



SOPHIE BIJLOOS

Building a License to Lead

Hoe zorgbestuurders
bouwen aan draagvlak
om te besturen

Publiekssamenvatting

Het onderzoek

In de afgelopen jaren heeft het aan draagvlak voor zorgbestuurders vaak ontbroken. Incidenten in de afgelopen jaren rond zorgbestuurders waarbij vraagtekens werden gezet bij hun kwaliteit, hun inkomen en het vermeende old boys network, bezorgden de beroepsgroep een slecht imago. 9% van de ondervraagden door onderzoeksbureau NIVEL in 2015 gaf aan vertrouwen te hebben in zorgbestuurders, dus 91% van de ondervraagden had dat niet.

In 2012 werden zorgbestuurders door pers en politiek als graaiers weggezet. Dit resulteerde in de introductie van een wet om de inkomens van bestuurders aan banden te leggen, de WNT. Als reactie op deze kritiek zocht het bestuur van de NVZD – de vereniging van bestuurders in de zorg - naar manieren om de toegevoegde waarde, het belang en de kwaliteit van zorgbestuurders zichtbaar te maken. Het accreditatiesysteem is er inderdaad gekomen. Deze ontwikkeling was de aanleiding om het onderzoek te starten.

De centrale onderzoeksvraag is: hoe bouwen zorgbestuurders aan hun license to lead oftewel draagvlak om te besturen?

In het onderzoek is gekeken naar bouwstenen voor draagvlak om te besturen op drie niveaus: individuele zorgbestuurder, raden van bestuur en zorgbestuurders als collectief. Dit betekent dat niet alleen het draagvlak van een individuele bestuurder is onderzocht, maar ook de duurzaamheid van het draagvlak voor zorgbestuurders als groep.

Wanneer een patiënt een ziekenhuis bezoekt, zal hij zelden direct contact hebben met de bestuurder van dat ziekenhuis. De rol en toegevoegde waarde van de bestuurder zijn ook niet altijd duidelijk, zo blijkt ook uit de debatten in de Tweede Kamer rond zorgbestuurders. Het is ondoorzichtig, de wereld van de zorgbestuurders. Dat was de reden om met behulp van verschillende methodieken zorgbestuurders te ondervragen. Als deel van een langdurig onderzoek is in 2015 een enquête onder 300 zorgbestuurders gehouden. Ook zijn 22 bestuurders, searchers die bestuurders werven en enkele andere relevante partijen geïnterviewd en is er een focusgroep van 10 zorgbestuurders samengesteld die vijf jaar lang ieder half jaar bijeen kwam. Om de context waarbinnen zorgbestuurders werken te duiden, zijn bovendien Tweede Kamer stukken geanalyseerd en wetgeving rond zorgbestuurders en relevante literatuur onderzocht. Daarnaast is gekeken naar institutionele teksten, oftewel teksten waarin formele en informele regels, normen en gebruiken zijn vastgelegd.

De license to lead

Het actief werken aan het creëren van een duurzaam draagvlak, de license to lead, verstevigt de positie van zorgbestuurders, zowel intern als extern. Dit is des te relevanter, nu een belangrijke rol van de zorgbestuurder is om het draagvlak voor zijn organisatie, ook wel de license to operate, te versterken en behouden. Het draagvlak voor de bestuurder en voor de organisatie zijn met elkaar verbonden.

Voor draagvlakcreatie speelt een aantal elementen een belangrijke rol. Duurzaam draagvlak ontstaat door een goede wisselwerking tussen persoonlijke legitimiteit, proceslegitimiteit en uitkomstlegitimiteit.

De afgelopen jaren is er veel aandacht geweest voor *proceslegitimiteit*. Bijvoorbeeld door de rol van de medezeggenschapsorganen uit te breiden en “samen beslissen” in het zorgproces centraal te stellen. Voor zorgbestuurders zijn procesnormen geformuleerd in diverse wetten en in de Governancecode Zorg 2017.

Een deugdelijk besluitvormingsproces is niet voldoende voor een gelegitimeerde uitkomst en dus ook geen garantie voor duurzaam draagvlak. Dit heeft onder meer te maken met hiërarchische verhoudingen: vertegenwoordigt de cliëntenraad wel de mening van alle cliënten? Is de bestuurder in staat om zo nodig tegen zijn medebestuurder of de rvt in te gaan in het besluitvormingsproces? De geïnterviewde zorgbestuurders vonden het daarnaast van belang om verder te kijken. Bijvoorbeeld naar toekomstige zorggebruikers, die op dit moment nog geen stem hebben in het besluitvormingsproces. Wat goed is voor de huidige zorggebruikers, kan ten koste gaan van toekomstige.

