

Onder zorgbestuurders

Onder zorgbestuurders

Omgaan met bestuurlijke ambiguïteit in de zorg

Wilma van der Scheer

© Reed Business, Amsterdam 2013

Omslagontwerp: Studio Bassa, Culemborg
Basisontwerp binnenwerk: Martin Majoor, Arnhem

Reed Business Education is onderdeel van Reed Business bv, Postbus 152, 1000 AD Amsterdam.

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Waar dit mogelijk was, is aan auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Wij verzoeken eenieder die meent aanspraken te kunnen ontlenen aan in dit boek opgenomen teksten en afbeeldingen, zich in verbinding te stellen met de uitgever.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) van deze uitgave ten behoeve van commerciële doeleinden dient men zich te wenden tot de uitgever.

ISBN 978 90 352 4705 5
NUR 800, 882

Onder zorgbestuurders

Omgaan met bestuurlijke ambiguïteit in de zorg

Among Health Care Executives

Dealing with managerial ambiguity in health care

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor aan de
Erasmus Universiteit Rotterdam
op gezag van de
rector magnificus

prof.dr. H.G. Schmidt

en volgens besluit van het College voor Promoties.
De openbare verdediging zal plaatsvinden op

donderdag 3 oktober 2013 om 11.30 uur

door

Wilma Kornelie van der Scheer
geboren te Opende



Promotiecommissie:

Promotor(en): Prof.dr. P.L. Meurs
Prof.dr. M. Noordegraaf

Overige leden: Prof.dr. A. Klink
Prof.dr. K. Putters
Prof.dr. M.J.W. van Twist

Inhoud

1 Inleiding 11

- 1.1 Bestuurders ter discussie 11
- 1.2 De veranderende governance van de zorg 12
- 1.3 Zorgbestuurders als governing agents 14
- 1.4 Vraagstelling 16
- 1.5 Onderzoeksaanpak 19
- 1.6 Relevantie van het onderzoek 20
 - 1.6.1 Wetenschappelijke relevantie 20
 - 1.6.2 Maatschappelijke relevantie 21
- 1.7 Leeswijzer 22

2 Governance 23

- 2.1 Inleiding 23
- 2.2 Van government naar governance 23
- 2.3 Het gemengde governanceregime van de zorg 25
- 2.4 Het veranderende governanceregime van de zorg, een institutionele benadering 29
 - 2.4.1 De structurerende en legitimerende werking van instituties 29
 - 2.4.2 Institutionele verandering en institutionele ambiguïteit 30
 - 2.4.3 Consequenties voor zorgbestuurders 31
 - 2.4.4 Omgaan met institutionele verandering 33
 - 2.4.5 Agents en institutions 36
- 2.5 Praktijken van governance 37
 - 2.5.1 Een interpretatieve benadering 38
 - 2.5.2 Praktijken begrijpen 40
- 2.6 Conclusie: een praktijkgerichte benadering van governance 42

3 Onderzoeksopzet 45

- 3.1 Inleiding 45
- 3.2 Een tweeledige onderzoeksoriëntatie 45
 - 3.2.1 Een positivistische oriëntatie 46

3.2.2	Een interpretatieve oriëntatie	47
3.2.3	Interplay	49
3.3	Methoden van onderzoek	51
3.3.1	Enquêteonderzoek	51
3.3.1.1	De vragenlijst	51
3.3.1.2	Populatie, steekproef en respons	55
3.3.1.3	Data-analyse	58
3.3.1.4	Presentatie van de uitkomsten	60
3.3.2	Bronnenonderzoek	60
3.3.2.1	Bronnen, vindplaatsen en zoektermen	60
3.3.2.2	Data-analyse	63
3.3.3	Mogelijkheden en beperkingen van de gekozen methoden	63
3.4	Betrouwbaarheid en validiteit	65
3.5	Conclusies	66

4 De politieke arena 69

4.1	Inleiding	69
4.2	Een nieuwe bestuurlijke aanpak van de zorg	69
4.3	Modernisering (Kok II 1998-2002)	71
4.3.1	Zorgbestuurders: maatschappelijke ondernemers of uitvoerders van overheidsbeleid?	71
4.3.2	Incidenten	73
4.4	Presteren en concurreren (Balkenende I t/m III 2002-2007)	74
4.4.1	Verantwoordelijk voor resultaten en oplossingen	74
4.4.2	Falende bestuurders en machteloze politici	75
4.5	Ruimte en rekenschap (Balkenende IV 2007-2010)	76
4.5.1	Een 'zieke' bestuurscultuur?	77
4.5.2	Maatregelen en moreel appèl	79
4.5.3	Vrijheid en verantwoordelijkheid	81
4.6	Conclusies	81
4.6.1	De taal van het beleid en het debat	82
4.6.2	Betekenisgevende maatregelen	83
4.6.3	Consequenties voor zorgbestuurders	85

5 De beroepsarena: onder vakgenoten 87

5.1	Inleiding	87
5.2	Een vereniging van bestuurders in de zorg	87
5.3	Een professionele vereniging (1998-2002)	89
5.3.1	Professionaliteit van bestuur	89
5.3.2	Salarisperikelen	91
5.4	Legitimiteit van bestuur (2002-2007)	92
5.4.1	Werken aan draagvlak	92
5.4.2	Zelfreflectie en zelfregulering	93

5.5	Interne strijd (2007-2010)	95
5.6	Conclusies	97
5.6.1	Professionalisering en politisering	97
5.6.2	Gescheiden werelden	99
5.6.3	Identiteit en verscheidenheid	100

6 De bestuurdersarena: zorgbestuurders 103

6.1	Inleiding	103
6.2	Persoonskenmerken	104
6.2.1	Leeftijd en geslacht	104
6.2.2	Opleiding en vakontwikkeling	106
6.2.3	Werkervaring	111
6.2.4	Tussenconclusies persoonskenmerken	115
6.2.4.1	Socialisering	115
6.2.4.2	Demografische ontwikkelingen	116
6.3	Funcatiekenmerken	117
6.3.1	Rolinterpretatie	117
6.3.2	Funcatieopvatting	122
6.3.3	Funcatie-uitoefening	126
6.3.4	Tussenconclusies funcatiekenmerken	128
6.3.4.1	Meervoudig besturen	128
6.4	Samenhang tussen funcatie en persoon	129
6.4.1	Senioriteit	130
6.4.2	Vrouwen in de top	131
6.4.3	De invloed van opleiding	131
6.5	Conclusies	132
6.5.1	Socialisering en praktische professionalisering	132
6.5.2	Demografische ontwikkelingen	134
6.5.3	Embedded agents	134

7 De organisatiearena: in zorgorganisaties 137

7.1	Inleiding	137
7.2	Organisatiekenmerken	139
7.2.1	Schaal	139
7.2.2	Structuur en inrichting van de organisatie	141
7.2.3	Organisatieveranderingen	146
7.2.4	Tussenconclusies: groei, diversiteit en veranderbaarheid	148
7.3	Samenhang tussen sector en persoon	149
7.3.1	Verschillen tussen mannen en vrouwen	150
7.3.2	De rol van opleiding	151
7.3.3	Werkervaring	152
7.3.4	Tussenconclusies: de <i>fit</i> tussen organisatie en bestuurder	154
7.4	Samenhang tussen sector en funcatie	154

7.4.1	Sectortrends voor rolinterpretatie	155
7.4.2	Sectortrends voor functieopvatting	156
7.4.3	Sectortrends voor functie-uitoefening	159
7.4.4	Tussenconclusies: de inhoudelijke oriëntatie van zorgbestuurders	161
7.5	Conclusies	163
7.5.1	Ontwikkelingen in organisaties	163
7.5.2	Sectorspecificiteit	165
7.5.3	Gepast bestuur	166

8 Conclusies 167

8.1	Inleiding	167
8.2	Een praktijkgerichte benadering van governance	168
8.2.1	De politieke arena: de dwingende kracht van incidenten	169
8.2.2	De beroepsarena: professionalisering en politisering	170
8.2.3	De bestuurdersarena: de stabiliserende kracht van socialisatie	171
8.2.4	De organisatiearena: veranderen en verbinden	172
8.3	Omgaan met institutionele ambiguïteit	174
8.3.1	Beïnvloedende factoren	175
8.3.2	Embedded agents	177
8.3.3	Legitimering	178
8.4	Aanbevelingen	179
8.4.1	Aanbevelingen voor onderzoek	179
8.4.2	Beleidsmatige implicaties en aanbevelingen	181
8.5	Tot besluit	183

Literatuurlijst 185

Bijlagen

1	Enquête 2000	195
2	Enquête 2005	209
3	Enquête 2010	227
4	Tabellenboek	245

Samenvatting 281

Summary 289

Dankwoord 297

Over de auteur 299

1 Inleiding

1.1 BESTUURDERS TER DISCUSSIE

“Tegenwoordig kun je op een verjaardagspartij niet meer zeggen dat je zorgbestuurder bent. Ze denken meteen dat je een zakkenvuller bent of op zijn minst wantrouwen ze je motieven. Je ziet ze denken: een van die managers die de professionals loopt te frustreren. Terwijl ik nog altijd vanuit dezelfde overtuiging mijn werk doe. Vroeger werd je als zorgbestuurder gezien als iemand die een zinnige bijdrage probeerde te leveren aan een maatschappelijk relevante sector. Bijna alsof het caritas betrof. Dat beeld klopte ook niet helemaal, er is altijd een zakelijke kant geweest. Maar het huidige beeld dat alle bestuurders boeven zijn, is natuurlijk idioot. Alsof ik naar mijn werk ga met het idee: wat kan ik nu weer allemaal frustreren? Dat doen mijn medewerkers niet en ik net zo min.” (gesprek met een ziekenhuisbestuurder)

Deze bestuurder schetst in een notendop de context waarin zorgbestuurders werken. Het citaat illustreert het gebrek aan vertrouwen dat zij ervaren en de veranderende beeldvorming waarmee zij geconfronteerd worden. Vroeger keken mensen op een andere manier naar het functioneren van zorgbestuurders dan tegenwoordig, *“alsof het caritas betrof”*. Volgens deze bestuurder kloppen de veronderstellingen van nu net zo min als die van vroeger; *“er is altijd een zakelijke kant geweest”*. De zorg is altijd een semipublieke sector geweest, met publieke en private kenmerken. Zorgbestuurders geven leiding aan private organisaties die een publieke taak uitvoeren en dat kan botsen. Talloze krantenartikelen kunnen dat illustreren. Zo kopt het NRC op 19 maart 2009 naar aanleiding van de financiële problemen van een zorgorganisatie: *“Al te ondernemende managers richten schade aan in de semipublieke sector”*. Dat bestuurders zich ondernemend gedragen past in de ontwikkeling naar een meer marktgerichte gezondheidszorg. Maar zij mogen zich niet al te ondernemend gedragen. Dat wordt al gauw ongepast gevonden, zo illustreert het krantenartikel. Van zorgbestuurders wordt klaarblijkelijk iets anders verwacht.

Of het nu gaat om de financiële problemen waarin instellingen terechtkomen¹ of problemen met de uitvoering van de zorg², zorgbestuurders zijn ervoor verantwoordelijk

- 1 Bijvoorbeeld de IJsselmeerziekenhuizen (2002), Amsterdam Thuiszorg (2007), Philadelphia (2008) of Meavita (2009).
- 2 Denk aan de pyjamadag van het verpleeghuis Egmontshof (2003), de disfunctionerende neuroloog in Medisch Spectrum Twente (2008), het vervuilde narcoticamiddel in het Havenziekenhuis (2008) of de ruziënde specialisten in het VUmc (2012).

en worden erop aangesproken. Grit en Meurs signaleren al in 2005 een toename van het aantal negatieve berichten waarbij de bestuurder in het beklagdenbankje zit. Recentere onderzoeken tonen aan dat de wind sindsdien geenszins is gaan liggen (Noordegraaf 2008; Stoopendaal 2008). De Bruijn (2008) spreekt zelfs van *manager bashing*: het voor van alles en nog wat uitmaken van bestuurders en managers, waarbij alles wat misgaat wordt toegeschreven aan managers en alles wat goed gaat aan professionals. Op de opiniepagina's van kranten stonden de afgelopen jaren meermalen berichten over hoe managers professionals frustreren in hun werk. Er verschenen boeken met titels als *Beroepszeer* (Van den Brink, Jansen en Pessers 2005), *Beroepstrots* (Jansen, Van den Brink en Kole 2009) en *Professionals under Pressure* (Noordegraaf en Steijn red. 2013), met als thema de miskennis van de deskundigheid van beroepsbeoefenaren door managers en bestuurders. Dat bestuurders in de ogen van veel mensen riant verdienen, in tegenstelling tot veel zorgverleners, versterkt de tegenstelling. Het deugt niet en voedt het wantrouwen jegens 'de dames en heren in wandelkostuum'. In dit geval is het de minister van VWS die bestuurders zo aanduidt (TK 2001-2002, nr.9:411-423). Ook in de landelijke politiek is het functioneren van zorgbestuurders onderwerp van gesprek. Verontrustende krantenartikelen komen in de Tweede Kamer terug als een vraag voor de minister of staatssecretaris. Ook dan gaat de discussie over wat gepast en goed bestuur is. De vragen en kritieken maken duidelijk dat de verwachtingen die men heeft van zorgbestuurders geregeld anders zijn dan de ervaren realiteit.

In zijn oratie 'Besturen met duivelselastiek' wijt Putters (2009) de onduidelijkheid over wat gepast en goed bestuur is aan de veranderingen in de besturing van de zorg. Bestaande partijen krijgen nieuwe rollen en nieuwe partijen worden in stelling gebracht. De veranderingen in de besturing van de zorg worden ook wel aangeduid als een verandering in *governance*. Onder deze noemer vindt een aantal belangrijke discussies plaats over de verdeling van de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen betrokken partijen. Deze discussie beperkt zich niet tot Nederland. In andere westerse landen lopen vergelijkbare discussies (zie o.a. Rhodes 2007; Newman en Clarke 2009). Tegen deze achtergrond van verandering en vernieuwing van het zorgstelsel is het functioneren van zorgbestuurders betwist geraakt. Dit onderzoek gaat over die betwiste governance van zorg en vooral over de vraag hoe zorgbestuurders daar zelf op inspelen. Het wil zorgbestuurders zichtbaar maken, maar op een andere manier dan in politieke of publieke discussies.

1.2 DE VERANDERENDE GOVERNANCE VAN DE ZORG

In veel westerse landen is sinds de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw de introductie van marktprincipes en zelfsturing het centrale thema in de hervorming van publieke sectoren (DiMaggio en Powell 1991; Clarke en Newman 1997; Noordegraaf 2004; Rhodes 2007). Kijken we naar de Nederlandse gezondheidszorg, dan zien we sinds de Tweede Wereldoorlog een continue herverdeling van taken en bevoegdheden tussen overheid en veldpartijen om de zorg voor iedereen toegankelijk

én betaalbaar te houden (Helderman et al. 2005). Hierbij heeft Nederland altijd een combinatie gekend van zelfsturing en overheidsregulering waarin overheid, private zorgaanbieders, (zelfstandige) professionals, ziekenfondsen en zorgverzekeraars gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor maatschappelijke doelstellingen als kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg (Van der Grinten 2006). Overleg tussen belangenorganisaties en overheid was een belangrijk onderdeel van dit model. De introductie van marktprincipes en vraagsturing sinds de jaren negentig hield voor Nederland een ontvlechting in van overheid en veldpartijen. Dit moest leiden tot een sterker maatschappelijk middenveld en een effectievere besturing van de gezondheidszorg. Het zwaartepunt van de sturing zou niet meer moeten liggen bij overheid, politiek en het overleg met koepels en brancheorganisaties, maar bij het overleg en de onderhandelingen tussen zelfstandig functionerende partijen (zorgverzekeraars, zorgorganisaties, professionals, cliënten, overheden) met ieder hun eigen verantwoordelijkheid (Van der Veen 2005; Van der Grinten 2006; Bal 2008). Dat deze hervorming geen eenvoudige exercitie is blijkt wel uit het scala aan wetswijzigingen dat in dit licht is doorgevoerd. In het kader staan enkele belangrijke wetswijzigingen uit de periode die dit onderzoek beslaat (2000 tot en met 2010).

Veranderingen in wet- en regelgeving

- de Wet Herziening Overeenkomstenstelsel en de WTG-ExPres. Een wettelijke basis voor de invoering van prestatiebekostiging in ziekenhuizen en het meer vrijlaten van de prijzen van beroepsbeoefenaren (2004).
- de wijziging van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (2005). Een aanscherping van de verantwoordingsplicht en de plicht tot informatieverstrekking van de zorgaanbieder aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- de Zorgverzekeringswet. Een majeure wijziging in het verzekeringsstelsel waardoor een ziektekostenverzekering voor iedereen wordt gerealiseerd, de overheid het basispakket bepaalt en zorgverzekeraars onderling concurreren (2005)³.
- de Wet Toelating Zorginstellingen⁴. Realiseert minder regels bij het toelaten, plannen en bouwen van instellingen (2006).
- de Wet Marktordening Gezondheidszorg (2006). Regelt onder meer de informatieplicht van instellingen en verzekeraars, de totstandkoming van tarieven en de taken en bevoegdheden van de markttoezichthouder in de zorg, de Nederlandse Zorgautoriteit.

>>

3 De Zorgverzekeringswet vervangt de Ziekenfondswet (Zfw), de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz 1998) en de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (Wet MOOZ).

4 De Wet Toelating Zorginstellingen vervangt de Wet ziekenhuisvoorzieningen.

- >> – de Wet maatschappelijke ondersteuning⁵. Geeft gemeenten de verantwoordelijkheid voor de ondersteuning van mensen die hulp nodig hebben in het dagelijks leven. Gemeenten krijgen onder meer de regie over de verstrekking van hulp bij het huishouden (2007). Voor aanbieders betekent het dat zij via aanbestedingsprocedures met elkaar moeten concurreren om zorg te mogen verlenen in gemeenten.

De wijzigingen in wet- en regelgeving brengen grote veranderingen met zich mee voor de verdeling van verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden tussen overheid, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Enkele zelfstandige bestuursorganen hebben belangrijke bevoegdheden gekregen. Zo ziet de Nederlandse Zorgautoriteit toe op de doeltreffendheid en doelmatigheid van het zorgstelsel. Zij kan als sector-specifieke marktmeester specifieke verplichtingen opleggen aan zorgaanbieders of zorgverzekeraars die op een deelmarkt over een aannemelijke marktmacht beschikken. De Nederlandse Mededingingsautoriteit⁶ heeft eveneens een rol in het toezicht op marktconcentraties. De Inspectie voor de Gezondheidszorg waakt over de kwaliteit van gezondheidszorg. Ook de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de interne toezichthouder zijn versterkt. Governance van zorg gaat niet alleen over verantwoordelijkheden en bevoegdheden, het gaat ook over normen en gedrag. De ontwikkeling van codes voor *good governance* (een passend normenkader en passende omgangsvormen voor raden van bestuur en raden van toezicht) maakt ook onderdeel uit van de veranderende besturing van de zorg.

De zorg is een domein waarin steeds meer partijen betrokken zijn, waaraan steeds meer eisen worden gesteld en waar toezicht steeds belangrijker wordt. Zorgbestuurders zijn een van de partijen die in dit complexe speelveld een positie hebben. Zij zijn een van de governing agents, naast vele andere.

1.3 ZORGBESTUURDERS ALS GOVERNING AGENTS

De ontwikkeling van een centraal gestuurde, vanuit het aanbod gedreven gezondheidszorg naar een meer decentraal gestuurde, vraaggerichte gezondheidszorg wordt ook wel omschreven als een verandering in het *governanceregime*: een verandering in de gehele ‘set’ van omstandigheden, activiteiten en overtuigingen die in een bepaalde periode het gedrag van partijen in een bepaald (beleids)veld stuurt (zie ook Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid: [WRR] 2004, en Helderman 2007).

5 Om meer samenhang te brengen in de voorzieningen op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, worden de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) en (op termijn) de Wetswijziging ingetrokken.

6 Vanaf 1 april 2013 hebben de Consumentenautoriteit, de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en de Onafhankelijke Post en Telecommunicatie Autoriteit (OPTA) hun krachten gebundeld in een nieuwe toezichthouder: de Autoriteit Consument & Markt (ACM).

Deze ruimere benadering van governance omvat zowel instituties als *agents*. Onder instituties worden verstaan al die formele en informele regels, normen en gebruiken die bewust of onbewust veel van ons handelen sturen. Ze zijn cultureel bepaald, historisch zo gegroeid of vastgelegd in wet- en regelgeving. Ze zijn ons zo vertrouwd dat wij ons er zelf vaak nauwelijks meer van bewust zijn. Zo kent de zorg eigen wetten en regels, eigen (professionele) normen en omgangsvormen. Denk aan de vele procedures en protocollen, richtlijnen en verantwoordingsinstrumenten, maar ook aan de hiërarchie onder zorgprofessionals en de omgang tussen patiënt en arts. Instituties zijn dwingend, maar niet onveranderlijk. Zo verwachten tegenwoordig veel patiënten dat deskundigheid samengaat met klantvriendelijkheid. Beschikbare informatie op internet heeft de mondigheid van patiënten bevorderd (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg: [RVZ] 2005) en door mammapoli's en heupstraten weten we allemaal dat de zorg ook om de patiënt heen georganiseerd kan worden in plaats van om de arts (Van de Klundert 2009). De norm is veranderd en daarin heeft menselijk handelen een belangrijke rol gespeeld. Ook onder zorgbestuurders bestaan er vanzelfsprekendheden; ook zij staan in een traditie en kennen een eigen normenkader en eigen omgangsvormen. Zo is in de Nederlandse gezondheidszorg de opleiding en benoeming van zorgbestuurders een particuliere aangelegenheid. Maatschappelijke stakeholders hebben er wel een stem in, via raden van toezicht, maar de overheid niet. Net als in de spreekkamer is hier sprake van emancipatie van verhoudingen en is de inbreng van maatschappelijke stakeholders en cliënten de laatste jaren versterkt. Mensen beïnvloeden instituties. Ze doen dat zowel in de uitvoering, door gevolg te geven aan veranderende verwachtingen, als in de ontwikkeling, door verbeteringen aan te jagen. Menselijk handelen staat met andere woorden niet per se vast en is niet uitsluitend institutioneel bepaald. Mensen interpreteren ontwikkelingen op hun manier en kunnen eigen bedoelingen hebben. Zij kunnen actieve *governing agents* zijn die ondanks de sturende werking van instituties ruimte vinden voor een eigen strategische koers (Leca en Naccache 2006; Shehata 2006).

Zorgbestuurders zijn de centrale agent in dit onderzoek. Zij zijn een van de *governing agents* die de veranderingen in het governanceregime vormgeven en ondergaan. Onderzoek naar hoe dit gebeurt is beperkt voorhanden. In Nederlands en internationaal onderzoek naar governance is er altijd veel aandacht geweest voor veranderingen op het niveau van stelsels: de beleidsmatige hervormingen in de publieke dienstverlening (Van Kersbergen en Van Waarden 2001; Kooiman 2003; Kjaer 2004; Helderma 2007). Hoe zorgbestuurders zelf tegen de veranderende governance van de zorg aankijken en hoe zij ermee omgaan is weinig onderzocht. Wel hebben verschillende onderzoekers gewezen op de noodzaak om in onderzoek naar governance meer aandacht te besteden aan de rol van *agents*, in het bijzonder senior managers en hoe zij omgaan met institutionele veranderingsprocessen (zie o.a. Newman 2005; Battilana 2006; Rhodes 2007; Scott 2008). In zijn oratie wijst Putters (2009) op de tegenstrijdige eisen waarmee zorgbestuurders geconfronteerd worden als gevolg van de veranderende governance van de zorg en de moeilijkheid

daarmee om te gaan. Er is echter ook een andere kant. Ondanks spanningen en onzekerheid kunnen deze situaties, juist vanwege het ontbreken van eenduidigheid, ook ruimte bieden aan governing agents om nieuwe perspectieven en alternatieve handelwijzen te ontwikkelen die mogelijk beter passen bij actuele omstandigheden (Battilana 2006). Het biedt ook de gelegenheid om disfunctionele gewoontes af te schudden en aan nieuwe mores te werken. Onderzoek naar de rol van governing agents zou zich daarom bij voorkeur moeten richten op situaties van institutionele verandering, aldus Newman (2005) en Rhodes (2007).

Rhodes stelt onder meer dat *“patterns of governance arise as the contingent products of diverse actions and political struggles informed by the beliefs of agents as they arise in the context of traditions”* (Rhodes 2007:1252). Hij wijst op het belang van de activiteiten en overtuigingen van agents en de omstandigheden waarin zij verkeren. Die tonen ons hoe agents de uitdagingen of problemen die zij tegenkomen begrijpen en ermee omgaan. Maar ook hoe denk- en handelwijzen kunnen veranderen en tot nieuwe praktijken en nieuwe patronen kunnen leiden. Governance is, volgens deze invalshoek, een product van een ingewikkeld proces waarin meerdere partijen en factoren een rol spelen. Politieke ontwikkelingen kunnen van invloed zijn, zoals de samenstelling van kabinetten, maar ook intermenselijke factoren zoals het streven naar positiebehoud en status (Battilana 2006). Door de manier waarop agents de omstandigheden waarin zij verkeren interpreteren en door de activiteiten die zij ontplooiën dragen zij bij aan de veranderende governance van de zorg. Bestudering van deze praktijken kan inzichtelijk maken hoe zorgbestuurders omgaan met het veranderende governanceregime van de zorg, in het licht van de ambiguïteit die ermee gepaard gaat, en hoe zij er zelf invulling aan geven.

1.4 VRAAGSTELLING

De besturing van de zorg is sinds de eeuwwisseling een terugkerend onderwerp van debat. Zorgbestuurders zijn een van de partijen over wie het dan gaat. Zij worden geacht een belangrijke rol te spelen in de totstandkoming van een meer decentraal en vanuit de vraag gestuurde gezondheidszorg. Dit heeft consequenties voor de uitoefening van hun functie, maar ook voor de manier waarop anderen die functie zien en waarderen. Nu de regels veranderen, ontstaan meningsverschillen over wat gepast en goed bestuur is en wordt zorgbestuurders in het publieke en politieke debat veel verweeten. Hoe zorgorganisaties zich moeten gedragen en hoe bestuurders daaraan leiding moeten geven ligt niet langer vast. Zorgbestuurders spelen hierin zelf ook een rol. Als governing agents geven zij mede vorm aan het veranderde governanceregime van de zorg. In dit onderzoek gaat het om de strategische mogelijkheden van zorgbestuurders en de betekenis daarvan voor de ontwikkeling van het governanceregime van de zorg. Nu de legitimiteit van zorgbestuurders onder druk staat is de vraag hoeveel ruimte er is voor een eigen strategische koers en hoe zij met die ruimte omgaan.

De vraagstelling van dit onderzoek is:

Hoe gaan zorgbestuurders om met het veranderende governanceregime van de zorg en welke factoren zijn daarop van invloed?

Deze vraagstelling wordt beantwoord aan de hand van de volgende deelvragen en met behulp van de volgende onderzoeksmethoden.

Deelvragen 1, 2 en 3: literatuuronderzoek

- 1 Wat is governance, wat is een governanceregime en wat zijn governancepraktijken?
- 2 Hoe heeft het governanceregime van de zorg zich ontwikkeld van 2000 tot en met 2010 en welke consequenties heeft dat voor zorgbestuurders?
- 3 Hoe kunnen praktijken van governance geconceptualiseerd en onderzocht worden?

In hoofdstuk 2 wordt het veranderende governanceregime van de zorg en de bijdrage van zorgbestuurders daaraan in theoretisch opzicht verkend. In dit hoofdstuk worden de begrippen governance, governanceregime, governancepraktijken en governing agent nader gedefinieerd en de ontwikkelingen in het governanceregime van de zorg geduid. Hierbij wordt gebruikgemaakt van twee verschillende theoretische invalshoeken. De institutionele benadering is behulpzaam om de totstandkoming van governance en de ontwikkeling van governanceregimes te duiden. Institutionele theorievorming vraagt aandacht voor de invloed van historisch bepaalde regels, gewoontes en tradities op het handelen van bestuurders. Deze instituties worden beschouwd als de referentiekaders waarmee actoren gebeurtenissen proberen te begrijpen en verklaren. Het zijn ook de kaders op basis waarvan bestuurders beoordeeld worden. De interpretatieve theorievorming belicht de wisselwerking tussen instituties en de eigen praktijken waarmee governing agents het governanceregime mede van betekenis voorzien. Governing practices worden in dit hoofdstuk geconceptualiseerd als een combinatie van drie aspecten: de overtuigingen van agents, hun activiteiten en de omstandigheden waarin beide tot stand komen en plaatsvinden. Tezamen vormen deze elementen het conceptueel kader voor bestudering van de praktijk in dit onderzoek. In hoofdstuk 3 wordt de onderzoeksofzet beschreven en worden de gekozen onderzoeksmethoden verantwoord.

Voor het verslag van het empirisch onderzoek (hoofdstuk 4 tot en met 7) is een onderscheid gemaakt naar vier arena's: de politieke arena, de beroepsarena, de bestuurdersarena en de organisatiearena. Telkens is de vraag hoe de spelers in die arena omgaan met het veranderende governanceregime en de bijdrage van zorgbestuurders daaraan.

Deelvragen 4 en 5: bronnenonderzoek

- 4 Hoe gaat men in de politieke arena om met het veranderende governanceregime van de zorg en de bijdrage van zorgbestuurders daaraan?
- 5 Hoe gaat de beroepsorganisatie van zorgbestuurders om met het veranderende governanceregime van de zorg en de bijdrage van bestuurders daaraan?

In hoofdstuk 4 wordt door middel van bronnenonderzoek gereconstrueerd hoe bewindspersonen en parlementariërs over het veranderende governanceregime van de zorg denken en hoe zij ermee omgaan. De locatie van handelen is Den Haag. In hoofdstuk 5 wordt gereconstrueerd hoe binnen de beroepsorganisatie van zorgbestuurders over het veranderende governanceregime van de zorg wordt gedacht en hoe ermee omgegaan wordt. Ook dit hoofdstuk is gebaseerd op bronnenonderzoek. Beide perspectieven tezamen geven een goede indruk van de politiek-bestuurlijke dynamiek in de periode 2000 tot en met 2010. ‘Het governanceregime’ bestaat niet en ‘de rol’ van zorgbestuurders is geenszins een vaststaand gegeven, zo zal blijken.

Deelvragen 6, 7 en 8: enquêteonderzoek

- 6 Wie zijn zorgbestuurders en wat is er veranderd in de manier waarop zij hun functie interpreteren in de periode 2000 tot en met 2010?
- 7 Op welke manier zijn zorgorganisaties veranderd in de periode 2000 tot en met 2010?
- 8 Welke rol spelen persoonlijke en organisatorische omstandigheden in de functieinterpretatie van zorgbestuurders?

In de hoofdstukken 6 en 7 staat het perspectief van bestuurders zelf centraal. In deze hoofdstukken wordt verslag gedaan van de uitgevoerde enquêteonderzoeken. In hoofdstuk 6 gaat de aandacht uit naar de bestuurdersarena: wie zijn zorgbestuurders en welke veranderingen hebben zich voorgedaan in de manier waarop zij hun functie interpreteren in de periode 2000 tot en met 2010? Het perspectief is dat van individuele zorgbestuurders. In hoofdstuk 7 staat de organisatiearena centraal. In verschillende organisaties werken verschillende typen professionals, komen cliënten met diverse hulpvragen, aandoeningen en ziektebeelden, die uiteenlopende soorten zorg krijgen. Ook deze kenmerken bepalen mee hoe zorgbestuurders hun functie interpreteren (deelvragen 7 en 8). De WRR (2004) heeft in dit verband gesproken van een provisie- en een vraaglogica, waarbij de eerste staat voor de invloed van alle zaken die de dienstverlening typeren en de tweede voor de invloed van de relatie tussen zorgvragers en zorgverleners. In navolging van Putters (2001) wordt hier gesproken over sectorlogica, duidend op de relatie tussen de kerntaak van een organisatie – de inrichting en structuur van de dienstverlening – en de specifieke inhoudelijke oriëntatie van bestuurders. Hoofdstuk 8, tot slot, bevat conclusies en adviezen voor vervolgonderzoek.

1.5 ONDERZOEKSAANPAK

Hoe zorgbestuurders omgaan met het veranderende governanceregime van de zorg is geen statisch gegeven. Het laat zich niet zien in een momentopname. Het is daarom zaak zorgbestuurders en de ontwikkeling van het governanceregime over een langere periode te volgen. De periode waarop dit onderzoek betrekking heeft loopt van 2000 tot en met 2010. De keuze voor deze periode is ingegeven door belangrijke ontwikkelingen op het gebied van governance die zich juist in deze jaren hebben voltrokken:

- 1 de verschuiving van verantwoordelijkheden van de overheid naar het veld (startend met de ‘nieuwe bestuurlijke aanpak’ van het kabinet-Kok II, 1998-2002) met een andere rol voor zorgbestuurders, zorgverzekeraars, raden van toezicht en vele andere betrokkenen.
- 2 de introductie van de idee van gereguleerde concurrentie en de vele aanpassingen in wet- en regelgeving die met de realisatie daarvan gepaard gingen (vanaf 2004).
- 3 de introductie van het begrip *health care governance* in 1999, resulterend in een zorgbrede governancecode in 2005, met een update in 2010.
- 4 de aandacht in media en politiek voor het functioneren en de salarisontwikkeling van zorgbestuurders. Het salaris van zorgbestuurders is een publiek issue geworden sinds de gewijzigde adviesregeling arbeidsvoorwaarden van de beroepsvereniging van zorgbestuurders uit 1999 en is dat gebleven tot op de dag van vandaag.
- 5 ontwikkelingen binnen de beroepsvereniging van bestuurders in de zorg (NVZD) gericht op versterking van de professionaliteit en legitimiteit van bestuurders, waaronder de totstandkoming van de gedragscode voor de goede bestuurder in 2005.

Een praktische overweging was de mogelijkheid het onderzoek onder zorgbestuurders dat Meurs en Noordegraaf in 2000 hadden uitgevoerd als nulmeting te gebruiken voor dit onderzoek. Herhaling van het enquêteonderzoek in de jaren 2005 en 2010 maakte een tienjarenperspectief haalbaar, zonder daadwerkelijk tien jaar over het onderzoek te hoeven doen. De idee was dat een decennium lang genoeg zou zijn om ‘echte’, blijvende, ontwikkelingen te kunnen waarnemen en kort genoeg om niet bij verschijning van het rapport al gedateerd te zijn.

Er is gekozen voor een gecombineerde onderzoeks aanpak. Het empirisch onderzoek bestaat uit twee deelonderzoeken. Enquêteonderzoek biedt de gelegenheid om een groot aantal kenmerken van een groot aantal respondenten tegelijkertijd te verzamelen en met elkaar in verband te brengen. Het maakt het mogelijk uitspraken te doen op het niveau van groepen. Het longitudinale karakter, waarbij op verschillende momenten (grotendeels) dezelfde gegevens verzameld worden, kan ontwikkelingen zichtbaar maken in de manier waarop zorgbestuurders hun functie invullen en in de persoonlijke en achtergrondkenmerken die dit beïnvloeden. Om de ontwikkelingen te kunnen duiden en tot een rijker inzicht te komen in het veranderende

governanceregime van de zorg, is het enquêteonderzoek gecombineerd met bronnenonderzoek. De bronnen geven zicht op meerdere perspectieven. De verandering van rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden betreft immers ook de verdeling daarvan *tussen* partijen, in het bijzonder tussen de overheid en het veld. Om die reden mag het perspectief van de overheid en de politiek in dit onderzoek niet ontbreken. Overheid en politiek worden samen bekeken omdat ik naast het formele beleid ook het debat in de Kamer tussen minister, staatssecretaris en parlementariërs wil belichten. Ook het perspectief van de beroepsvereniging van zorgbestuurders (NVZD) heeft een plek in het onderzoek. De beroepsvereniging is een van de weinige partijen die namens zorgbestuurders als groep kunnen spreken. Het beleid van de beroepsvereniging en de gesprekken met en tussen de leden geven een indruk van de manier waarop de beroepsgroep het veranderende governanceregime van de zorg interpreteert en ermee omgaat.

1.6 RELEVANTIE VAN HET ONDERZOEK

Ik hoop met dit onderzoek bij te dragen aan een meer gefundeerd inzicht in de wijze waarop het governanceregime in de zorg zich ontwikkelt en hoe zorgbestuurders daaraan bijdragen en erdoor gevormd worden.

1.6.1 Wetenschappelijke relevantie

Bijdragen aan een praktijkgerichte benadering van governance

Zoals eerder in dit hoofdstuk gezegd gaat in onderzoek naar governance en governanceregimes veel aandacht uit naar ontwikkelingen op het niveau van stelsels. Ontwikkelingen worden verklaard aan de hand van grote politieke, economische of culturele omwentelingen die van buitenaf op het governanceregime inwerken. Er is wel aandacht voor de implicaties van regimeveranderingen voor het werk en gedrag van bestuurders, maar veel minder voor het omgekeerde: de bijdrage van bestuurders aan het veranderende governanceregime. Een coherente theorie over de wisselwerking tussen instituties en agents ontbreekt. Ook vanuit de praktijk is weinig bekend over hoe zorgbestuurders, via eigen praktijken van governance, mede betekenis geven aan de ontwikkeling van governance en welke mechanismen hierin een rol spelen. Veel studies naar de praktijk van het besturen zijn kwalitatief van aard (o.a. Putters 2001; Stoopendaal 2008). Daarin worden enkele praktijksituaties uitgediept. Dit levert veel informatie op over specifieke handswijzen in specifieke contexten op specifieke momenten. In dit onderzoek probeer ik de verbinding te leggen tussen individuele praktijken van zorgbestuurders en de ontwikkeling van het governanceregime in de zorg. Dit doe ik door zorgbestuurders als groep tot onderwerp van studie te maken. Hun meningen en gedragingen worden op drie verschillende momenten geïnventariseerd. Dat maakt het mogelijk om stapsgewijze aanpassingen in de functie-uitoefening en gedachtevorming van zorgbestuurders

zichtbaar te maken en patronen te onderscheiden. Door deze uitkomsten vervolgens in verband te brengen met de debatten van dat moment, de ontwikkelingen in organisaties, in de beroepsgroep en de politiek in diezelfde periode ontstaat inzicht in hoe governanceregimes mede betekenis krijgen – gevoed en gevormd worden – door de praktijken van zorgbestuurders.

