriendelijkheid en aandacht (Meurs, 2006; Braam, 2005). Een dokter die zelf ziek werd oordeelt eind 2007 in een reportage in de NRC dat de zorg is verzakelijkt, ontmenselijkt en verhard. De door managers ingevoerde efficiency heeft de zorg versneld, maar de patiënt buiten beeld gezet (De Vos, 2007). Het ontstaan van ‘de kloof’ tussen zorgmanagement en zorgprofessionals wordt voornamelijk de managers verweten (Noordgraaf, 2008).

Ook uit onderzoek naar besturingspraktijken in de zorg komt het bestaan van ‘de kloof’ tussen management en zorgprofessionals naar voren (Harrison & Pollitt, 1994; Van Dijk, 1997; Freidson, 2001; Glouberman & Mintzberg, I - II, 2001; Hunter, 2003; Gray & Harrison, 2004; WRR, 2004; Duyvendak e.a., 2006; Meurs, 2006). Het uit elkaar halen van de verantwoordelijkheid voor het beleid (management) en de verantwoordelijkheid voor de uitvoering (professionals) wordt in het rapport ‘Bewijzen van goede dienstverlening’ van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR, 2004) echter niet als schuld in de schoenen van de managers geschoven, maar beschouwd als endemisch voor dienstverlenende organisaties en omschreven als ‘boedelscheiding’. Niet alleen het uit elkaar halen van deze verantwoordelijkheden, maar ook de manier waarop de verschillende taken gewaardeerd worden bestendigen ‘de kloof’. Het uitvoeren van management – administratieve – taken wordt hoger gewaardeerd dan het uitvoeren van zorgtaken, waardoor er een ‘veronaanzienlijking’ van de alledaagse zorg ontstaat (Baart, 2004). En wanneer zorgbestuurders en managers zich niet bemoeien met patiënten, zorgverleners en het primaire proces, is – vanwege hun status – de kans groot dat hun gedrag in de lagere échelons wordt nagebootst. Zo zou de afstand tussen bestuurders en werkvloer uitwerken in zorgverlening die steeds minder tijd en aandacht heeft voor de patiënt.

1.2 Vermeende oorzaken

Wij zitten in dit chique gebouw. Medewerkers komen hier bijna niet. Wat dat betreft is er een grote afstand. Wel monitoren wij de locaties en gaan er dan naartoe, maar de vergaderingen zijn hier. We geven de mensen veel autonomie dus we voelen ons ook niet vrij om zomaar naar binnen te lopen. Vroeger was de sociale afstand echter veel groter dan nu.

(Bron: Interview zorgbestuurder GGZ, vooronderzoek Zorg met Afstand)

Het verschil in status, zoals de bestuurder in het citaat aangeeft, dat de afstand tussen bestuurders en zorgverleners veroorzaakt bestaat natuurlijk al veel langer. Een voorbeeld hiervan was de directeur van het kleine revalidatiecentrum waar ik in 1982 mijn eerste baan als ergotherapeut had. Hij kende de medewerkers, want hij stond 's morgens bij de ingang om te kijken wie er op tijd of te laat waren. In zijn kantoor ontving hij heel af en toe zorgverleners zoals ik, zittend aan een verhoogde tafel omdat hij zo lang was, terwijl ik tegenover hem in een laag fauteuiltje plaats moest nemen. Hoewel er toen al gesproken werd van een turbulente omgeving in de gezondheidszorg, leek hij meer tijd aan interne dan aan externe zaken te hoeven besteden. Hij wandelde vaak rond in het gebouw, maar stond ondertussen wel mijlen ver af van de zorgverleners. Die sociale afstand tussen bestuurders en medewerkers is echter niet meer zo groot als toen, en kan ook niet alleen de reden zijn voor 'de kloof' die nu zo sterk benadrukt wordt in het publieke debat. Er worden in het debat meerdere vermeende oorzaken voor 'de kloof' naar voren gebracht.