Bovendien wordt ook in een deugdelijk besluitvormingsproces niet altijd overeenstemming bereikt. De vraag is dan hoe de bestuurder omgaat met conflicterende belangen en waarden van de verschillende partijen. Dan blijkt hoe belangrijk ook de persoonlijke legitimiteit van de zorgbestuurder is voor duurzaam draagvlak.

Persoonlijke legitimiteit verwerft een bestuurder op grond van zijn kennis en ervaring, maar ook zijn moreel kompas is van belang.

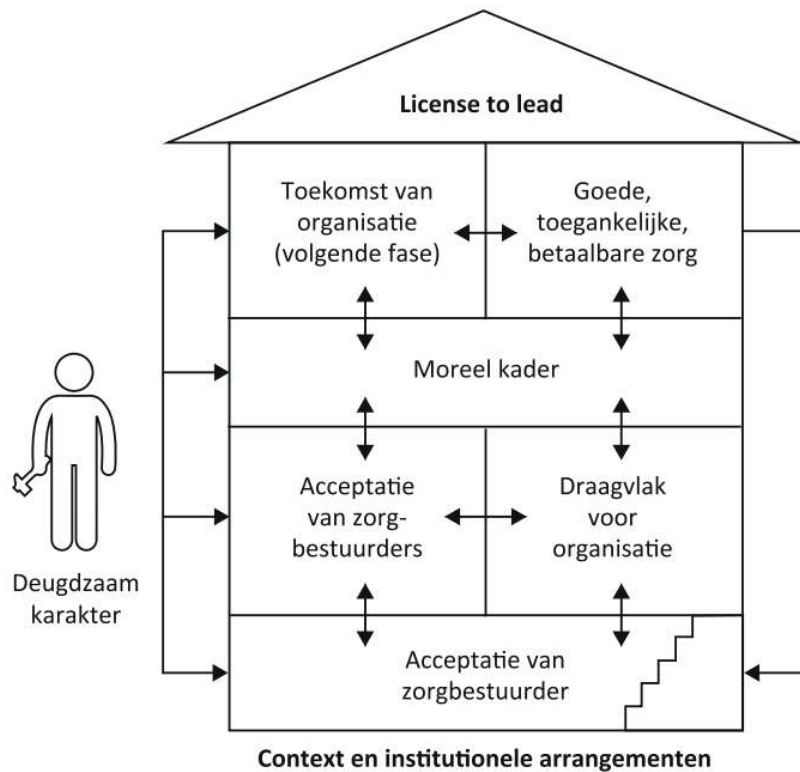
Voldoen aan wetgeving is niet hetzelfde als moreel handelen. Een bestuurder kan zijn legitimiteit vergroten door kennis te vergaren en in zijn handelen deugden als bezinning, rechtvaardigheid en moed verder te ontwikkelen.

Ten slotte is het draagvlak van zorgbestuurders afhankelijk van de *uitkomst, de (maatschappelijke) resultaten* die worden bereikt. Ook daarvoor is de laatste jaren veel aandacht geweest. Denk aan “de juiste zorg op de juiste plek” en regionale samenwerking gericht op de beste zorg voor de individuele patiënt. De bekostiging van de zorg blijft een nationaal probleem, waarin zorgbestuurders ook als collectief een rol hebben.

De bouwstenen voor de license to lead zijn gevisualiseerd in een huis. Velen willen in een huis wonen en er een onderdak vinden, maar veel minder hebben zin om het ook te onderhouden, in algemene zin. Dat is waarom er bestuurders zijn. Zelfs als alle individuele kamers op orde zijn, is het van belang dat alle onderdelen van het huis worden onderhouden. Wanneer één van de bouwstenen ontbreekt, stort het huis niet meteen in, maar gaat het wel ten koste van de soliditeit. Wanneer te veel bouwstenen ontbreken, zal het huis instorten. Daarbij geldt dat een bepaalde basislegitimiteit nodig is om vanuit te kunnen werken, het fundament van het huis. Vertaald naar de praktijk: er moet vanuit een belanghebbende enige legitimiteit zijn voor de bestuurder. Dit geldt voor iedere belanghebbende. Dus ook als de bestuurder in zijn eigen organisatie helemaal geen draagvlak meer heeft, kan bijvoorbeeld de bank de bestuurder op zijn plek houden door te dreigen anders de financiering in te trekken.

Met nieuwe uitdagingen verandert ook de rol van de zorgbestuurder. Zo zijn zorginstellingen in de afgelopen jaren enorm gegroeid. Daardoor is het niet meer mogelijk voor de bestuurder om met iedereen een persoonlijke relatie aan te gaan en is het procesleiderschap steeds belangrijker geworden.