Bijdragen aan sectorspecifieke theorievorming

Zorgbestuurders functioneren in een complex, stevig geïnstitutionaliseerd speelveld (Scott et al. 2000). Bestuurders van zorgorganisaties zijn geen bestuurders in algemene zin, zo leert dit onderzoek ons, maar *zorgbestuurders*. Zij hebben een scherp inzicht nodig in de specifieke institutionele context van de zorg, ook wel de sectorlogica van de zorg genoemd (Putters 2001). Dit geldt ook voor beleidsmakers, politici en andere belanghebbenden die zich bezig houden met de besturing van de gezondheidszorg. Door specifiek te onderzoeken hoe governance in de zorg vorm krijgt kan het onderzoek bijdragen aan zowel sectorspecifieke theorievorming als sector-specifieke beleidvorming, waarbij meer rekening wordt gehouden met de historisch bepaalde gewoonten, tradities en waarden van de gezondheidszorg en de manier waarop veranderingen daar tot stand komen. Hier raakt de wetenschappelijke relevantie aan het maatschappelijk belang.

1.6.2 Maatschappelijke relevantie

Een beter inzicht geven in wat het besturen van een zorgorganisatie inhoudt en daarmee bijdragen aan beter geïnformeerde menings- en beleidvorming

Zorgbestuurders voeren hun werk niet in isolement uit. Vele anderen zijn mede verantwoordelijk voor de (organisatie van de) zorgverlening. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen een handvat bieden om de spanningen en dilemma's rondom de gedeelde verantwoordelijkheden beter te begrijpen en te hanteren. Er bestaan veel verschillende beelden over wie zorgbestuurders zijn en wat het besturen van een zorginstelling behelst. Ook onder politici, zo blijkt uit dit onderzoek. Door het inzicht te vergroten in de inherente logica van het besturen zelf, wat besturen is en vereist, nodigt dit onderzoek uit tot beter geïnformeerde meningsvorming en beleidvorming.

Bijdragen aan professionalisering en legitimering van bestuur

Bestuurders hebben de plicht hun werk niet alleen naar beste kunnen te doen, maar zich ook te blijven ontwikkelen en daarbij een professionele standaard na te streven. De beroepsvereniging en haar leden werken hieraan op verschillende manieren. Het onderzoek levert een gefundeerd, realistisch inzicht in de huidige opleiding, ontwikkeling en professionalisering van bestuurders. De beroepsvereniging kan dat gebruiken voor nieuwe perspectieven, zodat ook in de toekomst de professionaliteit en legitimiteit van bestuur zeker gesteld wordt.

Individuele zorgbestuurders kunnen door dit onderzoek inzicht krijgen in vruchtbare en minder vruchtbare manieren van omgaan met het veranderende governance regime van de zorg. Bovendien kan het een referentiekader zijn voor het eigen handelen, een handvat om de spanningen en dilemma's rondom het veranderende spel beter te begrijpen en hanteren.

1.7 LEESWIJZER

Voor de volledigheid en om nogmaals de structuur van dit onderzoeksverslag inzichtelijk te maken geef ik een overzicht van hoe de verschillende hoofdstukken zich tot elkaar verhouden.

Hoofdstuk 2 behandelt het theoretisch kader. De centrale begrippen worden nader omschreven en de ontwikkeling van het governance regime van de zorg nader geduid (deelvragen 1 tot en met 3). Hoofdstuk 3 omvat een beschrijving van de onderzoeksopzet, een verantwoording van de gekozen methodologie en methoden (deelvraag 3). Voor het verslag van het empirisch onderzoek (de deelvragen 4 tot en met 8) is een onderscheid gemaakt naar vier arena's: de politieke arena, de beroepsarena, de bestuurdersarena en de organisatiearena. Telkens is de vraag hoe de spelers in die arena omgaan met het veranderende governance regime en de bijdrage van zorgbestuurders daaraan. Hoofdstuk 4 belicht deze vraag vanuit de politieke arena. Het perspectief is dat van bewindspersonen en parlementariërs. Hoofdstuk 5 gaat over de beroepsarena. Hier is het perspectief dat van (de leden en het bestuur van) de beroepsvereniging van zorgbestuurders NVZD. In hoofdstuk 6 gaat de aandacht uit naar de bestuurdersarena: wie zijn zorgbestuurders en welke veranderingen hebben zich voorgedaan in de manier waarop zij hun functie interpreteren in de periode 2000 tot en met 2010? Het perspectief is dat van individuele zorgbestuurders. In hoofdstuk 7 staat de organisatiearena centraal. Organisatorische ontwikkelingen geven ook informatie over besturingspraktijken. Zij vertellen ons hoe zorgbestuurders, in de gegeven omstandigheden, organisaties inrichten en structureren (deelvragen 7 en 8). Hoofdstuk 8, tot slot, bevat conclusies en adviezen voor vervolgonderzoek.

2 Governance

2.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk wordt het veranderende governanceregime van de zorg en de bijdrage van zorgbestuurders daaraan in theoretisch opzicht verkend. Hiervoor is het allereerst van belang de begrippen governance, governanceregime, governancepraktijken en governing agent nader te definiëren. Dit gebeurt in paragraaf 2.2. In paragraaf 2.3 wordt dieper ingegaan op wat governanceregimes zijn en hoe zij ‘werken’. Aan de hand van een typologie van governanceregimes wordt het governanceregime van de zorg gekarakteriseerd als een gemengd regime. In paragraaf 2.4 worden met behulp van institutionele theorievorming de ontwikkeling van het governanceregime van de zorg en de consequenties voor zorgbestuurders nader geduid. In paragraaf 2.5 staan de praktijken van governance centraal. Met behulp van interpretatieve theorievorming wordt uitgewerkt hoe agents door middel van praktijken betekenis geven aan governance en hoe dat onderzocht kan worden. In paragraaf 2.6 worden de opgedane inzichten gecombineerd in wat ik een praktijkgerichte benadering van governance noem, het conceptueel kader voor dit onderzoek.

2.2 VAN GOVERNMENT NAAR GOVERNANCE

Dat governance geen vastomlijnd begrip is blijkt wel uit zijn historie. Volgens Kjaer (2004) ligt de oorsprong van de term governance in het Griekse werkwoord *kubernân*, wat (be)sturen betekent. In de middeleeuwen zou men van *gubernare* spreken, Latijn voor ‘regels stellen’ en ‘sturen’, waarmee eigenlijk ‘regeren’ werd bedoeld. Governance is in deze betekenis vrijwel synoniem aan het procesmatige aspect van regeren: “*to rule or control with authority; to be in government*” (Kjaer 2004). Dit is lange tijd zo gebleven. Mayntz (1999) beschrijft hoe tot eind jaren zestig van de twintigste eeuw governancetheorieën zich voornamelijk bezig houden met “*de sturende handelingen van politieke autoriteiten tijdens hun welbewuste pogingen om sociaaleconomische structuren en processen vorm te geven*” (Mayntz 1999:1). De staat is als bestuurlijk centrum van de maatschappij nog onbetwist. De regering en de overheid zijn de voornaamste governing agents, wetten en regels het belangrijkste instrumentarium. De idee is dat democratisch gekozen bestuurders democratisch tot stand gekomen beslissingen nemen over de aanpak van maatschappelijke problemen. Hemerijk (2003) merkt over deze periode op dat hier een maakbare samenleving wordt verondersteld, gevormd door alwetende autoriteiten, die kennis hebben van alle mogelijke alternatieven, inclusief de relatieve kosten en baten. Het veronderstelt ook consensus

over de hiërarchie van doeleinden en middelen en over de mogelijkheid om waarden en feiten scherp van elkaar te scheiden.

In de jaren zeventig breekt een volgende fase aan. Gebrek aan aandacht voor het falen van beleid, voor weerstand tegen beleid en de strijd *over* beleid ondergraaft het geloof in de planbaarheid van de samenleving. Naast aandacht voor de beleidsintenties en -maatregelen, komt er meer aandacht voor processen en uitkomsten van beleid. Mayntz (1999) omschrijft dit als een verschuiving van Steuerungsfähigkeit (politieke sturing) naar Steuerbarkeit (bestuurbaarheid). De term governance krijgt een andere lading. Governance gaat in de nieuwe betekenis toenemend over 'besturen' in plaats van over 'regeren'. Meerdere governing agents en meerdere coördinatiemechanismen kunnen daarin een rol spelen. De idee van één besturingscentrum wordt verlaten en er komt aandacht voor andere coördinatiemechanismen naast hiërarchische politieke controle, zoals netwerken, markten en vormen van zelfsturing (Bang 2004). Hoe dit uitpakt kan van situatie tot situatie verschillen.

In de jaren negentig is in veel westerse landen de governance van maatschappelijke sectoren, waaronder de gezondheidszorg, vrijwel gelijk komen te staan aan het hervormen van de dienstverlening tot een efficiëntere, bedrijfsmatiger en meer marktgerichte manier van werken (Powell en DiMaggio 1991; Osborne en Gaebler 1992). De dominante besturingsfilosofie in deze periode is het New Public Management: een verzameling van inzichten, modellen en praktijken die tot doel heeft publieke organisaties meer resultaatgericht, gecoördineerd en efficiënter te laten werken (Noordegraaf 2004). In diezelfde periode wordt in de internationale politiek met de term governance vooral gedoeld op de 'coördinatie van beleid tussen staten' (Popadopoulos 2000; 2003; 2007; Van Kersbergen en Van Waarden 2001; Kjaer 2004). Dit toont wel aan dat governance zowel over de *vorm* als de *inhoud* van besturing gaat en die kunnen per land, beleidsveld en sector verschillen (Van Kersbergen en Van Waarden 2001; Kjaer 2004). Verschillende beleidsvelden en sectoren hebben te maken met verschillende vraagstukken, maar ook met verschillende tradities, omgangsvormen, regels en instrumenten. En in verschillende sectoren zijn verschillende governing agents dominant. In de zorg spelen niet alleen heel andere vraagstukken dan bijvoorbeeld in de internationale politiek, maar gelden ook andere regels en gebruiken. Niet voor niets is er sectorspecifieke wet- en regelgeving. Wanneer we het begrip governance gebruiken is met andere woorden een nadere inkleuring, een specificatie naar sector, tijd en plaats essentieel.

Ook op andere manieren treedt het governancebegrip buiten zijn oorspronkelijke kaders. Een proliferatie van – aanverwante – begrippen ontstaat. Zo staat *clinical governance* (Sally en Donaldson 1998) voor de manier waarop medische professionals zichzelf reguleren en gaat *corporate governance* over de organisatiekundige kant, de vormgeving van governance in bedrijven. *Good governance* belicht de normatieve

kant. Hier gaat het om de geldende normen en de verantwoording daarover door directies en besturen van ondernemingen aan de hand van systemen van *checks & balances* (Van Kersbergen en Van Waarden 2001; Van der Grinten en Meurs 2005). De pogingen van overheidswege om zo veel mogelijk partijen te betrekken bij het oplossen van maatschappelijke problemen wordt wel aangeduid als *cultural governance* (Bang 2004).

Met de veranderde invulling van governance rijzen nieuwe vragen. Bijvoorbeeld over hoe governanceregimes dan wél tot stand komen als zij niet enkel ‘van bovenaf’ gemaakt worden. Hoe sectorspecifieke omstandigheden ze beïnvloeden en welke rol diverse agents spelen. In dit proefschrift staat één sector centraal, de gezondheidszorg, en één agent, de zorgbestuurder. Hoe het governanceregime in de zorg eruitziet wordt in de volgende paragraaf verkend aan de hand van bestaande typologieën zoals die van Jacobs, Streeck en Schmitter, Freidson, Newman en Clarke. De consequenties voor zorgbestuurders komen aan bod in paragraaf 2.4.

2.3 HET GEMENGDE GOVERNANCEREGIME VAN DE ZORG

Governanceregimes definieerden we eerder al als de verzameling van omstandigheden, activiteiten en overtuigingen die in een bepaalde periode het gedrag van partijen in een bepaald veld stuurt (Helderman 2007). Net zomin als governance een neutraal sturingstechnisch begrip is, bestaat een governanceregime uit een willekeurige verzameling van activiteiten en overtuigingen. Governanceregimes zijn sectorspecifieke entiteiten die tot stand komen rondom bepaalde culturele en normatieve overtuigingen die een samenhangend geheel vormen (Scott et al. 2000; Bang 2004; Newman en Clarke 2009). Zij kennen een eigen ‘logica’ die problemen in een bepaald daglicht stelt en bepaalde oplossingsrichtingen voor de hand doet liggen. Bekend is het onderscheid van Jacobs (1994), gebaseerd op onderzoek naar publieke en private sectoren, tussen de logica van de markt en van de bureaucratie¹. Deze twee logica’s representeren voor haar twee moreel gescheiden werelden, gebaseerd op fundamenteel verschillende oriëntaties die elkaar uitsluiten. In de praktijk ligt dit genuanceerder. Zo komen in publieke sectoren als de zorg ook elementen van de markt voor en van wat Streeck en Schmitter (1985) omschrijven als een gemeenschapsgerichte logica, hier vertaald als maatschappelijke logica. Van de Donk (2001) beschrijft in zijn oratie hoe de maatschappelijke logica in de zorg van oudsher grote betekenis had. Streeck en Schmitter (1985) onderscheiden tot slot nog een vierde *associational* logica van de *self-regulated social groups*. Gedoeld wordt dan op *private interest parties* met een publieke doelstelling die zichzelf reguleren en vaak fungeren als een soort intermediair tussen overheid, marktpartijen en burgers, maar tegelijk zo hun eigen belangen hebben en hun eigen logica volgen. De professies passen in de laatste groep. De professies onderscheiden zich van andere maatschappelijke

1 Jacobs spreekt van een *commercial moral syndrome* en een *guardian moral syndrome*.

groepen door een eigen normenkader, eigen wet- en regelgeving en eigen tradities en omgangsvormen. Ook deze professionele logica speelt een rol in de zorg. Beter is het daarom te spreken van ideaaltypische regimes. In Nederland is in de maatschappelijke dienstverlening zelfs sprake van een lange traditie van meerdere logica's (WRR 2004; Hoek 2008). Governanceregimes hebben in deze sectoren bij uitstek een gelaagd karakter (WRR 2004; Helderma 2007). Elementen van de verschillende ideaaltypen komen er gelijktijdig voor.

In deze paragraaf worden vier ideaaltypische regimes besproken met elk een eigen logica: doeleinden, criteria en handelswijzen berusten op specifieke waarden, coördinatiemechanismen passen hierbij en verraden welke partij een dominante rol speelt. Onderscheiden worden een publieke, private, maatschappelijke en professionele logica. In de toelichting wordt omschreven hoe zij een rol spelen in de Nederlandse gezondheidszorg.

Tabel 2.1 Vier ideaaltypische regimes

Type regime	Privaat	Publiek	Maatschappelijk	Professioneel
Doelstelling	winstmaximalisatie, continuïteit van de organisatie	uitvoering van overheidsbeleid, stabiele overheid	maatschappelijke waardering, caritas, 'goed doen'	professionaliteit
Criteria	doelmatigheid, doeltreffendheid, klanttevredenheid	rechtmatigheid, zorgvuldigheid	maatschappelijk draagvlak	kennis, vakbekwaamheid
Coördinatie-mechanismen	competitie, afstemming tussen vraag en aanbod	hiërarchie, wetgeving, toezicht en verantwoording	gedeelde identiteit, gedeelde (levensbeschouwelijke) overtuiging	beroepsgebonden normen, professionele hiërarchie
Dominante partij	eigenaar van de organisatie	overheid	maatschappelijke groepering	de professie/ beroepsgroep
Centrale waarde-oriëntatie	inventiviteit, keuzevrijheid, rationaliteit	onpartijdigheid, betrouwbaarheid, gelijkheid, minimale risico's	maatschappelijke betrokkenheid, solidariteit, compassie	deskundigheid, onafhankelijkheid, kwaliteit

Private governance

Binnen een privaat governanceregime zijn winstmaximalisatie en het voortbestaan van de organisatie belangrijke doelstellingen (Jacobs 1994). Daarvoor zijn efficiency, effectiviteit en klantgerichtheid van het grootste belang. Om te kunnen blijven concurreren moet men openstaan voor verandering en vernieuwing, de klant serieus nemen en kostenbewust werken. Rationaliteit, inventiviteit en klantgerichtheid gelden als centrale waarden. De verwachting is dat bestuurders, managers en medewerkers zich in belangrijke mate verbinden met de doeleinden van de organisatie

en zich richten naar de wensen van de klant. Nederlandse gezondheidszorgorganisaties zijn private ondernemingen, maar het is de vraag in hoeverre zij een private logica volgen. Klantgerichtheid, doelmatigheid en doeltreffendheid zijn belangrijke elementen in de hervorming van de gezondheidszorg naar een meer vraaggericht en marktgestuurd systeem. Gezien de beperkte publieke middelen zijn doelmatigheid en doeltreffendheid ook voor gezondheidszorgorganisaties legitieme overwegingen. Competitie kan klantgerichtheid mogelijk bevorderen en een tegenwicht bieden aan de macht van medici. Winstuitkering is echter vooralsnog omstrede. Nutsmaximalisatie zou zich veeleer moeten richten op maximalisatie van gezondheid dan van winst, is het gevoel. En dat heeft alles te maken met de andere logica's die een rol spelen in de zorg.

Publieke governance

In een publiek governanceregime domineren waarden als betrouwbaarheid en onpartijdigheid (Lammers, Mijs en Van Noort 2000). Publieke organisaties ontlenen hun bestaansrecht aan het feit dat zij uitvoering geven aan overheidsbeleid (Gastelaars 2006). De overheid is de dominante partij. Hoewel zorgorganisaties private organisaties zijn en zichzelf niet graag zullen zien als uitvoerders van overheidsbeleid (zie Noordegraaf, Meurs en Stoopendaal 2002), geven zij wel invulling aan een belangrijke taak van de overheid: bevordering van de volksgezondheid. De gezondheidszorg is om die reden een sterk gereguleerde sector. Voor de overheid is van groot belang dat de toegang voor iedereen gelijk is, eenieder hetzelfde wordt behandeld en de beschikbare middelen zo rechtvaardig mogelijk worden verdeeld conform de 'bureaucratische' waarden van onpartijdigheid, gelijkheid en betrouwbaarheid. Om dit te garanderen gelden allerlei procedures en richtlijnen. Naast wet- en regelgeving is er het uitgebreide systeem van checks & balances: van verantwoording afleggen over en toezicht uitoefenen op de (organisatie van de) zorgverlening. Het nemen van risico's past hier niet bij. De dienstverlening moet betrouwbaar en voorspelbaar zijn.

Professionele governance

Freidson (2001) onderscheidt naast de publieke en private logica een professionele logica, passend bij de eerder vermelde *associational logic* van Streeck en Schmitter (1985). Ook Hoek (2007) spreekt van een professionele logica in zijn proefschrift over governance en gezondheidszorg. Een professioneel governanceregime wordt ook wel getypeerd als een vorm van *self-governance*: de eigen, professionele, waarden en normen zijn dominant (Kooiman 2003). Er is sprake van een afgebakend kennisgebied (*jurisdiction* of professioneel domein). Toetreding tot een professie vereist over het algemeen langdurige opleiding, training en specialisatie (o.a. Abbott 1988). Belangrijke criteria zijn kennis, vakbekwaamheid en discipline. Onderliggende waarden zijn deskundigheid en onafhankelijkheid. Een professioneel governanceregime veronderstelt een sterke inhoudelijke gedrevenheid van professionals: zij willen zo goed mogelijk hun vak uitoefenen. Specialisatie is de manier om carrière te maken.

Anderen in de organisatie (zorgverleners van andere disciplines, managers en bestuurders) hebben maar beperkt zeggenschap over en invloed op de manier waarop professionals hun werk uitoefenen en organiseren. De beroepsgroep beslist zelf over toetreding, opleiding en beoordeling van de beroepsbeoefenaren. De beroepsorganisatie is de dominante partij door de normen vast te stellen voor de beroepsuitoefening. Elementen van het professionele regime komen we vooral tegen in de ziekenhuizen en geestelijke gezondheidszorg, waar de meeste medisch specialisten werken. Al worden andere zorgorganisaties ook wel getypeerd als professionele organisaties, doelend op de aanwezigheid van geschoolde zorgverleners zoals verpleegkundigen of begeleiders. Deze professionals beschikken echter over minder zeggenschap en regelruimte dan artsen.

Maatschappelijke governance

Van de Donk (2001) wijst op het ondergesneeuwde belang van de gemeenschapsgerichte of maatschappelijke logica. Publieke organisaties zijn veelal ontstaan vanuit een bepaalde religieuze of maatschappelijke overtuiging. Het is vanuit die overtuiging dat zij zorg zijn gaan verlenen, onderwijs zijn gaan verzorgen of bescherming gaan bieden aan bepaalde doelgroepen of gemeenschappen. Zij hadden vaak een eigen maatschappelijke achterban en bekleedden een specifieke positie in de lokale gemeenschap (Van der Grinten en Meurs 2005). De gedeelde (levensbeschouwelijke) identiteit was een belangrijke bindende factor in hun streven om 'goed' te doen. Als gevolg van secularisatie en voortdurende schaalvergroting wordt echter zelden nog gewag gemaakt van de overtuiging of traditie van waaruit een dienst is voortgekomen en ook de verbintenis met lokale gemeenschappen is naar de achtergrond verschoven. Intermenselijke betrokkenheid en medemenselijkheid worden tegenwoordig al gauw pathetisch gevonden, aldus Van Heijst (2005). In plaats daarvan wordt in meer algemene zin gesproken over de maatschappelijke verantwoordelijkheid van deze organisaties voor algemeen geaccepteerde publieke belangen als toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Hiermee komt deze logica wel heel dicht bij de publieke logica te liggen, terwijl er toch een heel andere motivatie aan ten grondslag ligt die voor veel mensen in de zorg valide is (Baart 2001). Motieven van medemenselijkheid, betrokkenheid en solidariteit komen we ook tegen in de verwachtingen die anderen hebben van zorgbestuurders en zorgverleners. We verwachten mensen aan ons ziekbed te treffen die met ons begaan zijn, en dat niet alleen op grond van hun professionele standaard, wetten of het streven naar winst. Ook van zorgbestuurders worden 'maatschappelijke betrokkenheid' en een 'maatschappelijke houding' verwacht.

Elementen van alle vier de typen regimes vinden we terug in de gezondheidszorg. Vanwege de combinatie van logica's wordt ook wel gesproken van een gelaagd regime (Van de Donk en Brandsen 2006). Helderma (2007) beschrijft in zijn proefschrift over de hervorming van de Nederlandse volkshuisvesting en gezondheidszorg in de tweede helft van de twintigste eeuw dat de hervorming van publieke sectoren altijd

(ook) over institutionele verandering gaat. Zo ook in de hervorming van een centraal, aanbodgestuurd systeem naar een meer decentraal, vraaggericht en marktgedreven systeem van gezondheidszorg. Het doel van de hervorming is bestaande coördinatie-mechanismen, regels en gebruiken – de instituties – te veranderen of vervangen. Hoe dit werkt en welke consequenties dit heeft voor zorgbestuurders, wordt in de volgende paragraaf geduid met behulp van inzichten uit de institutionele theorievorming.

2.4 HET VERANDERENDE GOVERNANCEREGIME VAN DE ZORG, EEN INSTITUTIONELE BENADERING

2.4.1 De structurerende en legitimerende werking van instituties

Een belangrijk inzicht uit de institutionele theorievorming is dat gedrag van actoren niet tot stand komt in een vacuüm, maar historisch en contextueel bepaald is (Kooiman 2003:14; WRR 2004:113). Mensen handelen volgens allerlei bewuste en onbewuste regels, gebruiken en opvattingen. Deze instituties zijn de *“formal and informal rules, norms and conventions through which social action is shaped”* (Newman 2001:26). Scott (2001) onderscheidt de volgende soorten instituties:

- formele instituties, de wettelijk verankerde regels en afspraken;
- normatieve instituties, het moreel gezien juiste gedrag;
- cognitieve instituties, de herkenbare, vanzelfsprekende omgangsvormen voortkomend uit een gedeeld begrip van de situatie.

Instituties zorgen ervoor dat actoren in hun rol en taak worden geaccepteerd en gezien door relevante anderen. Zij bieden stabiliteit en structuur en legitimeren de handelsewijzen. Door duidelijk te maken wat gepast en juist is in een gegeven situatie stellen instituties actoren in staat in een complexe omgeving beslissingen te nemen. March en Olsen (1989) noemen dit *the logic of appropriateness*. Wat gepast is hangt af van de socialisatie van actoren (met wie of wat zij zich identificeren gegeven hun maatschappelijke achtergrond, opleiding, cultuur en de normen die daar gelden), maar ook van wat toegestaan is (de geldende wetten en regels). Actoren worden in hun keuzes zowel beïnvloed door hun eigen geschiedenis als door de ‘institutionele geschiedenis’ waarvan zij deel uitmaken (WRR 2004). Dit wordt ook wel pad-afhankelijkheid genoemd (Scott 2001; WRR 2004). Pad-afhankelijkheid draagt ertoe bij dat in het denken en doen van mensen patronen (herhalingen) ontstaan die moeilijk te doorbreken zijn. Juist vanwege de vanzelfsprekendheid is men zich er nauwelijks van bewust. In hoofdstuk 1 werd als voorbeeld de omgang tussen arts en patiënt genoemd waarbij de arts als vanzelfsprekend degene is die de gang van zaken bepaalt, ondanks de wetenschap dat patiënten zelf veel kunnen bijdragen aan hun genezingsproces en dat een therapie zonder therapietrouw geen kans van slagen heeft. De manier waarop wij in deze situaties met elkaar omgaan is institutioneel bepaald en op allerlei manieren verbonden met onze dieperliggende waardeoriëntaties (zie tabel 2.1). In de institutionele theorievorming wordt ook wel gesproken van de

'hogere' institutionele logica's die het handelen van actoren verklaren en rechtvaardigen (Friedland en Alford 1991; Scott et al. 2000; Suddaby en Greenwood 2005). Mensen verwijzen naar onderliggende waardeoriëntaties om uit te leggen wat ze doen en waarom ze dat doen. Die waarden zijn de 'bril' – het dominante perspectief – waardoor zij de wereld waarnemen en beoordelen. Met welke bril men waarneemt kan uiteraard verschillen. Mensen kunnen op verschillende manieren gesocialiseerd zijn, in verschillende tradities staan en zich identificeren met verschillende perspectieven. Zij hebben een verschillend pad bewandeld.

2.4.2 Institutionele verandering en institutionele ambiguïteit

In een gemengd governanceregime bestaan verschillende waardeoriëntaties naast elkaar, zonder dat één domineert. Actoren hebben er te maken met meerdere sets van regels, normen en gebruiken tegelijkertijd die niet logisch hoeven samen te hangen en zelfs onderling kunnen conflicteren (Van de Donk en Brandsen 2006). Wanneer de spanningen tussen de verschillende instituties te groot worden, als gevolg van een combinatie van politieke, economische en maatschappelijke omstandigheden, kunnen de legitimeringsgronden zelf ter discussie komen te staan. Instituties werken op zo'n moment niet langer structurerend. Zij bieden niet langer vanzelfsprekend legitimiteit aan het handelen. Met name in tijden van verandering kunnen waardeoriëntaties aan het schuiven raken en bestaande denk- en handelwijzen onderwerp worden van discussie. Zo toont Helderma (2007) aan dat met het stimuleren van marktwerking in de zorg waarden als solidariteit en gelijkheid geenszins irrelevant zijn geworden, maar wel in een ander daglicht zijn komen te staan. Terwijl enerzijds ondernemerschap werd gestimuleerd om een doelmatiger gezondheidszorg te realiseren, werd anderzijds de ondernemersruimte op allerlei manieren maatschappelijk begrensd opdat solidariteit en kwaliteit ook gewaarborgd bleven. Zo ging de introductie van marktwerking niet alleen gepaard met nieuwe regelgeving maar ook met de introductie van een zorgspecifieke marktmeester (Nederlandse Zorgautoriteit) en een intensivering van de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Nieuwe instituties vervangen oude met andere woorden niet meteen, maar leiden wel tot heroverweging en herijking van bestaande regels, normen en gebruiken. Naast vermenging is er een opeenstapeling van instituties, zo toont Helderma (2007) aan. Deze situatie valt op uiteenlopende manieren te kwalificeren. Sommige auteurs leggen de nadruk op het dwingende karakter en de beknelling die het gevolg kan zijn van de vermenging en stapeling van instituties (o.a. Van de Donk en Brandsen 2006; Scott 2008). Anderen leggen de nadruk op de ruimte die momenten als deze kunnen bieden voor alternatieve denk- en handelwijzen, voor nieuwe (gemengde) praktijken (Battilana 2006; Helderma 2007). Ik wil de nadruk graag leggen op nog een ander aspect van institutionele verandering, namelijk de afwezigheid van consensus, richting en kaders waardoor niet langer voorspelbaar is hoe (nieuwe) praktijken uitgelegd en beoordeeld zullen worden. Daarvoor is de nieuwe configuratie nog te weinig uitgekristalliseerd. Steeds meer partijen voelen zich eigenaar van

de zorg en geven een eigen interpretatie aan ontwikkelingen. De institutionele orde is te zeer in ontwikkeling om sturend te zijn en houvast te bieden voor het handelen. Het is een situatie van *institutionele ambiguïteit*, vol onzekerheid.

Ik gebruik de term ‘institutionele ambiguïteit’ om de verwarring over de inhoud en inrichting van de zorg te benadrukken, de afwezigheid van een gedeeld referentiekader, een gedeelde visie op wat (nog) legitiem is en wat niet (meer), en de onzekerheid die hiermee gepaard gaat. Wanneer niet langer duidelijk is wat gepast, juist en toegestaan is (*logic of appropriateness*) is het moeilijk tot geaccepteerde keuzes te komen (March en Olsen 1989). Wetten en regels zijn aan verandering onderhevig (formele institutionele kaders), handelen volgens de herkenbare, vanzelfsprekende omgangsvormen is problematisch (cognitieve institutionele kaders) en het moreel gezien juiste gedrag is niet langer eenduidig (normatieve institutionele kaders). Bovendien is rechtmatigheid alleen (formele institutionele kaders) een wel heel smalle basis voor vertrouwen.

2.4.3 Consequenties voor zorgbestuurders

Volgens institutionele theorievorming zijn activiteiten legitiem als zij binnen het sociale systeem waarvan zij deel uitmaken doorgaan voor wenselijk, behoorlijk en gepast (DiMaggio en Powell 1983; Suchman 1995). Wanneer dit niet langer duidelijk is komt de legitimiteit van het handelen onder druk te staan. Scharpf (1999) omschrijft de institutionele kaders van Scott als bronnen van inputgeoriënteerde legitimiteit. Het gaat over de manier waarop beleid tot stand komt: is die rechtmatig en maatschappelijk en moreel aanvaardbaar? Wanneer eenduidige kaders ontbreken is een alternatief te kijken naar de output van beleid: de mate waarin gemeenschappelijke problemen opgelost worden (Hemerijck 2003; Van der Grinten en Meurs 2005; WRR 2006). Niet de rechtmatigheid en maatschappelijke of morele aanvaardbaarheid van het handelen staan dan centraal, maar de effectiviteit en uitvoerbaarheid van het handelen. Wanneer er criteria voor falen en slagen aan verbonden worden, is het handelen ook toetsbaar (Hemerijck 2003). In een situatie van institutionele ambiguïteit, waarin niet langer duidelijk is hoe een organisatie of actor in zijn context begrepen en geëvalueerd moet worden, kan het stellen van outputcriteria houvast bieden waar die anders ontbreekt. Eenduidige criteria aan de hand waarvan het functioneren van zorgbestuurders geëvalueerd kan worden zijn er echter niet. Harde criteria om de effectiviteit van bestuur te meten evenmin, terwijl de behoefte aan criteria voor falen en slagen wel toenemen nu andere kaders ontbreken.

Dat zorgbestuurders in hun functie-uitoefening slecht begrepen worden kunnen we in verband brengen met de institutionele ambiguïteit van de zorg. Putters (2009) spreekt zelfs van een legitimiteitscrisis in het bestuur. Wanneer de normen en kaders niet helder zijn, is het immers moeilijk het juiste te doen. Zorgbestuurders kunnen in het huidige governanceregime gezien worden als managers in het publieke of in

het private domein, maar ook als bestuurders van een maatschappelijke onderneming of van een professionele organisatie. Voor alle vier de opvattingen valt wat te zeggen, maar er liggen wel heel verschillende waardenoriëntaties aan ten grondslag die leiden tot heel andere verwachtingen van wat een bestuurder is en doet. Zien we een zorgbestuurder als leider van een professionele organisatie, dan verwachten we allicht een faciliterende bestuurder met veel oog en ruimte voor professionals. Van een bestuurder in het private domein verwachten we daarentegen een meer ondernemende houding, iemand die op zoek gaat naar kansen en de beste 'deals'. Het gemengde karakter van de zorg roept ook gemengde verwachtingen op ten aanzien van de rol en functie van zorgbestuurders. Op grond van bestaande managementtypologieën zoals die van Mintzberg (1973) en Quinn en Rohrbauch (1983) hebben Noordegraaf en Meurs (2000; 2002) zes rollen onderscheiden die van toepassing zijn op zorgbestuurders, waarbij een onderscheid gemaakt werd naar meer intern gerichte rollen (manager en regisseur), extern gerichte rollen (bestuurder/strategen en ondernemer) en rollen op het raakvlak van de interne en externe organisatie (tussenpersoon en boegbeeld/ambassadeur). Daarnaast maakten zij onderscheid tussen de gerichtheid op resultaten (bestuurder/strategen, ondernemer, manager) versus de gerichtheid op processen (boegbeeld/ambassadeur, tussenpersoon en regisseur). Uit het onderzoek van Noordegraaf en Meurs in 2000 bleek dat bestuurders zichzelf vooral als strategen zagen, vooral gericht op externe relaties en resultaten. De eigen rolinterpretatie van zorgbestuurders geeft informatie over hoe zij maatschappelijke verwachtingen toepassen op de eigen situatie (Alvesson en Sköldbäck 2009). De afstemming van eigen overtuigingen op maatschappelijke verwachtingen is ook een vorm van legitimering.

Behalve een verschuiving in de focus van input- naar outputcriteria, draagt het veranderende governanceregime van de zorg ook bij aan een verschuiving in de locus. Er vindt een decentralisatie van verantwoordelijkheden plaats over meerdere partijen. De intentie is dat de rol van de overheid zich toespitst op het scheppen van randvoorwaarden (aanpassing van wetten en regels, vaststellen van de grenzen aan marktwerking, eisen stellen aan transparantie) en toetsing (toezicht op de uitvoering, bewaking van publieke doelen als toegankelijkheid en kwaliteit). Het 'veld', aanbieders van zorg, professionals, zorgverzekeraars, gemeenten, patiëntenvertegenwoordigers et cetera, wordt verantwoordelijk gehouden voor de uitvoering van de zorg: de verlening van voldoende en goede zorg. Voor zorgbestuurders betekent het dat zij enerzijds meer op zichzelf aangewezen zijn: zij kunnen niet langer volstaan met een verwijzing naar overheidsbeleid. Anderzijds zijn zij afhankelijk van meerdere partijen. Zij hebben met meer stakeholders te maken dan voorheen en met meer verschillende belangen rekening te houden. Nu andere kaders onduidelijk zijn of ontbreken zijn maatschappelijk draagvlak en aantoonbare resultaten voor zorgbestuurders belangrijke legitimeringsgronden geworden. Maar er zijn meer strategieën denkbaar. Passend bij het gemengde regime van de zorg onderscheiden Grit en

Meurs (2005) de volgende mogelijke handelingsstrategieën voor zorgbestuurders: rationalisering, juridisering, politisering en moralisering. Professionalisering voeg ik daar als vijfde strategie aan toe, typisch voor de gezondheidszorg.

2.4.4 Omgaan met institutionele verandering

De onderscheiden handelingsstrategieën kunnen op verschillende manieren de positie van partijen kracht bijzetten en zo de legitimiteit van hun handelen vergroten (Kooiman 2003; Bang 2004; Helderma 2007).