Eén van die oorzaken wordt bijvoorbeeld gezocht in het feit dat de overheid vanaf midden jaren zeventig de noodzaak voelde om de snel oplopende kosten van de gezondheidszorg in de hand te houden. Hiermee werd financieel beheer een hoofdtaak van de bestuurders in deze sector. Managers werden aangesteld om de budgetten te verdelen en te bewaken (Scholten & Van der Grinten, 2000). Dit financiële beheer, dat neerkomt op het verdelen van de schaarste, wordt in de zorgsector ervaren als een te bedrijfsmatige aanpak, die niet past bij het karakter van zorg. Met de invoering van bedrijfsmatige sturing zijn termen als 'doelmatigheid' en 'efficiëntie' in de gezondheidszorg geïntroduceerd, begrippen die wezensvreemd zijn aan de uitvoering van zorg, die vaak uit 'trage vragen' bestaat (Kunneman, 2003) en daardoor juist veel tijd en aandacht opsloopt (Baart, 2004; Van Heijst, 2005). Nu, een aantal jaren later, na de invoering van (gereguleerde) marktwerking (Schut, 2003; Helderma e.a., 2005; Helderma, 2007) zijn begrippen als 'product' en 'markt' in de zorg doorgedrongen. Ook deze neoliberale begrippen met de bijbehorende werkwijzen hebben volgens sommigen een vervreemdende uitwerking in de zorg (Tonkens, 2003; Van Heijst, 2005; Mol, 2006). Anderen, met name politici, maar ook de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) zijn juist van mening dat de macht en mogelijkheden van de patiënt toenemen door de in de zorg ingevoerde (gereguleerde) marktwerking.

De groei van het management wordt in de krant en op de televisie, zelfs door politici (zie Noordegraaf, 2008) als veroorzaker van 'de kloof' opgevoerd. Die groei komt echter niet eenduidig uit onderzoek naar voren. Het aantal managers in de zorg neemt de laatste jaren niet toe (Kanters e.a., 2004). Om met minder managers toe te kunnen, zijn teamleiders, de eerste

managementlaag, soms zelfs verantwoordelijk voor vijftig tot zestig medewerkers. Wat wel toeneemt, is de administratieve controle, als ook het overleg en de (schriftelijke) overdracht tussen verschillende zorgprofessionals (Kanters e.a., 2004; Vogd, 2006). Daardoor hebben artsen en verpleegkundigen minder tijd voor het werk 'aan het bed'. De toenemende administratie, die vaak wordt beschreven als bureaucratie, en de grotere 'span of control' zijn er mogelijk ook weer de oorzaak van dat zorgmanagers zich zo weinig op de werkvloer vertonen zoals uit onderzoek in Nederlandse zieken- en verpleeghuizen blijkt (Kruijthof, 2005; The, 2004).

Groei van zorgorganisaties wordt als derde vermeende oorzaak voor 'de kloof' geduid. Om de kosten beter te kunnen beheersen en een sterkere concurrentiepositie te verwerven, gaan zorgbestuurders vaak over tot fusies met dezelfde of andersoortige organisaties. Vele fusies hebben inmiddels geleid tot megazorgorganisaties, die meerdere typen zorg leveren en verdeeld zijn over meerdere locaties (RVZ 2003; CBS 2005). Deze schaalvergroting heeft vervreemding tot gevolg doordat mensen elkaar niet meer persoonlijk kennen, onder andere doordat er in zorgorganisaties fysieke afstanden tussen de locaties ontstaan. Ook het organiseren zelf, de organisatiestructuur, schept afstand tussen de verschillende organisatorische lagen, en, na de massaal ingevoerde 'kanteling' van de structuur van de zorgorganisaties, tussen de ontstane divisies en clusters. Een bijkomstigheid van fuseren is dat er verschillende typen zorg naast elkaar in een organisatie opgenomen zijn. Daarmee ontstaat er een divers zorgaanbod binnen de organisatie en kennen de verschillende afdelingen en locaties elkaars werk niet meer zo goed. Dat is niet alleen het geval in organisaties die door fusies aaneen geregen zijn, ook in de ziekenhuizen schept specialisatie afstand tussen verschillende maatschappen en verpleegafdelingen. Het gevaar van deze noodzakelijke specialisatie is dat de patiënt als totaal uit het zicht verdwijnt (De Vos, 2007; Vogd, 2006). En niet alleen de zorgverleners verliezen de kennis van elkaars werk, ook zorgbestuurders moeten bestuurlijke invloed uitoefenen over kennisgebieden waar hun kennis tekort schiet. De bestuurlijke uitdaging in de zorg ligt daarom in het met elkaar in verband brengen van de verschillende kennisgebieden en ervaringswerelden.