Op de bovenste verdieping van het huis staat de bouwsteen van het gezond houden van het zorgstelsel. Een individuele zorgbestuurder kan hier pas succesvol aan werken, wanneer hij binnen zijn organisatie voldoende legitimiteit heeft en zijn organisatie voldoende op orde heeft. Voor zorgbestuurders als collectief is het wel van groot belang dat hier ruimte voor is. Een onderzoek van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu voorspelt dat de kosten voor de zorg in 2040 zijn verdubbeld ten opzichte van 2015. Het draagvlak voor zorgbestuurders als collectief hangt dus ook af van hoe goed ze in staat zijn het zorgstelsel beheersbaar te houden.



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

In de jaren waarin onderzoek is gedaan, is er veel gebeurd vanuit zorgbestuurders en de politiek om het draagvlak en de kwaliteit van zorgbestuurders te vergroten. Zo is er de afgelopen jaren inzicht verworven in welke elementen bijdragen aan draagvlak voor zorgbestuurders. De normen voor goed bestuur zijn bediscussieerd en onder meer vastgelegd in het accreditatiesysteem van de NVZD en de Governancecode Zorg 2017. Het vak van zorgbestuurder ontwikkelt zich en zorgbestuurders professionaliseren. Zorgbestuurders ontwikkelen zich dan ook steeds meer tot een beroepsgroep. Ook is er meer aandacht voor de manier waarop zorgbestuurders worden geworven en worden belanghebbenden, zoals medewerkers en patiënten, meer betrokken in het besluitvormingsproces. Het debat heeft nieuwe gebruiken doen ontstaan, zoals het betrekken van belanghebbenden in de werving van zorgbestuurders, wat het draagvlak voor zorgbestuurders vergroot.

Besturen van een zorgorganisatie als vak

Het is nieuw om de functie van zorgbestuurder als vak te zien. Een vak dat je voor een deel gewoon kan leren, waar evidence based werkwijzen voor zijn en waar je geaccrediteerd voor kan worden. Nederland is één van de weinige landen in de wereld waar een dergelijk accreditatiesysteem voor zorgbestuurders bestaat. Alleen Amerika heeft ook een kwaliteitskeurmerk voor zorgbestuurders. Dit past ook, zeker in de zorg. Waarom zouden we wel aan een arts en een verpleegkundige vragen om hun kwaliteit aantoonbaar te maken en niet aan een bestuurder? Bij het vak van bestuurders denken veel mensen vaak nog aan iets wat je in de praktijk door vallen en opstaan leert, waar je vooral talent voor moet hebben en wat je intuïtief doet. Maar als je ziet hoe belangrijk de rol van een bestuurder is voor het welzijn van medewerkers, de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg en het zorgstelsel, dan is het eigenlijk onverantwoord dat er geen license to practice is: iedereen kan zelf (onder voorwaarden) een zorginstelling oprichten en daarmee zorgbestuurder worden. Er is dan ook een grote variëteit onder zorgbestuurders qua kennis en ervaring. Zeker omdat er steeds meer evidence based kennis beschikbaar komt over wat wel en niet werkt bij bijvoorbeeld organisatieveranderingen (zoals fusies), het aansturen van medewerkers en het effectief inrichten van de organisatie.



Figuur 24: vier bronnen van *evidence-based* werken, uit Ten Have (2017, p. 11) en gebaseerd op het model van het Center for Evidence-based Management.

Richtlijnen voor het vak

Uit dit onderzoek blijkt dat de volgende professionele expertisegebieden belangrijk zijn om een zorgorganisatie goed te kunnen besturen:

- Kennis van en inzicht in wat effectief besturen in de zorg is. Het gaat dan om zowel kennis van de zorg zelf als van de processen daaromheen, zoals financiën, vastgoedbeheer, ICT-inrichting en facilitaire diensten;
- Kennis van wat medische professionals, verpleegkundigen en andere medewerkers doen;
- Kennis van hoe zorgorganisaties werken en welke rol de bestuurder heeft;
- Kennis van en betrokkenheid bij de zorg die wordt geleverd in alle facetten;
- Adaptief (of aanpassings-)vermogen om opgedane ervaring toe te passen en hiervan te leren;
- Inzicht in en aandacht voor de belangen van belanghebbenden, de maatschappij en het wegen van deze belangen.

Bovendien zijn morele eigenschappen van de zorgbestuurder van belang. Het gaat daarbij om het ontwikkelen van deugden zoals rechtvaardigheid, flexibiliteit en moed.