Rationalisering

Rationalisering is erop gericht de effectiviteit van het handelen aan te tonen aan de hand van allerhande managementinformatie, kwantitatieve scores en lijstjes, kwaliteitsverslagen, medewerker- en cliënttevredenheidsonderzoeken. Er wordt een technocratische werkwijze geïntroduceerd waarbij de output van het handelen centraal staat. Door uitkomstmaten te ontwikkelen kunnen prestaties geobjectieerd worden en wordt sturing daarop mogelijk. Voorwaarde is wel dat de te meten output en criteria eenduidig zijn en meedoen verplicht is. Rationalisering schept een beeld van transparantie, objectiviteit en effectiviteit; openheid over inhoudelijke afwegingen en inzicht in de dagelijkse gang van zaken in een organisatie vallen daar echter niet onder. Problematisch is bovendien dat niet alle output kwantificeerbaar is en het is de vraag hoeveel vertrouwen andere stakeholders, zoals cliënten, ontlene aan cijfermatige informatie. De zorg is bij uitstek een 'zacht' product. In de dagelijkse praktijk hangt het vertrouwen van cliënten in hulpverleners en organisaties vooral af van menselijke contacten, of ze zich prettig voelen in een instelling en of er naar hen geluisterd wordt, aldus Van Heijst (2005). Voor andere partijen als zorgverzekeraars is 'hard' vergelijkingsmateriaal echter van grote waarde. Zij willen organisaties graag zo goed en objectief mogelijk kunnen vergelijken met elkaar, zonder daar voortdurend met hen over in debat te hoeven gaan.

Juridisering

Juridisering is erop gericht de rechtmatigheid van het handelen aan te tonen: het werken binnen de geldende wet- en regelgeving. Wet- en regelgeving wordt door de overheid vastgesteld. Daarmee is er een 'indirecte democratische grondslag'. De regels en het toezicht van de overheid worden verondersteld te garanderen dat actoren betrouwbaar handelen. De gevolgde logica is een publieke. De verticale verantwoording aan de overheid moet garanderen dat de juiste doelen worden nagestreefd, slecht gedrag wordt bestraft en goed gedrag wordt beloond. Proceduralisering en regelzucht kunnen als de lichtere varianten van wet- en regelgeving beschouwd worden. Denk hierbij aan verregaande detaillering van verantwoordingsstructuren, uitbreiding van richtlijnen voor het toezicht en bestuur in organisaties (corporate governance), gedragsregels en codes. Een gevaar van overmatige aandacht voor regels en procedures is dat moeilijke beslissingen gemakkelijk uit de weg kunnen worden gegaan.

Verantwoordelijke professionals, managers en bestuurders verschuilen zich dan achter procedures en de inhoudelijke discussie over complexe normatieve vragen wordt onvoldoende gevoerd. Terwijl procedureel gezien mogelijk niets verkeerd gaat, wordt de eigen verantwoordelijkheid onvoldoende ingevuld. Dit probleem van de ‘vacante verantwoordelijkheid’ (Steenbergen 2005) speelt des te meer als de zorgbehoefte een discipline of organisatie overstijgt, zoals bijvoorbeeld in de jeugdhulpverlening veelvuldig het geval is. Net als rationalisering kan juridisering een mythe van een amorele bedrijfsvoering in stand houden, aldus Grit en Meurs (2005). Bij rationalisering is er slechts oog voor de harde aspecten van zorg verlenen en organiseren. Ook juridisering kan een schijn van objectiviteit scheppen, die de menselijke betrokkenheid en normativiteit van veel beslissingen naar de achtergrond verdrijft. Er zijn in de zorg echter vele situaties denkbaar die naast een procedurele ook een inhoudelijke afweging behoeven en waarin je hoopt dat de ‘subjectieve’ beleving van cliënten voorrang krijgt boven algemene richtlijnen of procedures, cijfers en scores (Van Heijst 2005; Vosman en Baart 2008).

Politisering

Politisering houdt in dat partijen zelf duidelijk en aannemelijk maken dat zij op een verantwoorde en effectieve wijze bijdragen aan realisering van de doelstellingen van het gezondheidszorgbeleid (Van der Grinten en Meurs 2005). Bovens (1995) (in navolging van Beck, Giddens en Lash 1994) duidt deze beweging ook wel aan als een verplaatsing van de politiek. Het gaat zowel om de verschuiving van verantwoordelijkheden tussen politiek, overheid en het veld, als om het gevolg ervan: dat de uitvoering van het beleid zelf meer politiek van aard wordt. Als niet langer vanzelf spreekt wat maatschappelijk aanvaardbaar is, zullen partijen zelf pelijk draagvlak moeten verwerven voor beleid. Op verschillende manieren kunnen zij belanghebbenden betrekken bij de ontwikkeling van beleid, bijvoorbeeld door hun een plek te geven in overleg-, advies- en inspraakorganen. Deze werkwijze past goed als de onderlinge afhankelijkheden tussen actoren groot is. Het is echter niet zonder risico. De inbreng van partijen is onvoorspelbaar en draagvlak geenszins gegarandeerd. Niet alle betrokkenen zijn even goed geïnformeerd of hebben belang bij een diepgaande discussie. Er kan bijvoorbeeld sprake zijn van concurrentie. Ook de media hebben een rol in de maatschappelijke beeldvorming over aanvaardbaar handelen. In de media kunnen verschillende perspectieven uitgediept worden en onderzocht worden, maar er kan ook sprake zijn van een selectieve weergave waarin een bepaald, toch al dominant, perspectief keer op keer herhaald wordt (Kooiman 2003). In tijden van verandering is maatschappelijke aanvaardbaarheid verwerven ook om een andere reden ingewikkeld. Naast bestaande partijen dienen nieuwe zich aan. Er ontstaat zo een nieuw krachtenveld waarin niet altijd duidelijk is wie het voor het zeggen heeft en wie welke belangen dient. Hiermee omgaan vraagt een goed en actueel inzicht in relaties en politieke processen. Besturen wordt steeds meer ook een politieke bezigheid.

Moralisering

Bij moralisering wordt ingegrepen op het normenkader van partijen. Grit en Meurs (2005) spreken ook wel over moreel management, gericht op verhoging van de morele competentie van managers en bestuurders. Het gaat hun om de persoonlijke houding van bestuurders en de morele dilemma's waarmee zij van doen hebben. Het verschil tussen moralisering en politisering, zo omschrijven zij, is dat moralisering de nadruk legt op de persoonlijke component van verantwoord bestuur, waardoor de verantwoordelijkheid bij de individuele bestuurder wordt neergelegd. Met het veranderende governance regime van de zorg zijn zorgbestuurders ook op het normatieve vlak meer op zichzelf aangewezen geraakt. Bij gebrek aan een gedeeld normenkader zullen zij hun eigen normatieve referentiepunt moeten inbrengen en expliciteren. Maar daar stopt het niet bij. Wat juist is, is net zo goed onderwerp van discussie en onderhandeling tussen partijen, als wat gepast is. Ook normontwikkeling is onderwerp van het publieke debat.

Professionalisering

Professionalisering kent meerdere aspecten. Het herbergt elementen van alle voorgaande strategieën. Een aspect is de interne disciplinerende van actoren door opleiding, normstelling, richtlijnen en procedures. Een ander aspect is de voortdurende toetsing door en samenwerking met vakgenoten in de dagelijkse praktijk door middel van visitaties of systemen van accreditatie (Freidson 2001; Kooiman 2003). Verantwoording wordt in de eerste plaats afgelegd aan collega's, maar de legitimerende werking gaat verder. De externe legitimiteit wordt niet zozeer ontleend aan professionele codes of procedures, maar veel meer aan de diepgaande opleiding en training die voorafgaat aan de functie-uitoefening, de internalisering van het publieke belang en de loyaliteit en toewijding die daarbij verondersteld worden (Van der Grinten en Meurs 2005). Het zijn deze zaken die het vertrouwen geven dat afwegingen weloverwogen en op basis van deskundigheid worden genomen. Voor sommige actoren, zoals medisch professionals en advocaten, zal zowel de kennis als toewijding aan de publieke zaak niet gauw in twijfel worden getrokken. Voor andere actoren ligt dit anders. Zij hebben als groep nog geen gevestigde positie en zijn lastiger identificeerbaar. Onduidelijk is waar hun professionaliteit voor staat, op welke kennis zij kunnen bogen en wat van hen verwacht mag worden. Dit laatste is ook op zorgbestuurders van toepassing (Grit en Meurs 2005). Hun professionaliteit wordt buiten de eigen groep (nog) niet als zodanig erkend. Ze worden er echter wel op bekritiseerd (Noordgraaf 2008). De geslotenheid van professionele systemen is een ander probleem. Gemaakte keuzen en resultaten zijn voor buitenstaanders moeilijk te beoordelen. Ook dit is van toepassing op zorgbestuurders. Zij zijn governing agents met eigen governing practices.

De verschillende handelingsstrategieën zijn te beschouwen als manieren om zich aan te passen aan veranderende omstandigheden (*coping strategies*), maar ook om die

te beïnvloeden, duidelijkheid te creëren en de legitimiteit van het eigen handelen te versterken. Er kan echter ook sprake zijn van *emerging strategies*: een optelsom van handelwijzen en gedragingen waar niet altijd uitgesproken keuzes aan vooraf gaan, maar die wel richtinggevend zijn. Met het streven naar marktwerking en vraagsturing zijn meerdere governing agents in stelling gebracht, zoals de cliënt en de verzekeraar door middel van de Zorgverzekeringswet. Deze agents krijgen een bepaalde positie en middelen toebedeeld vanuit de verwachting dat zij die zullen gebruiken om een bepaald (gedeeld) belang na te streven (Van der Veen 2005). Newman en Clarke (2009) noemen dit in stelling brengen van nieuwe agents *agentification*: het 'uitvinden' van verantwoordelijke agents. De decentralisatie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden aan meerdere governing agents wordt wel aangeduid met de term *dispersal*, wat zoveel betekent als verplaatsing of verstrooiing van verantwoordelijkheden (Clarke en Newman 1997; Newman en Clarke 2009). Wie de centrale agent is, is in deze situatie niet langer duidelijk. Onduidelijk is geworden wie welke positie inneemt in het krachtenveld van de zorg en waarop die positie is gebaseerd.

Institutionalisering moeten we in dit licht bezien als een voortdurend proces van (onder)handelen, structureren, destructuren en herstructureren door agents (Scott et al. 2000). Pfeffer en Salancik (1978) spreken in dit verband wel van een *negotiated environment*, die ontstaat door een proces van voortdurende onderhandeling tussen partijen over te volgen regels en normen, denk- en handelwijzen (zie ook Van der Krogt en Vroom 1991:148). Strauss et al. (1973) definieert onderhandelen als een proces van geven en nemen, diplomatie bedrijven en overleg voeren (zie ook Kruijthof 2005). De orde die voortkomt uit dit proces is een *negotiated order*: het tijdelijke resultaat van de onderhandeling over verschillende belangen, zienswijzen en gedragingen. Ook governanceregimes kunnen we voorstellen als *negotiated orders*: de tijdelijke combinatie van activiteiten en mechanismen die het gedrag van betrokken actoren in een bepaalde periode in een bepaald beleidsveld structureren.

In de volgende paragraaf diepen we de relatie tussen instituties en agents verder uit. Het is een ingewikkelde relatie die leidt tot de constatering dat zorgbestuurders zowel subject als object van governance kunnen zijn.

2.4.5 Agents en institutions

Instituties structureren niet alleen het handelen van agents, maar zijn er ook een product van. Het zijn menselijke creaties (Powell en DiMaggio 1991; WRR 2004). Mensen interpreteren situaties op een eigen manier en zullen ook handelen vanuit dit perspectief. De wisselwerking tussen instituties en agents is complex. Kruisbestuiving veronderstelt dat actoren in staat zijn dezelfde instituties te veranderen die hun handelen structureren (Leca en Naccache 2006). Het is alsof zij even hun culturele bagage ter zijde schuiven en, wanneer het zo uitkomt, individuele keuzes kunnen maken om een eigen doel na te streven. Dit impliceert dat het mogelijk is dat actoren

afstand nemen van de instituties waarmee zij vergroeid zijn en een eigen strategische koers varen, zonder hun anker te verliezen en aan legitimiteit in te boeten (Battilana 2006; Leca en Naccache 2006). Dit wordt ook wel de *paradox of embedded agency* genoemd. Alleen agents die *embedded* of *situated* zijn, dat wil zeggen goed verankerd, zouden in staat zijn de instituties te veranderen waarmee zij verbonden zijn. Dit veronderstelt ook dat zij afstand kunnen nemen en dus tegelijkertijd *embedded* en *disembedded* kunnen zijn. Actoren met deze vaardigheid worden in de institutionele theorie ook wel aangeduid als *institutionele ondernemers* (Dorado 2005; Suddaby en Greenwood 2005; Battilana 2006; Leca en Naccache 2006).

Om de paradox van *embedded agency* te verklaren bewandelen onderzoekers grofweg twee wegen. De eerste richt zich op de omstandigheden die institutioneel ondernemerschap mogelijk maken. Daartoe worden vooral radicale, destabiliserende omstandigheden gerekend, zoals grote politieke of culturele omwentelingen of crisissituaties die de gangbare ziens- en handelwijzen ter discussie stellen (Scott 2001; Koppenjan en Klijn 2004). Deze aanpak schiet echter tekort om de meer endogene processen van institutionele verandering te begrijpen: de geleidelijke verschuiving in regels, normen en omgangsvormen door continue stapsgewijze aanpassingen in het denken en doen van agents (Battilana 2006). Battilana heeft in haar onderzoek onder andere gekeken naar de relatie tussen kenmerken van organisaties en groepen enerzijds en het vermogen van actoren om institutioneel ondernemerschap te vertonen anderzijds. Haar stelling is dat de sociale positie van actoren grote invloed heeft op hun geneigdheid tot institutioneel ondernemerschap. Voor haar zijn niet instituties maar agents aangrijpingspunt van onderzoek naar institutionele verandering. Ook Rhodes (2007) en Newman (2005) wijzen op het belang van een meer agentgeoriënteerde benadering van governance en *institutional change*. In dit onderzoek volg ik de tweede benadering. Niet de instituties maar de kenmerken en het handelen van agents zelf staan centraal. Hiervoor maak ik gebruik van de interpretatieve theorievorming zoals ontwikkeld door onder anderen Yanow. In interpretatieve theorieën staan niet de instituties, maar de governing practices centraal waarmee agents betekenis geven aan hun wereld (Bevir 2006).

2.5 PRAKTIJEN VAN GOVERNANCE

Door praktijken centraal te stellen komen we tot een ander perspectief op het veranderende governanceregime van de zorg. Praktijken tonen ons hoe agents de uitdagingen of problemen die zij tegenkomen in deze wereld begrijpen en ermee omgaan. Maar ook hoe denk- en handelwijzen kunnen veranderen en tot nieuwe praktijken en nieuwe patronen kunnen leiden. Onderzoek naar praktijken gaat over de manier waarop agents, onderhevig aan allerlei institutionele krachten, gebeurtenissen interpreteren, activiteiten initiëren en hieraan betekenis geven (Wagenaar en Cook 2003).

2.5.1 Een interpretatieve benadering

Vanuit de interpretatieve theorievorming zijn institutionele logica's te beschouwen als de referentiekaders waarmee actoren gebeurtenissen proberen te begrijpen en te verklaren (Hajer en Wagenaar 2003). De kaders representeren de legitieme opvattingen van het moment en spelen daarom een belangrijke rol in de wijze waarop mensen hun activiteiten uitleggen en in de manier waarop zij naar zichzelf kijken. Agents die goed verankerd zijn in een bepaalde sector weten welke denkwijzen domineren en welke argumenten legitiem zijn en zullen hiermee rekening houden in hun gedrag en verklaringen (Bevir 2006). De 'grote verhalen' horen we zo terug in de 'kleine verhalen' van alledag. De verhalen veranderen mee met het regime.

Betekenisverlening door verhalen

Wanneer bestaande referentiekaders onder druk komen te staan en niet meer helpen om de problemen van alledag het hoofd te bieden ontstaat ruimte voor nieuwe verhalen die beter aansluiten op de praktijk. Niet voor niets gaan grote veranderingsprocessen vaak gepaard met aansprekende verhalen over de toekomst. Het lijkt alsof overheden proberen de institutionele ambiguïteit te maskeren met een ronkende retoriek van verandering, vernieuwing en verbetering. Deze gekleurde, bijna mythische, verhalen worden ook wel aangeduid als de 'grand narratives' van het moment (zie Newman 2001; Alvesson en Sköldbberg 2009; Newman en Clarke 2009). Een voorbeeld is vraaggestuurde zorg. Het is wat je noemt een hoera-begrip, waar weinig mensen tegen zullen zijn (Bovens 2006; Trappenburg 2008). Dat de overheid er ook marktwerking mee bedoelt ligt aanzienlijk gevoeliger. Alford (1975) duidt de opkomst van een nieuw verhaal of begrip zoals vraaggestuurde zorg weer op een andere manier. Hij ziet dit als een noodzakelijk onderdeel van het proces om te komen tot verandering: de zogenaamde 'retorische fase' in beleidsontwikkeling, die tot doel heeft veranderingen van binnenuit uit te lokken en voor te bereiden. De nieuwe verhalen dienen om nieuwe perspectieven te bieden op de toekomst, om bestaande patronen in denk- en handelwijzen te doorbreken, en nieuwe strategieën mogelijk te maken.

Dit gebeurt echter niet van de ene op de andere dag. Vaak ontstaan eerst gemengde verhalen, waarin nieuwe en oude elementen met elkaar verweven worden. Gebeurtenissen uit het verleden worden zodanig herverteld dat ze in een ander daglicht komen te staan en een andere betekenis krijgen (Rhodes 2007). In deze nieuwe 'verhalen' en ideeën wordt bijvoorbeeld geprobeerd het goede van meerdere werelden te combineren. In begrippen als 'maatschappelijk ondernemerschap' en 'professionele bureaucratie' is terug te horen hoe verschillende logica's zich vermengen. De begrippen suggereren een zekere synergie die de onderliggende tegenstrijdigheden verbloemt. Brandsen en Van den Brink (2007) beschrijven hoe dergelijke begrippen gezien moeten worden als de start van een (streven naar een) nieuw verhaal, een nieuwe ordening en legitimeringsbodem, voorbij de oude tegenstellingen. Het

is echter maar de vraag of zij de ontstane ruimte inderdaad kunnen opvullen. Dat hangt ervan af hoe overtuigend de nieuwe verhalen zijn en hoeveel houvast zij bieden om nieuwe praktijken uit te leggen en verklaren. Zij moeten zich nog 'bewijzen' in de praktijk.

Discoursen

Bij processen van betekenisverlening wordt vaak gebruikgemaakt van bestaande begrippen. Jackson (2006:266) noemt ze *rhetorical commonplaces*. In het Nederlands spreken we van discoursen. Gastelaars (2006:31) omschrijft een discours als een min of meer samenhangend netwerk van woorden en betekenissen, met 'ingebakken' handelingsopties, dat zich rondom bepaalde thema's manifesteert. De discoursen representeren als het ware op 'talige' wijze de institutionele logica's die op dat moment in het geding zijn. Zij laten ons zien hoe tegen onze wereld aangekeken wordt en welke opvattingen dominant zijn (Samra-Fredericks 2005). Aan discoursen kunnen in de loop der tijd ook tegenstrijdige connotaties gaan kleven, aldus Gastelaars (2006). Ook de eerder genoemde strategieën zijn elk omgeven met een eigen discours. Toch kunnen zij voor verschillende partijen ook weer verschillende betekenissen hebben. Elke partij belicht vooral die zaken die passen bij hoe zijzelf tegen de wereld aankijkt en schept zo een onvolledig of eenzijdig beeld. Door een nadruk op bepaalde zaken kunnen andere zaken naar de achtergrond verdwijnen. Met het vele spreken over bestuurders als ondernemers bijvoorbeeld, dreigen andere rollen van zorgbestuurders uit beeld te raken, zoals die van werkgever, beleidsmaker of facilitator.

Volgens Suddaby en Greenwood (2005) maakt de afhankelijkheid van taal institutionele logica's veranderbaar. Agents kunnen daar strategisch gebruik van maken. Zij kunnen bestaande discoursen benutten om zich naar buiten toe te rechtvaardigen voor hun handwijzen en hun positie ten opzichte van anderen te verstevigen. Wanneer het mensen lukt de betekenis van een situatie naar de eigen hand te zetten beïnvloedt dit ook de manier waarop anderen de situatie percipiëren (Hajer en Wageenaar 2003). Hajer spreekt in dit verband ook wel van het 'bezetten van de betekenis' van iets. Er wordt ook wel gesproken van *management of meaning*: manipulatie door middel van betekenisverlening (Hall 1997; Suddaby en Greenwood 2005, Weldes 2006). Een voorbeeld: in de publieke discussie over het verzorgingshuis dat in 2003 door grote financiële en personele problemen zich gedwongen zag bewoners niet meer elke dag aan te kleden speelde de term 'pyjamadag' een belangrijke rol. De organisatie had de media opgezocht om de budgettaire krapte en het beleid van de regering aan de kaak te stellen. Het pakte anders uit. De term pyjamadag kwam gelijk te staan aan het onvermogen van de organisatie om binnen de gegeven grenzen goede zorg te verlenen. De organisatie slaagde er daarna niet in de betekenis van de term nog een andere invulling te geven of het verpleeghuis in een ander daglicht te stellen. De betekenis was al 'bezet'. In dit voorbeeld zien we de introductie van

een nieuw begrip in combinatie met een bekend discours van budgettaire krapte en slechte zorg in verpleeghuizen. Het toont hoe nieuwe betekenisstructuren (ook wel: *frames of meaning*) kunnen ontstaan door verschillende discourses te combineren en in relatie te brengen met actuele gebeurtenissen (Berger en Luckmann 1966; Yanow 1996; Koppenjan en Klijn 2004; Brandwein 2006; Leca en Naccache 2006).

Verbale vernieuwing

Het is ook mogelijk dat de betekenis van een situatie niet wezenlijk verandert. Er vindt wel *verbale vernieuwing* plaats, maar denk- en handelwijzen veranderen in de kern niet (Van Twist 1995; Noordegraaf 2004). Brunsson (1989) spreekt in dit verband van hypocrisie: het verhaal vertelt meer over de gewenste gang van zaken dan over de eigenlijke gang van zaken. Taal wordt om die reden ook wel opgevat als een symbolische hulpbron, die ingezet kan worden om verandering uit te lokken, maar ook om die te maskeren; nieuwe fenomenen worden op een 'oude' manier geduid (Geertz 1973; Giddens 1984; Weick 2001; Jackson 2006). Om praktijken te begrijpen en verandering op het spoor te komen is het daarom nodig nauwkeurig te kijken naar de manier waarop actoren de uitdagingen of problemen die zij tegenkomen in deze wereld begrijpen en ermee omgaan, welke kennis er aan ten grondslag ligt en met wie zij zich identificeren.

2.5.2 Praktijken begrijpen

Verskillende agents nemen de wereld verschillend waar, afhankelijk van de problemen die zij (als groep of individu) tegenkomen en de mogelijkheden die zij hebben om ermee om te gaan. Om praktijken te begrijpen is het daarom van belang ook te achterhalen welke kennis mensen hebben van de situatie en waar die kennis op is gebaseerd, met wie zij zich identificeren en waarom. Healey et al. (2003) spreken ook wel over kennis als noodzakelijke hulpbron waarmee agents praktijken realiseren. De kennis die agents hebben van de gewoonten in een bepaalde sector, de politieke omstandigheden, financiële belemmeringen, de stakeholders die van belang zijn, de onderlinge verhoudingen, maar ook specialistische inhoudelijke kennis: het speelt allemaal een rol in beslissingen die agents nemen en de manier waarop zij zich presenteren en positioneren.

In opleidingen is in het algemeen veel aandacht voor *codified knowledge*: expliciete kennis die is vastgelegd in theorieën, modellen en (professionele) richtlijnen. De overdraagbaarheid van de kennis staat voorop. In de praktijk van alledag zijn we ons echter dikwijls niet bewust van de kennis die we toepassen. Er is sprake van *tacit knowledge* "that comes naturally to people" (Hajer en Wagenaar 2003:22). Kenmerkend voor tacit knowledge is dat zij impliciet en onbenoemd is (Schön 1983; Argyris 1999). We zijn ons er niet van bewust dat we haar toepassen en kunnen het moeilijk uitleggen. De kennis uit zich in routines: het handelen waar we niet (langer) bij stilstaan. Stilzwijgende kennis ontstaat als gevolg van processen van socialisatie en

internalisatie. Socialisatie betekent het delen van kennis binnen een bepaalde cultuur of (beroeps)groep waardoor gedeelde mentale modellen ontstaan (Senge 1992). Actoren zijn gesocialiseerd in een bepaalde sector door opleiding en opgedane werkervaring, zij gebruiken een bepaald jargon en nemen een bepaalde positie in binnen de organisatie. Groepen mensen die in vergelijkbare omstandigheden verkeren – zij komen vergelijkbare problemen tegen – en eenzelfde visie hierop ontwikkelen kunnen *communities of practice* vormen (Wagenaar en Cook 2003). Zij interpreteren hun situatie op vergelijkbare wijze, ondernemen vergelijkbare activiteiten en ontwikkelen bijvoorbeeld een eigen discours waarmee zij hun situatie en hun activiteiten uitleggen.

Internalisatie betekent dat kennis wordt verinnerlijkt doordat die wordt gekoppeld aan persoonlijke ervaringen. De kennis is persoonlijk (Nonaka en Takeuchi 1995). We nemen allerlei beslissingen zonder er nog uitgebreid onze gedachten over te bepalen. De kennis zit besloten in ons handelen en is daarvan een intrinsiek onderdeel. Het *knowing* en *doing* valt samen (Hajer en Cook 2003:20). Dit wordt ook wel *knowledge in action* genoemd: de kennis die besloten ligt in de opvattingen en activiteiten van agents. Een andere term die relevant is in dit verband is *practical knowledge*. Indien bestuurders al lange tijd opereren in de zorg beschikken zij vaak over een praktische kennis van de institutionele context. Zij weten ‘hoe de hazen lopen’, hoe zij zich moeten handhaven en presenteren. Dit soort praktische kennis van omstandigheden heeft een bestuurder nodig om situaties op hun merites te kunnen beoordelen en de eigen handelwijze uit te leggen op een acceptabele manier (Leca en Naccache 2006). Het belang hiervan wordt mooi geïllustreerd door Ott (2008) in *Besturen van Geluk*. “Als een zorgbestuurder in een regionaal dagblad stelt dat de zorg zakelijker moet worden, volgen bittere brieven van medewerkers. Het woord ‘zakelijk’ was tot zijn verbazing helemaal verkeerd overgekomen. Voor hem had zakelijk vooral een positieve klank: afspraak is afspraak en meer doen met de beschikbare middelen. Voor de briefschrijfters betekende het vooral: kil, onpersoonlijk, geen aandacht voor waar het in de zorg echt om gaat.” Ott doet in haar commentaar de suggestie dat de bestuurder vaker had moeten praten met de medewerkers om hun interpretatie van de situatie te begrijpen. Dit was des te meer van belang omdat de bestuurder zelf niet uit de zorg afkomstig was en met zijn opleiding en werkervaring een heel ander referentiekader meebracht dan de medewerkers hadden.

Omgekeerd kan het zo zijn dat een actor die sterk vergroeid is met een bepaald veld, standpunt of positie zich daarvan nog maar nauwelijks kan losmaken. De kans op reproductie van bestaande handelwijzen is dan groot. Er ontstaan vergelijkbare, isomorfe, praktijken waarvan de ratio voor buitenstaanders moeilijk te begrijpen is. Het gevaar bestaat dat bestuurders veranderingen in de context te laat onderkennen en onvoldoende in staat zijn hierop adequaat te reageren. Vandaar dat Battilana (2006) oppert dat individuen die in verschillende institutionele settings hebben

gewerkt sensitiever zijn voor de beperkende werking van instituties, en gemakkelijker bestaande patronen en routines in een bepaald beleidsveld of sector weten te doorbreken. Bovendien kunnen zij nieuwe kennis meebrengen, wat ook een bron van verandering kan zijn.

Kennis wordt pas strategisch inzetbaar als actoren zich ervan bewust zijn. Hiervoor is het van belang te reflecteren op de eigen praktijk en te expliciteren welke kennis men heeft. Dit noemt Schön (1983) *reflection-in-action*. *Reflective knowledge* is de kennis die ontstaat door reflectie op de gebeurtenissen die mensen overkomen. Dat betekent onderzoeken *wat* er is gebeurd, *hoe en waarom*. Zulke reflectie maakt mensen tot *knowledgeable agents*, die gebeurtenissen kunnen begrijpen en van betekenis voorzien (Giddens 1984; Sewell 1992; Leca en Naccache 2006; Cooney 2007). Het vermogen te reflecteren op bestaande routines en patronen in eigen denk- en handswijzen helpt actoren om gebeurtenissen te begrijpen en nieuwe activiteiten te initiëren, maar ook om nieuwe betekenissen toe te kennen aan situaties. Zoals we zagen in voorgaande paragrafen is hierbij sprake van een actieve ingreep in de werkelijkheid waarbij ook nieuwe verhalen ontstaan.

In verschillende arena's zullen verschillende verhalen klinken. Om de verhalen van actoren werkelijk te kunnen begrijpen zullen ze altijd bestudeerd moeten worden in relatie tot de activiteiten die actoren ontplooiën en de omstandigheden waarin ze tot stand komen. Ofwel: de politieke, maatschappelijke en organisatorische omstandigheden van het moment, de *communities* waarmee zij zich verbonden weten, de relaties die zij onderhouden en de kennis waarover zij beschikken. Anders dan in veel interpretatief onderzoek staan in dit onderzoek daarom niet de verhalen centraal, maar de praktijken van governance. Het gaat erom te onderzoeken hoe agents, onderhevig aan allerlei institutionele krachten, gebeurtenissen interpreteren, activiteiten initiëren en hieraan betekenis geven.

2.6 CONCLUSIE: EEN PRAKTIJKGERICHTE BENADERING VAN GOVERNANCE

In dit hoofdstuk is het veranderende governanceregime van de zorg omschreven als een gelaagd regime waarin verschillende waardeoriëntaties naast elkaar bestaan, evenals verschillende soorten regels, normen en gebruiken. De ontwikkeling van governanceregimes is geduid als een proces van institutionele verandering waarin heroverweging en bijstelling plaatsvindt van bestaande instituties. Bestaande overtuigingen, regels en omgangsvormen worden herijkt en vermengd met nieuwe. Ik heb betoogd dat dit proces altijd gepaard gaat met spanningen en tegenstrijdigheden. Wanneer die spanningen te groot worden, als gevolg van politieke, economische en maatschappelijke omstandigheden, kan het regime zelf ter discussie komen te staan. De institutionele orde geeft te weinig richting om nog houvast te bieden. In deze situatie van institutionele ambiguïteit is niet langer duidelijk hoe veranderende omstandigheden begrepen moeten worden, wie welke rol heeft en wat op dat moment

juist en gepast is. Er is ruimte voor verschillende interpretaties. Verschillende agents kunnen verschillend denken over wat goed, gepast, effectief of professioneel is. Zij kunnen verschillende handelingsstrategieën volgen. Passend bij het gemengde regime van de zorg zijn de volgende strategieën onderscheiden van omgaan met institutionele verandering: juridisering, rationalisering, moralisering, politisering en professionalisering.

Agents streven ook eigen doelen na en dat maakt instituties ook onderhandelbaar. Het impliceert dat er agents zijn die in staat zijn dezelfde instituties te veranderen die hun handelen tevens structuren. In de institutionele theorievorming worden zij embedded agents genoemd: agents die enerzijds goed verankerd zijn in de sector en anderzijds voldoende afstand hebben om zich los te kunnen maken van bestaande denk- en handelwijzen. Ook zorgbestuurders kunnen we ons voorstellen als embedded agents, die ondanks de sturende werking van instituties ruimte zoeken voor een eigen strategische koers en eigen praktijken van governance (Leca en Naccache 2006; Shehata 2006). In eerder onderzoek naar zorgbestuurders zijn zij omschreven als betrokken buitenstaanders: agents op het snijvlak van verschillende werelden (Stoopendaal 2008). Nu de legitimiteit van zorgbestuurders onder druk staat, dringt de vraag zich op hoeveel ruimte er nog is voor de bestuurder als embedded agent die een eigen strategische koers vaart.

Om hier inzicht in te krijgen wordt een praktijkgerichte benadering van governance gehanteerd, waarbij niet de instituties centraal staan maar de overtuigingen, activiteiten en omstandigheden van zorgbestuurders. Activiteiten en overtuigingen hebben ook een sturende werking. Zij kunnen ons tonen hoe zorgbestuurders, onderhevig aan allerlei institutionele krachten, omgaan met het veranderende governanceregime van de zorg en daar mede betekenis aan geven.

In het volgende hoofdstuk wordt beschreven hoe dit empirisch is onderzocht. In de hoofdstukken 4 tot en met 7 worden de bevindingen gerapporteerd aan de hand van vier onderscheiden arena's: de politieke arena, de beroepsarena van bestuurders, de bestuurdersarena en de organisatiearena.

3 Onderzoeksopzet

3.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de opzet en uitvoering van het empirische onderzoek. In paragraaf 3.2 beargumenteer ik de keuze voor een tweeledige onderzoeksoriëntatie en het gebruik van zowel kwantitatieve als kwalitatieve methodes. In paragraaf 3.3 worden de methoden van onderzoek verder uitgewerkt. In paragraaf 3.4 reflecteer ik op de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. Paragraaf 3.5 bevat conclusies en een korte vooruitblik naar de volgende hoofdstukken.

3.2 EEN TWEELIDIGE ONDERZOEKSORIËNTATIE

Dit onderzoek kan getypeerd worden als een beschrijvend en exploratief onderzoek. Doelstelling van het onderzoek is een beter begrip te krijgen van de ontwikkelingen in het governanceregime van de zorg en de factoren die daar een rol in spelen, en hoe zorgbestuurders daarmee omgaan. Het is een longitudinaal onderzoek en beslaat de periode van 2000 tot en met 2010. In hoofdstuk 2 zijn governancepraktijken geconceptualiseerd als een combinatie van drie zaken: de overtuigingen van agents, hun activiteiten, en de omstandigheden waarin de overtuigingen en activiteiten tot stand komen en plaatsvinden. Meer precies gaat het in dit onderzoek om de functieopvatting en functie-uitoefening van zorgbestuurders in relatie tot het veranderende governanceregime van de zorg.

Ontwikkelingen in overtuigingen, activiteiten en omstandigheden kunnen op verschillende manieren worden onderzocht. Een enquête is in de sociale wetenschappen een gebruikelijke methode voor de inventarisatie van een groot aantal kenmerken tegelijkertijd (Swanborn 1987). Door middel van een enquêteonderzoek kunnen de overtuigingen en activiteiten van zorgbestuurders op verschillende momenten in kaart gebracht worden. Het gaat hierbij om een zelfevaluatie. Bestuurders geven aan hoe zij tegen de werkelijkheid aankijken en hoe zij daarmee omgaan. De maatschappelijke omstandigheden en opvattingen over zorgbestuurders worden op een andere manier in kaart gebracht, door middel van bronnenonderzoek.

Enquêteonderzoek en bronnenonderzoek komen voort uit heel verschillende onderzoekstradities of wetenschapsfilosofische stromingen. Hoewel beide methoden in verschillende tradities voorkomen, kunnen we enquêteonderzoek plaatsen in een positivistische onderzoekstraditie en bronnenonderzoek in een interpretatieve traditie. Beide onderzoekswijzen kunnen elkaar ook goed aanvullen. De opgave is om

dit op een respectvolle manier te doen, zonder de ene methodologie ondergeschikt te maken aan de andere. Het is de kunst *“to identify innovative strategies for combining different perspectives and quantitative and qualitative methodologies in a single study, while at the same time respecting the distinct branches of Philosophical thought from which they are derived”* (Bowling 2002:130,131). In de volgende paragrafen ga ik dieper in op de manier waarop de twee onderzoeksmethoden zijn gebruikt en gecombineerd met respect voor beide onderzoekstradities.

3.2.1 Een positivistische oriëntatie

Enquêteonderzoek past in een positivistische traditie van onderzoek doen, waarin alles draait om het verzamelen en systematiseren van waarneembare gegevens (data) en het blootleggen van causale verbanden om met behulp daarvan de werkelijkheid te kunnen verklaren (Alvesson en Sköldbberg 2009). De onderliggende aanname is dat menselijk gedrag een reactie is op externe stimuli en dat het mogelijk is gedrag te observeren en meten (Bowling 2002). Dit gebeurt in het algemeen door hypothesen te testen met behulp van omvangrijke steekproeven en uitgebreide databases. Hypothesevorming is echter niet per se noodzakelijk, bijvoorbeeld wanneer de onderzoeksvraag vooral gericht is op exploratie en systematische inventarisatie, zoals in dit onderzoek het geval is (Swanborn 1987).

In dit onderzoek wordt enquêteonderzoek gebruikt om inzicht te kunnen bieden in de veranderende functieopvatting en -uitoefening van zorgbestuurders. Om verandering zichtbaar te maken zijn op meerdere momenten dezelfde gegevens verzameld. Zorgbestuurders is in drie jaren – 2000, 2005 en 2010 – gevraagd een vergelijkbare vragenlijst in te vullen. In elk meetjaar is de steekproef opnieuw samengesteld, zodat we van een trendonderzoek spreken. Het enquêteonderzoek wordt niet alleen gebruikt om trends in de tijd op te sporen, maar ook om verbanden te kunnen leggen tussen overtuigingen en activiteiten van zorgbestuurders enerzijds en persoonlijke eigenschappen en omgevingskenmerken anderzijds. Dit geeft ook zicht op verschillen tussen bestuurders van verschillende subgroepen. Denk aan bestuurders van diverse typen zorgorganisaties, mannelijke en vrouwelijk bestuurders, bestuurders van verschillende leeftijd of opleidingsachtergrond. Een enquête is met andere woorden niet alleen een handige methode om te achterhalen hoe iemand denkt en handelt, maar ook welke factoren daarop van invloed zijn.