Tenslotte zou 'de kloof' tussen 'het management' en de zorgverleners ook zijn oorzaak kunnen vinden in de verschillen in scholing en ervaring van mensen die zorg organiseren en zij die zorg uitvoeren. Zo bestuurden in zorgorganisaties vroeger de 'Geneesheer Directeur' en daarvoor nog de 'Besturend Zuster'. Zij kenden de zorg uit eigen ervaring, maar tegenwoordig, na de 'management-revolutie', is minder dan de helft van de zorgbestuurders opgeleid als arts,

therapeut of verpleegkundige (Noordegraaf e.a. 2002; Van der Scheer e.a., 2007). Niet alleen de scholing maar ook het werk van zorgmanagers en zorgprofessionals verschilt, het is gebaseerd op andere manieren van denken en zij hebben andere taken en spreken verschillende 'talen' (Glouberman en Mintzberg, 2001; Parker, 2000). Die verschillende taken en talen beïnvloeden de contactpatronen. Uit recent onderzoek (Van der Scheer e.a., 2007) naar het werk van zorgbestuurders blijkt dat het merendeel van de contacten van zorgbestuurders in hun eigen organisatie bestaat uit 'managerial' contacten. Tussen 2000 en 2005 zijn dit soort contacten toegenomen en is het aantal contacten tussen zorgbestuurders en uitvoerenden gedaald. Zorgbestuurders ontmoeten in hun dagelijks werk meer managers dan zorgverleners. Daarbij werken zorgbestuurders en managers in kantoren, weg van de werkvloer van de zorg, vaak aan het eind van een lange stille gang, helemaal boven in het gebouw of soms zelfs in het 'chique' bestuurs- of managementcentrum aan de andere kant van de stad. Daar zien zij geen patiënten en weinig zorgverleners.

De analyse van 'de kloof' tussen zorgbestuurders en zorgverleners kent blijkbaar meerdere met elkaar samenhangende oorzaken. 'De kloof' wordt steeds als ruimtelijke metafoor gebruikt om een maatschappelijk fenomeen van verwijdering, vervreemding en distantiëring te duiden. Er zijn klaarblijkelijk verschillende processen die in en om zorgorganisaties plaatsvinden waaruit afstand ontstaat. In die processen strijden afstand en betrokkenheid om voorrang, waarbij afstand volgens velen de overhand heeft. Managers krijgen hier de schuld van (Noordegraaf, 2008), zij leiden immers de organisatie door fusies naar schaalvergroting, zij willen efficiency verhogen en op afstand controleren en zijn daarmee verantwoordelijk voor de toenemende administratieve druk, zij laten zich niet meer op de werkvloer zien. En dat is niet wat er van hen wordt verwacht. Verwacht wordt dat zij goede zorg organiseren vanuit een sterke betrokkenheid, maar ook de kosten in de hand houden en de wachtlijsten niet laten oplopen.

1.3 Dubbele opdracht

In het verpleeghuis gaat het om mensen. Mensen die er wonen, werken en op bezoek komen. Natuurlijk, zal iedereen zeggen. Maar zo vanzelfsprekend is dat niet. Het lijkt zelfs wel alsof we dat steeds meer uit het oog verliezen. Er wordt gepraat in termen van management, reorganisaties, protocollen, kwaliteitseisen, vraaggestuurde zorg en veiligheid. Daarmee moet de kwaliteit van zorg worden opgekrikt.

(Anne Mei The, symposium Beroep op kwaliteit, februari 2006)