Door de maatschappij en zorgbestuurders zelf worden de volgende normen aan zorgbestuurders gesteld:

| | |
|-----------------|---|
| Persoon | <ul style="list-style-type: none"> • Verantwoordelijk, • reflectief en adaptief, • deskundig: inzicht in <ul style="list-style-type: none"> - managementprocessen, - leiderschap, - organisatiekunde, - zorgprocessen, • competent: ervaring met het werken volgens bovenstaande inzichten, • authentiek en betrokken, • inkomen niet primaire focus |
| Proces | <ul style="list-style-type: none"> • Zorgvuldig, • gemotiveerde besluiten, • gelijke behandeling gelijke gevallen, • betrekken en begrijpen belanghebbenden, • doelgericht, • afspraak is afspraak, • toetsbaar en open, • verantwoording afleggen, • rolvast |
| Uitkomst | <ul style="list-style-type: none"> • <i>In control</i>, • effectief, • bewaken, beheersen en verbeteren kwaliteit zorg |

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

Ook de context speelt een rol in de manier waarop zorgbestuurders hun werk kunnen doen. Zo bepaalt de wijze waarop de zorg georganiseerd is welke belanghebbenden de license to lead kunnen verlenen, vergroten en ontnemen. Stelselwijzigingen bepalen welke (verander)opgaven zorgbestuurders hebben.

Daarnaast is de specifieke organisatiecontext relevant. De fase waar de organisatie zich in bevindt en hoe met macht wordt omgegaan in de organisatie zijn hierbij relevante factoren. Dit werkt door in de mate waarin de organisatie in control is en in het interne waardensysteem (mensgericht versus systeemgericht). Deze factoren bepalen ook welke bestuurder het beste past in de organisatie. Dat is enerzijds een bestuurder die in staat is binnen de bestaande structuren te werken, maar anderzijds het vermogen heeft de organisatie verder te helpen: bijvoorbeeld naar een volgende fase van in control komen.

Consequenties voor de praktijk

Enkele belangrijke consequenties voor de praktijk zijn:

- De normen voor professioneel, legitiem en effectief en doelmatig bestuur kunnen bij het opstellen van het juiste profiel door raden van toezicht en bij werving en selectie worden gebruikt, waarbij de accenten afhangen van:
 - Aansluiting op de fase waarin de organisatie zich bevindt;
 - De dominante oriëntatie van de organisatie: mensgericht of systeemgericht, statisch of dynamisch;
 - Een match qua profiel met de mate waarin de organisatie in control is en de kwaliteiten van de kandidaat;
 - De match met voornamelijk de medebestuurder, de raad van toezicht en het management team en de verenigbaarheid/complementariteit van hun karakter (zowel intellectuele als morele kennis, keuzes en gedrag);
 - Hoe de voorganger de organisatie heeft achtergelaten en in hoeverre eventuele problemen bekend zijn bij belanghebbenden als de raad van toezicht en het management team;
 - De match met het dominante moreel kader (alle individuele en gedeelde opvattingen over wat de goede uitkomsten, goede werkwijzen en goede motieven zijn) in de organisatie.
- Ook kunnen deze inzichten dienen als basis voor de evaluatie door zorgbestuurders zelf en door hun raden van toezicht.
- Voor opleidingsinstituten is het van belang om het aangeboden curriculum te onderbouwen. Voor het vergroten van de *license to lead* van zorgbestuurders zouden professionaliseringspaden kunnen worden benoemd. Bij de genoemde elementen van professioneel zorgbestuur (terugkomend in de expertisegebieden bij het accreditatietraject van de NVZD) kan inzichtelijk worden gemaakt hoe een bestuurder zich hierin kan ontwikkelen. Dit kan zijn door bijvoorbeeld het volgen van opleidingen, maar ook door ervaring of door intervisie, meelopen, coaching en nevenfuncties.
- Bewust kan door zorgbestuurders en toezichthouders worden nagedacht over de ruimte voor zorgbestuurders (binnen en buiten de organisatie) om zich verder in het vak te bekwamen op basis van deze professionaliseringspaden.

Over de auteur

In 2013 startte Sophie Bijloos haar onderzoek naar de *license to lead* van zorgbestuurders als buitenpromovendus aan de Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM) van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Sophie Bijloos (1982) behaalde haar master titel in Rechten en in Geschiedenis (met veel genoegen) en de bachelor titel in Wijsbegeerte. Zij begon haar loopbaan als juridisch en beleidsadviseur bij Eiffel. Sinds 2011 is zij werkzaam bij de NVZD – Vereniging van bestuurders in de zorg als bestuurssecretaris, bedrijfsjurist en beleidsadviseur op het terrein van arbeidszaken en governance. Namens de NVZD is zij sinds januari 2019 bestuurslid van de Stichting Scheidsgerecht Gezondheidszorg. Sophie werkt als adviseur en is associé bij Bosman & Vos.

Dank

Het onafhankelijke onderzoek is tot stand gekomen met medewerking van en financiering door NVZD.

Promotoren: prof. dr. Kim Putters en prof. dr. Wouter ten Have.