‘Zachte’ (gedrags)kenmerken hangen vaak samen met ‘harde’ kenmerken als sekse, leeftijd en opleiding, maar ook met kenmerken van de sociale omgeving waarvan mensen deel uitmaken (Swanborn 1987). Kenmerken als sekse, leeftijd en geslacht betreffen de persoon van bestuurders zelf en worden ook wel achtergrondvariabelen genoemd. Kenmerken van de sociale omgeving worden ook wel contextuele variabelen genoemd. Mensen ontleen de doelen die zij nastreven, hun normen en hun waarden in belangrijke mate aan de sociale omgeving waartoe zij behoren. Die beïnvloeding kan op vele manieren gebeuren, via kranten, televisie, groepen en culturen

waartoe men behoort of heeft behoord. Er is als het ware sprake van meerdere soorten contexten. Mensen worden het sterkst beïnvloed door de mensen en contexten die zijzelf het belangrijkste vinden. De sociologische term is *significant others* (Swanbron 1987:121). Naast de professionele (werk)omgeving van bestuurders kan dat bijvoorbeeld ook het gezin zijn. Contextuele variabelen kunnen in een enquête verwerkt worden door bijvoorbeeld te vragen naar maatschappelijk bepaalde rolverwachtingen, naar de personen en zaken waarmee bestuurders zich identificeren en wie zij als hun belangrijkste adviseurs zien.

De vervolgvraag is welke betekenis we moeten toekennen aan de gevonden trends en verbanden. Statistische modellen zijn in het algemeen gericht op eenvoudige relaties die toch redelijk de ingewikkeldheid weergeven. Alleen relaties tussen vooraf vastgestelde kenmerken (variabelen) kunnen op deze wijze onderzocht worden. Uit een statistische berekening kan bijvoorbeeld blijken dat X en Y statistisch gezien samenhangen. Wat die samenhang betekent, wat de oorzaak is, kan men er niet uit afleiden. Het waargenomen gedrag wordt uitsluitend statistisch verklaard en uitsluitend vanuit één richting: vanuit de invloed van (observeerbare) omgevingsfactoren of eigenschappen waarvan de onderzoeker vooraf vermoedde dat ze van invloed zouden kunnen zijn op het denken en doen van respondenten. De omgekeerde invloed die mensen op hun omgeving hebben en de interacties tussen mensen zijn geen onderdeel van de analyse (Dryzek 2002). Voor de bestuurder als subject is met andere woorden weinig ruimte. Hoewel het goed mogelijk is om iemands sociale omgeving in een enquête te betrekken, is het lastig de subtiele invloeden van bredere maatschappelijke ontwikkelingen aan te tonen via statistische modellen. Over de invloed van veranderende maatschappelijke omstandigheden komen we weinig te weten op deze manier. Dit is de reden dat het enquêteonderzoek wordt gecombineerd met een andere methode en traditie van onderzoek.

3.2.2 Een interpretatieve oriëntatie

Bronnenonderzoek behoort net als interviews en tekstanalyses tot de interpretatieve onderzoekstraditie. Door in kaart te brengen hoe verschillende agents aankijken tegen het veranderende governanceregime van de zorg en de bijdrage van zorgbestuurders, en hoe zij daarmee omgaan, wordt inzichtelijk hoe zij de werkelijkheid op dat moment ervaren en wat zij van zorgbestuurders verwachten. Door dit over een langere periode te volgen wordt zichtbaar hoe overtuigingen en activiteiten zich ontwikkelen, maar ook hoe de ‘taal’ verandert waarin gesproken wordt over governance van zorg en zorgbestuurders. De uitkomsten zeggen niet per se iets over het functioneren van zorgbestuurders zelf, maar wel over de omstandigheden waarin zij werken, hoe hun functioneren binnen die context begrepen en beoordeeld (geframed) wordt en welke mechanismen daarin een rol spelen.

Twee perspectieven worden op deze manier uitgediept: dat van de overheid en politiek (bewindspersonen en parlementariërs) en dat van de beroepsvereniging van

zorgbestuurders NVZD. Gezien de herverdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen de overheid en het veld lag de keuze om het perspectief van overheid en politiek te reconstrueren voor de hand. Ik bekijk overheid en politiek samen omdat ik naast het formele beleid ook het debat in de Kamer tussen minister, staatssecretaris en parlementariërs wil belichten en de rol die kabinetssamenstellingen spelen. Dat ook de beroepsvereniging een plek heeft gekregen in het onderzoek, is omdat zij één van de weinige partijen is die namens zorgbestuurders als groep kan spreken. Het beleid van de beroepsvereniging en de interne discussies kunnen duidelijk maken hoe zorgbestuurders als groep de functie van bestuurder zien en ervaren in relatie tot het veranderende governanceregime. Het bronnenonderzoek biedt zodoende inzicht in verschillende interpretaties van het veranderende governanceregime van de zorg, in de governancepraktijken van verschillende governing agents en de verschillende factoren die daarin een rol spelen.

Interpretatief onderzoek is meer associatief en heeft meer oog voor de interacties tussen mensen en omstandigheden. Veel interpretatief onderzoek heeft als doel *“dézze specifieke sociale interactie, tussen déze mensen op dít tijdstip, te onderzoeken, en wel in samenhang met de ‘constructies’ die mensen zelf van de werkelijkheid maken, en op basis waarvan zij zeggen te handelen”* (Swanborn 1987:83). De eenheid van onderzoek is niet een enkel individu maar de sociale situatie als geheel. De zo opgedane inzichten verklaren een handeling op een bepaald moment niet, maar verhelderen haar wel door een rijker inzicht in de situatie te geven. Het bestaan van een aanwijsbare sociale relatie is hiervoor niet per se noodzakelijk. De doelstelling is niet om dé werkelijkheid te willen begrijpen en verklaren, maar om de verschillende *accounts of reality* zo goed mogelijk bloot te leggen en te begrijpen. Daarbij gaat het erom hoe verschillende interpretaties van de werkelijkheid kunnen ontstaan en hoe zij het gedrag van mensen kunnen beïnvloeden (Fischer 2003; Bevir 2006). Denk in dit verband bijvoorbeeld aan het citaat van de bestuurder waarmee ik dit rapport begon. Er is weinig voorstellingsvermogen voor nodig om de reflectie van de bestuurder in relatie te brengen met de manier waarop in de media over de zorg en zorgbestuurders gesproken wordt. In de verhalen van mensen wordt duidelijk hoe mensen de wereld zien, hoe zij zichzelf zien en hoe zij gezien wensen te worden door anderen (Shehata 2006). Of het vertelde verhaal de werkelijkheid voldoende representeert doet minder ter zake (Fischer 2003; Bevir 2006).

Anders dan in positivistisch onderzoek is de rol van empirisch materiaal in interpretatief onderzoek niet om patronen en verbanden bloot te leggen, maar om meer inzicht te geven in de onderzochte situatie. Er ontstaat zo een indruk van de verschillende soorten drijfveren die een rol *kunnen* spelen, verschillende *mogelijke* perspectieven en verschillende omstandigheden waarmee mensen te maken *kunnen* hebben. Interpretatief onderzoek is geschikter om diversiteit vast te stellen dan overeenkomsten. Het laat niet zien ‘hoe iets werkt’ maar wel ‘hoe ook naar zaken gekeken kan worden’, wat nieuwe inzichten en inspiratie kan opleveren. Alvesson en

Sköldbberg vinden interpretatie en reflectie om die reden zelfs belangrijker dan het proces van dataverzameling (Alvesson en Sköldbberg 2009:265). Dit wil niet zeggen dat data niet belangrijk zijn. Hoe steviger en diverser het empirische materiaal hoe rijker het palet aan mogelijke interpretaties. De omgang met het empirische materiaal is echter anders dan in de positivistische wijze van wetenschapsbeoefening. In plaats van als bewijs dient het eerder als *trigger* om tot nieuwe inzichten te komen (Alvesson en Sköldbberg 2009:305). Empirische uitkomsten worden gebruikt om bestaande inzichten te verrijken. Ze kunnen ook als hefboom dienen om bestaande, gangbare, inzichten te problematiseren. Het voorbeeld dat Alvesson en Sköldbberg geven heeft betrekking op het werk van Mintzberg over management (1973). Op basis van een relatief beperkt aantal directe observaties van managers in hun werk komt Mintzberg tot een andere visie op management dan het op dat moment gangbare idee dat management voornamelijk een rationele en systematische aangelegenheid is. Mintzberg neemt waar dat de werkdag van managers is opgebouwd uit veelsoortige, korte activiteiten en ontmoetingen met veel verschillende mensen. Dit inzicht geeft een heel andere kijk op management en managementgedrag.

3.2.3 Interplay

De verschillen tussen beide onderzoekstradities zijn groot, maar ze kunnen ook complementair aan elkaar zijn. *Interplay* is een onderzoeksbenadering die als doel heeft zo goed mogelijk gebruik te maken van de verschillen én de overeenkomsten tussen beide tradities en zo tot een completer begrip te komen van onderzochte fenomenen (Schultz en Hatch 1996).

De positivistisch georiënteerde onderzoeker probeert patronen en verbanden (tussen afhankelijke en onafhankelijke variabelen) bloot te leggen die als empirisch bewijs dienen om het gedrag van 'collectiviteiten' statistisch te beschrijven en/of verklaren. Dit beschrijven en/of verklaren gebeurt aan de hand van enkele vooraf bepaalde kenmerken. Interpretatief georiënteerde onderzoekers willen veeleer weten hoe mensen in een bepaalde context de wereld waarnemen. Zij pogen het gedrag te begrijpen vanuit het geheel van omstandigheden. De zo verkregen informatie biedt inzicht in de complexe wijze waarop zaken samen *kunnen* hangen. Positivistisch georiënteerde onderzoekers letten vooral op de overeenkomsten tussen respondenten, om datgene wat hen als groep typeert vast te stellen. Zij doen uitspraken op het niveau van groepen. Interpretatief georiënteerde onderzoekers houden zich vooral bezig met het specifieke: datgene waarin mensen en situaties zich van elkaar onderscheiden. Zij doen uitspraken over sociale processen waarin betekenissen die mensen geven aan het gedrag van zichzelf en anderen soms snel kunnen veranderen. Ze besteden meer aandacht aan de variatie tussen mensen en omstandigheden. In dit onderzoek staan bestuurders als groep centraal. Het gaat er niet om hoe specifieke bestuurders worden gezien en beoordeeld, maar om hoe zij als groep worden gezien en hoe zij als groep omgaan met het veranderende governance regime van de zorg.

Er bestaat geen kennis zonder interpretatie (Fischer en Forester 1993). In beide onderzoeksoriëntaties speelt de kennis die de onderzoeker van het onderzoeksveld heeft een belangrijke rol, maar op verschillende momenten en manieren. In een positivistisch onderzoek is de (voor)kennis die de onderzoeker heeft van het onderzoeksveld bepalend voor de keuze van te betrekken variabelen. De analyse van de uitkomsten vindt op 'objectieve' (lees: statistische) wijze plaats en de uitkomsten worden gepresenteerd als 'sociale feiten'. In een interpretatief onderzoek probeert de onderzoeker zich zo veel mogelijk te verplaatsen in de leefwereld van de onderzochten om zo de 'sociale situatie' beter te begrijpen. De eigen kennis van de onderzoeker speelt een rol bij de keuze van de bronnen en de interpretatie van de resultaten. Onderzoekers kunnen hierbij niet anders dan gebruik maken van hun eigen referentiekader, dat gevoed wordt door eigen ervaringen, kennis en de onderzoekstradities waarin zij zijn 'opgevoed'. Er blijven in dit geval altijd verschillende interpretaties mogelijk.

De verschillen tussen beide oriëntaties representeren verschillende perspectieven op de werkelijkheid en hoe die te onderzoeken (de te gebruiken methoden). Enquêteonderzoek leidt tot een andere analyse (interpretatie) van de werkelijkheid dan interviews of tekstanalyses, die tot de typisch interpretatieve onderzoeksmethoden gerekend worden. Toch worden in een interpretatieve onderzoeksoriëntatie kwantitatieve data niet per se afgewezen en is het niet zo dat in positivistisch onderzoek helemaal geen aandacht is voor de sociale situatie van de onderzochten.

Beide onderzoeksoriëntaties en -methoden hoeven elkaar ook niet uit te sluiten. Beide zijn bruikbaar om gedrag te beschrijven en begrijpen. In het ene geval wordt geprobeerd gedrag te begrijpen vanuit context- of achtergrondvariabelen. Dit wordt ook wel causaal verklaren genoemd. In het andere geval wordt geprobeerd gedrag te begrijpen vanuit het sociale systeem waarin de onderzochte personen verkeren; we spreken van historisch-genetische of institutionele verklaringen. Door een gecombineerde strategie wordt het mogelijk een dieper inzicht te verkrijgen in de manier waarop bestuurders hun functie interpreteren en uitoefenen en de wijze waarop dit samenhangt met de maatschappelijke omstandigheden van het moment. Deze gecombineerde strategie, waarin op verschillende manieren de werkelijkheid wordt belicht, wordt door Schultz en Hatch (1996) omschreven als *interplay*: het heen en weer bewegen tussen verschillende onderzoeksparadigma's, zonder de een ondergeschikt te maken aan de ander. Uitgangspunt is dat overeenkomsten en verschillen tussen beide onderzoeksoriëntaties intact gelaten worden om de spanningen ertussen te kunnen gebruiken voor een diepgaander inzicht.

Beide onderzoekstradities volgen ook eigen geïnstitutionaliseerde regels, opvattingen, gebruiken. Zo bezigen positivistisch georiënteerde onderzoekers een andere 'taal' dan interpretatief georiënteerde onderzoekers. Waar in de interpretatieve traditie van kenmerken gesproken wordt, spreekt men in de positivistische traditie bijvoorbeeld van variabelen. Ook hebben de termen validiteit en betrouwbaarheid in

beide tradities een andere betekenis. Wat binnen de interpretatieve traditie als wetenschappelijk wordt beschouwd, geldt binnen de positivistische traditie niet altijd als zodanig. Hierdoor is het combineren van beide onderzoeksoriëntaties in praktische zin oppassen geblazen: er mag geen onduidelijkheid bestaan over welke traditie gevolgd wordt. In de indeling van de empirische hoofdstukken wordt hiermee rekening gehouden. Er wordt gescheiden gerapporteerd over het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksdeel. De uitkomsten worden geordend aan de hand van vier arena's: de politieke arena, de beroepsarena, de bestuurdersarena en de organisatiearena. Het theoretisch kader biedt de overkoepelende 'taal' met behulp waarvan in de analyse de resultaten bij elkaar worden gebracht.

3.3 METHODEN VAN ONDERZOEK

3.3.1 Enquêteonderzoek

3.3.1.1 De vragenlijst

Het enquêteonderzoek is beschrijvend en exploratief van karakter. Niet de toetsing van hypothesen staat centraal maar de systematische inventarisatie van een groot aantal kenmerken. Uitkomsten worden *ten eerste* benut om te beschrijven wie zorgbestuurders zijn, hoe zij tegen hun functie aankijken en haar uitvoeren en aan welk type organisatie zij leidinggeven. *Ten tweede* worden de uitkomsten benut om ontwikkelingen/veranderingen in deze zaken op het spoor te komen. *Ten derde* wordt gekeken naar verschillen tussen bestuurders van uiteenlopende typen instellingen, verschillende seksen en diverse leeftijdsklassen. Er is ook aandacht voor de invloed van opleidingsachtergrond en organisatieomvang. Door de combinatie van longitudinaal en cross-sectioneel onderzoek wordt recht gedaan aan overeenkomsten en verschillen tussen groepen van respondenten.

Voor de enquêteonderzoeken uit 2005 en 2010 kon voortgebouwd worden op het onderzoek dat Meurs en Noordegraaf in 2000 uitvoerden onder de leden van de Vereniging van bestuurders in de zorg NVZD. De onderzoeksvraag van dit onderzoek luidde: *wie is de instellingsdirecteur?* Deze vraag werd beantwoord aan de hand van vier deelvragen: waar komen de directeuren vandaan? Waar werken zij? Hoe denken zij? Wat doen zij? Per deelvraag werden meerdere enquêtevragen gesteld. Alle enquêtevragen waren gesloten vragen. De antwoordcategorieën waren tot stand gekomen aan de hand van gesprekken met zorgbestuurders. Met een respons van 46% gaven de uitkomsten van dit onderzoek voor het eerst een representatief beeld van de manier waarop eindverantwoordelijke bestuurders van gezondheidszorgorganisaties hun functie interpreteerden en uitvoerden. Het onderzoek van Meurs en Noordegraaf uit 2000 bood een ideale nulmeting voor dit (vervolg)onderzoek naar de functieopvatting en -uitoefening van zorgbestuurders. Door de enquête op verschillende tijdstippen met dezelfde tussenpozen te herhalen is het mogelijk veranderingen op het spoor te komen en krijgt het onderzoek een longitudinaal karakter. Op meerdere momenten

in de tijd, met gelijke tussenpozen, zijn dezelfde gegevens verzameld. We spreken van een trendonderzoek omdat de steekproef elke keer opnieuw is samengesteld.

Sommige vragen uit de enquête uit 2000 zijn niet herhaald in 2005 en 2010, zoals de vraag naar informatiebronnen die bestuurders gebruiken. De uitkomsten werden weinig relevant bevonden voor de doelstellingen van dit onderzoek. Tegelijkertijd waren er goede redenen om de enquête met enkele vragen uit te breiden. In de enquête uit 2000 was rolinterpretatie bijvoorbeeld de enige variabele die informatie gaf over de maatschappelijke verwachtingen ten aanzien van bestuurders in relatie tot hun zelfbeeld. Rolinterpretatie weerspiegelt hoe zorgbestuurders maatschappelijke verwachtingen toepassen op de eigen situatie. Individuen creëren verschillende rollen voor zichzelf om zo duidelijk te maken welke positie zij innemen in de maatschappij. “*By playing roles the individual participates in a social world. By internalizing these roles, the same world becomes subjectively real for him*”, aldus Berger en Luckmann (1966 in Alvesson en Sköldbberg 2009). In de enquêtes uit 2005 en 2010 zijn de vragen naar de overtuigingen van bestuurders verder uitgebreid. Hierdoor laten de enquêtes uit deze jaren beter zien hoe maatschappelijke ontwikkelingen doorwerken in de functieopvatting en -uitoefening van zorgbestuurders. Er zijn ook andere onderwerpen toegevoegd, zoals de manier waarop bestuurders werken aan hun (professionele) vakontwikkeling en redenen voor hun lidmaatschap van de beroepsvereniging. Tot slot zijn in de enquête uit 2005 enkele open vragen toegevoegd, bijvoorbeeld over het imago van de organisatie en de bestuurder. Ook is gevraagd naar een ‘goed voorbeeld’, een collega-bestuurder van wie de respondent onder de indruk is. Niet alle vragen zijn ook gebruikt voor dit onderzoek. Sommige vragen waren toegevoegd met het oog op andere lopende onderzoeken binnen de sectie Health Care Governance van het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, andere bleken weinig informatief.

De onderzochte kenmerken zijn zeer divers. Kenmerken die samenhangen met de persoon van de bestuurder zijn bijvoorbeeld gevolgde opleiding en leeftijd. Kenmerken die samenhangen met de organisatie waar de bestuurder werkt zijn bijvoorbeeld omvang en organisatiestructuur. *Persoonskenmerken* geven informatie over de achtergrond van bestuurders en worden om die redenen achtergrondvariabelen genoemd. De *organisatorische kenmerken* geven informatie over de omstandigheden waarin bestuurders werken en worden om die reden contextvariabelen genoemd. Andere kenmerken betreffen de *functie* van bestuurders, zij bieden zicht op hoe bestuurders hun functie opvatten en – naar eigen zeggen – uitvoeren. Denk aan vragen over de rollen, managementstijl en tijdsbesteding. Deze variabelen worden functievariabelen genoemd.

De enquêtes zijn opgenomen in de [bijlagen 1, 2 en 3](#). De voor dit onderzoek gebruikte vragen zijn in de tabellen 3.1, 3.2 en 3.3 geclusterd naar type variabelen (achtergrondvariabelen, contextvariabelen, functievariabelen).

Tabel 3.1 Achtergrondvariabelen (persoonskenmerken)

Variabele	Enquêtevragen
Leeftijd	Leeftijd (jaren)
Geslacht	Geslacht (man/vrouw)
Opleiding	Initiële opleiding (opleidingsniveau, studierichting) Aanvullende (management)opleidingen en cursussen ¹ (type opleiding en cursus, aantal)
Werkervaring	Managementervaring (in jaren en aantal functies, met/zonder eindverantwoordelijkheid) Ervaring binnen/buiten de gezondheidszorg (verschillende sectoren van zorg)
Vakontwikkeling	Wijze van vakontwikkeling ² (diverse antwoordmogelijkheden) Raadgevers bij lastig managementvraagstuk ² (diverse antwoordmogelijkheden)

Achtergrondvariabelen hebben betrekking op de *persoon* van de bestuurder. Deze variabelen hebben met elkaar gemeen dat ze onveranderlijk en aantoonbaar zijn: de respondent is man of vrouw, is in een bepaald jaar geboren, is op een bepaalde manier opgeleid en heeft een specifieke carrière achter de rug. Gevolgde opleidingen en ervaringen in voorgaande functies hebben bestuurders mede gevormd tot wie zij nu zijn. Ze vertellen ons iets over de capaciteiten van zorgbestuurders: over welke kennis zij beschikken, welk type werkervaring zij hebben en hoe zij werken aan hun eigen vakontwikkeling.

Tabel 3.2 Contextvariabelen (organisatiekenmerken)

Variabele	Enquêtevragen
Sector	Type instelling (diverse antwoordmogelijkheden)
Schaal	Omvang (bedrijfsopbrengsten, medewerkers, professionals)
Inrichting topstructuur	Samenstelling raad van bestuur (aantal leden) Leidinggevende niveaus ² (aantal)
Organisatiestructuur	Inrichting organisatiestructuur (diverse antwoordmogelijkheden) Inbedding professionals (diverse antwoordmogelijkheden)
Organisatieveranderingen	Recentelijk doorgevoerde veranderingen ¹ (type verandering korter dan 5 jaar geleden) Veranderingen die nu gaande zijn ¹ (type verandering waaraan nu gewerkt wordt) Geplande veranderingen voor de nabije toekomst ¹ (type verandering binnen nu en 5 jaar).

Contextvariabelen hebben betrekking op de *organisatie* waarvoor de bestuurder werkt. Onderzochte variabelen hebben betrekking op omvang, structuren en projecten. Deze variabelen geven enerzijds informatie over de organisatorische context waarin bestuurders werken, anderzijds over hoe zorgbestuurders organisaties inrichten en

¹ Vraag uitgebreid in 2005.

² Vraag toegevoegd in 2005.

structureren. Zij zijn zowel instrumenten als uitkomsten van besturing. Bekend is dat veel van deze kenmerken sectorgebonden zijn (zie Putters 2001 en Van der Scheer 2007). De soort zorg, cliënten en professionals bepalen mede de inrichting van de organisatie. Schaal wordt ook grote impact toegedicht op de manier waarop organisaties ingericht en beleefd worden (Stoopendaal 2008).

Tabel 3.3 Functievariabelen (functiekenmerken)

Variabele	Enquêtevragen
Rolinterpretatie	Rolbelang (type rollen) Rolinvulling (type rollen) Invulling ondernemerschap ² (diverse antwoordmogelijkheden)
Functieopvatting	Waar bestuurders op afgerekend wensen te worden ² (diverse antwoordmogelijkheden) Effectiviteit van bestuur ² (diverse antwoordmogelijkheden) Leidinggeven aan professionals (diverse antwoordmogelijkheden) Deelname aan het maatschappelijke debat over de zorg ² (diverse antwoordmogelijkheden)
Functie-uitoefening	Tijdsbesteding (verdeling werkzaamheden gemiddelde werkweek naar interne vs. externe zaken, zorginhoudelijke vs. beheersmatige zaken, strategische vs. operationele zaken) Interne contacten (diverse antwoordmogelijkheden) Externe contacten (diverse antwoordmogelijkheden)

Variabelen met betrekking tot de *functie* van zorgbestuurders geven informatie over het handelen van zorgbestuurders en hun overwegingen daarbij. Ze geven ook een indruk van het krachtenveld waarin bestuurders opereren: de soort relaties die zij onderhouden, de invulling die zij geven aan nieuwe eisen en verwachtingen. Hoe zorgbestuurders hun rol interpreteren laat zien hoe zorgbestuurders maatschappelijke verwachtingen toepassen op de eigen situatie. Bij die rolinterpretatie wordt een onderscheid gemaakt naar zes bestuurlijke rollen. Vragen over de functieopvatting van bestuurders werpen licht op hun referentiekader: wat zij belangrijk vinden, waar zij op afgerekend wensen te worden en hoe zij daaraan invulling geven. Vragen naar de tijdsbesteding en relaties van bestuurders geven inzicht in de functie-uitoefening van bestuurders. Tijd is bovendien een goed vergelijkbare eenheid.

De enquête bestaat voornamelijk uit gesloten vragen, omdat reeds bekend werd verondersteld wat voor informatie nodig en te verwachten was. Het voordeel van gesloten vragen is dat de resultaten vaak minder afhankelijk zijn van toeval en dus een preciezer beeld geven (Baarda en De Goede 2006:182). Bij vragen waarvoor het lastig was tot een sluitende lijst van antwoordcategorieën te komen is ruimte gelaten om ‘anders, namelijk ...’ in te vullen. Ook is gebruikgemaakt van antwoordmogelijkheden waarbij de respondent op een vijfpuntenschaal kon aangeven hoe belangrijk een antwoord is. In sommige gevallen kon meer dan één antwoordmogelijkheid aangekruist worden.

De enquête is door zes bestuurders uit verschillende typen organisaties getest. Deze proefpersonen beoordeelden of de vragen duidelijk, zinvol en te beantwoorden waren en of zij onderwerpen misten. De ontwikkelde vragenlijst is hierop aangepast. Aan het einde van de enquête is de mogelijkheid geboden aanvullingen te doen en opmerkingen te maken. De gemaakte opmerkingen waren succeswensen of gingen over de omvang van de enquête, die sommigen als lang ervoeren. Eenmaal is de opmerking gemaakt dat de enquête gemakkelijker in te vullen zou zijn voor bestuurders van intramurale instellingen.

3.3.1.2 *Populatie, steekproef en respons*

De onderzoekspopulatie bestaat uit bestuurders van gezondheidszorgorganisaties ook wel zorgbestuurders genoemd. Met zorgbestuurders worden de *eindverantwoordelijke* bestuurders of directeuren van een gezondheidszorgorganisatie bedoeld. Een gebruikelijke indeling van sectoren is die naar ziekenhuiszorg (ZH), geestelijke gezondheidszorg (GGZ), gehandicaptenzorg (GHZ), verpleging- en verzorgingshuiszorg en thuiszorg (VVT). De laatste categorie wordt nog niet zo lang als een sector gezien. Tot medio 2006 werd veelal nog gesproken van ouderenzorg (verpleging- en verzorgingshuiszorg) en thuiszorg als aparte categorieën. Dit geeft wel aan dat zich ook binnen en tussen sectoren veranderingen voordoen. Van recente datum is de toename van het aantal gecombineerde instellingen die meerdere typen zorg leveren. Dit onderzoek toont aan dat er daarnaast een groeiende groep organisaties bestaat die om andere redenen moeilijk toe te wijzen zijn aan een van de genoemde sectoren. Daaronder zijn kleine, gespecialiseerde organisaties die voorheen deel uitmaakten van een groter geheel of pas recentelijk opgericht zijn, mogelijk gemaakt door de versoepelde regelgeving hieromtrent. De laatste twee groepen instellingen worden in dit onderzoek als aparte categorieën behandeld: de ‘gecombineerde organisatie’ en de ‘andersoortige organisatie’. Typisch voor gecombineerde organisaties is dat zij verschillende typen zorg combineren en dus sectoren overstijgen. Veelal is wel één soort zorg dominant. De categorie ‘anders’ betreft in feite een restgroep.

Tabel 3.4 Onderscheiden typen zorgorganisaties (sectoren)

Onderscheiden categorieën	Antwoordmogelijkheden enquête
Ziekenhuizen	Academisch ziekenhuis Algemeen ziekenhuis Categorieaal ziekenhuis
Organisatie voor GGZ	Organisatie voor geestelijke gezondheidszorg
Gehandicaptenzorg	Organisatie voor verstandelijk of lichamelijk gehandicapten
VVT	Thuiszorgorganisatie Verpleeghuis Verzorgingshuis
Combinatie van instellingen	Combinaties, anders dan bovenstaande
Anders	Anders, namelijk ...

Het steekproefkader werd bepaald door het lidmaatschap van de NVZD: de enquête is verstuurd naar alle leden van deze beroepsvereniging van bestuurders in de gezondheidszorg. Dit geldt voor de enquête uit 2000, 2005 en 2010.

Tabel 3.5 Respons, per jaar (percentage)

	2000	2005	2010
Steekproef (n)	891	727	702
Respons (aantal)	410	309	308
Respons (%)	46 %	43 %	44 %

Voor alle drie de jaren van onderzoek geldt dat de respons ruim voldoende is om een 95% betrouwbaarheidsinterval, met een nauwkeurigheid van 5%, te bereiken in het onderzoek (Korzilius 2000).

De respons ten opzichte van de gehele zorgsector was lastig vast te stellen. Informatie over de dekkingsgraad van het lidmaatschap van de NVZD (het aandeel van alle bestuurders van zorginstellingen dat lid is van de vereniging) was in 2000 niet voorhanden. In 2005 is de dekkingsgraad onderzocht door websites van zorginstellingen handmatig te doorzoeken op het aantal leden van de raad van bestuur. De telling vond enige maanden na het uitzetten van de enquête plaats. De uitkomst was dat circa 40% van alle bestuurders van zorginstellingen in 2005 lid was van de NVZD. Dit zou betekenen dat in 2005 17% van alle bestuurders in de gezondheidszorg heeft deelgenomen aan het onderzoek. Enkele maanden na het onderzoek uit 2010 is door de NVZD op een vergelijkbare wijze de dekkingsgraad berekend. Daaruit bleek dat op dat moment circa 60% van alle bestuurders in de zorg lid waren van de NVZD. Dit betekent dat in 2010 27% van de bestuurders in de gezondheidszorg deelnam aan het onderzoek³.

Om statistische analysemethodes te kunnen gebruiken moeten we kunnen spreken van een representatieve steekproef. Hiervoor is het van belang dat de leden van de NVZD in *kwalitatieve* zin representatief zijn voor alle bestuurders van gezondheidszorgorganisaties. De NVZD meldt dat vooral bestuurders van grotere instellingen lid zijn. Voor VVT-organisaties geldt dat vooral bestuurders van grote – vaak gefuseerde – organisaties (combinatie verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg, thuiszorg) lid zijn van de NVZD. Bestuurders van kleinere enkelvoudige organisaties voor verpleging en verzorging zijn tot 2008 vooral lid van de VDZ, de beroepsorganisatie voor directies in de

3 Beide uitkomsten zijn ruim voldoende om te kunnen spreken over een 90% betrouwbaarheidsinterval. Bij een betrouwbaarheidsinterval van 90% zou de respons minimaal $n=273$ moeten zijn. Voor de berekening is de volgende formule gebruikt: $n = ((z^2 * 50^2) / a^2)$, waarbij z staat voor de z -waarde van een 90% betrouwbaarheidsinterval (tweezijdig, $z=1.65$), 50 staat voor het percentage waarbij de waarde de grootste afwijking kan vertonen (dit is een gegeven), en a staat voor het percentage van foute schatting, hier 5%.

ouderenzorgsector (voorheen VBD). Dit kan een mogelijke bias geven in het onderzoek. In 2008 heeft de VDZ zichzelf opgeheven. Door fusies in de ouderenzorg was het aantal leden van VDZ Nederland sterk afgenomen, waardoor de continuïteit van de vereniging in gevaar kwam (www.vdznederland.nl). Daar waar mogelijk is ook een controle uitgevoerd op grond van bestaande databronnen. Zo is de samenstelling van de groep respondenten naast die van de ledenlijst van de NVZD gelegd en naast gegevens van Prismant. Organisatiekenmerken zijn waar mogelijk vergeleken met gegevens die het CBS jaarlijks verzamelt. Er werden geen afwijkingen gevonden.

Tabel 3.6 Respons naar type zorgorganisatie, per jaar (aantal en percentage).

	n			%		
	2000	2005	2010	2000	2005	2010
ZKH	87	68	60	21%	22%	20%
GGZ	48	59	41	12%	19%	13%
GHZ	68	56	44	16%	18%	14%
VVT	138	93	89	34%	30%	29%
Combi	49	24	38	12%	8%	12%
Anders	20	9	36	5%	3%	12%
Totaal	410	309	308	100%	100%	100%

Nemen we de spreiding van de respondenten naar type zorgorganisatie in ogenschouw, dan zien we een stijging van het aantal bestuurders van andersoortige organisaties die meedoen aan het onderzoek. Ook uit de ledenlijst van de NVZD blijkt deze toename. Zo zijn er meer directeuren/bestuurders vanuit de eerste lijn lid geworden van de NVZD. Oorzaak hiervan is dat sinds 2000 zorgverleners in de eerste lijn meer in organisatorisch verband zijn gaan samenwerken. De directeuren/bestuurders van deze centra zijn ook zorgbestuurders en zij hebben zich als lid aangemeld bij de NVZD. Daarnaast is er een groeiende groep gespecialiseerde centra (denk aan zelfstandige laboratoria en diagnostische centra) en is het aantal leden uit de jeugdzorg toegenomen.

Tabel 3.7 Samenstelling categorie 'Anders' (2000, 2005, 2010)

Soort organisatie	2000	2005	2010
Kankercentrum	3	2	4
Kwaliteitsinstituut	1	0	0
Laboratorium	1	1	3
Jeugdzorg/opvoedhulp	2	4	8
Woon- en voorzieningencentrum	2	0	0
Bloedbank	1	1	0
Radiotherapeutisch instituut	1	1	1
Verslavingszorg	1	0	0

>>

>> Soort organisatie	2000	2005	2010
Gezondheidscentrum	0	0	4
Diagnostisch centrum	0	0	2
Huisartsenpost	0	0	10
Maatschappelijke opvang	0	0	2
Ziekenvervoer	0	0	1
Leverancier hulpmiddelen	0	0	1
Overig	8	0	0

Uit de ledenlijst van de NVZD blijkt dat de meerderheid van de gecombineerde organisaties een combinatie van VVT en ziekenhuiszorg is of een combinatie van VVT en gehandicaptenzorg.

De toename van het aantal andersoortige en gecombineerde organisaties wijst op een proliferatie van het begrip zorgorganisatie. Dientengevolge is ook 'zorgbestuurder' een ruim begrip geworden dat betrekking kan hebben op mensen die leidinggeven aan heel verschillende organisaties.

3.3.1.3 Data-analyse

De enquêtes zijn ingescand en verwerkt in het statistische programma SPSS. Met behulp van dit programma zijn de data geanalyseerd.

Frequentieberekeningen zijn gemaakt om te kijken hoe vaak en in welke mate bepaalde variabelen voorkomen op zowel nominaal als ordinaal niveau. Voor de longitudinale vergelijkingen (tussen de uitkomsten van de enquête uit 2000 en 2005 en tussen die van 2005 en 2010) is, afhankelijk van het meetniveau, gebruikgemaakt van verschillende toetsen. De toetsen zijn geschikt voor gebruik bij ongepaarde steekproeven waarbij de verdeling van de uitkomsten niet normaal verdeeld is. Alleen voor de continue variabelen (leeftijd, aantal jaren managementervaring en tijdsbesteding) is uitgerekend of de uitkomsten normaal verdeeld zijn. Hiervoor zijn de scheefheid⁴ en de gepiekttheid (kurtosis)⁵ berekend en beoordeeld. Alleen waar beide uitkomsten tussen de -1 en 1 liggen is ervan uitgegaan dat de verdeling normaal is. Dit is het geval voor de variabelen leeftijd, aantal jaren managementervaring en de tijdsverdeling naar interne versus externe contacten, zorginhoudelijke versus beheersmatige

- 4 Een links-scheve verdeling heeft een negatieve waarde, een rechts-scheve verdeling heeft een positieve waarde. Ligt het gemiddelde precies in het midden dan is de waarde van de scheefheid nul.
- 5 Bij kurtosis gaat men na of de verdeling een scherpe top heeft dan wel nogal vlak is. Is er sprake van een normaalverdeling dan heeft de kurtosis bij deze formule een waarde van nul en dit kan geïnterpreteerd worden als overeenkomstig de normaalverdeling. Een negatieve uitkomst staat voor een vlakkere verdeling en een positieve uitkomst voor een scherpere.

kwesties en strategische versus operationele zaken. De preciezere tijdsbesteding in uren (naar soorten contacten) is niet-normaal verdeeld, het aantal managementfuncties evenmin.

Toetsen:

- Er is gebruikgemaakt van de Chi-kwadraattoets als beide variabelen nominaal (of dichotoom) zijn.
- Er is gebruikgemaakt van de Mann-Whitneytoets indien de splitsingsvariabelen een nominaal meetniveau hebben en de testvariabelen een ordinaal meetniveau.
- Er is gebruikgemaakt van de One-way ANOVA (voor twee groepen gelijk aan de t-test) wanneer de testvariabele continu is en de steekproef normaal verdeeld.