Van zorgbestuurders en managers wordt verwacht dat zij 'kennis hebben van hun product' én dat zij betrokken zijn bij de patiënten en bij de uitvoering van zorg. Dat zij betrokkenheid tonen en 'nabij' zijn (Mintzberg, 1998). Maar bestuurders moeten ook de strategie van hun organisaties uitstippelen en daartoe hebben zij overzicht en 'distantie' nodig. Daarbij wordt van bestuurders verwacht dat zij zich niet bezig houden met de 'operationele processen'. Bestuurders moeten enerzijds op afstand sturen, en anderzijds in hun organisaties 'de boel bij elkaar houden' en 'verbindende leiders' zijn. Dat laatste is op zichzelf al geen makkelijke opdracht, maar in zorgorganisaties waar zoveel verschillende werelden zijn van specialisten, maatschappen en afdelingen, is het helemaal lastig. Bijeenhouden is echter wel nodig: het begrip integratie wordt niet voor niets als vermeende oplossing voor het managementvraagstuk van diversiteit (Siebers e.a., 2002) en als hét doekje voor het bloeden in de zorgorganisaties gebruikt (Stoopendaal, 2005). Enerzijds leiden de bedrijfsmatige ontwikkelingen in de zorgorganisaties, schaalvergroting en de 'logica' van dienstverlening dus tot bestuurders die 'sturen op afstand'. Anderzijds wordt de roep om leiders die betrokken en nabij zijn ook steeds sterker. Misschien roept het één het ander wel op. Besturen van zorgorganisaties is niet alleen verantwoordelijkheid dragen en maatschappelijk gelegitimeerde, verantwoorde, beslissingen te nemen (Commissie Health Care Governance, 1999), maar óók ervoor zorgdragen dat beleid en uitvoering in verband met elkaar staan. Bij sturen op afstand is juist ook betrokkenheid van belang. Zo vormt zich een specifieke 'dubbele opdracht' voor zorgbestuurders.

Vanuit het perspectief van de zorgbestuurder is deze dubbele opdracht niet makkelijk in te vullen. Zij dragen de eindverantwoordelijkheid voor hun organisatie. Zij hebben de opdracht de effectiviteit van hun organisatie te verhogen en zijn daartoe gebruik gaan maken van bedrijfsmatige methoden zoals decentralisatie van taken en verantwoordelijkheden, protocollen en toepassing van outputsturing. Dit bedrijfsmatige management dat wordt toegepast in publieke en dienstverlenende organisaties, ook wel beschreven als New Public Management, koppelt bestuur en uitvoering van elkaar los (Hood, 1991; Pollitt, 1993; Parker, 2002; Hunter, 2003). Zorgbestuurders worstelen hiermee; zij willen bijvoorbeeld strategisch leidinggeven aan hun organisatie, maar ervaren dat zij steeds weer, tegen hun wens in, bij de dagelijkse managementpraktijk betrokken worden (Noordegraaf & Meurs, 2001). Zij vragen zich af tot in welke details zij op de hoogte moeten zijn van wat er op de werkvloer speelt, hoe betrokken of gedistantieerd zij moeten zijn. De zorgorganisaties die zij besturen zijn groot en hebben vele divisies, locaties en managementlagen. Bij het aansturen van zulke grote aantallen medewerkers met heel specifieke kennis, kan een bestuurder niet meer direct of persoonlijk betrokken zijn (Sayles, 1993).

Daarbij is zorg een lastig meetbaar 'product'. Outputsturing, een uitgangspunt in bedrijfsmatig management, klinkt natuurlijk mooi, maar hoe stuur je op resultaten in bijvoorbeeld de zorg voor gehandicapten? Kwantificeren van het aantal contacten is hier, net als bij het uitschrijven van boetes door de politie, geen toereikende manier (De Bruin, 2003) omdat het niet gaat om kwantiteit, maar om de toegevoegde de maatschappelijke waarde van publieke dienstverlening. Zo lijken de oplossingen die New Public Management biedt voor de bestuurlijke spanning tussen afstand en betrokkenheid, deze spanning juist te vergroten.

Managen, besturen of leidinggeven wordt al in 1924 door de managementprofeet Mary Parker Follet (Fox & Urwick, 1973; Graham, 1995; Noordegraaf & Teeuw, 1997), maar later ook door Watson (1994) beschreven als relationeel en 'door en door sociaal'. Besturen doet de bestuurder niet alleen, zo stellen zij, maar vindt plaats in een relationeel proces van interactie en wederkerigheid. Echter bij grote en wijdverspreide organisaties neemt de mogelijkheid tot 'face-to-face' of 'hands-on management' af, waardoor het 'sociale' op afstand, indirect door de organisatorische lagen heen moet worden vormgegeven. Dat is niet uniek voor zorgorganisaties, maar het veroorzaakt dat medewerkers, en ook de patiënten, cliënten en bewoners van de uitdijende zorginstellingen voor de zorgbestuurder steeds abstracter worden. Daarbij werkt het besturen van dienstverlenende organisaties, zoals de zorg niet door middel van directe sturing zoals de bekende metaforen als de bestuurder in de cockpit of de dirigent voor het orkest doen denken. In dienstverlenende organisaties wordt leiding gegeven op een indirecte manier, 'op afstand' (Grit & Meurs, 2005; Gastelaars, 1997/2006; Hasenfeld, 1992; Lipsky, 1980), dat is inherent aan dienstverlening. De dienst wordt namelijk tijdens de interactie tussen dienstverlener en klant geleverd, het relationele aspect is daarbij van doorslaggevend belang. Bestuurders en managers staan daar per definitie buiten en kunnen alleen indirect of fragmentarisch kennis nemen van wat zich daar afspeelt. Zorgbestuurders zijn in die zin te vergelijken met een dirigent die het orkest leidt zonder de muziek te kunnen horen.