Voor de vergelijking van verschillende groepen binnen een steekproef (bijvoorbeeld man/vrouw, leeftijdsklassen, studierichting), in hetzelfde jaar van onderzoek, zijn dezelfde toetsen gebruikt als bij de longitudinale vergelijking. Aanvullend zijn nog de volgende toetsen gebruikt:

- Er is gebruikgemaakt van de Mann-Whitneytoets bij twee groepen (bijvoorbeeld man/vrouw) en als de testvariabele continu is.
- Er is gebruikgemaakt van de Kruskal-Wallistoets bij drie ongelijke groepen (bijvoorbeeld leeftijdsklassen) en als de testvariabele continu is.
- Bij gepaarde groepen (bijvoorbeeld rolbelang en rolinvulling) is gebruikgemaakt van de Friedmantoets.

De samenhang tussen twee variabelen (binnen een steekproef, zelfde jaar van onderzoek) is op verschillende manieren getoetst. Afhankelijk van het meetniveau van de variabelen zijn de volgende associatiematen gebruikt.

Tabel 3.8 Overzicht van de meest gebruikte maten voor samenhang

Variabele X	Variabele Y	Associatiemaat
Nominaal/Dichotoom	Numeriek (Interval/Ratio)	Point-Biserial (r_{bis})
Nominaal	Ordinaal	Cramer's V (V)
Nominaal	Nominaal/Dichotoom	Cramer's V (V)
Dichotoom	Dichotoom	Phi (ϕ)
Ordinaal	Numeriek	Spearman (r_s)
Ordinaal	Ordinaal	Spearman (r_s)
Numeriek	Numeriek	Pearson (pmcc) r_{xy}

De samenhang tussen ordinale en nominale variabelen is moeilijk te toetsen met correlaties. De ordinale variabelen kunnen gezien worden als een nominale variabele. Ordinale variabelen met antwoordmogelijkheden 1, 2 of 3 zijn bijvoorbeeld opgesplitst naar 0/1 vragen waardoor het meetniveau nominaal wordt.

Voor de interpretatie is gebruikgemaakt van onderstaande tabel uit Kurtz (1999:282).

Tabel 3.9 Interpretatie van de sterkte van een verband

waarde	Mate van samenhang
0,75 tot 1,00	Zeer hoog positief
0,50 tot 0,74	Hoog positief
0,25 tot 0,49	Gemiddeld positief
0,00 tot 0,24	Laag positief
-0,24 tot 0,00	Laag negatief
-0,49 tot -0,25	Gemiddeld negatief
-0,74 tot -0,50	Hoog negatief
-1,00 tot -0,75	Zeer hoog negatief

De waarde van r (associatiemaat in geval van Spearman's correlatiecoëfficiënt en Pearson's correlatiecoëfficiënt) kan tussen -1 en 1 liggen, maar komt zelden boven de 0,70. De waarde van ϕ (Phi-coëfficiënt) kan tussen de -1 en 1 liggen. De waarde van V (Cramer's V) kan alleen positief zijn (0 tot 1) en geeft geen richting aan.

3.3.1.4 Presentatie van de uitkomsten

In de tabellen in de hoofdstukken 6 en 7 worden telkens de gemiddelde uitkomsten gepresenteerd waarbij door een uitkomst te onderstrepen en **vet** te maken is aangegeven of het verschil tussen de jaren of groepen significant is. In de tabelkop staat kort omschreven wat gemeten is en hoe. Door middel van een voetnoot in de tekst wordt verwezen naar de associatiemaat. In de bijlagen bij de hoofdstukken zijn de uitgebreide tabellen opgenomen, veelal opgesplitst naar sector. Opnieuw zijn significante uitkomsten herkenbaar aangegeven door ze te onderstrepen en vet te maken. Indien er sprake is van een samenhang tussen variabelen is dit op eenzelfde manier aangegeven (onderstreept en vet).

3.3.2 Bronnenonderzoek

3.3.2.1 Bronnen, vindplaatsen en zoektermen

In het bronnenonderzoek worden de ontwikkelingen in de zorg van 2000 tot en met 2010 beschreven en de implicaties daarvan voor bestuurders van zorginstellingen. Dit gebeurt vanuit twee perspectieven, passend bij de overtuiging dat een 'objectieve' weergave van ontwikkelingen en gebeurtenissen niet bestaat. Er zijn meerdere interpretaties van de werkelijkheid mogelijk die elk op eigen wijze beïnvloed worden door en van invloed zijn op de werkelijkheid zoals zorgbestuurders die zien.

De twee onderscheiden perspectieven zijn die van 'overheid en politiek' en die van 'de beroepsvereniging'. Beide perspectieven zijn relevant. De overheid is van oudsher

een van de meest dominante governing agents in de zorg (zie ook hoofdstuk 2). Onder 'de politiek' worden hier bewindspersonen en parlementariërs verstaan: degenen die beslissen over het overheidsbeleid op het gebied van de gezondheidszorg. De overheid is verantwoordelijk voor kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg. De politiek gaat over de vormgeving van deze verantwoordelijkheid en heeft zo zeggenschap over belangrijke randvoorwaarden waarmee bestuurders te maken hebben. Onder 'de beroepsvereniging' wordt het bestuur van de NVZD verstaan, in wisselwerking met de leden. Doelstelling van de NVZD is enerzijds belangenbehartiging, anderzijds bevordering van de kwaliteit van de functie-uitoefening van haar leden (statuten NVZD). De manier waarop politici tegen de zorg en de positie van zorgbestuurders aankijken, is een blik 'van buiten'. Het perspectief van de politiek is onlosmakelijk verbonden met beleid, wet- en regelgeving, maar wordt ook gekleurd door partijpolitieke standpunten en voorkeuren van kiezers. Het perspectief van de beroepsvereniging biedt een blik 'van binnenuit' op het besturen van de zorg. Het weerspiegelt de manier waarop de vereniging van bestuurders ontwikkelingen in de zorg waarneemt en zichzelf daartoe verhoudt. Het perspectief is onlosmakelijk verbonden met de ervaringen van leden in de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg en hun opvattingen over de beste strategie om hun belangen te dienen.

Dit levert twee reconstructies op van de perspectieven van de politiek en de beroepsvereniging op de ontwikkeling van het governanceregime van de zorg en (de bijdrage) van zorgbestuurders. Het zijn twee verschillende 'verhalen' (accounts of reality). Het verhaal van de overheid en politiek gaat over de hervormingen die de overheid doorvoert in de periode 2000 tot en met 2010, de intenties van het beleid en de manier waarop de politiek hier in de praktijk mee omgaat. Het gaat ook over de kijk van politici op de functie en het functioneren van zorgbestuurders. Het verhaal van de beroepsvereniging gaat over de ontwikkelingen die zich binnen de NVZD voltrekken en de manier waarop de vereniging het veranderende overheidsbeleid en politieke klimaat interpreteert en probeert te beïnvloeden.

De verhalen zijn niet per se eenduidig. Naast de formele visie die in beleidsplannen en jaarverslagen uitgedragen wordt, bestaan ze ook uit de discussies die eraan voorafgaan, in de Kamer, in het bestuur of in de ledenvergadering. Deze praktijken geven het governanceregime van de zorg mede vorm en inhoud. De verhalen gaan daarmee ook over twee soorten praktijken: die van de politiek en die van de beroepsvereniging. Onderdeel van deze praktijken zijn discussies over hoe ontwikkelingen begrepen en verklaard moeten worden en hoe zich daartoe te verhouden. Het eigen verhaal is zowel resultaat als onderwerp van die discussies. In het ene geval gaat het om een politiek debat, tussen parlementariërs (onderling) en bewindspersonen, waarvan openbaar verslag wordt gedaan in Kamerverslagen. In het andere geval is het een collegiaal debat, tussen beroepsgenoten, dat grotendeels plaatsvindt in de

beslotenheid van de vereniging. Verslagen van bestuurs- en ledenvergaderingen geven hiervan een indruk.

Beide verhalen, dat van overheid en politiek en dat van de beroepsvereniging, staan niet los van elkaar. Bewindspersonen, parlementariërs en bestuurders beïnvloeden elkaar ook. Politici stellen specifieke praktijksituaties ten voorbeeld of bekritisieren die. Veranderend overheidsbeleid heeft consequenties voor de bestuurspraktijk en bepaalt mede de agenda van de beroepsvereniging van bestuurders. Bestuurders en politici ontmoeten elkaar in de voorbereiding van beleid, wet- en regelgeving, in denktanks, bij de totstandkoming van adviezen, bij de uitvoering van projecten. Soms sluiten ze convenanten met elkaar. Ook de media hebben een rol in de onderlinge interactie. Beide partijen gebruiken de media en worden erdoor beïnvloed. Zo is menig Kamervraag te danken aan een verontrustend krantenartikel of nieuwsprogramma. Een uitgebreide analyse van de impact van de media op het veranderende governance regime van de zorg valt echter buiten de scope van dit onderzoek.

Bronnenonderzoek baseert zich op bestaand materiaal. In dit geval is uitsluitend gebruikgemaakt van directe bronnen: documenten zoals jaarverslagen, visienota's en gespreksverslagen (Swanbron 1987:214-220). Passend bij beschrijvend, exploratief onderzoek was vooraf niet precies bekend welke informatie gezocht werd. Toch was er wel sprake van een afbakening.

Voor het politieke perspectief zijn bestudeerd:

- alle beschikbare jaarverslagen (11) van VWS voor de periode 2000 tot en met 2010;
- alle regeerakkoorden (5) betrekking hebbend op de periode 2000 tot en met 2010;
- relevante visiedocumenten en nota's (ruim 20) waarnaar in de jaarplannen/-verslagen verwezen wordt;
- relevante Kamerstukken, vragen en antwoorden (ruim 200).

De afbakening van de laatste twee categorieën documenten werd ingegeven door de gehanteerde zoektermen (zie onder) en een verzadiging van gegevens: er werden geen nieuwe inzichten meer verworven.

Voor een verslag van het politieke debat zijn vele verslagen van de Tweede en Eerste Kamer (Kamerstukken, vragen en antwoorden) bestudeerd. Hierbij is onder meer gebruikgemaakt van de websites www.parlis.nl. Op deze onafhankelijke site kunnen alle Kamervragen en Kamerstukken geraadpleegd worden. Per jaar en per stuk wordt een korte beschrijving gegeven van het betreffende document. Er kan gezocht worden op rubriek en met behulp van zoektermen. Voor de periode 2000 tot en met 2010 zijn binnen de rubriek Gezondheidszorg al die stukken geselecteerd die – voor zover was op te maken uit de korte beschrijving van het betreffende stuk – als onderwerp hadden:

- (health care) governance;
- bestuur en/of management;

- bestuurders en/of managers;
- een individuele zorgorganisatie.

Aanvullend zijn de websites www.rijksoverheid.nl en www.tweedekamer.nl geraadpleegd. Dit heeft geresulteerd in een selectie van ruim tweehonderd stukken, bestaande uit Kamervragen met antwoorden, verslagen van Algemeen Overleg van de minister en staatssecretaris met de Vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport en brieven van de minister of staatssecretaris aan de Kamer.

Voor het perspectief van de beroepsvereniging zijn uit de periode 2000 tot en met 2010 bestudeerd alle beschikbare:

- jaarverslagen (9) van de NVZD;
- beleidsplannen (3) van de NVZD;
- rapporten en publicaties (5) die onder auspiciën van de NVZD tot stand zijn gekomen;
- verslagen van bestuurs- en ledenvergaderingen (ruim 25) en congressen (7) van de NVZD uit die periode;
- statuten en reglementen.

3.3.2.2 *Data-analyse*

De geraadpleegde documenten worden benut om een beschrijving te geven van de beleidsmatige ontwikkelingen in de zorg in de periode 2000 tot en met 2010 en de opstelling van de beroepsvereniging.

De documenten zijn hiertoe bestudeerd op:

- doelstellingen, ondernomen maatregelen (acties) en motieven daarvoor;
- de problemen en dilemma's die partijen ervaren en de manier waarop zij daarmee omgaan;
- de oplossingsrichtingen en argumenten die partijen hanteren ter verklaring van het eigen handelen/het gevoerde beleid.

Tezamen geven zij een goed beeld van de wijze waarop verschillende partijen de ontwikkelingen in het governanceregime van de zorg, waaronder de bijdrage van zorgbestuurders, ervaren en interpreteren.

3.3.3 *Mogelijkheden en beperkingen van de gekozen methoden*

De verschillende onderzoeksmethoden hebben zo hun eigen mogelijkheden en beperkingen. Enquêteonderzoek biedt, zoals gezegd, de mogelijkheid om een groot aantal kenmerken tegelijkertijd te inventariseren. Het accent ligt over het algemeen op wat respondenten gemeen hebben en op gemiddelde uitkomsten. Zo ook in dit onderzoek. Een nadeel is dat daardoor verschillen tussen individuele respondenten minder opvallen en daardoor minder aandacht krijgen. Dat was dan ook niet de doelstelling van het onderzoek. De bedoeling was een gefundeerd inzicht te bieden in

ontwikkelingen in het governanceregime en de bijdrage van zorgbestuurders daaraan. Het longitudinale perspectief stond daarbij centraal. Door de combinatie van longitudinaal en cross-sectioneel onderzoek kon ook recht worden gedaan aan verschillen tussen groepen van respondenten

De uitkomsten van enquêteonderzoek worden verklaard door verbanden te leggen tussen variabelen. Voordeel hiervan is dat de onderzoeker een betere controle heeft over de verzamelde informatie. De onderzoeker kan gericht vragen naar datgene wat nodig is voor het onderzoek en versturende factoren uitsluiten. Nadeel is dat de kenmerken vooraf gegeven zijn. De onderzoeker heeft eerst zelf mogelijke antwoordcategorieën gedefinieerd en daarmee ook de mogelijke verklaringen. De informatie is 'uitgelokt'. Dit is weliswaar gebeurd op basis van de vraagstelling, literatuuronderzoek en gesprekken met deskundigen en representanten van de doelgroep, maar het vraagt altijd keuzes, er is altijd een bias.

Een ander voordeel van enquêteonderzoek is dat het goed herhaalbaar is, waardoor het mogelijk is ontwikkelingen in de tijd op te sporen. Nadeel is dat de vraag- en antwoordcategorieën, omwille van de vergelijkbaarheid, niet mee kunnen ontwikkelen met de veranderde omstandigheden. Het eerste onderzoek vond plaats in 2000. Gezien de ontwikkelingen in de zorg is het goed voorstelbaar dat voor andere antwoordcategorieën zou zijn gekozen als dezelfde enquête in 2005 of 2010 was opgesteld. Precies om deze reden zijn er in 2005 enkele aanpassingen gedaan en zijn er ook enkele vragen toegevoegd (en weggelaten). Dit leverde enerzijds nieuwe, actuele inzichten op over dat specifieke jaar van onderzoek, anderzijds frustreerde het op onderdelen de vergelijking met de uitkomsten uit 2000. Om die reden zijn in 2010 geen nieuwe aanpassingen gedaan.

Enquêteonderzoek betreft bijna altijd een zelfrapportage. Informatiebron zijn de respondenten zelf die rapporteren over eigen handelen, organisatie- en persoonskenmerken. Het is goed mogelijk dat respondenten in de beantwoording van de vragen anticiperen op wat zij als sociaal wenselijk veronderstellen. Voor een deel van de vragen is dit geen probleem. Zij zijn bedoeld om inzicht te verkrijgen in hoe zorgbestuurders maatschappelijke verwachtingen toepassen op de eigen situatie. Denk aan de vragen naar rolbeleving en functieopvatting en -uitoefening. Hun interpretatie van de eigen situatie toont ons welke positie zij wensen in te nemen en hoe zij verschillende verwachtingen trachten te combineren. Voor andere vragen geldt dat bij de analyse rekening moet worden gehouden met de sociale wenselijkheid van antwoorden. Om een accurate weergave te bevorderen zijn de vragen zo neutraal mogelijk geformuleerd. Daar waar mogelijk is een controle uitgevoerd op grond van bestaande databronnen. Er werden geen afwijkingen gevonden. Ook de deelname van bestuurders uit verschillende sectoren komt goed overeen met het totaal aantal bestuurders in de verschillende sectoren van zorg.

Het bronnenonderzoek kent andere mogelijkheden en beperkingen. Gebruikt zijn zowel directe bronnen, zoals verslagen van vergaderingen en debatten, als indirecte bronnen, zoals beleidsnota's en jaarverslagen. Deze moet de onderzoeker nemen zoals ze zijn. Onderzoekers kunnen de verschijnselen niet beïnvloeden. Wel selecteren zij. Elk bronnenonderzoek begint met een keuze van het te gebruiken materiaal en een afbakening naar aantal en soort documenten, vindplaats en zoekcriteria. Voor de interpretatie van de bronnen is de onderzoeker voor een groot deel aangewezen op haar of zijn eigen voorkennis en de vooraf gemaakte ordening op grond van bestaande inzichten en theorieën over het onderzochte verschijnsel. Het doel is de situatie – de context en de leefwereld van de onderzochten zelf – zo goed mogelijk te begrijpen. Dat neemt niet weg dat er verschillende interpretaties mogelijk zijn. De onderzoeker probeert verschillende interpretaties uit, tot zij of hij het gevoel heeft voldoende inzichten te hebben verworven om de situatie te begrijpen. Desondanks blijven er altijd andere interpretaties mogelijk. Het is aan de onderzoeker de gemaakte interpretatie zo goed mogelijk te onderbouwen.

3.4 BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT

Er is in dit onderzoek zowel sprake van methodologische als methodische triangulatie, wat een schat aan informatie biedt over ontwikkelingen in de zorgsector en de praktijken van zorgbestuurders in de periode 2000 tot en met 2010. Hoewel het perspectief van de zorgbestuurder centraal staat worden meerdere perspectieven betrokken in het onderzoek. De verschillende methoden van onderzoek hebben gemeen dat bij beide de onderzoeker op enige afstand blijft van de praktijk. Het helpt om als onderzoeker de benodigde afstand te bewaren ten opzichte van de doelgroep. De combinatie van methoden en theorieën helpt de onderzoeker bovendien in de empirie noch in de theorie eenzijdig verstrikt te raken, maar het heft zelf in handen te houden. Hierdoor kan zowel *undersocialization* als *oversocialization* voorkomen worden. Het eerste dreigt indien te veel afstand wordt gehouden tot de *constructing subjects*, waardoor onderzoekers te veel waarde hechten aan de empirische uitkomsten van het onderzoek en hun eigen interpretaties. In het tweede geval bestaat het gevaar dat zij alle bevindingen reduceren tot een sociale constructie en vastlopen in hun eigen relativeringen van de onderzoeksuitkomsten. De truc, zo betogen Alvesson en Sköldberg, is om onderzoeksmethoden af te wisselen en naast een gerichte zoektocht naar literatuur ook te durven uitwaaieren (Alvesson en Sköldberg 2009).

Enquêteonderzoek wordt over het algemeen gekenmerkt door een hoge externe validiteit. De uitkomsten zijn – afhankelijk van de omvang van de steekproef – goed generaliseerbaar (Baarda en De Goede 2006). Het wil niet zeggen dat de uitkomsten per se eenduidig zijn. Bestuurders en organisaties zijn meervoudige fenomenen. Zij kunnen op vele punten verschillen, waardoor het lastig is om te spreken van *de* functieopvatting en -uitoefening van *de* bestuurder (Noordegraaf en Meurs 2000). Dat is dan ook niet de doelstelling van het enquêteonderzoek. Het is de bedoeling een

beschrijving te geven van de *ontwikkelingen* in de functieopvatting en -uitoefening van zorgbestuurders. Doordat de vragen en antwoordcategorieën voornamelijk kwalitatief van aard zijn kunnen er interpretatieverschillen optreden. Het gevaar bestaat, zo luidt de kritiek, dat er vooral inzicht wordt gegeven in het 'aankruisgedrag' van de respondenten in plaats van in het werkelijke denken en handelen van respondenten. Dit is getracht te voorkomen door de vragen en antwoordcategorieën vooraf te toetsen in gesprekken met bestuurders. In sommige gevallen wordt naast een typologische indeling ook een omschrijving gegeven. Tot slot zijn opgedane inzichten 'gescherpt' in interviews en groeps gesprekken met bestuurders, methoden die op dit punt 'betrouwbaarder' zijn. Bij de interpretatie van de toetsuitkomsten is uitgegaan van een 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit houdt in dat er bij elke vraag een kans van 5% bestaat dat de gevonden verschillen op toeval berusten. Om fouten van de tweede soort (= de nulhypothese wordt ten onrechte niet verworpen) te voorkomen is per tabel bekeken of de gevonden significante verschillen binnen deze groep van 5% vallen. Een voorbeeld: een tabel bestaat uit veertig uitkomsten (vijf splitsingsvariabelen en acht testvariabelen) en na toetsing blijkt er sprake te zijn van één significant verschil. Vijf procent van veertig is twee. Dit betekent dat er minimaal twee significante verschillen in de tabel gevonden dienen te worden om er zeker van te zijn dat de verschillen niet berusten op toeval.

Het bronnenonderzoek is gebaseerd op directe bronnen. Het betreft gedrag dat is neergeslagen in documenten zoals jaarverslagen, visienota's en gespreksverslagen (Swanbron 1987:214-220). Voordeel hiervan is dat de data niet meer beïnvloed kunnen worden door de aanwezigheid van de onderzoeker zelf. Nadeel is dat er interpretatieverschillen kunnen optreden. Gedane interpretaties zullen goed onderbouwd moeten worden. De selectie van bronnen is een ander precair punt. Bij gestructureerde informatieverzameling is vooraf precies bekend welke informatie je wilt verzamelen. In geval van beschrijvend, exploratief onderzoek is dit niet het geval. Er zijn wel zoek- en selectiecriteria geformuleerd, maar er is geen sprake van een strikte afbakening. De afbakening bestaat veeleer uit een gevoel van verzadiging: er worden geen nieuwe inzichten meer verworven.

3.5 CONCLUSIES

In dit onderzoek is gekozen voor een combinatie van onderzoeksmethoden die voortkomen uit verschillende onderzoekstradities. Beide typen onderzoek waren van belang om de centrale onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Door bronnenonderzoek wordt inzichtelijk gemaakt hoe het veranderende governanceregime en de bijdrage van zorgbestuurders daaraan verschillend wordt waargenomen en gewaardeerd. Door enquêteonderzoek wordt inzichtelijk hoe de overtuigingen en activiteiten van bestuurders zelf zijn veranderd in deze periode en welke veranderingen in zorgorganisaties plaatsvonden.

Zorgbestuurders (als groep) zijn nog niet eerder over zo'n lange periode gevolgd in hun ontwikkeling. Het longitudinale karakter geeft een uniek inzicht in de verandering van zorgbestuurders als groep. Dankzij het meerjarenperspectief kunnen bovendien geleidelijke, stapsgewijze, veranderingen zichtbaar gemaakt worden in de overtuigingen en activiteiten van agents. Inzichtelijk wordt hoe sommige kwesties geleidelijk opkomen en weer verdwijnen terwijl andere continu de aandacht vragen, en welke krachten en machten daarin een rol spelen. Door het cross-sectionele aspect kunnen ook verschillen tussen groepen (binnen een jaar van onderzoek) onderzocht worden. Zo kan inzicht geboden worden in sectorale ontwikkelingen, als ook in de relatie tussen persoons-, functie- en organisatiekenmerken. In de komende hoofdstukken zal blijken hoezeer de verschillende ontwikkelingen met elkaar verweven zijn. En hoezeer zorgbestuurders verankerd in en soms vergroeid zijn met de zorg, een specifieke sector of zelfs organisatie.

4 De politieke arena

4.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk worden de ontwikkelingen in het governanceregime en de bijdrage van zorgbestuurders daaraan beschreven vanuit het perspectief van de landelijke overheid en de politiek. De wijze waarop bewindspersonen en parlementariërs ontwikkelingen in de zorg en de bijdrage van zorgbestuurders waarnemen is een blik ‘van buitenaf’. Het perspectief van de politiek is onlosmakelijk verbonden met het vigerende beleid, wet- en regelgeving, maar wordt ook gekleurd door partijpolitieke standpunten en voorkeuren van kiezers. Locatie van handelen is Den Haag. Onderzocht wordt hoe daar – in de politieke arena – wordt gesproken en gedacht over zorgbestuurders in relatie tot de ontwikkelingen in het governanceregime. De bestudeerde documenten zijn jaarverslagen, regeerakkoorden, beleidsplannen, visienota’s en Kamerverslagen. Een volledige beschrijving is te vinden in hoofdstuk 3.

In paragraaf 4.2 wordt geschetst hoe de politieke agenda met betrekking tot de zorg verandert in de periode 2000 tot en met 2010. De paragrafen 4.3 tot en met 4.5 gaan over de ontwikkelingen in het overheidsbeleid en het politieke debat over de besturing van de zorg, met name waar het gaat over zorgbestuurders. In de slotparagraaf 4.6 wordt een antwoord gegeven op de vraag hoe spelers in de politieke arena omgaan met, en invloed uitoefenen op, het veranderende governanceregime van de zorg en de bijdrage van zorgbestuurders daaraan.

4.2 EEN NIEUWE BESTUURLIJKE AANPAK VAN DE ZORG

Het regeerakkoord van het kabinet-Kok II (1998-2002) stelt dat er een permanente spanning is tussen een stijgende vraag naar gezondheidszorg en de noodzaak van een beheerste ontwikkeling van de kosten. Deze spanning zet druk op de uitgangspunten van het overheidsbeleid: algemene toegankelijkheid, betaalbaarheid, gelijke behandeling en solidariteit. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid heeft dit thema mede op de agenda gezet (WRR 1997). Het zal op de agenda blijven, ook onder de daarop volgende kabinetten (Balkenende I, II, III en IV). In regeerakkoorden, visiedocumenten en jaarverslagen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wordt telkens geschetst hoe demografische en technologische ontwikkelingen de kosten van de zorg opdrijven. De kostenstijging, samen met de (dreigende) krapte op de arbeidsmarkt, brengt de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg in gevaar, zo luidt

de terugkerende waarschuwing¹. Verschillende adviesorganen dragen bij aan de analyse van de geschetste problematiek. Van grote invloed is het advies van de Sociaal-Economische Raad (SER) uit 2000. Daarin wordt de noodzaak uiteengezet tot modernisering van de AWBZ, de invoering van een algemene zorgverzekering en de overgang naar een model van vraagsturing, concurrentie en marktwerking. Het advies ondersteunt het reeds in gang gezette beleid van het kabinet-Kok II gericht op een “*nieuwe bestuurlijke aanpak van de zorg*” (TK 1997-1998, 26 024, nr.10:8) door herstructurering van het verzekeringsstelsel en de introductie van marktprikkels. In het nieuwe bestuursmodel moeten zorgorganisaties en zorgverzekeraars gaan functioneren als maatschappelijke ondernemingen (TK 1997-1998, 26 024, nr.10:8). Het is onder meer de bedoeling dat zij creatiever inspelen op de wensen en verlangens van cliënten (TK 2000-2001, 27 700, nr.40). Het accent van de sturing ligt tot op dat moment nog voornamelijk op de ‘aanbodkant’: bepaling van de omvang van het aanbod en de hoogte van tarieven en budgetten. Dit ondanks jarenlange deliberatie over marktwerking. De term marktwerking ligt gevoelig, zeker bij de achterban van het PvdA. Men wil de discussie over marktwerking niet overdoen en het kabinet Kok II spreekt daarom liever van modernisering van het zorgstelsel van een centraal, aanbodgestuurd stelsel naar een decentraal, vraaggericht stelsel (TK 2000-2001, 27 700, nr.40; TK 2001-2002, 28 380, nr.38).

In de periode die dit onderzoek beslaat (2000 tot en met 2010) wordt op verschillende manieren gewerkt aan de genoemde bestuurlijke vernieuwing van de zorg. Onder het kabinet-Kok II (1998-2002) gebeurt dit zoals gezegd onder de noemer van ‘modernisering’. De kabinetten-Balkenende I, II en III (2002 t/m 2007) voeren een meer neoliberal beleid gericht op prestatieverbetering en concurrentievergroting. Er mag onder deze kabinetten ook weer gesproken worden over marktwerking. Onder Balkenende IV, wanneer PvdA en CU mee gaan regeren (2007-2010), komt de verantwoordingskant centraal te staan. Het centrale thema is ‘ruimte en reken-schap voor zorg en ondersteuning’ (naar de gelijknamige brief van de minister). Elke periode wordt zo gekenmerkt door een eigen taal: een eigen manier van denken en praten over de zorg. Ook de kijk op zorgbestuurders verandert door de jaren heen.

Samenstelling kabinetten

Kabinet-Kok II (1998-2002)

Kabinet samengesteld uit PvdA, CDA en D’66. Minister van VWS is Els Borst-Eilers (D66), staatssecretaris is Margo Vliegthart (PvdA). Het beleid is gericht op modernisering van het zorgstelsel van een centraal, aanbodgestuurd stelsel naar een decentraal, vraaggericht stelsel met ruimte voor maatschappelijk ondernemerschap.

>>

1 Zie onder meer de Beleidsagenda’s zorg 2000-2010 (tot en met 2003 de Zorgnota), de jaarverslagen 2000-2010 (tot 2003 Jaarbeeld zorg), het regeerakkoord van het kabinet-Kok II (1998), het Hoofdlijnenakkoord van het kabinet-Balkenende I (2003) en het coalitieakkoord *Samen werken, samen leven* van Balkenende IV (2007).

>>

Kabinet-Balkenende I (2002-2003)

Het kabinet-Balkenende I, gebaseerd op een samenwerking tussen CDA, VVD en LPF, houdt een jaar stand. In deze korte periode zijn er twee ministers van VWS. Eerst Eduard Bomhoff (LPF juli-oktober 2002), daarna Aart Jan de Geus (CDA oktober 2002-mei 2003). Staatssecretaris is Clémence Ross-van Dorp (CDA).

Kabinet-Balkenende II (2003-2006)

In het tweede kabinet-Balkenende is de LPF vervangen door D66. Minister van VWS wordt Hans Hoogervorst (VVD). Ross-van Dorp (CDA) blijft staatssecretaris. Realisatie van gereguleerde marktwerking krijgt prioriteit. Wet- en regelgeving worden aangepast, (meet)instrumenten ontwikkeld, verantwoordelijkheden verduidelijkt. Uitgangspunt is dat de overheid verantwoordelijk is voor het systeem, instellingsbestuurders voor de resultaten van de zorg.

Kabinet-Balkenende III (2006-2007)

Het derde kabinet-Balkenende (2006-2007) is een overgangskabinet samengesteld uit CDA en VVD. Minister en staatssecretaris zijn opnieuw Hoogervorst (VVD) en Ross-van Dorp (CDA).

Kabinet-Balkenende IV (2007-2010)

Het vierde kabinet-Balkenende is een coalitie van CDA, PvdA en ChristenUnie. Ab Klink (CDA) wordt minister van VWS, Jet Bussemaker (PvdA) wordt staatssecretaris. Minister en staatssecretaris pleiten in deze periode voor competitie op basis van kosten en kwaliteit.

4.3 MODERNISERING (KOK II 1998-2002)

“De gezondheidszorg is decentraal georganiseerd. Duizenden private instellingen en zelfstandige beroepsbeoefenaren nemen dag in dag uit samen met de patiënt beslissingen die in totaal de kosten van de gezondheidszorg bepalen. Van alle betrokkenen wordt – terecht – verwacht dat zij de opgebrachte premiegelden zo doelmatig mogelijk besteden.” (TK 1997-1998, 26 024, nr.10:7). De indruk bestaat dat dit tot dan toe onvoldoende gebeurt. Partijen zouden te weinig het belang van doelmatigheid ervaren en hun verantwoordelijkheid onvoldoende beseffen. Het gemoderniseerde stelsel moet daarom voorzien in prikkels voor alle betrokkenen om hun verantwoordelijkheid te nemen en hun nieuwe rol als maatschappelijk ondernemer op te pakken (EK 2001-2002, nr.11c).

4.3.1 Zorgbestuurders: maatschappelijke ondernemers of uitvoerders van overheidsbeleid?

Zorgbestuurders vormen een van de betrokken partijen die worden aangesproken. De nieuwe rol die zij toebedeeld krijgen is die van maatschappelijk ondernemer (TK 2000-2001, 27 855, nr.2). In 2001 stuurt minister Borst-Eilers het advies *De rollen*

verdeeld van de Raad voor Volksgezondheid & Zorg naar de Tweede Kamer. Hierin wordt maatschappelijk ondernemen omschreven als de toepassing van organisatie- en managementprincipes uit het bedrijfsleven om in het publieke domein creatief te kunnen inspelen op veranderende situaties (RVZ 2000). De bijpassende rol voor de overheid is die van marktmeester en toezichthouder. Daar hoort bij dat de overheid teruggaat door minder gedetailleerde regels uit te vaardigen en partijen meer ‘speelruimte’ te geven (TK 1999-2000, 26 801, nrs.1-2; TK 1999-2000, 27 156 nr.2). *“Algemeen uitgangspunt is dat de verantwoordelijkheid voor het eigen functioneren en de verantwoording daarover dáár liggen waar deze horen: bij de aanbieders van de zorg en bij de uitvoerders van de sociale ziektekostenverzekeringen zelf”* (TK 1999-2000, 27 156 nr.2). De moderniseringsplannen beschrijven zorgbestuurders ook als onderhandelaars, die met zorgverzekeraars scherp moeten gaan onderhandelen over prijs, volume en kwaliteit. Er worden verschillende maatregelen genomen om dit mogelijk te maken. Diagnose-behandelcombinaties (dbc’s) moeten de *“onderhandelingstaal”* gaan vormen voor het overleg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieder (EK 2001-2002 nr. 11c). Met de invoering van het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf wordt *“een structuur tot stand gebracht die in de toekomst grote betekenis kan krijgen in het onderhandelingsproces tussen ziekenhuizen en verzekeraars”* (EK 2001-2002, nr. 11c). De benodigde informatie ontbreekt op dat moment echter nog. *“Pas nadat er afspraken zijn gemaakt met aanbieders, verzekeraars en patiënten-/consumentenorganisaties kunnen zij daarover ter verantwoording worden geroepen. ‘Quid pro quo’: voor wat hoort wat.”* (TK 1999-2000, 26 801, nrs.1-2:13).

De beleidsnotities mogen dan vol staan met een nieuwe ‘markttaal’, uit een analyse van Kamervragen en antwoorden blijkt dat bestuurders nog veelvuldig worden aangesproken op *hoe* zij uitvoering geven aan overheidsbeleid. Parlementariërs lijken maar moeilijk te kunnen accepteren dat de minister niet (langer) overal op aanspreekbaar is. De minister legt meerdere malen uit hoe de verhoudingen liggen. In haar brief aan de vaste commissie voor VWS van 24 augustus 2001 verzucht zij: *“In uw vragen klinkt als rode draad door dat de minister van Volksgezondheid als enige verantwoordelijkheid zou dragen voor de prestaties van de zorgsector. Nederland kent een wettelijk verankerd publiek/privaat stelsel van gezondheidszorg waarin zeer veel instellingen en actoren (zorgverzekeraars, zelfstandige bestuursorganen, zorgaanbieders, etc.) een eigen specifieke rol en verantwoordelijkheid vervullen.”* Zij heeft er echter ook begrip voor dat *“in deze overgangperiode waarin de rollen van overheid, verzekeraars en aanbieders sterk veranderen”* iedereen nog moet wennen. Ook de overheid zelf moet wennen. Terwijl het beleid is gericht op vergroting van speelruimte voor individuele aanbieders van zorg (zie onder meer EK, 2001-2002, nr.11c), doet de overheid veelvuldig zaken met koepel- en brancheorganisaties. Bij deze organisaties van aanbieders zoeken minister en staatssecretaris draagvlak voor het beleid. Ze maken met de koepels afspraken over de aanpak van wachtlijsten, personeelstekorten (arbeidsconvenant zorg) of het doorvoeren van een efficiencykorting (TK 1999-2000,

27 156 nr.2 en VWS, 24 augustus 2001a,b). Dit laten zij niet afhangen van de individuele organisaties en hun besturen.

4.3.2 Incidenten

Individuele instellingsbestuurders komen vooral in beeld als het misgaat in organisaties en er (op aandringen van de Kamer) ingegrepen moet worden. De minister wijst ook dan op de eigen verantwoordelijkheid van raden van bestuur en raden van toezicht, maar voert ondertussen ook actief overleg met de betrokken bestuurders. Bijvoorbeeld over het dreigende faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen (TK 2002-2003 nr.410), de discussie over de sluiting van de SEH in Kerkrade (TK 2000-2001 nr.1663) of de dreigende sluiting van de kinder- en kraamafdeling in Hoogenveen (TK 2000-2001 nr.1600 en TK 2002-2003 nr.1380). Een andere kwestie waardoor bestuurders in het nieuws komen is die van de salarissen. Beide zaken, de problemen waarmee sommige zorginstellingen kampen en de salarisontwikkeling van zorgbestuurders, worden bovendien met elkaar in verband gebracht. Op 2 oktober 2001 wordt een heel interpellatiedebat gewijd aan de salarisontwikkelingen (TK 2001-2002, Handelingen nr.9: 411-423). Politieke partijen zijn daarin opvallend eensgezind in hun oordeel.

Aanleiding voor het interpellatiedebat is een advies van Hay Management aan de NVZD over de salarisstructuur voor bestuurders. Er zou sprake zijn van *“salarisstijgingen van 40-50% als het advies van Hay Management wordt overgenomen”* (Van Gent, GroenLinks). *“Ik hoor geruchten waarin gesproken wordt over salarissen van 3,5 à 4 ton”* (Kant, SP). *“In het licht van de schaarste in de zorg”* wordt dit *“onverantwoord”* geacht (Van der Vlies, SGP). Het advies komt op een moment dat juist de topinkomens in de marktsector ter discussie staan. De minister van VWS stelt net zomin directe invloed te kunnen uitoefenen op de salarissen van bestuurders in de zorg als de minister-president dat kan op de salarissen in de marktsector; de beroepsorganisaties van bestuurders (NVZD) en van toezichthouders in de zorg (NVBG²) kunnen voor de eigen achterban de salarisstructuur bepalen. De verontwaardiging over deze opstelling is groot. Zeker *“als je bedenkt dat zo’n hoog salaris op dit moment niet lijkt voort te komen uit een spectaculair goed management”* (Van Vliet, D’66). De indruk van veel Kamerleden is dat er in de zorg te veel en te incapabele managers werkzaam zijn die op kosten van de premiebetaler voor zichzelf disproportionele beloningen regelen. De minister spreekt deze geluiden wel tegen, maar heeft onvoldoende informatie om de kritiek daadwerkelijk te kunnen weerleggen. *“Dit hele gebeuren gaat blijkbaar buiten haar invloedssfeer om”* (Buijs, CDA). De salarissen zijn niet openbaar en er is geen inzicht in prestaties. De minister wijst ook nu op de eigen verantwoordelijkheid van zorgbestuurders en raden van toezicht: *“raden van toezicht luisteren nu vast heel*

2 Nederlandse Vereniging van Bestuurders in de Gezondheidszorg. Deze heet sinds 2007 Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in zorginstellingen (NVTZ).

goed. Zij zullen overeenkomstig het beroep op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid handelen. Daar ga ik zonder meer vanuit.” Zij verdedigt bestuurders ook. “Er zijn op het ogenblik in die instellingen wel veel meer zaken te managen dan vroeger”, zo stelt zij. Tegelijkertijd is zij van mening dat “de dames en heren in wandelkostuum” niet zo afstandelijk zouden moeten rondlopen in organisaties. Zij vindt “het wel belangrijk dat de raad van bestuur ervoor zorgt dat niet-verpleegkundigen en niet-arts managers zich de zorgcultuur eigen maken en dat zij niet eigenwijs en afstandelijk rondlopen en het zogenaamd beter weten”. Al ontbreekt ook voor deze stelling de informatie. “Maar wij moeten ons hier niet in detail met dat soort zaken bemoeien”, zo corrigeert zij zichzelf dan ook in één adem door. Wel belooft zij onderzoek te doen naar de ontwikkeling van de inkomens en zegt zij toe openbaarheid van inkomens te zullen afdwingen³.

De salariskwestie wordt door veel ‘linkse’ Kamerleden in verband gebracht met “het virus van het marktdenken” (Kant, SP in TK 2001-2002, Handelingen nr.9:411-423). Een grotere ondernemingsvrijheid voor zorgbestuurders komt erdoor in een ander daglicht te staan. “Het lijkt erop dat dit deel van de collectieve sector de marktsector rechts tracht in te halen” (Van Gent, GroenLinks in TK 2001-2002, Handelingen nr.9:411-423). Maar ook van de zijde van de VVD wordt erop gewezen dat “de zorg niet het vrije bedrijfsleven is, maar een onderdeel van de collectieve sector” (Van Blerck-Woerdman, VVD in TK 2001-2002, Handelingen nr.9:411-423). Het doet het vertrouwen in zorgbestuurders geen goed. Het zien en behandelen van zorgbestuurders als maatschappelijke ondernemers is voor politici flink wennen. Terwijl in het beleid gesproken wordt van maatschappelijke ondernemers en onderhandelaars, blijven parlementariërs bestuurders als uitvoerders van overheidsbeleid behandelen. Zij blijven de minister verantwoordelijk houden voor de uitvoering van de zorg, inclusief bestuurderssalariissen.

4.4 PRESTEREN EN CONCURREREN (BALKENENDE I T/M III 2002-2007)

Ondanks het gebrekkige vertrouwen van parlementariërs in de nieuwe rolverdeling stellen de neoliberale kabinetten Balkenende I en II dat meer marktwerking onontkoombaar is. “De centrale aanbodsturing is vastgelopen en wordt zo snel als verantwoord is vervangen door gereguleerde marktwerking” (TK 2002-2003 28 637, nr.19:11). “Meer marktwerking is onontkoombaar om te komen tot betere prestaties en grotere productiviteit” (VWS 2003a: 17).

4.4.1 Verantwoordelijk voor resultaten en oplossingen

Zorgaanbieders (en zorgverzekeraars) krijgen expliciet de opdracht “meer met elkaar te concurreren om doelmatiger te werken, meer oog te hebben voor de klant en minder

3 Overigens is er niet alleen discussie over de salarissen van zorgbestuurders. In 2002 wordt de Adviescommissie Rechtspositie Politieke Ambtsdragers geïnstalleerd (de commissie-Dijkstal) door de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. De commissie heeft tot doel het kabinet te adviseren over de beloning en rechtspositie van de ambtelijke en politieke top. Later wordt de commissie ook advies gevraagd over de beloning van topbestuurders in de semipublieke sector, resulterend in het advies *Normeren en Waarderen* uit 2007.

afhankelijk te worden van ‘Den Haag’ (VWS 2003a:8). Nog meer dan voorheen proberen minister en staatssecretaris afstand te bewaren tot de uitvoering van de zorg en verantwoordelijkheden te scheiden. *“De kern van de zaak is dat er meer eigen verantwoordelijkheid moet komen bij zowel de zorgconsument als de zorgaanbieder”* (VWS 2003a:8). Minister en staatssecretaris laten het echter niet alleen afhangen van het verantwoordelijkheidsgevoel van partijen. Naast wijzigingen in wet- en regelgeving⁴ worden partijen ook op andere manieren gestimuleerd hun verantwoordelijkheid te nemen. Voor de aanpak van wachtlijsten in de ziekenhuizen bijvoorbeeld sluiten de betrokken koepelorganisaties van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en medisch specialisten een convenant over de aanpak van deze problematiek, op instigatie van VWS (VWS 2002). Met de brancheorganisaties in de langdurige zorg sluit de staatssecretaris in 2005 een convenant om *“ieder vanuit de eigen verantwoordelijkheid toe te werken naar een stabiel en betaalbaar gezondheidszorgsysteem”* (Convenant AWBZ 2005-2007). Deskundige buitenstaanders uit het bedrijfsleven wordt gevraagd hun licht te laten schijnen over aspecten van de zorg als logistiek en patiëntveiligheid (TK 2004-2005, 30 100 XVI, nr.1). Projecten als Sneller Beter (start: 2004) en Zorg voor Beter (start: 2005) komen tot stand na een gerichte oproep van de staatssecretaris aan het veld om, ieder vanuit de eigen verantwoordelijkheid, meer werk te maken van verbetering van kwaliteit en doelmatigheid (TK 2004-2005, 29 282, nr.15). Minister Hoogervorst legt deze handelwijze als volgt uit: *“wij <de centrale overheid> vervullen een aanjaagfunctie en faciliteren de veldpartijen, met name door het scheppen van randvoorwaarden (...) en het inbouwen van prikkels. (...) Wij zijn verantwoordelijk voor het systeem en niet het resultaat”* (VWS 2002). De idee van systeemverantwoordelijkheid vormt voor minister en staatssecretaris een belangrijke leidraad in debatten over de uitvoering van de zorg. Niet zij maar de instellingsmanagers zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de zorg en de oplossing van problemen (zie o.a. TK 2003-2004, 26 631, nr. 66; TK 2002 – 2003, nr. 1733 en 1744).

4.4.2 Falende bestuurders en machteloze politici

Door voortdurend te wijzen op de eindverantwoordelijkheid van instellingsbestuurders voor de uitvoering van de zorg wordt gemakkelijk de indruk gewekt dat alle problemen in de zorg te wijten zijn aan het (falende) management en dat overheid en andere belanghebbenden hierin geen rol zouden spelen (zie bijvoorbeeld TK 2003-2004, nr.883). Ook onder politici groeit de ontevredenheid over deze analyse. Als uit een onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over de verpleeghuiszorg blijkt dat in acht van de tien instellingen de basiszorg onvoldoende is, concluderen de meeste partijen dat *“gegeven het structurele karakter van de tekortkomingen, hier meer aan de hand moet zijn dan falend management”* (TK 2003-2004, Handelingen nr.100:6365). Desalniettemin houdt de staatssecretaris eraan vast dat

4 Onder meer de Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg en de WTG-ExPres (2005), de wijziging van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (2005), de Zorgverzekeringwet (2005), de Wet toelating zorginstellingen (2006), de Wet marktordering gezondheidszorg (2006) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (2006).

“de instellingen aan zet zijn” (TK 2003-2004, Handelingen nr. 100:6372) en dat *“sommige instellingen vooral niet meer geld moeten krijgen, maar een flinke schop, omdat die de problemen eens heel anders moeten aanpakken”* (TK 2003-2004, Handelingen nr. 100:6374). Een terugkerende vraag in het politieke debat is of veldpartijen, in het bijzonder bestuurders, wel in staat zijn die verantwoordelijkheid waar te maken. En welke bevoegdheden heeft de politiek dan nog (TK 2003-2004, 29 689, nr.1)? Na vijf jaar debat over de IJsselmeerziekenhuizen concluderen enkele Kamerleden zelf dat ze zich in een klem hebben gemanoeuvreed. Zo stelt Kamerlid Schippers (VVD): *“De huidige situatie geeft aan dat wij de suggestie hebben gewekt dat we oplossingen kunnen bieden, die wij echter niet kunnen waarmaken”* (TK 2003-2004, Handelingen nr.64:4221). Machteloosheid is een woord dat tijdens dit debat veelvuldig valt.

Wanneer in de organisatie en uitvoering van de zorg keuzes worden gemaakt die voor politici – en andere buitenstaanders – moeilijk uitlegbaar zijn, hebben parlementariërs weinig andere opties dan minister en staatssecretaris ter verantwoording te roepen. Ook al weten zij dat de vragen voor de bewindspersonen moeilijk te beantwoorden zijn. Hoe uit deze impasse te geraken? Het antwoord wordt gezocht in een versterking van het systeem van checks & balances. De aandacht wordt verlegd van meer vrijheid en verantwoordelijkheid naar meer verantwoording voor partijen. Om partijen verantwoordelijk te kunnen stellen moeten zij wel eerst in positie worden gebracht. De positie van raden van toezicht wordt daarom wettelijk verankerd, de richtlijnen voor de jaarverslaglegging van zorginstellingen worden uitgebreid, de toegang tot de Ondernemingskamer mogelijk gemaakt en de aansprakelijkheid van bestuurders en toezichthouders aangescherpt (TK 2003-2004, 29 689, nr. 1). Niet alleen het interne en externe toezicht wordt aangescherpt, maar ook de rol van andere legitieme stakeholders (TK 2003-2004, 29 689, nr. 1). De branche- en beroepsorganisaties krijgen een voortrekkersrol toebedeeld in de verdere ontwikkeling en implementatie van richtlijnen voor goed bestuur en toezicht. Van deze organisaties wordt verwacht dat zij richtinggevend optreden voor de eigen achterban (TK 2003-2004, 29 689, nr. 1). De ontstane situatie kan getypeerd worden als een van ‘gecontroleerde zelfregulering’. Er wordt ruimte gegeven aan zelfregulering, maar als die niet goed benut wordt grijpt de overheid alsnog in (TK 2003-2004, 29 689, nr. 1). Dit geldt net zo goed voor het beteugelen van de salarissen als voor het verbeteren van de kwaliteit. Vertrouwen wordt vanaf nu aan voorwaarden verbonden.

4.5 RUIMTE EN REKENSCHAP (BALKENENDE IV 2007-2010)

“De afgelopen jaren heeft de zorgwereld een aantal grote veranderingen meegemaakt (...). Van zowel burgers en patiënten als van de werknemers en professionals heeft dat veel aanpassingsvermogen gevraagd. Daarom willen wij de komende jaren vooral investeren

in draagvlak bij patiënten en professionals om samen te werken aan het bestrijden van onnodige bureaucratie, het vergroten van het plezier in werken in de zorg en de ontwikkeling richting best practices” (TK 2006-2007, 30 891, nr.4:31).

Onder het kabinet-Balkenende IV wordt verder gegaan met de introductie van marktwerking in de zorg, maar wel met meer oog voor competitie op kwaliteit. Er wordt verder geïnvesteerd in zelfregulering van de sector, maar ook in nieuwe wetgeving. Er wordt opgeroepen tot meer controle, maar ook tot minder regeldruk (TK 2009-2010, 32 012, nr.6). Het is een zoeken naar nieuw evenwicht: tussen aandacht voor doelmatigheid en voor kwaliteit (zie o.a. TK 2007-2008, 31 444 XVI, nr.3; TK 2008-2009, 31 924 XVI, nrs.1-3), tussen het borgen van publieke belangen en bezielde ondernemerschap (zie TK 2008-2009, Handelingen nr. 44:3832), tussen vertrouwen en wantrouwen (zie TK 2006-2007, Handelingen nr.67), tussen rekenschap en regeldruk (zie onder meer TK 2009-2010, 32012, nr.5). De governancebrief *Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning* (TK 2009-2010, 32 012, nr.5) is typerend voor het ‘zoekende’ beleid in deze periode. In het politieke debat is het ook zoeken en balanceren: tussen aandacht voor acute problemen en algemene uitgangspunten, tussen het veroordelen en beoordelen van de wijze waarop uitvoering wordt geven aan de zorg. De uitgebreide berichtgeving over incidenten frustreert de wens van de minister om tot meer genuanceerde en evenwichtige verhoudingen te komen.

4.5.1 Een ‘zieke’ bestuurscultuur?

Ondanks het beleid om *best practices* te stimuleren en te belonen gaat in het politieke debat de aandacht vooral uit naar *worst practices*. Incidenten blijven – onder druk van de media – de aandacht vragen. De aaneenschakeling van fusies die sommige organisaties aangaan, risicovolle vastgoedavonturen, medisch falen en andersoortige incidenten dwingen minister en staatssecretaris keer op keer met de Kamer in debat te gaan over het beleid van individuele zorginstellingen. In het oog springende probleemgevallen zijn het langslpende conflict over de IJsselmeerziekenhuizen, de vastgoedproblemen van Philadelphia, de financiële problemen van Meavita, het rumoer over de fusie tussen de Zeeuwse ziekenhuizen, problemen op de hartafdeling van het UMC St Radboud, het disfunctioneren van een neuroloog in Twente en de bestuurlijke problemen van Amsterdam Thuiszorg. Gecombineerd met aanhoudende berichten over hoge beloningen blijven zulke incidenten het wantrouwen jegens bestuurders voeden. Het gevoel dat publieke belangen niet vanzelfsprekend in goede handen zijn bij instellingsbestuurders is voor veel Kamerleden nog een understatement. Zij stellen niet alleen het handelen, maar ook de persoonlijke integriteit van bestuurders ter discussie. Met name de SP en PVV gebruiken daarbij uiterst krachtige bewoordingen. We kunnen echter ook constateren dat andere partijen deze geluiden nauwelijks nuanceren.

Harde taal

De manier waarop over bestuurders gesproken wordt in het politieke debat is niet mals. Het gedrag van bestuurders wordt als “*peutergedrag*” bestempeld (Leijten, SP in TK 2008-2009, Handelingen nr. 44), de bestuurscultuur als een “*machocultuur*” (Leijten, SP in TK 2008-2009, 31 700 XVI, nr.148). Er wordt gesproken over “*het waterhoofd van het management*”, over een “*bestuurderskaste*”, een “*kliek elkaar de hand boven het hoofd houdende vriendjes*”, een “*incestueuze politiek-bestuurlijke elite*” en “*zorgbobo’s*” (Agema, PVV in TK 2008-2009, 31 700 XVI, nr.148; Agema, PVV in TK 2009-2010, 32 012, nr.6). Zorgbestuurders wordt “*bestuurlijk gepruts*” verweten en “*gebrek aan leiderschap*” en “*lichtzinnigheid*” (Gerven, SP in TK 2008-2009, nr. 2613) en “*een stuitende wereldvreemde houding*” (Leijten, SP in TK 2009-2010, 32 171 nr.3). “*De bestuurscultuur is ziek*” wordt geconcludeerd, er is sprake van “*mismanagement*”, “*machtsmisbruik*”, “*belangenverstrengeling*” en “*verkwisting*” (Leijten, SP in TK 2008-2009, Handelingen nr. 44). Er wordt “*geblunderd*” en “*gefaald*” door bestuurders die “*hart voor de zorg ontberen*” als ook “*normbesef*” (Leijten, SP in TK 2009-2010, 32 171 nr.3). Kamerleden willen dat dit hard bestraft en veroordeeld wordt. En daarin staan de leden van SP en PVV niet alleen.

In deze Kamerdebatten wordt niet langer alleen gesproken over falende bestuurders, maar ook over ‘foute’ bestuurders. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen twee soorten ondernemerschap. Het niet-goede, op winst gerichte ondernemerschap en het goede, maatschappelijk verantwoorde en cliëntgerichte ondernemerschap (TK 2008-2009, 23 235, nr.85). En regels voor good governance worden prima bevonden voor goedwillende bestuurders maar ontoereikend voor de niet-goedwillende (zo stelt de Tweede Kamer vast na een tv-uitzending over niet-integere bestuurders in de thuiszorg) (TK 2007-2008, nr.2606). De veroordelingen zijn bedoeld als moreel appèl. “*Als wij geen wettelijke middelen hebben om snel in de zieke bestuurscultuur in te grijpen, dan is het minste wat wij kunnen doen het morele gezag van de volksvertegenwoordiging ten volle te laten gelden*” (Agema, PVV in TK 2008-2009, 31 700 XVI, nr.148). “*Het zal niet helpen om nog meer regels in te voeren als bestuurders niet durven varen op een moreel kompas, waarbij menselijke waarden doorslaggevend zijn*” (Wolbert, PvdA in TK 2008-2009, 31 700 XVI, nr.148). Waar morele grenzen liggen – ten aanzien van wat geaccepteerd en gepast is – blijkt echter vaak pas achteraf. Er worden grenzen overschreden die nog onbeschreven zijn (TK 2008-2009, 32 012 nr.14).

De negatieve berichtgeving over zorgorganisaties wordt door de sector zelf als een steeds groter probleem ervaren. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen start in 2007 een actieve campagne (www.hetziekenhuiszorgt.nl) om het imago van de sector te verbeteren, maar ook dat initiatief wordt gediskwalificeerd: daar is zorggeld niet voor bedoeld. Tegen dezelfde redenering loopt Thuiszorg Groningen in 2010 aan als zij voetbalclub FC Groningen wil sponsoren om te laten zien dat de organisatie er

na een moeilijke financiële periode weer bovenop is. In beide gevallen gaan minister en staatssecretaris overigens niet mee in de veroordeling van de initiatieven (zie TK 2006-2007, nr.1863; TK 2009-2010, nr.3265).

4.5.2 Maatregelen en moreel appèl

In de governancebrief *Ruimte en rekenschap* uit 2009 brengen minister en staatssecretaris de ontstane problemen in verband met de toenemende transparantie in de zorg. *“Dit zorgt er ook voor dat ongewenste gedragingen die waarschijnlijk altijd al voorkwamen scherper en eerder voor het voetlicht komen. Zo worden door de toenemende inspanningen om kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken gebreken in de kwaliteit en veiligheid veel duidelijker en eerder zichtbaar dan voorheen”* (TK 2008-2009, 32 012, nr.1:4). De incidenten brengen ook aan het licht *“dat de rijksoverheid, de gemeenten, zorgkantoren, zorgverzekeraars, maar ook aanbieders van zorg en ondersteuning moeten wennen aan de veranderende verantwoordelijkheden”*. Over de bijdrage van zorgbestuurders merken de minister en staatssecretaris onder meer op dat zij *“tijd nodig [hebben] om zich de nieuwe vaardigheden eigen te maken die horen bij grotere verantwoordelijkheden”*. Daarnaast moeten interne toezichthouders een grotere invloed krijgen op strategische beslissingen. Datzelfde geldt voor andere belanghebbenden. *“De maatschappelijke inbedding is niet altijd voldoende.”*

De aangedragen oplossingsrichting bestaat uit een combinatie van een betere positionering en disciplinerende raden van bestuur en raden van toezicht van zorginstellingen, door onder meer:

- versterking van de rol en verantwoordelijkheden van raden van toezicht;
- onbetwiste eindverantwoordelijkheid van raden van bestuur;
- heldere bevoegdheden van raden van bestuur ten opzichte van professionals;
- het vanzelfsprekend afleggen van verantwoording door professionals aan het verantwoordelijke bestuur over de aan hen gedelegeerde bevoegdheden;
- verbetering van de maatschappelijke inbedding;
- vroegtijdige signalering van problemen.

Maar ook: een rol van de overheid om in te grijpen als de publieke belangen desondanks toch in gevaar komen en, in aanvulling op het interne toezicht, een taak voor externe toezichthouders als Nederlandse Mededingingsautoriteit, Inspectie voor de Gezondheidszorg en Nederlandse Zorgautoriteit.

De brief bevat daarnaast een uitgebreid moreel appèl op zorgbestuurders om zelf inhoud en vorm te geven aan hun wettelijke en maatschappelijke verantwoordelijkheid. Op dat moment liggen er twee initiatieven, de zorgbrede governancecode van de Brancheorganisaties Zorg en de beloningscode voor bestuurders van de NVZD en de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorginstellingen (NVTZ). Deze worden vanwege hun vrijblijvende karakter als onvoldoende beoordeeld om de problemen op te lossen. De bewindspersonen kondigen daarom verschillende juridische maatregelen aan die vorm moeten krijgen in twee nieuwe wetten: de Wet

cliëntenrechten zorg (Wcz)⁵ en de Wet maatschappelijke onderneming⁶. De Wcz heeft tot doel de rechten van cliënten beter te regelen en uit te breiden ten opzichte van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) en goede zorgverlening beter te waarborgen. Het wetsvoorstel over de maatschappelijke onderneming behelst de invoering van een nieuwe rechtsvorm voor de uitvoering van semipublieke taken. Kern van het voorstel is dat zo'n rechtsvorm duidelijke regels kent voor intern toezicht en externe verantwoording aan stakeholders. Zo moeten lokale en provinciale overheden als belanghebbenden inspraak kunnen hebben in het beleid van zorgorganisaties. Daarnaast worden in de governancebrief nog tal van andere maatregelen aangekondigd die te maken hebben met de besluitvorming rondom fusies, vroegtijdige signalering van financiële problemen bij zorgorganisaties en verticale integratie van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Ook wordt stilgestaan bij nieuwe organisaties, nieuwe organisatievormen en -structuren. Over de beoordeling daarvan bestaat op dat moment nog veel onduidelijkheid.

Wet cliëntenrechten zorg (Wcz)

In de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) krijgen cliënten onder andere recht op keuze-informatie en op informatie over incidenten. Zij kunnen de naleving van hun rechten gemakkelijker afdwingen via een betere klachtenregeling en bij een onafhankelijke geschilleninstantie. Cliëntenraden krijgen meer bevoegdheden en een betere financiering. Zij mogen op grond van de Wcz adviseren over alle onderwerpen die hun aangaan en krijgen op allerlei punten instemmingsrecht. Via het enquêterecht kunnen cliëntenraden gedragingen van bestuurders en toezichthouders laten onderzoeken door de Ondernemingskamer. Naast cliënten(raden) worden ook raden van bestuur en raden van toezicht beter toegerust in deze wet. Alle wettelijke verplichtingen uit de Wcz komen te liggen bij de zorgaanbieder en daarmee het bestuur. Zorgverleners, onder wie medische professionals, moeten verantwoording afleggen aan de raad van bestuur over de door hen geleverde zorg. Besturen krijgen meer mogelijkheden om zorgverleners te sturen (aankwijzingsbevoegdheid, opzeggen arbeids- of toelatingsovereenkomst bij disfunctioneren) en elke raad van bestuur krijgt één lid met 'kwaliteit van zorg' in de portefeuille. Ook de aansprakelijkheid van zorgbestuurders wordt verduidelijkt en de beslissingsbevoegdheden van de raden van toezicht verankerd. Toezichthouders krijgen meer verantwoordelijkheden en moeten aan meer eisen voldoen. Door het functioneren van raden van toezicht toetsbaar te maken wordt het ook gemakkelijker ze aansprakelijk te houden voor hun handelen (VWS 2010).

- 5 De Wet cliëntenrechten zorg is op 5 juni 2012 controversieel verklaard vanwege de demissionaire status van het kabinet-Rutte I. Met het aantreden van het kabinet-Rutte II is het weer in behandeling genomen. In maart 2013 is het wetsvoorstel opgeknipt. Verschillende onderdelen zullen op een andere manier geregeld worden en wat overblijft komt in een nieuw wetsvoorstel met een andere naam (TK 2012-2013, 32 402, nr.11).
- 6 Op 1 november 2010 meldt de minister-president aan de Eerste Kamer dat hij dit wetsvoorstel intrekt (EK 2010-2011, 32 417 A).

Naar aanleiding van de governancebrief staat de politiek voor het eerst uitgebreid stil bij het besturen van een zorginstelling. De debatten gaan niet alleen over de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van zorgbestuurders, maar ook over *hoe* zij hun functie uitoefenen, de te gebruiken instrumenten (bijvoorbeeld een informatieprotocol) en welke houding gepast is (de mores). De gepaste houding van de raad van bestuur is, aldus de minister, er een van luisteren, informeren, verantwoording afleggen en leren, zowel van eigen fouten als van het voorbeeld van koplopers. “*Dat vraagt leiderschap met een missie, waarbij de cliënt en diens belangen centraal staan in plaats van [...] bijvoorbeeld de marktpositie of bestuurdersbelangen*” (TK 2008-2009, 32 012 nr.1:5).

De aangekondigde juridische maatregelen zijn voorlopig echter nog geen realiteit. In de behandeling in de Kamer komt het morele aspect voorop te staan (TK 2009-2010, 32 012, nr.5). VVD, CDA, CU en PvdA wijzen erop dat ondernemerschap een kwestie van mentaliteit is en zich niet laat afdwingen door structuren. Zij waarschuwen voor een stapeling van toezicht en toenemende bureaucratie. Anderen, als SP en PVV, beoordelen het morele appel op zorgbestuurders als vage oproepen zonder werkelijke consequenties. Zij zouden veel liever zelf bepalen wanneer een bestuurder geschikt is of ongeschikt (TK 2009-2010, 32 012, nr.5:44).

4.5.3 Vrijheid en verantwoordelijkheid

Wanneer in 2010 met gedoogsteun van de PVV het CDA en de VVD gaan regeren, wordt verbetering van de governance in de zorg benoemd tot een van de speerpunten van het kabinet. De ‘gouden handdrukken’ halen zelfs het regeerakkoord. De ontslagvergoeding van zorgbestuurders moet zo veel mogelijk beperkt worden (met een maximum van 75.000 euro). Andere maatregelen die aangekondigd worden zijn bevordering van kleinschalige organisaties, vermindering van de overhead, uitwisseling van best practices en stimuleren van buurtzorg. Buurtzorg Nederland is een organisatie die in de afgelopen periode is ontstaan en die de zorg beter en goedkoper weet aan te bieden dan veel ‘reguliere’ zorgorganisaties, dankzij een sterke zorginhoudelijke visie, een vernieuwend personeelsbeleid en een onorthodoxe organisatievorm, geënt op principes van zelforganisatie. Een voorbeeld van het ‘juiste’ soort ondernemerschap, dat de regering graag ziet. De titel van het regeerakkoord verradt echter dat het nog steeds zoeken is naar evenwicht tussen vrijheden en verantwoordelijkheden (*Vrijheid en verantwoordelijkheid*, Regeerakkoord 2010).

4.6 CONCLUSIES

Overheid en politiek zijn belangrijke aanjagers van het veranderende governance-regime van de zorg. Op verschillende manieren beïnvloeden bewindspersonen en parlementariërs de organisatie en aansturing van de zorg. In dit hoofdstuk is uiteengezet welke activiteiten zij ondernemen (de maatregelen die zij treffen), hoe zij door middel van beleid en debat de inrichting en uitoefening van de gezondheidszorg framen (richten), welke strategieën ze daarbij volgen en wat dit betekent voor zorgbestuurders.

4.6.1 De taal van het beleid en het debat

Minister en staatssecretaris framen de ontwikkelingen in de zorg door de manier waarop zij erover communiceren in visienota's en (jaar)verslagen. Het beleidsdiscours kan echter sterk verschillen van het discours in het politieke debat tussen minister, staatssecretaris en parlementariërs. Parlementariërs brengen, gevoed door de media, in het debat geregeld een heel ander discours in. Bovendien wordt onder verschillende kabinetten (onder verschillende omstandigheden) in verschillende termen gesproken over governance van zorg en over zorgbestuurders.

- Het beleidsdiscours onder Kok II is er één van modernisering en maatschappelijk ondernemerschap. Er wordt veel goeds verwacht van de toepassing van organisatie- en managementprincipes uit het bedrijfsleven. Om dit ten volste tot zijn recht te laten komen is het de bedoeling dat veldpartijen, waaronder zorgbestuurders, meer speelruimte krijgen. In het politieke debat klinkt echter een heel ander, uiterst kritisch, geluid door. Het debat wordt in belangrijke mate geframed door de zorgen om negatieve consequenties van een toenemende ondernemingsvrijheid. De verontwaardiging van partijen over de nieuwe salarisrichtlijn voor zorgbestuurders spelen hierin ook een rol. In het debat worden vooral de keerzijden van het maatschappelijk ondernemerschap belicht.
- Onder Balkenende I, II en III gaat in het beleid de aandacht uit naar prestatieverbetering en vergroting van de concurrentiedruk. Minister en staatssecretaris spreken over het aanjagen en faciliteren van veldpartijen. De scheiding tussen systeem- en resultaatverantwoordelijkheid wordt in deze periode geïntroduceerd. Ook in het debat zijn dit terugkerende thema's. Andere thema's zijn het falende management en de ervaren machteloosheid van de politiek. Thema's waar in het beleid weinig aandacht voor is.
- In de periode van Balkenende IV beoogt de minister de samenwerking tussen partijen in de zorg te verbeteren en meer aandacht te besteden aan kwaliteit van zorg. Het politieke debat wordt echter sterk gekleurd door wat er misgaat in de zorg en dit wordt zorgbestuurders in belangrijke mate – en in niet mis te verstane bewoordingen – verweten. In zijn reactie spreekt de minister van een zoeken naar evenwicht tussen ruimte en rekenschap. Voor het eerst is er ook in het beleid expliciet aandacht voor het functioneren van zorgbestuurders.

De wijze waarop het beleidsdiscours zich ontwikkelt heeft weinig gemeen met het discours dat in het debat de boventoon voert. Terwijl in het beleid algemene uitgangspunten uiteen worden gezet en een langetermijnperspectief wordt gehanteerd, krijgen in het debat acute problemen en incidenten de hoofdrol en is men vooral gericht op de korte termijn. De opeenvolgende bewindspersonen pogen bij voortduring het beleid en de Kamer met elkaar te verzoenen door het korte- en het langetermijnperspectief met elkaar te verbinden. Dit doen zij enerzijds door aanvullende maatregelen te nemen, anderzijds door in de 'toon' van brieven en nota's meer rekening te houden met de

toon in debatten in de Kamer. De brief *Ruimte en rekenschap* is hiervan een goed voorbeeld. Onder invloed van het politieke debat groeit ‘falend management’ uit tot een eigenstandig thema dat ook bewindspersonen aansnijden in nota’s en brieven.

Mede door de onderhandeling – het debat – tussen bewindspersonen en Kamer krijgt het veranderende governanceregime in de politieke arena betekenis. Ook op andere manieren oefenen overheid en politiek invloed uit op het veranderende governanceregime van de zorg en de bijdrage van zorgbestuurders daaraan. Zij volgen verschillende strategieën met als doel ontwikkelingen te stimuleren en eigen activiteiten te legitimeren.

4.6.2 Betekenisgevende maatregelen

Parlement en overheid blijken zeer actieve agents die over een ruim palet aan mogelijkheden beschikken om de ontwikkeling van het governanceregime van de zorg te sturen. De diverse maatregelen hebben consequenties voor vele partijen, waaronder zorgbestuurders.

Juridisering

Een belangrijk sturingsinstrument van de overheid is het vermogen wetten en regels aan te passen. De veranderingen in wet- en regelgeving in de periode 2000 tot en met 2010 hebben consequenties voor vele partijen. De voorgestelde Wet cliëntenrechten zorg is in het bijzonder relevant. Hierin wordt een nadere invulling gegeven aan de verschillende verantwoordelijkheden en bevoegdheden van cliënten, professionals, bestuurders en toezichthouders op het gebied van kwaliteit van zorg. De Wcz wordt in 2010 echter op de lange baan geschoven, evenals de Wet maatschappelijke onderneming. Desalniettemin blijft in allerlei nota’s, rapporten en debatten de Wcz naar voren komen als de op handen zijnde oplossing voor problemen rond verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Ook al kan de inhoud van de wet nog aanzienlijk wijzigen en kan er ook helemaal van worden afgezien. Tussen het indienen van een wetsvoorstel en inwerkingtreding moet een wet achtereenvolgens aanvaard worden door de Tweede en de Eerste Kamer. Niet zelden wordt dit proces doorkruist door tussentijdse aanpassingen en kabinetswisselingen, waardoor de ingediende wet uitgesteld of (zoals in dit geval) zelfs ingetrokken wordt. In de tussentijd sorteren Kamerleden en bewindspersonen al wel voor op de nieuwe wetgeving. Het wetsvoorstel wordt al volop ingezet om ontwikkelingen te stimuleren en eigen activiteiten te legitimeren. Naast regulering stuurt de overheid ook aan op zelfregulering door partijen. In juli 2009 constateert de minister echter dat zelfregulering in de huidige context onvoldoende is om problemen op te lossen (TK 2008-2009, 32 012, nr.1). De verantwoording over de manier waarop zaken geregeld worden schiet tekort. Zowel de positionering als disciplineren van raden van bestuur behoeft verbetering en er wordt beleid ontwikkeld om dit te stimuleren.

Rationalisering

Naast juridisering speelt rationalisering een rol in de manier waarop in de politieke arena wordt omgegaan met het veranderende governanceregime van de zorg. Informatieverzameling is een belangrijke voorwaarde om organisaties en de zorgverlening te kunnen vergelijken en beoordelen. Eenduidigheid en vergelijkbaarheid vormen echter een probleem, evenals de veelheid aan informatie. Bewindspersonen en parlementariërs besteden daarom veel aandacht aan de ontwikkeling van transparante informatie en prestatiecriteria. Ook andere partijen zoals verzekeraars en patiëntenorganisaties werken steeds meer met prestatiecriteria. En verschillende media presenteren eigen lijstjes van goede en niet-goede zorgorganisaties. In het politieke debat wordt daarnaast veel gebruikgemaakt van een heel ander soort informatie, die haaks staat op de zo gezochte rationalisering. Berichten uit de media over incidenten en mogelijke misstanden in de zorg zijn een belangrijke informatiebron voor parlementariërs. Uit de aandacht die dit type informatie krijgt in het politieke debat blijkt hoe krachtig voorbeelden kunnen zijn. De representativiteit is misschien gering, maar de zeggingskracht is groot.

Moralisering

In de behandeling van incidenten door de Tweede Kamer is er veel aandacht voor de vraag wie verantwoordelijk kan worden gehouden voor de geconstateerde problemen. Vaak zijn dat managers en bestuurders, die immers verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de zorg. Sommige debatten hebben veel weg van een wedstrijd wie het hardst bestuurders en managers durft te veroordelen. Ingewikkelde vraagstukken worden daarbij teruggebracht tot vraagstukken van goed en fout. Er wordt gesproken in termen van goedwillende versus niet-goedwillende bestuurders, goed ondernemerschap versus verkeerd ondernemerschap, een gezonde versus een zieke bestuurscultuur. Wat geoorloofd is en waar morele grenzen liggen – wat geaccepteerd en gepast gevonden wordt – wordt niet vooraf bepaald, maar achteraf vastgesteld in het debat tussen de verschillende verantwoordelijken: minister, volksvertegenwoordigers en zelfstandige bestuursorganen. Ook belangenorganisaties, professionals, bestuurders zelf, toezichthouders en de rechter kunnen er een rol in spelen. Het vaststellen van het moreel goede blijkt geen ‘harde’ zaak van wetten en regels, maar veeleer een ‘zachte’ zaak van sentimenten, van uitproberen en bijstellen. Voor zorgbestuurders betekent dit alles dat zij in hun functie-uitoefening rekening moeten houden met de belangen en gevoelens van vele partijen. Tegelijkertijd schept het de noodzaak eigen morele keuzes goed uit te leggen en uit te dragen. Dit raakt aan de volgende strategie van politisering.

Politisering

In de debatten over good governance worden zorgbestuurders opgeroepen stakeholders beter te betrekken bij beleidsvorming en meer aandacht te besteden aan de verantwoording over gemaakte keuzes. Van zorgbestuurders wordt verwacht dat

zij vanzelfsprekend rekening houden met dat wat politiek en maatschappelijk aanvaardbaar wordt geacht. Een gevoelige politieke en maatschappelijke antenne is dan van belang, net als een goed relatienetwerk. Een goede maatschappelijke inbedding vraagt van zorgbestuurders zich grondig te oriënteren op de politiek en zich te vergewissen van de manier waarop in de politieke arena naar de praktijk gekeken wordt. Daarbij gaat het er niet alleen om of dat wat zij doen op dit moment kan en mag, maar ook of dat in de toekomst nog het geval is.