1.4 Probleemstelling

Van zorgbestuurders, de eindverantwoordelijke leidinggevendenden van zorgorganisaties, wordt enerzijds verwacht dat zij bestuurders zijn die sturen op afstand. Anderzijds wordt van hen verwacht dat zij betrokken zijn bij de patiënten of cliënten van hun ziekenhuis of verzorgingshuis, hun medewerkers kennen, en een grondige kennis hebben van wat er in hun organisatie gebeurt. Die 'dubbele opdracht' van op afstand blijven maar wel betrokken zijn, was er altijd al, maar

tekent zich in de hedendaagse zorg pregnant af vanwege de specifieke aard van zorg die lijkt te botsen met bedrijfsmatige en marktgerichte aansturing, maar ook omdat de specialisatie (tussen zorgprofessionals maar ook tussen managers en professionals) toeneemt en zorgorganisaties steeds groter worden. *Hoe* zorgbestuurders in hun dagelijks werk sturen op afstand, maar toch ook betrokken zijn, daarover gaat dit onderzoek.

1.4.1 Doelstelling

Er is natuurlijk eerder onderzoek gedaan naar het werk van Nederlandse zorgbestuurders (Visser e.a., 1996; Moen, 2000; Koot & Sabelis, 2000; Putters, 2001; Noordegraaf e.a., 2002/2005; Grit & Meurs, 2005; Van Hout, 2007; Van der Scheer e.a., 2007), maar in weinig van dit onderzoek lag de nadruk op het onderzoeken van het dagelijks werk van bestuurders. Niet eerder is onderzoek gedaan naar zorgbestuurders aan de hand van het thema afstand. De doelstelling van dit onderzoek is de kennis over het dagelijks werk van zorgbestuurders te vergroten. Ten eerste door van binnen uit de bestuurs-kamers te analyseren welke betekenis de begrippen afstand en betrokkenheid krijgen in zorgorganisaties. Ten tweede door te onderzoeken hoe de daaruit voortkomende ‘dubbele opdracht’ het werk en het gedrag van zorgbestuurders en ondergeschikte zorgmanagers en zorgverleners beïnvloedt. Door wat zorgbestuurders werkelijk doen als aangrijpingspunt voor onderzoek te nemen wordt inzicht verkregen in de spanningsvolle bestuurlijke relatie tussen afstand en betrokkenheid, en in de manier waarop er door zorgbestuurders, maar ook, zij besturen immers niet alleen, door zorgmanagers en zorgverleners mee wordt omgegaan. Deze empirische kennis van mogelijke handelingsperspectieven draagt bij aan de verdere theorievorming en professionalisering van zorgbestuurders, ofwel begrip en verbetering van de zorgbesturing. Het beter begrijpen van het dagelijks werk van zorgbestuurders, zal ook de stereotyperingen over ‘de kloof’ die de relatie tussen managers en professionals in de zorg kenmerkt, nuanceren.

Daarbij staan zorgorganisaties niet op zich, maar zijn zij exemplarisch voor maatschappelijke dienstverlening (Gastelaars, 2006). Ook in andere publieke organisaties en zeker ook in de politiek speelt het spanningsveld tussen afstand en betrokkenheid (Fresco, 2003; Tjeenk Willink, 2006) daarom zullen de uitkomsten van dit onderzoek te gebruiken zijn in andere publieke organisaties.

1.4.2 Vraagstelling

Schaalvergroting, het publieke karakter van zorgorganisaties en de aard van het werk van zowel managers als zorgverleners leiden allen op een eigen wijze tot een zekere afstand waar de bestuurder mee moet omgaan. De vraag is hoe

zorgbestuurders dat doen. De leidende vraag waar dit onderzoek een antwoord op tracht te vinden is daarom:

Hoe sturen zorgbestuurders op afstand in grote zorgorganisaties?

Deze vraag wordt uitgewerkt aan de hand van vijf deelvragen die achtereenvolgens van conceptuele, theoretische en empirische aard zijn. Alvorens de begrippen afstand en betrokkenheid te definiëren en hun werking te beschrijven is het nodig de context van de zorgbestuurder en de maatschappelijke ontwikkelingen die zich in de zorg voordoen in kaart te brengen. Daarop volgt een theoretische zoektocht naar de definitie van de begrippen. Uit de theoretische verkenning wordt duidelijk dat het spreken over 'processen van distantisering' meer recht doet aan de dynamiek van de praktijken die in dit onderzoek worden beschreven. De theoretische verkenning biedt bouwstenen voor het onderzoeken van de volgende twee empirische vragen. Ten eerste de vraag welke betekenis er aan afstand tussen bestuurder en zorgvloeren wordt gegeven in de zorgorganisaties en ten tweede hoe 'sturen op afstand' in de praktijk wordt vormgegeven.

Deelvraag 1. Welke (maatschappelijke) ontwikkelingen zijn van invloed op afstand tussen zorgbestuurders en werkvloeren?

Er zijn meerdere oorzaken voor het ontstaan van afstand tussen zorgbestuurders en werkvloeren. Onderzocht moet worden welke endogene en exogene ontwikkelingen er in en rondom de zorgorganisaties spelen. Uit die ontwikkelingen kunnen tendensen worden geanalyseerd die van invloed zijn op het ontstaan van afstand tussen zorgbestuurders en werkvloeren. Met werkvloeren wordt hier bedoeld op het primaire proces van zorgverlening, daar waar hulpvrager en hulpverlener elkaar ontmoeten.

Deelvraag 2. Wat is afstand en hoe werken 'processen van distantisering'?

Om empirisch onderzoek te doen naar afstand in zorgorganisaties is het allereerst nodig een begrippenkader te ontwikkelen. De betekenis van de begrippen afstand en betrokkenheid worden aan een nadere beschouwing onderworpen aan de hand van theoretische concepten uit sociologie, antropologie en uit de organisatie- en bestuurskunde. Deze beschouwing verheldert de dynamiek van 'processen van distantisering' en vormt een theoretisch perspectief waarmee de sociale processen die plaats vinden in de zorgorganisaties in ieder geval beter te zien en ook beter te (be)grijpen zijn.

Deelvraag 3. Hoe werkt 'sturen op afstand'?

Met de verheldering van de begrippen afstand en betrokkenheid en met inzicht in de procesmatige manier waarop deze begrippen zich tot elkaar verhouden in 'processen van distantiëring' is het nog niet duidelijk hoe 'sturen op afstand' eigenlijk werkt. Hoe oefenen bestuurders invloed uit daar waar zij zich niet bevinden, en hoe gaan zij om met kennisgebieden waarop hun eigen kennis niet van toepassing is? Deze vraag leidt tot een theoretisch model van sturen op afstand waarin verschillende sturingsmethoden worden onderscheiden.

Deelvraag 4. Welke betekenis wordt er aan afstand tussen zorgbestuurders en werkvloeren gegeven in verschillende soorten zorgorganisaties?

Deze deelvraag is samen met deelvraag 5 een empirische vraag. Onderzocht wordt welke betekenis zorgbestuurders, managers en medewerkers in werkelijkheid aan afstand geven en wat in deze zorgorganisaties specifiek de uitkomsten zijn van de onderscheiden tendensen. Er wordt over afstand en 'kloven' en over 'sturen op afstand' gesproken en geschreven, maar de vraag is welke betekenis dit nu werkelijk heeft in de dagelijkse praktijk van het besturen van verschillende zorgorganisaties.

Deelvraag 5. Welke middelen en methoden van 'sturen op afstand' worden ingezet in de zorg?