De diverse strategieën zijn enerzijds op te vatten als manieren om de ontwikkeling naar een meer decentraal en vanuit de vraag gestuurde gezondheidszorg te stimuleren. Anderzijds zijn ze te zien als manieren om – in weerwil van het eigen beleid – de regie te behouden dan wel vergroten, ten koste van andere governing agents, zoals zorgbestuurders.

4.6.3 Consequenties voor zorgbestuurders

In plaats van meer afstand te bewaren, bemoeien parlementariërs en bewindspersonen zich veelvuldig met de uitvoering van de zorg en de manier waarop bestuurders daaraan leidinggeven. Terwijl het beleid gericht is op decentralisatie van verantwoordelijkheden, zijn parlementariërs voortdurend bezig deze weer meer naar zich toe te trekken. Ook bewindspersonen hebben moeite rolvast te zijn. Zij spreken zorgbestuurders in nota's en brieven rechtstreeks aan op hun handelen. Terwijl het beleid erop gericht is de ondernemersvrijheid van zorgbestuurders te vergroten, worden zij in de Kamer vooral aangesproken op hoe zij uitvoering geven aan overheidsbeleid. Het gaat dan niet alleen om het van kracht zijnde beleid. Zorgbestuurders worden ook aangesproken op aankomend beleid: wetsvoorstellen die nog in behandeling zijn, grenzen die nog niet zijn beschreven. Nog voordat beleid is ingevoerd worden zorgbestuurders er al op aangesproken en afgerekend en wordt er alweer bijgestuurd. Het onderscheid dat bewindspersonen maken tussen resultaat- en systeemverantwoordelijkheid, bedoeld om te komen tot een heldere scheiding van rollen, taken en verantwoordelijkheden, bevordert die afbakening in de praktijk niet. Parlementariërs voelen zich des te machtelozer en krijgen de behoefte om de regie weer terug te halen.

Naast het ongemak en de verwarring over de nieuwe verdeling van rollen, taken en verantwoordelijkheden is er ook verwarring over wat moreel gezien juist en gepast is, en hoe de overheid hier grip op kan krijgen en sturing aan kan geven. Wetten en regels leggen een bodem; zij geven aan wat in juridische zin kan en niet kan, maar kunnen niet alles tot in detail regelen. Bovendien zijn enkele belangrijke wetten nog volop in ontwikkeling. Incidenten spelen hierin een bijzondere rol. Terwijl overeenstemming over wat goed, gepast en juist is ontbreekt, is men opvallend eensgezind over wat niet deugt, wat ongepast en ongewenst is. Aan de hand van incidenten wordt bepaald welk type ondernemerschap 'verkeerd' is en wanneer het management 'faalt'.

Incidenten bepalen zo mede hoe de politiek zorgbestuurders beoordeelt. In de strijd om de regie op de zorg weer meer naar zich toe te trekken helpt het om bestuurders neer te zetten als personen die weinig deskundig en vaardig zijn. Dit frame biedt ruimte om ingezet beleid te 'herschrijven' (herinterpreteren) en legitimeert de wens meer controle op te eisen: over de opleiding en aanstelling van bestuurders, de wijze waarop zij hun werk doen en de beoordeling van wat 'goede' en 'fatsoenlijke' zorg is.

Uit de debatten in de Kamer blijkt wel hoezeer partijen de bedoeling en betekenis van maatregelen verschillend kunnen interpreteren. De verwarring die het gevolg is, is deels taalkundig van aard. Er bestaat onduidelijkheid over de lading van termen als resultaatverantwoordelijkheid en systeemverantwoordelijkheid, maatschappelijk ondernemerschap en marktwerking. Buiten de beleidsnota's hebben deze nieuwe begrippen nog weinig betekenis. De begrippen moeten nog invulling krijgen en parlementariërs willen maar wat graag de betekenis ervan 'bezetten' op een manier die hun past. De taalkundige verwarring weerspiegelt de institutionele verwarring over rollen, taken en verantwoordelijkheden, over wat goed, gepast en juist is, maar biedt vooralsnog geen – nieuwe – duidelijkheid.

5 De beroepsarena: onder vakgenoten

5.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk worden de ontwikkelingen in het governanceregime van de zorg en de bijdrage van zorgbestuurders daaraan beschreven vanuit het perspectief van de Vereniging van bestuurders in de zorg. De NVZD is de grootste belangen- en beroepsorganisatie voor directeuren en bestuurders van gezondheidszorgorganisaties. Sinds haar oprichting is de missie van de NVZD behartiging van de (collectieve en individuele) belangen van de leden en ondersteuning van hun beroepsuitoefening.

Dit hoofdstuk biedt een blik ‘van binnenuit’. Hoe wordt in de beroepsarena van zorgbestuurders de ontwikkeling van het governanceregime ervaren en hoe wordt ermee omgegaan? Het perspectief is onlosmakelijk verbonden met de ervaringen van bestuurders zelf in de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg en met hun opvattingen over de beste manier om hun belangen te dienen. De bestudeerde documenten uit de periode 2000 tot en met 2010 zijn jaarverslagen en beleidsplannen van de NVZD, verslagen van haar bestuursvergaderingen en congressen, en rapporten en publicaties die onder haar auspiciën tot stand zijn gekomen. Voor een volledige beschrijving zie hoofdstuk 3.

Paragraaf 5.2 gaat over de ontstaansgeschiedenis van de NVZD: de redenen om zich te verenigen als zorgbestuurders en de ontwikkeling die de vereniging heeft doorgeemaakt sinds haar oprichting. In de paragrafen 5.3 tot en met 5.5 wordt beschreven hoe de vereniging omgaat met en invloed uitoefent op de ontwikkelingen in het governanceregime, en hoe zij de positie van zorgbestuurders daarin ziet. In paragraaf 5.6 worden conclusies getrokken over de ontwikkelingen binnen de beroepsgroep in de periode 2000 tot en met 2010 en hoe deze zich verhouden tot de ontwikkelingen in de politiek in datzelfde tijdvak (hoofdstuk 4).

5.2 EEN VERENIGING VAN BESTUURDERS IN DE ZORG

Sinds haar oprichting in 1979 heeft de NVZD zich ontwikkeld van een vereniging uitsluitend voor directeuren van intramurale zorginstellingen naar een vereniging voor alle eindverantwoordelijke bestuurders van instellingen die genoemd worden in de WTZi. Redenen hiervoor waren het veranderende zorgaanbod en de veranderende organisatie van de zorg. Steeds vaker vond samenwerking plaats over de grenzen van organisaties en sectoren heen. Onveranderd sinds de oprichting is het

criterium van de eindverantwoordelijkheid: alleen de statutair directeur/bestuurder die direct verantwoording aflegt aan de raad van toezicht kan lid worden. Tot 2008 konden bestuurders ook lid zijn van VDZ Nederland, een landelijke beroepsorganisatie die ondersteuning bood aan bestuurders en managers van organisaties op het snijvlak van wonen, welzijn en zorg. Leden werkten voornamelijk in de ouderenzorg, waaronder zorgcentra, verpleeghuizen, serviceflats en thuiszorg (VDZ Nederland 2008). In 2008 ontbond de vereniging zichzelf omdat het ledental als gevolg van de vele fusies in de ouderenzorg sterk was gedaald.

De oudste vereniging voor bestuurders van zorginstellingen is de Geneeskundige Vereniging (GV). Sinds 2011 noemt de GV zich Bestuurders Curatieve Zorg Nederland (BCZN). Ze verenigt directeuren/bestuurders die mede-eindverantwoordelijk zijn voor de patiëntenzorg in instellingen. De vereniging werd in 1900 opgericht door enkele geneesheren-directeuren die maar moeilijk raad wisten met de steeds veeleisender vragen waarmee zij in deze nevenfunctie (!) geconfronteerd werden. *“De lamme zoekt steun bij de blinde”*, zo schrijft Boersma in zijn studie naar aanleiding van het honderdjarig bestaan van de GV (Boersma 2000). De oprichters wilden zich verenigen met collega's die te maken hadden met dezelfde problemen en dezelfde ontwikkelingen op medisch-technologisch, organisatorisch en politiek-bestuurlijk vlak. Als gevolg van de veranderingen in de omgeving en de vraagstukken waarvoor de geneesheren-directeuren zich gesteld zagen, ontwikkelden zij zich steeds meer tot 'echte' algemene managers (Boersma 2000). Onder deze managers waren ook economen, juristen en bedrijfskundigen. Onder invloed van deze 'nieuwe' categorie mensen, de managers, vindt in 1979 de oprichting plaats van de NVZD. Want: *“als de maatschappij verandert, verandert de gezondheidszorg mee”* (Boersma 2000) en de organisatie van bestuurders in de zorg (dus) ook. De NVZD wordt de brede vereniging voor alle eindverantwoordelijke bestuurders, de GV gaat terug naar haar basis van medisch verantwoordelijke directeuren/bestuurders.

Beide doelen van de NVZD, belangenbehartiging en bevordering van een goede beroepsuitoefening van zorgbestuurders, versterken elkaar niet automatisch, zo blijkt uit dit hoofdstuk. Het bestuur en de leden delen niet altijd elkaars mening over de zaken die prioriteit verdienen. In de periode 2000 tot en met 2010 stellen zij diverse keren verschillende prioriteiten. Uit verslagen van bestuur- en ledenvergaderingen blijkt dat opvattingen over de vraag waar leden het beste mee zijn gediend veranderen onder invloed van politieke en maatschappelijke ontwikkelingen. In dit hoofdstuk worden drie perioden onderscheiden met elk een eigen accent. De indeling in perioden is nagenoeg gelijk aan die in hoofdstuk 4. In de eerste periode (1998-2002) krijgt bevordering van de beroepsuitoefening prioriteit. De NVZD profileert zich als een professionele beroepsvereniging voor eindverantwoordelijke directeuren/bestuurders die als primaire taak voor zichzelf ziet de professionaliteit van de vakbeoefening te bevorderen (paragraaf 5.3). In de daaropvolgende periode

(2002-2007) richt de vereniging de blik naar buiten, onder invloed van de groeiende kritiek op zorgbestuurders. Naast aandacht voor de professionaliteit is de legitimiteit van bestuurders (paragraaf 5.4) een steeds belangrijker thema. In de derde periode (2007-2010) meet de vereniging zichzelf een meer onafhankelijke positie aan in het veranderende krachtenveld van de zorg, enigszins op afstand van de leden. De meningen raken in deze periode verdeeld over de te volgen koers van de vereniging en de rol die bestuurders hebben te spelen (paragraaf 5.5).

5.3 EEN PROFESSIONELE VERENIGING (1998-2002)

Het beleidsplan 1997-2000 van de NVZD is de uitkomst van een serie gesprekken tussen leden en bestuur van de NVZD. Volgens het verslag bestaat er onder NVZD-leden geen discussie over de taken van de vereniging. *“De NVZD dient:*

- a. *de professionaliteit van het vak en de vakbeoefening te bevorderen;*
- b. *de rechtspositionele belangen van haar leden te behartigen*
- c. *een standpunt in te nemen in kwesties die directe betekenis hebben voor de mogelijkheid tot professionele vakuitoefening, daaronder begrepen de rechtspositie van NVZD-leden” (NVZD 1997a:3).*

De NVZD gedraagt zich als een professionele vereniging, zo staat in het beleidsplan. Er zijn nauwe banden met de Erasmus Universiteit Rotterdam via de ‘eigen’ leerstoel Management van instellingen in de gezondheidszorg. In samenwerking met de universiteit wordt de (na)scholing van leden verzorgd. De vereniging heeft een eigen vakblad, organiseert congressen en symposia, initieert onderzoeken en laat haar eigen handelen toetsen (NVZD 1997a:10). Het beleidsplan van de NVZD getuigt van zelfbewustzijn, het plan past bij een professionele vereniging die *“vooral een boodschap voor de eigen leden”* heeft (NVZD 1997a:10). Een van de dominante thema’s in deze periode is de professionaliteit van de bestuurder. Dit blijft ook na 2000 prominent op de agenda staan. Een volgend beleidsplan komt er pas in 2003, tot die tijd gelden de doelstellingen van het beleidsplan voor de jaren 1997-2000.

5.3.1 Professionaliteit van bestuur

Het besturen van een zorgorganisatie is een bijzonder vak, zo valt op te maken uit het beleidsplan. *“Het vak van directeur van een zorginstelling onderscheidt zich van directiefuncties elders”* (NVZD 1997a:10). Het onderscheidende wordt als volgt uitgewerkt: *“Beroepsspecifiek zijn niet de management- en ondernemerskwaliteiten die worden geleverd. Dat men leiding geeft aan professionals en dat men een dienstverlenende organisatie bestuurt is evenmin bijzonder. Het speelveld is dat wél en daarmee de aard van de (interne) sociale verhoudingen waaraan men leiding geeft en de (externe) maatschappelijke context waarin het spel gespeeld wordt. Zelfs zó bijzonder dat ‘de ijzeren wet van vraag en aanbod’ in dit werkgebied niet altijd blijkt te kloppen, omdat vraag en aanbod vaak sterk worden gestuurd door maatschappelijke en ethische principes en omdat de ‘koopkracht’ veelal wordt bepaald door politieke opvattingen en mechanismen”* (NVZD 1997a:4). Het

vak vereist niet alleen specifieke deskundigheid en ervaring maar ook een sterk maatschappelijk en ethisch besef, zo stelt de NVZD. De vereniging oppert in het beleidsplan dat een gedragscode voor leden wellicht een adequate methode is om het belang van dat maatschappelijk en ethisch besef te ondersteunen. Want *“in de zorgsector wordt dagelijks omgegaan met vragen rond de kwaliteit van leven en doodgaan en worden gemeenschapsgelden gealloceerd”* (NVZD 1997a:10). Het maatschappelijk en ethisch besef moet ook blijken uit de bijeenkomsten van de NVZD. De NVZD wil *“overdaad en opsmuk vermijden”*. Bijeenkomsten dienen *“qua inhoud actueel en van niveau te zijn en een stimulans tot informeel contact tussen leden”*. *“Ervaren professionals leren vooral van onderlinge uitwisseling van kennis en ervaring.”* De Master Class, de leergang voor bestuurders in de zorg die ontwikkeld wordt in samenwerking met het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, komt aan deze opleidingsbehoefte tegemoet. Pauline Meurs, een van de programmadirecteuren van de Master Class, bekleedt op dat moment de NVZD-leerstoel Management van instellingen in de Gezondheidszorg. In haar oratie uit 1997 geeft zij een eerste omschrijving van de specifieke professionaliteit van directeuren/bestuurders in de zorg.

Professionaliteit gedefinieerd

Meurs (1997) omschrijft verschillende gelaagdheden in de professionaliteit van directeuren van zorginstellingen. Ten eerste de technisch-professionele expertise. Globaal wordt hiermee de organisatiekundige kennis bedoeld, kennis van de specifieke eigenschappen van professionele organisaties en van gezondheidszorginstellingen in het bijzonder.

Ten tweede gaat het om de verbinding en de vermenging tussen die technisch-professionele kennis enerzijds en de eigen mogelijkheden, beperkingen en idealen van bestuurders anderzijds. Deze laag verwijst naar de internalisering van de technisch-professionele kennis in het eigen doen en laten van directeuren. Het gaat om de authentieke toepassing van verworven kennis en opgebouwde ervaringen. Ten derde gaat het om de verbinding van die kennis, ervaring en eigen handelingspraktijk met de maatschappelijke context. In dit geval wordt die context gekenmerkt door meervoudigheid, maar ook door het gegeven dat instellingen in de gezondheidszorg per definitie actief zijn in het publieke domein en onderwerp zijn van maatschappelijke druk en tegendruk.

De volgende jaren geeft de vereniging op verschillende manieren invulling aan de doelen uit het beleidsplan. Onder meer door opdrachten te verstrekken voor onderzoek naar het handelingsrepertoire van de (eindverantwoordelijke) manager. Naast aandacht voor het bijzondere speelveld van de zorg is daarbij ook veel aandacht voor de benodigde *soft skills* van zorgbestuurders. Zij worden in het onderzoeksverslag opgeroepen meer te opereren als regisseur dan als beheerser. Een zorgorganisatie is

geen eenheid die instrumenteel benaderd kan worden, maar veeleer een gefragmenteerd netwerk van afhankelijkheidsrelaties, zo stellen de onderzoekers (Moen et al. 2001). De congressen in deze periode gaan over actuele thema's als de verzakelijking van de zorg en health care governance. Health care governance is op dat moment een relatief nieuw begrip¹.

5.3.2 Salarisperikelen

Een heel ander thema dat in deze periode hoog op de agenda van de vereniging staat is de salariering. Naast bevordering van de professionaliteit biedt de NVZD leden ook houvast bij praktische zaken. Voor salarisonderhandelingen biedt ze een modelarbeidsvoorwaardenregeling en voor de organisatorische plaatsbepaling van de directeursfunctie heeft zij het raad-van-toezichtmodel uitgegeven. In 1999 actualiseert de NVZD de Adviesregeling Arbeidsvoorwaarden. De nieuwe regeling is zo ruimhartig dat het de vereniging en haar leden veel kritiek oplevert. In 2001 volgt een aangepaste versie, die opnieuw tot veel discussie leidt. In het jaarverslag van 2001 concludeert het bestuur desalniettemin tevreden te zijn, aangezien het – naar eigen zeggen – het verkeerde beeld succesvol heeft weten bij te stellen. *“Met het geven van openheid van zaken en met veel overleg, o.a. met VWS en NVBG², is het uiteindelijk toch gelukt de andere partijen ervan te overtuigen dat er van excessieve salarisverhogingen geen sprake is”* (NVZD 2002a:4).

Maar toch ... De kritiek is het bestuur noch de leden in de koude kleren gaan zitten en zaait twijfel over de toekomstige positionering van de vereniging. Voor de ontwikkeling van een nieuwe strategische beleidsvisie wordt in 2001 besloten een ledenraadpleging te houden. De uitkomsten laten een dubbelhartig beeld zien. Enerzijds blijkt de salarisregeling voor leden verreweg de belangrijkste reden om lid te zijn en zijn zij daarover redelijk tevreden. Anderzijds zijn leden kritisch. Zij wensen dat de NVZD meer nadruk legt op *“externe activiteiten gericht op profilering en legitimering (Gideonsbende, keurmerk) dan op interne activiteiten (gezelligheidsclub)”* (Meurs 2002:6). Zij pleiten voor *“een grotere inhoudelijke zichtbaarheid”* omdat *“vaak ten onrechte gewezen wordt op falend management ter verklaring van problemen in de zorg”* (Meurs 2002:6). Over de invulling hiervan zijn de meningen verdeeld. De meeste leden willen dat de NVZD meer van zich laat horen in het publieke debat, maar er zijn er ook die aangeven dat dit vooral een taak is van de brancheorganisaties. Waar de meerderheid pleit voor externe profilering door middel van een goede salarisregeling, plaatsen anderen hierbij kanttekeningen; zij menen dat een goede salarisregeling alleen niet volstaat. Hoewel de meerderheid van de leden vindt dat de NVZD meer zou moeten toezien op de kwaliteit van de leden, zijn er ook leden die dit primair zien als een taak van de raden van toezicht. De NVZD is er volgens hen uitsluitend om de kwaliteit te

1 In 1999 wordt health care governance als begrip geïntroduceerd door de gelijknamige commissie.

2 Nederlandse Vereniging van Bestuurders in de Gezondheidszorg, sinds 2007 NVTZ: Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorginstellingen.

bevorderen. Dat de beide kernfuncties, belangenbehartiging en professionalisering, elkaar niet automatisch versterken wreekt zich nu. Wat de leden een goede salarisregeling vinden, levert hun extern veel kritiek op en staat een inhoudelijke profilering in de weg. De kritiek verdeelt de leden over de te volgen koers. Bovendien is de tijd en aandacht van het bestuur beperkt. Alle aandacht die het besteedt aan het uitleggen van de salarisregeling kan het niet besteden aan inhoudelijke zaken.

5.4 LEGITIMITEIT VAN BESTUUR (2002-2007)

Het draagvlak voor de vereniging en haar leden staat onder druk. Het bestuur beseft dat niet alleen intern draagvlak nodig is voor het verenigingsbeleid, maar ook extern draagvlak en dat beide met elkaar samenhangen³. In het daaropvolgende beleidsplan 2003-2006 krijgen versterking van het profiel en het imago van de leden en de vereniging prioriteit. Actieve pr en politieke lobby worden als belangrijke middelen gezien om het imago van de vereniging en haar leden te verbeteren. De vragen waarvoor de beroepsvereniging zich gesteld ziet gaan steeds vaker over de legitimiteit van bestuur. Dit heeft ook zijn weerslag op de manier waarop zij werkt aan professionaliteit van bestuur.

5.4.1 Werken aan draagvlak

Volgens de NVZD functioneren bestuurders tegenwoordig in een glazen huis, te midden van in- en externe turbulenties en geplaagd door polariserende uitspraken van politici (NVZD 2002b:1). Daar komt bij dat de rol en taak van bestuurders complexer wordt en verandert van karakter. *“De directeur/manager moet niet alleen inhoudelijk en procesmatig zijn mannetje (m/v) staan, maar zich ook als sterk leider in ingrijpende veranderingsprocessen manifesteren en het eindverantwoordelijk boegbeeld voor de organisatie en de omgeving zijn”* (NVZD 2002b:3).

Onder invloed van al deze ontwikkelingen verandert ook de oriëntatie van de NVZD. *“Public Relations en Public Affairs (‘politieke lobby’) zijn belangrijke aandachtspunten om ervoor te zorgen dat de beroepsgroep en de vereniging optimaal gehoord worden in het politieke en journalistieke veld”* (NVZD 2002b:4). Dit moet de zichtbaarheid van de beroepsgroep vergroten. Het in 2004 te houden jubileumcongres wordt gezien als *“een uitgelezen moment om de vereniging en haar leden over het voetlicht te brengen bij de pers en andere externe groepen”* (NVZD 2002b:4). De vereniging heeft ook het voornemen haar leden te ondersteunen in de eigen communicatie met medewerkers, patiënten/cliënten en lokale media. *“Daartoe wil de vereniging checklists en richtlijnen ontwikkelen en beschikbaar stellen die gebruikt kunnen worden in geval van calamiteiten”* (NVZD 2002b:4). Een ander belangrijk thema voor het bestuur is certificering. Certificering biedt de mogelijkheid de professionaliteit van leden te versterken en tegelijkertijd

3 Het ledenaantal is dat jaar (2002) met ruim vijftig leden afgenomen en het jaarcongres gaat bij gebrek aan belangstelling niet door.

inzicht te bieden in de kwaliteiten van zorgbestuurders en zo de legitimiteit te versterken. Desondanks worden de plannen voor certificering in de eerstkomende jaren niet ter hand genomen. In 2007 start een commissie met de ontwikkeling van een systeem voor vrijwillige accreditatie van bestuurders.

In 2003 wordt als gevolg van ‘gedoe’ over de ondersteuning van de vereniging⁴ een onderzoek gestart naar de beste manier om ‘het bureau’ van de vereniging te organiseren. Het verslag van dit onderzoek maakt duidelijk dat het ‘interne gedoe’ niet los kan worden gezien van het ‘externe gedoe’ waarmee de vereniging en de beroepsgroep te kampen heeft. *“De positie van de NVZD is minder vanzelfsprekend en dominant als in het verleden. Het imago van de eindverantwoordelijken in de zorg heeft de laatste jaren flinke butsen opgelopen. De NVZD in de huidige vorm lijkt op deze ontwikkelingen geen pasklaar antwoord te hebben.”* (Brederijn 2003). De dubbele doelstelling, belangenbehartiging en professionalisering, wordt opnieuw ter discussie gesteld. De onderzoeker houdt de vereniging voor dat zij moet kiezen. Het advies luidt de belangenbehartiging voorop te stellen en professionalisering ten dienste daarvan te laten zijn. Positie en salaris moeten je als bestuurder gegund worden. *“Uiteindelijk bepaalt het maatschappelijk draagvlak in grote mate de gunsten die aan de directeur van de zorginstelling kunnen worden gegeven en daarmee hun honorarium”* (Brederijn 2003). De vereniging kiest niet, maar besluit tot een strategie van “en ... en”: werken aan professionaliteit én belangenbehartiging. Wel komt de collectieve belangenbehartiging meer voorop te staan door beïnvloeding van de beeldvorming over bestuurders. Ten behoeve van de professionalisering van het bureau wordt een eigen directeur aangesteld (NVZD 2004b). Professionalisering van de leden wordt bevorderd door middel van een gedragscode voor de goede bestuurder en een jubileumuitgave over integriteit van bestuur (NVZD 2004b; 2006b). Betere communicatie moet de externe beeldvorming verbeteren (NVZD 2004b; 2006b). Website, maandelijkse nieuwsbrief, congressen en ondersteuning van leden bij (arbeids)conflicten worden ingezet om het interne draagvlak te verstevigen (NVZD 2004b; 2006b). Extern draagvlak beoogt de vereniging te versterken door *“een onafhankelijke gesprekspartner voor alle belanghebbenden, onder wie patiënten, toezichthouders, media, overheden en politiek”* te zijn (NVZD 2006c) en door zich meer te profileren als een *“kenniscentrum voor bestuurders”* dan als een belangenclub (NVZD 2007b).

5.4.2 Zelfreflectie en zelfregulering

In 2004 komt de jubileumuitgave *Stoeien met integriteit: aanzetten tot reflectie en debat over een besturingsvraagstuk in de zorgsector* tot stand. De bundel handelt over *“de morele afwegingen die bestuurders in de zorg dag in dag uit maken”* (Gerding & Van Dartel 2004). Op het jaarcongres van datzelfde jaar bediscussieert de vereniging ook de

4 Tot 2003 wordt de ondersteuning uitbesteed aan een extern bureau. Vanaf 2003 neemt de vereniging de bureauondersteuning zelf ter hand.

concept-gedragscode voor bestuurders van zorgorganisaties. De reacties zijn positief maar er is geen draagvlak voor een koppeling aan het lidmaatschap. De gedragscode gaat over de individuele functie-uitoefening van bestuurders. Voor de formele en algemene functievereisten wordt verwezen naar de richtlijnen die de commissie Health Care Governance heeft opgesteld, de governancecode van het Netwerk Toekomst Maatschappelijke Onderneming, de code van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de, latere, Zorgbrede Governance Code. De gedragscode beoogt invulling te geven aan *“de binnen het vak gebruikelijke normen en waarden ten aanzien van het handelen, het gedrag en de houding van bestuurders van gezondheidszorgorganisaties”*. Zij biedt *“een deugdelijk moreel kompas”* en *“een ijkpunt voor goede bestuurders”* (NVZD 2005b). De gedragscode bestaat uit uitgangspunten en gedragsregels. De uitgangspunten zijn te beschouwen als gedeelde basiswaarden waarop bestuurders hun handelen baseren. In de gedragsregels worden de waarden vertaald naar richtinggevende normen. De uitgangspunten zijn:

- de bestuurder is resultaatgericht;
- de bestuurder is maatschappelijk betrokken;
- de bestuurder is deskundig en competent;
- de bestuurder is proactief;
- de bestuurder is integer;
- de bestuurder is toetsbaar.

Op het jaarcongres in 2005 wordt de definitieve code aangeboden aan de minister van VWS.

In 2006, ten slotte, volgt een onderzoek naar de competenties van zorgbestuurders. De resultaten worden samengevat in zeven punten:

1. Het primaire proces als uitgangspunt nemen van het denken;
2. Kunnen omgaan met hybriditeit (de tegenstelling tussen markt en publieke dienstverlening)
3. Kunnen hanteren van complexiteit qua schaal, processen, stakeholders, tijdperspectief;
4. Moreel en politiek ‘sophisticated’ zijn (onder meer morele moed tonen, waarden en belangen kunnen wegen, integriteit);
5. Mensen kunnen managen;
6. Niet goed, maar uitstekend willen zijn;
7. Vermogen hebben tot zelfreflectie.

(Wijnsma 2006).

De jubileumuitgave over integriteit, de gedragscode voor de bestuurder en het onderzoek naar de competenties van de zorgbestuurder beogen alle drie antwoord te geven op dezelfde vraag: wat mag er van een goede bestuurder verwacht worden? Die vraag is des te prangender *“nu die bestuurder door andere belanghebbenden op goedkope*

wijze als onderdeel van het probleem wordt afgeschilderd”, zo schrijft de voorzitter van de NVZD in het voorwoord van de bundel (Gerding & Van Dartel 2004). De antwoorden van de vereniging lijken de buitenwereld echter nauwelijks te bereiken. Discussies worden vooral intern gevoerd, binnen de eigen kring van beroepsgenoten. De publicaties zijn bestemd voor de eigen leden. Ook de gedragscode heeft, gezien het vrijblijvende karakter, buiten de eigen kring weinig zeggingskracht. Zelfreflectie en zelfregulering bieden onvoldoende antwoord op de publieke en politieke aanklacht tegen zorgbestuurders. Ondertussen neemt het aantal onvrijwillige ontslagen onder bestuurders toe en blijven discussies over salarissen en incidenten pregnant aanwezig in de media. De overige activiteiten van de vereniging bestaan in 2006 en 2007 voornamelijk uit de organisatie van congressen en de ondersteuning van leden bij arbeidsconflicten en ontslagzaken (NVZD 2005b; 2006c; 2007b; 2008b,d; 2009a).

Congressen

Inhoudelijk weerspiegelen de congressen van de NVZD haarfijn de tijdgeest. Er is ruimte voor inspiratie, goede voorbeelden van binnen en buiten de sector, persoonlijke ontwikkeling, de balans werk-privé en specifieke organisatorische vraagstukken. Het congres van 2004 heeft als thema het regisseren van de balans. Onderwerpen die voorbijkomen zijn de bestuurder als professional, de bestuurder als ondernemer en de politisering van de bestuurder in de zorg. Het jaarcongres 2005 heeft als centraal thema verantwoord(end) leiderschap, waarbij onder meer de relatie met de raad van toezicht wordt uitgediept. Het jaarcongres 2006 focust op het (be)sturen van risico's. De cliënt staat centraal in het jaarcongres van 2007. Er zijn discussies over leiderschap, gastvrijheid en het besturen van netwerken. In het congres van 2008 staan drie thema's centraal: gezondheidszorg en economie, leiderschap en strategie, veiligheid en logistiek. In genoemde congressen wordt de bestuurder onder meer aangesproken als strateeg, professional, regisseur, ondernemer, risicomanager, bestuurder van netwerken. Blijkbaar is het werk van bestuurders niet te vatten in één rol, maar hebben zij meerdere rollen tegelijkertijd te vervullen.

5.5 INTERNE STRIJD (2007-2010)

In het Beleidsplan 2008-2010 stelt de NVZD zich ten doel *“het huidige beeld van de zorg en van de bestuurder in het bijzonder bij te stellen”*. Want *“hoewel de NVZD als entiteit positief bekend staat bij media en politici staan zorgbestuurders dat in het algemeen niet”*, aldus het bestuur (NVZD 2008c). Accreditering van opleidingen wordt gezien als één van de middelen om het geschonden vertrouwen te herstellen en een antwoord te geven op de *“herhaalde vraag van de overheid en de politiek aan bestuurders om aan te tonen dat zij hun vak van besturen verstaan”* (NVZD 2008a). Inhoudelijk moet een accreditatiesysteem leden helpen *“een bestuurlijke specialisatie te ontwikkelen op het snijvlak van privaat ondernemerschap en publiek belang”* (NVZD 2008a).

Voor haar eigen positionering stelt de NVZD zich the American College of Healthcare Executives (ACHE) ten voorbeeld. Net als ACHE wil de NVZD graag gezien worden als *“kennistransfercentrum voor bestuurders in de zorg”*. De vereniging meet zichzelf op deze wijze een soort intermediaire positie aan, tussen de eigen achterban en de overheid, politiek en andere belanghebbenden in (NVZD 2008a;d). Zij wil een gesprekspartner zijn van de overheid, zelfstandige bestuursorganen, de politiek en andere belangenorganisaties (NVZD 2008c). Bijvoorbeeld bij de opstelling van een nieuwe gezamenlijke beloningscode voor bestuurders in de zorg van de NVZD en de NVTZ. De directeur van de vereniging houdt zich naast de beloningscode ook in belangrijke mate bezig met individuele belangenbehartiging. Het verzamelen van jurisprudentie wordt zelfs een speerpunt genoemd, omdat het hier gaat om het verkennen van *“de grenzen van bestuur”* (NVZD 2009c).

Ook de geneeskundige zustervereniging, de GV, heeft vragen over de eigen rol en positie. Bij deze vereniging spitst de vraag zich toe op de meerwaarde van bestuurders met een professionele (zorginhoudelijke) achtergrond voor het besturen van zorginstellingen. In de jaren negentig heeft de vereniging haar lidmaatschap opengesteld voor alle bestuurders met in hun portefeuille de patiëntenzorg van zorginstellingen. In het nieuwe bestel is zowel de positie van cliënten als professionals veranderd. De cliënt is meer centraal komen te staan en er is ruimte ontstaan voor nieuwe verhoudingen tussen medici en raden van bestuur, waarbij medici zowel boven- als ondergeschikt kunnen zijn. Welke rol is in deze ontwikkelingen weggelegd voor de geneeskundige bestuurder? (Van der Scheer et al. 2008).

In 2007 presenteert de NVZD voor het laatst een eigen Adviesregeling Arbeidsvoorwaarden. Vanaf 2008 gaat de NVZD onderhandelen met de NVTZ over een sectorbrede regeling, zoals de – door het kabinet ingestelde – commissie-Dijkstal heeft voorgesteld. Het blijkt lastig een nieuwe beloningscode op te stellen. Het draagvlak onder de leden laat te wensen over. Leden krijgen weinig inspraak, terwijl het om een niet-vrijblijvende code gaat en deze een aanscherping inhoudt ten opzichte van voorgaande regelingen. De indruk bestaat dat het bestuur de afstemming met externen boven de afstemming met de eigen leden laat gaan. De overweging van het bestuur is dat *“het geen zin heeft een regeling neer te leggen die met name door de overheid niet wordt geaccepteerd”* en dat overleg en lobby dus nodig zijn (NVZD 2009b). Het stemt de leden kritisch: zowel over de code, als over de nieuwe intermediaire positie die de vereniging zichzelf aanmeet. Sommige leden zijn zo ontstemd dat zij het lidmaatschap (dreigen te) beëindigen. Anderen zijn blij dat de vereniging nu eindelijk een helder standpunt inneemt. Terwijl sommige leden de vereniging als goede bondgenoot of bemiddelaar beschouwen, lijken andere haar inmiddels te ervaren als een onwelkome bemoeial.

De beloningscode is niet het enige punt waarover de meningen uiteenlopen. Onder invloed van de toegenomen veelvormigheid van organisaties in de zorg komen de

lidmaatschapscriteria van de NVZD opnieuw ter discussie te staan. Er zijn steeds meer kleinere organisaties, waarvan de bestuurders toegang hebben tot de NVZD. Dit terwijl directeuren met een omvangrijk budget niet aan de criteria voldoen omdat zij geen eindverantwoordelijkheid dragen. Daarnaast worden steeds meer bestuurders voor bepaalde tijd aangesteld. Na rijp beraad valt het besluit dat bestuurders met een tijdelijk werkverband ook lid mogen zijn, directeuren (zonder eindverantwoordelijkheid) niet. Voor hen is er de Vereniging voor Hoger Managers in de Zorg (NVZD 2008a).

In 2008 is de voorzitter van de vereniging niet langer in functie als bestuurder in de zorg. Statutair gezien is hij niet langer bevoegd als voorzitter van de NVZD op te treden. Het besluit als voorzitter aan te blijven leidt om die reden tot onbegrip en irritatie. Leden hebben het gevoel (opnieuw) niet (tijdig) te worden gehoord. Als het bestuur de directeur op non-actief stelt, vraagt een groep ter grootte van tien procent van de leden een extra algemene ledenvergadering aan voor een discussie over de positie van zowel de voorzitter als de directeur. Zij maken duidelijk dat een vereniging bestaat bij gratie van de leden. Wanneer zij zich niet langer herkennen in het beleid, het bestuur of het bureau, raakt dit het bestaansrecht van de vereniging. Na een overgangperiode met een interim-directeur en tijdelijk voorzitter kiezen de leden voor een onafhankelijke voorzitter die als woordvoerder en boegbeeld namens de vereniging optreedt. De directeur is onder meer verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken, beleid en ledenactiviteiten. Ondanks de portefeuillescheiding blijft het echter lastig beide doelen, belangenbehartiging en beroepsontwikkeling, te combineren. Zo is het in 2013 nog steeds zoeken naar een passende vorm van accreditatie die bijdraagt aan zowel professionaliteit als legitimiteit van leden.

5.6 CONCLUSIES

In dit hoofdstuk is uiteengezet hoe de NVZD het veranderende governanceregime van de zorg interpreteert en ermee omgaat. De vereniging is een van de weinige partijen die kunnen spreken namens bestuurders van zorginstellingen als groep. In de periode 2000 tot en met 2010 wordt de NVZD daar ook steeds vaker op aangesproken door politici en andere governing agents. Voor de beroepsvereniging brengt het veranderende governanceregime meer bemoeienis met zich mee vanuit de politiek en de media. Deze spreken de vereniging aan op de kwaliteit en de beloning van bestuurders. De manier waarop de beroepsvereniging de legitimiteit van de vereniging en haar leden tracht te versterken valt te typeren als een strategie van professionalisering en politisering. Inzet van de strijd is zowel de legitimiteit als de identiteit van de beroepsvereniging en haar leden.