De volgende empirische deelvraag is gericht op het herkennen van de besturingsmethoden die in de praktijk worden gebruikt, en op 'managerial behavior'. Gezocht wordt naar manieren of methoden waarop zorgbestuurders sturen op afstand, hoe gedragen zij zich en wat doen zij als zij sturen op afstand? Besturen krijgt niet alleen vorm in wat er gezegd en gedaan wordt maar ook in de middelen die gebruikt worden om te besturen. Hierbij gaat het om materiele middelen zoals gebouwen, teksten, geografie, maar ook om immateriële zaken zoals relaties, structuren, symbolen, en beelden van de organisatie. Onderzocht wordt welke specifieke middelen en methoden in de onderzochte zorgorganisaties worden toegepast en hoe ze uitwerken.

Uiteindelijk vormen de analyse van de maatschappelijke en institutionele ontwikkelingen, de theoretische beschouwing en het empirische deel van dit onderzoek tezamen een beeld van wat 'sturen met afstand' in hedendaagse zorgorganisaties inhoudt.

1.5 Relevantie van het onderzoek

Dit onderzoek is relevant om tenminste drie redenen. Ten eerste geeft het onderzoek inzicht in het dagelijks werk van zorgbestuurders, in de 'black box' van zorgbesturing, opdat uit deze ervaringen te leren is wat het besturen van zulke specifieke en complexe organisaties zoals zorgorganisaties inhoudt. Ten tweede wordt er veel van zorgbestuurders verwacht en geëist door de overheid, verzekeraars en patiënten; zij liggen onder vuur in het publieke debat. Die maatschappelijke en bedrijfsmatige verwachtingen moeten zij waarmaken in het spanningsveld tussen afstand en betrokkenheid. Er wordt van hen verwacht dat zij sturen op afstand en tegelijkertijd betrokken zijn. Door dit onderzoek krijgen we zicht op manieren waarop zorgbestuurders aan deze specifieke opdracht invulling geven. Op grond de beschrijving van besturingspraktijken kan praktijkkennis worden geanalyseerd, geïnterpreteerd en beschreven als methode. Hierdoor wordt de inhoud van het besturen van zorgorganisaties tastbaar, en daarmee bespreekbaar. De ontwikkeling van een theoretisch concept van sturen met afstand (en betrokkenheid) biedt de mogelijkheid om de praktijk van het besturen van publieke organisatie zoals zorgorganisaties niet alleen beter te kunnen begrijpen, maar met de verworven inzichten ook beter te kunnen besturen.

Ten derde wordt met het thema afstand een belangrijk besturingsvraagstuk geanalyseerd. Het onderzoek is daardoor zowel wetenschappelijk als maatschappelijk van belang omdat het omgaan met afstand en betrokkenheid enerzijds raakt aan de inhoud van besturen, anderzijds pregnant naar voren komt uit hedendaagse maatschappelijke ontwikkelingen. Daarbij is de zorgsector extra interessant vanwege de specifieke claim die hier wordt gelegd op betrokkenheid. De bevindingen bieden de mogelijkheid voorbij de dichotome en 'sjabloonachtige' benadering van het thema afstand met de bestuurder als hoofdschuldige, te komen.

1.6 Opzet van het onderzoek

De leidende vraag in dit onderzoek leent zich voor kwalitatief en explorerend onderzoek omdat het erom gaat inzicht te krijgen in de alledaagse gang van zaken in het bestuur van hedendaagse, grote zorgorganisaties. Omdat er weinig bekend is over het dagelijkse werk van zorgbestuurders en omdat het doel van het onderzoek is te weten te komen hoe zorgbestuurders nu daadwerkelijk sturen op afstand, is het werk van drie zorgbestuurders 'van binnenuit' beschreven door middel van etnografisch onderzoek.

Besturen is niet het werk van de zorgbestuurder alleen. Besturen is interactief en relationeel (Fox & Urwick, 1973; Watson, 1994; Graham, 1995; Noordegraaf & Teeuw, 1997). Daarom is ervoor gekozen niet alleen het werk van

drie verschillende zorgbestuurders te observeren, maar ook de bevindingen en meningen van managers en medewerkers uit de verschillende lagen en locaties in diezelfde organisatie te onderzoeken. Met het begrip afstand richt het onderzoek zich op de relatie tussen zorgbestuurders en werkvloeren, het is belangrijk deze relatie vanuit de verschillende perspectieven van bestuurders, managers en medewerkers te bekijken.

Om de zorgbesturing in de breedte te verkennen en om het werk van zorgbestuurders uit verschillende organisaties te kunnen vergelijken, zijn organisaties uit verschillende sectoren van de gezondheidszorg geselecteerd. Er is gezocht naar een variatie in het soort zorg dat de organisaties bieden. Het onderzoek heeft daarom plaats gevonden in drie verschillende zorgorganisaties: een algemeen ziekenhuis, een organisatie voor zorg en ondersteuning van mensen met een verstandelijk handicap, en een organisatie voor verpleging en verzorging. Door de verschillen leiden de casusbeschrijvingen tot een meervoudig beeld van het fenomeen afstand.

De manier waarop afstand ervaren wordt in de zorgorganisaties heeft te maken met de grootte en verspreidheid van de organisatie. Daarom vormden ten eerste schaalgrootte en ten tweede, ten aanzien van de verspreidheid, de aanwezigheid van meerdere locaties belangrijke criteria voor selectie van de organisaties. Ten derde is gezocht naar organisaties die recent een fusie hadden doorgemaakt, dit omdat er zich na een fusie vaak verschillende typen afstand in organisaties voordoen, de organisaties zijn dan ineens veel groter en verschillen tussen de fusiepartners komen na vereniging opeens pregnant naar voren. Ten vierde was het voor de vergelijking van belang dat de topstructuur van de organisaties eenduidig georganiseerd was met een Raad van Bestuur die verantwoording aflegt aan een Raad van Toezicht. De relatie tussen Raad van Bestuur en Raad van Toezicht is in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

Een gedetailleerde beschrijving van de opzet en methoden van onderzoek is te vinden in hoofdstuk vier.

1.7 Opbouw van het boek

Na deze inleiding volgt in hoofdstuk twee een analyse van algemeen maatschappelijke ontwikkelingen, ontwikkelingen in zorgverlening, en ontwikkelingen op het gebied van bestuur en organisatie op grond waarvan het ontstaan van 'de kloof' is te verklaren. In dit hoofdstuk wordt beschreven en geanalyseerd door welke tendensen afstanden tussen zorgbestuurders en werkvloeren worden vergroot en welk effect die tendensen hebben op de besturingsopdracht waar de zorgbestuurder voor gesteld wordt (deelvraag één).

In hoofdstuk drie worden de begrippen afstand en betrokkenheid theoretisch verkend om te komen tot een begrippenkader waarmee afstand en betrokkenheid in de te onderzoeken zorgorganisaties te beschrijven en te begrijpen is. De begrippen afstand en betrokkenheid duiden op een procesmatige dynamiek die relaties kenmerkt. Deze dynamiek is hier beschreven als ‘processen van distantïering’. Hoe die ‘processen van distantïering’ naar voren kunnen komen in sociale relaties, organisaties en besturingspraktijken wordt in dit hoofdstuk beschreven (deelvraag twee). Vervolgens wordt in theoretische zin nagegaan hoe besturen op afstand mogelijk is (deelvraag drie).

Hoofdstuk vier beschrijft de opzet en methode van onderzoek en geeft een beeld van methodologische keuzes en problemen, de uitvoering en het verloop van het onderzoek.

In de hoofdstukken vijf, zes en zeven zijn drie case studies beschreven. Deze beschrijvingen geven ten eerste weer welke betekenis er aan het begrip afstand gegeven wordt in de verschillende lagen en locaties van de onderzochte organisaties en hoe zorgbestuurders, zorgmanagers en zorgverleners verschillende typen afstand in hun organisatie ervaren en beoordelen (deelvraag vier). Vervolgens wordt een beeld geschetst van de manier waarop de zorgbestuurders in de drie organisaties *omgaan* met afstand en betrokkenheid (deelvraag vijf), maar ook welke methoden en middelen toegepast worden en hoe deze in de specifieke situaties uitwerken.

In hoofdstuk acht worden de empirische bevindingen gecontrasteerd met de publieke opinie en de in hoofdstuk twee beschreven contextanalyse. Daarnaast worden de verschillende manieren waarop de onderzochte zorgbestuurders de ‘dubbele opdracht’ vormgeven met elkaar vergeleken en geïnterpreteerd volgens de lijn van vier besturingsmethoden die uit de theoretische beschouwing naar voren kwamen. Op grond hiervan worden conclusies getrokken over de specifieke rol van de zorgbestuurder en over het besturen van zorgorganisaties als publieke organisaties.