5.6.1 Professionalisering en politisering

De beroepsvereniging heeft tot doel de belangen van de leden te behartigen en hun beroepsuitoefening te bevorderen. In de periode 2000 tot en met 2010 leidt dit tot een beleid van professionalisering en politisering. De NVZD beoogt de eigen

professionaliteit te versterken, maar ook een weerwoord te bieden aan de negatieve berichtgeving over zorgbestuurders, de kritiek en de bemoeienissen van de politiek.

Professionalisering

Anno 2000 is de NVZD te typeren als een naar binnen gekeerde organisatie, voornamelijk gericht op versterking van de professionaliteit van de eigen leden. Hierbij besteedt zij ruime aandacht aan de eigenheid van het vak van besturen in de zorg: de specifieke maatschappelijke context en de ethische aspecten van het vak die vragen om een sterk moreel kompas van zorgbestuurders. Wanneer bestuurders van zorginstellingen als groep onder vuur komen te liggen verschuift de aandacht van professionalisering naar legitimering van bestuur en wordt versterking van de professionaliteit mede een middel om legitimiteit te verwerven. Het voorstel om een accreditatiesysteem te ontwikkelen wordt bijvoorbeeld gezien als een mogelijkheid de kritiek te pareren en ingrijpen van overheidswege te voorkomen.

Politisering

In dezelfde periode dat de NVZD volop bezig is met de ontwikkeling van het vak van bestuurder wordt in het overheidsbeleid en de politiek aanvankelijk over zorgbestuurders gesproken in termen van ondernemers en onderhandelaars. Het moreel kompas van de bestuurder komt pas later op de agenda van de politiek, in reactie op uitwassen in het ondernemerschap van zorgbestuurders en de gebrekkige mogelijkheden van de overheid en politiek om die te voorkomen. De morele druk die dit legt op zorgbestuurders draagt ertoe bij dat verbetering van hun imago voor de vereniging een doel op zich wordt. Het bestuur van de vereniging gaat politieker opereren en beziet door deze bril ook de eigen leden. Bestuur en directeur stellen zich meer onafhankelijk op van de leden en besteden veel aandacht aan politieke lobby en pr. Zij spreken ook leden aan op de rol die zij vervullen in het maatschappelijk debat en het leiderschap dat zij tonen. Politiek-bestuurlijke zaken komen meer voorop te staan in het beleid van de vereniging ten koste van professioneel-inhoudelijke zaken. Ook de 'taal' van de politiek wordt daarbij deels overgenomen. Denk aan de bestuurlijke specialisatie op het snijvlak van privaat ondernemerschap en publiek belang. De professionele activiteiten die de vereniging wel degelijk ontplooit bereiken de buitenwereld niet.

Beide strategieën, professionalisering en politisering, versterken elkaar niet automatisch. De eerste is naar binnen gericht. Het gaat om de afbakening van het vak: de definiëring van de specifieke deskundigheid die het besturen van een zorginstelling vereist en de ontwikkeling van ijkpunten die het mogelijk maken een eigen koers te varen te midden van maatschappelijke turbulenties. De tweede is naar buiten gericht. Deze strategie heeft als doel draagvlak te verkrijgen voor de eigen positie en het eigen beleid. Dat vereist de bereidheid aansluiting te zoeken bij de manier waarop de buitenwereld tegen bestuurders aankijkt. Dit is complex omdat de buitenwereld

in heel andere termen over bestuurders spreekt en denkt dan bestuurders zelf. In het licht van marktwerking worden bestuurders door politiek en media gezien en beoordeeld als zakelijke managers dan wel ondernemers met een hang naar meer en groter. De leden van de NVZD herkennen zichzelf maar matig in dit beeld. Het nieuwe, meer marktgerichte, maar ook meer politieke besturen botst met hun eigen opvattingen over wat (goed) besturen is en vereist, over waar zijzelf en de vereniging voor staan, wat hen bindt en wat niet (meer). De beeldvorming en berichtgeving raken zo ook aan de identiteit – het zelfbeeld – van de vereniging en haar leden: aan wie bestuurders zijn en hoe zij gezien en gekend willen worden.

5.6.2 Gescheiden werelden

Wanneer we het verhaal van de overheid en politiek en dat van de beroepsvereniging naast elkaar leggen, valt op hoezeer er sprake is van twee gescheiden werelden, maar ook wat er kan gebeuren als de gerichtheid op de andere wereld te sterk wordt. Als men de eigen rol niet goed bewaakt, bestaat het risico te zeer meegezogen te worden in en bepaald te worden door het frame (de beelden en belangen) van anderen. Met het oog op de eigen legitimiteit is het voor de vereniging en voor bestuurders relevant het perspectief van de politiek te kennen en een zekere politieke gevoeligheid te ontwikkelen. Wanneer de NVZD stelt dat het belangrijk is voor bestuurders een bestuurlijke specialisatie te ontwikkelen op het snijvlak van privaat ondernemerschap en publiek belang, kan dit worden geduid als een poging een nieuwe taal te vinden die voor meerdere partijen acceptabel is. Maar met het oog op de eigen professionaliteit en de bewaking van de eigen identiteit is het van belang niet te zeer onderdeel uit te maken van de politiek.

De strijd van de NVZD om behoud en versterking van de eigen legitimiteit gaat ook over de grenzen van ieders verantwoordelijkheden en bevoegdheden, de vraag waarmee de politiek zich nog wel mag bemoeien en waarmee niet meer. In termen van professionaliteit gaat het dan over de professionele jurisdictie: de afbakening van het professionele domein van de bestuurder. Met de ontwikkeling van een gedragscode en salarisregeling toont de NVZD zich responsief voor de maatschappelijke vraag om disciplineren van de beroepsgroep. Naast professionalisering en politisering is er dus ook sprake van zelfregulering, een vorm van juridisering. Door zelf normen te ontwikkelen voor goed bestuur en een gepast salaris geeft de beroepsvereniging aan dat deze zaken tot haar jurisdictie behoren. Vanwege de (aanvankelijke) vrijblijvendheid van de regelingen neemt de buitenwereld deze echter nauwelijks serieus. Om dezelfde reden is ook onder leden de zeggingskracht beperkt. Het blijkt voor de NVZD een vrijwel onmogelijke opgave om zowel het draagvlak van de eigen leden te behouden als maatschappelijk draagvlak te verwerven onder stakeholders. Onenigheid over de vraag waar de collectieve belangen (van de vereniging) en waar de individuele belangen (van de leden) het beste mee gediend zijn, beperkt de NVZD in haar slagkracht. Het lukt haar niet de politiek op afstand te houden.

5.6.3 Identiteit en verscheidenheid

Aan het einde van de periode 2000 tot en met 2010 is er groeiende polarisatie binnen de vereniging. Leden raken onderling verdeeld over thema's als de salarisregeling, de inhoud van het vak en de rol van de beroepsvereniging. Verschillen tussen leden ontstaan daarnaast door de opkomst van nieuwe organisaties die qua vorm, omvang of financiering anders zijn dan bestaande instellingen. Het leidt tot vragen over voor wie de vereniging er is en voor wie niet. Wat hebben leden gemeen of zouden zij gemeen moeten hebben, wat onderscheidt hen van niet-leden? Ook deze ontwikkeling raakt aan de legitimiteit en identiteit van de vereniging en haar leden. Een ander criterium dan eindverantwoordelijkheid wordt niet gevonden en dat blijft dan ook de belangrijkste voorwaarde om lid te kunnen zijn van de NVZD.

Ook overheid en politiek besteden aandacht aan de diversiteit onder zorgorganisaties. Onder invloed van marktgeoriënteerde ontwikkelingen is er ruimte ontstaan voor andersoortige organisaties, die op een andere wijze georganiseerd en soms ook gefinancierd worden. De ruimte in het systeem wordt benut om nieuwe zorg- en organisatievormen te ontwikkelen die beter passen in een context van gereguleerde marktwerking. Soms pakt dat verkeerd uit en dreigt een organisatie ten gevolge van het ondernemerschap van haar bestuurders failliet te gaan. Terwijl bestuurders naar manieren zoeken om de nieuwe ruimte te benutten, zoekt de politiek naar manieren om de ruimte te begrenzen en uitwassen te bestrijden (zie vorig hoofdstuk). Zij zien in de fout van een individuele organisatie al gauw een bewijs voor het falen van een hele sector of beroepsgroep. Bestuurders lijken zich echter niet snel aangesproken te voelen wanneer het over 'de sector' of 'de beroepsgroep' gaat. Exemplarisch hiervoor is de opmerking van de minister van VWS in 2001 naar aanleiding van vragen over het salaris van bestuurders dat *"raden van toezicht nu vast heel goed luisteren"* (zie vorig hoofdstuk). Door schade en schande is eenieder er wel achter gekomen dat zij misschien wel luisteren maar zelden het idee hebben dat het hun specifieke situatie betreft, die in de eigen beleving op vele punten anders is. De beroepsvereniging heeft hier ook mee te maken. Hoewel de discussie over de salarissen alle leden raakt, krijgt het bestuur de handen moeilijk op elkaar voor een meer bescheiden, transparante en uniforme regeling. Onder zorgbestuurders is ruimte voor veel meer nuances dan onder politici. Hoe te handelen is voor bestuurders altijd persoonlijk en situationeel bepaald. De professionele richtlijnen die de beroepsgroep heeft ontwikkeld passen hierbij. Zij hebben geen verplichtend karakter en er is altijd ruimte voor eigen (lokale) afwegingen. Daar komt bij dat niet alle bestuurders lid zijn van de NVZD en dus niet door haar aanspreekbaar zijn op hun handelen. De primaire verantwoordelijkheid van bestuurders betreft de eigen organisatie. Zij voelen zich wel verantwoordelijk voor maatschappelijke doelstellingen als de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg, maar zijn daar als groep moeilijk op aanspreekbaar. Daarvoor is het te weinig één groep.

Paradoxaal genoeg voedt de toenemende complexiteit, de diversiteit en het persoonlijke en situationele karakter van het werk van zorgbestuurders juist de roep om meer uniformiteit en eenduidigheid van de kant van politici. Al te veel diversiteit is voor hen moeilijk hanteerbaar. Zij eisen eenduidige verantwoordingsstructuren en willen meer zekerheid over de kwaliteit van bestuur. Er is onder meer behoefte aan een inzichtelijk systeem van opleiden en beoordelen van bestuurders. Het bestuur van de vereniging ziet hierin een mogelijkheid de niet aflatende kritiek op bestuurders te pareren. Het vraagt zijn leden mee te werken aan een systeem waarmee het de 'buitenwereld' kan tonen over welke kwaliteiten bestuurders beschikken en hoe zij daaraan werken. De tijd is wat het bestuur betreft rijp om de vrijblijvendheid los te laten en als 'echte' professionals een systeem te ontwikkelen voor de opleiding én toetsing van bestuurders. De vraag is of de leden hiertoe bereid zijn. De inhoudelijke handreikingen die de vereniging haar leden tot dusver heeft geboden waren niet verplichtend. Inzichten in het benodigde handelingsrepertoire, competenties, gedragsrichtlijnen en richtlijnen voor good governance hadden alle een vrijblijvend karakter. De initiatieven genoten wel de instemming van leden, maar zodra gesproken werd over een verplichtend karakter lag dat anders. Een verplichte code of accreditatiestelsel lijkt principieel tegen de aard van bestuurders en de eigen opvattingen over het vak van besturen in te gaan. Keerzijde van deze autonomie is dat de beroepsvereniging als governing agent weinig verschil kan maken. Daarvoor is het beroepsverband te zwak. Gevolg is dat tegenover de actieve overheid een vrij passieve beroepsvereniging staat die bij gebrek aan eenheid onvoldoende in staat is een eigen verhaal te plaatsen tegenover het dominante discours van falend management en verkeerd ondernemerschap.

In de volgende hoofdstukken komt het perspectief van zorgbestuurders zelf centraal te staan. Daarin gaat het over de manier waarop zorgbestuurders zelf hun functie bekijken, invullen en beoordelen. Ook ontwikkelingen in zorgorganisaties in de periode 2000 tot en met 2010 komen daarbij aan bod. Relevant in het kader van dit onderzoek is onder meer in hoeverre we onder zorgbestuurders iets terugzien van de professionalisering en politisering die we in dit hoofdstuk aantreffen. Of spelen in de bestuurders- en organisatiearena weer heel andere machten en krachten?

6 De bestuurdersarena: zorgbestuurders

6.1 INLEIDING

In voorgaande hoofdstukken is beschreven hoe zorgbestuurders door de jaren heen een invloedrijke positie toegedicht hebben gekregen in het veranderende governanceregime van de zorg. Het veranderende governanceregime bracht echter ook strijd en verwarring met zich mee over wat (goed) bestuur is en vereist. Partijen interpreteren en waarderen de functie van zorgbestuurders verschillend. Wat goed besturen is en vereist is niet alleen een interne zaak (van de beroepsgroep zelf) maar ook een externe zaak (van de maatschappelijke omgeving, waaronder de politiek). In dit hoofdstuk verleggen we de aandacht van de politieke en de beroepsarena naar de bestuurdersarena. De praktijk van het besturen en het perspectief van bestuurders zelf komen centraal te staan. Enquêteonderzoek werpt licht op de ontwikkelingen in de beroepsgroep en op de vraag: *wie zijn zorgbestuurders en welke veranderingen hebben zich voorgedaan in de wijze waarop zij hun functie interpreteren en uitoefenen in de periode 2000 tot en met 2010?* Het enquêteonderzoek biedt een heel andere kijk dan het bronnenonderzoek op het veranderende governanceregime en de omgang van zorgbestuurders daarmee. Tegenover de politiek-bestuurlijke dynamiek die we in voorgaande hoofdstukken aantreffen, blijkt in de praktijk van het besturen sprake te zijn van een opmerkelijke continuïteit. Bij de stapsgewijze aanpassingen in de functie-interpretatie van zorgbestuurders die we in dit hoofdstuk aantreffen spelen heel andere krachten een rol dan uit voorgaande hoofdstukken naar voren kwam.

Het enquêteonderzoek is een trendonderzoek. Dit is een type longitudinaal onderzoek waarbij op verschillende momenten (grotendeels) dezelfde informatie verzameld wordt. De steekproef wordt elk onderzoeksjaar opnieuw samengesteld. De respondenten van het onderzoek uit 2000 zijn dus niet dezelfde als die van het onderzoek uit 2005 en 2010. In de steekproef kunnen wel – net als in de populatie – deels dezelfde personen voorkomen, afhankelijk van de in- en uitstroom van bestuurders. De opzet en uitvoering van het enquêteonderzoek zijn besproken in hoofdstuk 3. De uitkomsten worden voornamelijk gepresenteerd in tabelvorm. In de tabeltitel staat kort omschreven wat gemeten is en hoe. In de tabellen is aangegeven wanneer de uitkomsten tussen de jaren significant verschillen door de uitkomsten

te **onderstrepen en vet** te maken. Op eenzelfde manier is aangegeven wanneer variabelen met elkaar samenhangen. Regelmatig wordt verwezen naar bijlage 4. Omwille van de leesbaarheid is een deel van de tabellen in deze bijlage opgenomen. De bijlage is te gebruiken als een naslagwerk bij de hoofdstukken 6 en 7.

De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt. In paragraaf 6.2 worden de ontwikkelingen in persoonskenmerken van zorgbestuurders behandeld, in paragraaf 6.3 de ontwikkelingen in de functiekenmerken van zorgbestuurders. Paragraaf 6.4 laat zien hoe ontwikkelingen in de persoon en de functie van zorgbestuurders met elkaar samenhangen. In hoofdstuk 7 staan de organisatiekenmerken centraal en de samenhang tussen organisatorische omstandigheden en de persoon en functie van de bestuurder.

6.2 PERSOONSKENMERKEN

In voorgaande hoofdstukken zagen we dat er in het politieke debat over het functioneren van zorgbestuurders weinig taboes zijn. Onverbloemd worden capaciteiten, vermogen en onvermogen van bestuurders besproken. Deze paragraaf geeft zicht op een aantal relevante persoonskenmerken van bestuurders die betrekking hebben op hun capaciteiten, zoals hun opleiding en werkervaring. Zij geven bovendien informatie over de soort kennis waarover zorgbestuurders beschikken. Ontwikkelingen in de verdeling tussen mannen en vrouwen en de gemiddelde leeftijd zijn eveneens relevant voor de vraag wie zorgbestuurders zijn.

6.2.1 Leeftijd en geslacht

Uit de enquêteonderzoeken blijkt dat de meeste bestuurders man zijn. Tegelijkertijd neemt het aantal vrouwelijke bestuurders toe. Het aandeel vrouwelijke deelnemers aan het onderzoek is tussen 2000 en 2010 verdubbeld. In tabel 6.1 is het aandeel vrouwelijke respondenten afgezet tegen het aandeel vrouwelijke leden van de NVZD¹.

Tabel 6.1 Aandeel vrouwelijke respondenten t.o.v. steekproef, 2000-2005-2010

Vrouwen	2000	2005	2010
Enquête	11%	14%	25%
NVZD	10%	13%	23%

De toename van het aantal vrouwelijke deelnemers aan het onderzoek is in lijn met de toename van het aantal vrouwen dat lid is van de NVZD. Hoewel leiderschapsonderzoek het maar matig bevestigt, leeft de idee dat vrouwen op een andere manier leidinggeven dan mannen (zie o.a. Yukl 2002; Eagly en Carli 2003; Stoker 2007). Of vrouwen ook andere opvattingen hebben over hun functie, en bijvoorbeeld het werk anders indelen dan mannen, wordt nader onderzocht in paragraaf 6.4.2.

1 Bron: NVZD-ledenbestand 2000, 2005, 2010.

Het aandeel vrouwen dat een bestuurlijke functie vervult in de zorg mag dan sterk gegroeid zijn, het contrast met het totale aandeel vrouwen werkzaam in de zorg blijft groot. Op basis van gegevens van Prismant uit 2009 kon de volgende tabel samengesteld worden over het aandeel vrouwelijke bestuurders in de ziekenhuissector (ZH), geestelijke gezondheidszorg (GGZ), gehandicaptenzorg (GHZ) en verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT) ten opzichte van het percentage vrouwen dat werkt in die sectoren (tabel 6.2).

Tabel 6.2 Aandeel vrouwelijke bestuurders (NVZD 2010) t.o.v. totaal aandeel vrouwelijke werknemers in de zorg (Prismant 2009) naar sector

	ZH	GGZ	GHZ	VVT
Aandeel vrouwelijke bestuurders in de zorg	24%	26%	25%	30%
Aandeel vrouwen werkzaam in de zorg	81%	72%	83%	92%

Een tweede ontwikkeling heeft betrekking op leeftijd.

Tabel 6.3 Leeftijd (gemiddeld), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. One-way ANOVA)

	2000	2005	2010
Leeftijd	51,6	53,1	54,4

De gemiddelde leeftijd van respondenten is tussen 2000, 2005 en 2010 gestegen. Dit gegeven kan niet verklaard worden door het ‘meegroeien’ van de onderzoeksgroep, want de steekproef is elke vijf jaar opnieuw getrokken. Uit onderzoek van Prismant (2009) blijkt dat het personeelsbestand in de zorg sectorbreed aan het vergrijzen is. De tabel maakt zichtbaar dat deze trend ook van toepassing is op bestuurders van zorgorganisaties, al ligt het aandeel vijftigplussers onder uitvoerenden vele malen lager dan onder bestuurders: in 2010 is circa 80% van de bestuurders ouder dan vijftig, tegenover circa 30% van de uitvoerenden (Prismant 2009).

Voor de uitkomsten uit 2010 is ook de samenhang tussen leeftijd en geslacht onderzocht. Hieruit blijkt dat leeftijd (tot en met 50 jaar) samenhangt met geslacht (vrouw). Voor de bestuurders ouder dan 55 jaar geldt het omgekeerde. Vrouwelijke bestuurders zijn met andere woorden relatief jong. In tabel 6.4 zijn de uitkomsten samengevat.

Tabel 6.4 Samenhang leeftijd en geslacht (percentage), 2010 (Chi-kwadraat)

	Man	Vrouw
t/m 50 jaar	17%	28%
51 t/m 55 jaar	31%	41%
Vanaf 55 jaar	52%	31%

Zorgorganisaties worden in meerderheid bestuurd door mannen van ‘een zekere leeftijd’. Gezien de relatie tussen leeftijd en geslacht is het goed mogelijk dat de verjonging onder bestuurders een direct gevolg is van de toename van het aantal vrouwen in bestuursfuncties.

Opmerkelijk is dat deze zelfde uitkomst ook is aangetroffen onder raden van toezicht van zorgorganisaties (Meurs en Schraven 2002). De toename van relatief jonge vrouwen was onder toezichthouders al eerder zichtbaar dan bij zorgbestuurders. De verjonging en feminisering onder zorgbestuurders is met andere woorden voorafgegaan door, en mogelijk een direct gevolg van, de verjonging en feminisering onder toezichthouders. Daar ligt immers de benoemingsmacht.

6.2.2 Opleiding en vakontwikkeling

Er bestaat geen drempel voor toetreding tot de functie van bestuurder: een verplichte opleiding voor bestuurders in de gezondheidszorg, een door de overheid ontwikkeld scholingsprogramma of een accreditatiestelsel voor bestuurders in de zorg bestaat (nog) niet. Over dat laatste wordt wel volop debat gevoerd binnen de NVZD. Bijdragen aan professionalisering en legitimering zijn welkom, maar de onvermijdelijke uniformering en bureaucratisering schrikken af. Als er al sprake is van een gemeenschappelijke kennisbasis, dan is die (nog) onomschreven. Ontwikkelingen in het profiel van zorgbestuurders verlopen van oudsher organisch. In de jaren zestig van de vorige eeuw winnen bedrijfskundige kwaliteiten aan belang voor raden van bestuur, als gevolg van de toenemende complexiteit van de bedrijfsvoering van zorgorganisaties (Boersma 2000). De bedrijfskundig directeur deed zijn intrede, naast de verpleegkundig directeuren en geneesheren-directeuren. De laatste twee functies werden in de loop der tijd samengevoegd tot één zorginhoudelijke directiefunctie. De bedrijfskundige directeur wordt sindsdien ook wel aangeduid als algemeen directeur (Boersma 2000). Een relevante vraag voor dit onderzoek is of met het veranderende governanceregime wederom andersoortige kennis en ervaring hun entree hebben gemaakt in de bestuurskamer. Om deze vraag te kunnen beantwoorden is onderzocht hoe bestuurders zijn opgeleid en hoe zij werken aan de eigen vakontwikkeling. Relevant voor deze vraag is ook de soort werkervaring waarover bestuurders beschikken (6.2.3).

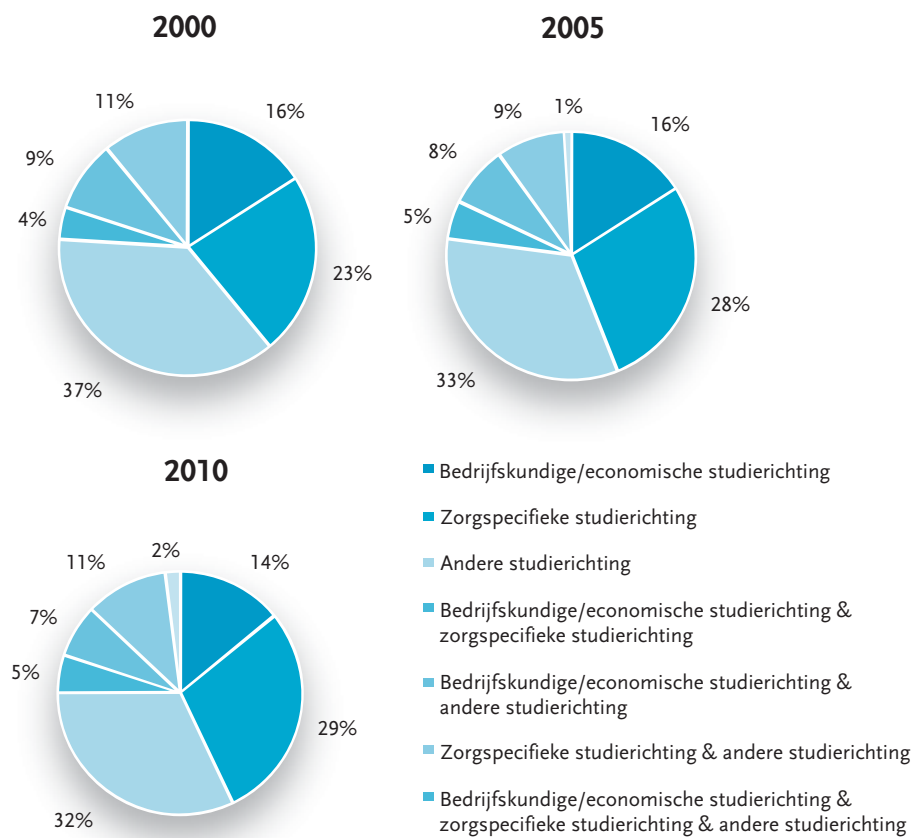
Opleiding

De opleidingen zijn geclusterd naar drie categorieën:

- Zorgspecifieke opleidingen, zoals die tot arts, psychiater, verpleegkundige, fysiotherapeut, gezondheidswetenschapper;
- Bedrijfskundige/economisch georiënteerde opleidingen, zoals heao, economie, econometrie, bedrijfskunde;
- Andersoortige opleidingen, zoals sociologie, politicologie, bestuurskunde.

De uitkomsten vertonen over de jaren heen grote overeenkomsten². Een aanzienlijk deel van de bestuurders heeft direct na de middelbare school al gekozen voor een zorgspecifieke opleiding (43% in 2005, 47% in 2010). Circa 30% heeft een bedrijfskundige of economische opleiding gevolgd (30% in 2005, 28% in 2010). Ongeveer de helft heeft (ook) een andere studierichting gevolgd dan een bedrijfskundige of zorginhoudelijke (51% in 2005, 52% in 2010). Het totaal is meer dan 100% doordat een kwart van de respondenten meer dan één type opleiding heeft afgerond (zorgspecifiek en/of bedrijfskundig en/of andersoortig)³.

Figuur 6.1 Studierichting (hbo en universitair), per jaar (%)



- 2 De vergelijking met 2000 is enigszins problematisch omdat gezondheidswetenschappen daar nog niet als aparte categorie wordt genoemd en daardoor is opgenomen onder 'overige opleidingen' in plaats van zorgspecifieke opleidingen (zoals in 2005 en 2010 is gebeurd). Dit verklaart meteen de stijging in het percentage respondenten tussen 2000 en 2005 dat een zorgspecifieke opleiding volgde.
- 3 Niet meegenomen is wanneer respondenten meerdere opleidingen van dezelfde categorie hebben gevolgd.

Het meest opmerkelijk is de stijging van het aandeel respondenten met een verpleegkundige achtergrond. Tussen 2000 en 2010 is dit aandeel verdubbeld van 9% in 2000, naar 13% in 2005 en 18% in 2010. De stijging tussen 2000 en 2005 is significant. In het volgende hoofdstuk zullen we zien dat de toename van het aantal respondenten met een verpleegkundige opleiding zichtbaar is in alle sectoren van zorg, maar het sterkst bij verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties⁴ (zie ook bijlage 4 tabel 39b).

Voor 2010 is ook de relatie tussen studierichting en geslacht onderzocht (zie voor de uitkomsten bijlage 4 tabel 2). Hieruit blijkt dat mannelijke bestuurders significant vaker bedrijfskundig/economisch opgeleid zijn. Vrouwelijke bestuurders hebben significant vaker een zorgspecifieke opleiding gevolgd. Het verschil wordt met name veroorzaakt door het aantal vrouwen met een verpleegkundige achtergrond. Van de vrouwelijke respondenten uit 2010 is 56% verpleegkundig opgeleid tegenover 36% van de mannen⁵ (zie bijlage 4 tabel 3).

Het merendeel van de respondenten heeft naast de initiële studie(s) aan een universiteit of hogeschool ook nog aanvullende (management)opleidingen of cursussen gevolgd. Zowel in 2000, 2005 als 2010 geeft circa 90% van de respondenten aan de afgelopen tien jaar één of meerdere managementopleidingen te hebben gevolgd, een klein deel (circa 10%) geeft aan de afgelopen tien jaar geen aanvullende managementopleiding te hebben gevolgd (zie bijlage 4 tabel 4). Jongere bestuurders (tot en met 50 jaar) kiezen hierbij opvallend vaak (en significant vaker dan bestuurders boven de vijftig jaar) voor een MBA-opleiding (zie bijlage 4 tabel 5)

In de enquêtes van 2005 en 2010 is nader gevraagd naar de soort aanvullende managementopleidingen en -cursussen die respondenten in de voorafgaande tien jaar volgden (zie bijlage 4 tabel 6⁶). De uitkomsten maken duidelijk dat veel van de gevolgde opleidingen zorgspecifiek zijn. Veel opleidingen die gevolgd worden zijn omvangrijk van aard. Een jaar of langer trekken bestuurders hierin op met collega-zorgbestuurders. Respondenten hebben daarnaast verschillende korte cursussen gevolgd over specifieke onderwerpen. Met name op het bedrijfskundige en financiële vlak wordt gericht 'bijgetankt' door het volgen van korte gespecialiseerde cursussen.

4 Opmerkelijk is ook de toename tussen 2000 en 2005 van het aantal bestuurders dat is afgestudeerd in een sociaalwetenschappelijke discipline. Hier kunnen echter geen conclusies aan verbonden worden aangezien de vraagstelling op dit punt is gewijzigd tussen 2000 en 2005. In 2005 en 2010 was 'sociale wetenschappen' een aparte antwoordcategorie, in 2000 is de categorie samengesteld op basis van de antwoorden ingevuld bij 'andere studierichting'.

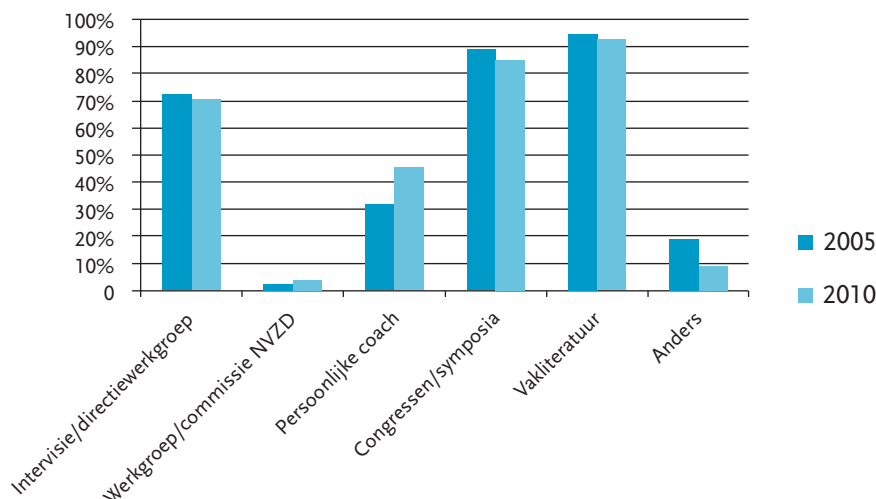
5 Het verschil is net niet significant $\alpha = 0,053$

6 Een vergelijking tussen de jaren is niet goed mogelijk in verband met de veranderde vraagstelling.

Vakontwikkeling

(Na)scholing is een manier om te werken aan de eigen vakontwikkeling. Andere manieren zijn bestudering van vakliteratuur, intervisie, coaching, deelname aan activiteiten van de beroepsvereniging, deelname aan congressen en symposia. In de enquêtes van 2005 en 2010 is gevraagd in hoeverre respondenten gebruikmaakten van deze mogelijkheden. Figuur 6.2 toont de uitkomsten.

Figuur 6.2 Manieren om aan professionele (vak)ontwikkeling te werken (percentage), 2005-2010



Ruim 70% van de respondenten neemt deel aan een intervisie- of directiewerkgroep, dit geldt zowel voor de respondenten uit 2005 als 2010. Intervisie is een vorm van kennisoverdracht waarbij deelnemers op systematische wijze leren van eigen casussen. De casussen worden besproken en van collegiaal advies voorzien. Opmerkelijk is dat vrouwelijke bestuurders significant vaker lid zijn van een intervisie- of directiewerkgroep dan mannelijke bestuurders (zie bijlage 4 tabel 7). Het aantal respondenten dat zich laat coachen is significant gestegen tussen 2005 en 2010. In 2010 geeft 46% van de respondenten aan een coach te hebben, tegenover 32% in 2005. Dit verschil is significant. Oudere bestuurders bezoeken significant vaker congressen en symposia (zie bijlage 4 tabel 8).

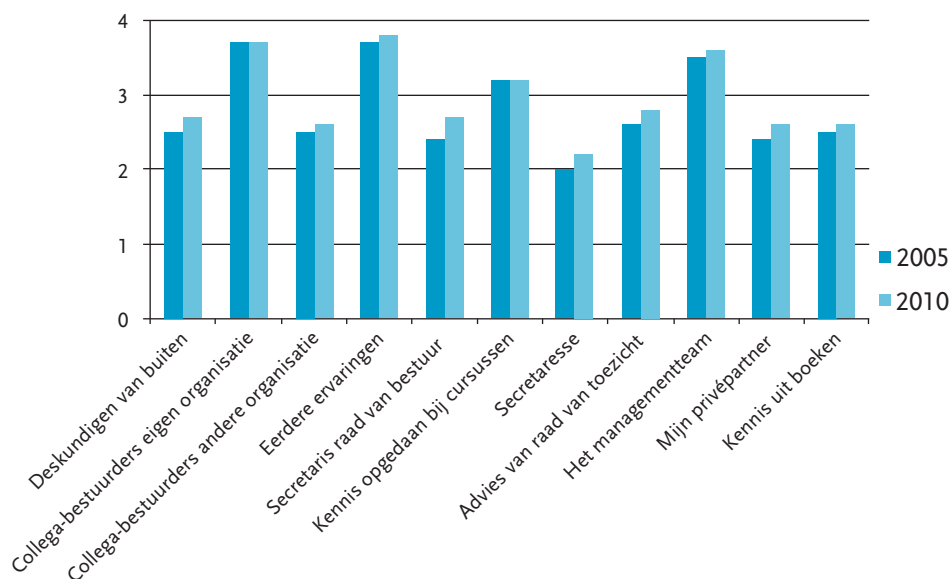
Er is ook gevraagd naar de redenen om lid te zijn van de NVZD (zie bijlage 4 tabel 9). De voornaamste reden is belangenbehartiging en niet de ondersteuning van de eigen professionele vakuitoefening. Deze uitkomst bevestigt het beeld uit het vorige hoofdstuk dat bestuurders hun eigen weg zoeken als het om vakontwikkeling gaat en hierbij niet automatisch een rol voor de NVZD zien weggelegd. Jongere bestuurders hechten meer dan oudere bestuurders belang aan de ondersteuning van de eigen vakontwikkeling door de NVZD (zie bijlage 4 tabel 10).

Bestuurders kunnen de door hen opgedane kennis ook delen met anderen. Bijvoorbeeld door gastcolleges te geven, als spreker op te treden op congressen, collega-bestuurders te coachen of te publiceren in vakbladen. De vraag 'hoe zij hun kennis delen met vakgenoten' is alleen gesteld in de onderzoeken van 2005 en 2010 (voor de uitkomsten zie bijlage 4 tabel 11). De meest voorkomende manier van kennisoverdracht is via ongeorganiseerde contacten (91%). 22% van de respondenten uit 2005 en 16% van de respondenten uit 2010 geven aan een collega-bestuurder te coachen. De daling is significant. Oudere bestuurders (55+) fungeren vaker als coach voor een collega dan jongere bestuurders (tot en met 50 jaar) (zie bijlage 4 tabel 12).

We kunnen concluderen dat vakontwikkeling voor bestuurders voor een groot deel gelijk staat aan persoonlijke ontwikkeling en dat dit een proces is dat bestuurders met beroepsgenoten *onderling* vormgeven. Bestuurders leren van elkaar en met elkaar. Zij zoeken elkaar veelvuldig op voor de uitwisseling van kennis en ervaring. Dit kan in groepsverband of bilateraal, bijvoorbeeld door middel van collegiale coaching of intervisie. De beroepsvereniging speelt daarin niet per se een rol.

Een andere vraag is bij wie (of wat) bestuurders te rade gaan in geval van een lastig managementvraagstuk of een moeilijke beslissing. Raadplegen zij dan ook voornamelijk elkaar of zijn andere adviseurs van belang? Figuur 6.3 toont de uitkomsten.

Figuur 6.3 Raadgevers bij lastige managementvraagstukken (gemiddeld, schaal 1-5, 1 = nooit en 5 = altijd), 2005-2010



Respondenten vertrouwen in lastige situaties het meest op zichzelf: de eigen ervaringen opgedaan in het verleden en daarnaast de goede raad van de meest nabije collega's. Het managementteam is een andere belangrijke raadgever, zeker als collega-bestuurders binnen de organisatie ontbreken. Raden van toezicht doen er ook toe. Tussen 2005 en 2010 is de waardering voor raden van toezicht als raadgever significant gestegen. Zij hebben formeel een adviserende rol naar raden van bestuur. Toch zijn in de praktijk het managementteam en collega-bestuurders belangrijker raadgevers.

Verschillende anderen⁷ hebben aan belang gewonnen sinds 2005, maar zij blijven van ondergeschikt belang vergeleken met de invloed van geleerde lessen in het verleden, de goede raad van naaste collega's en het managementteam. Op de lastigste momenten raadplegen bestuurders voornamelijk diegenen die de situatie van zeer nabij kennen, uit eigen ervaring. Van hen verwachten zij de meeste inzicht, begrip en toegevoegde waarde.

6.2.3 Werkervaring

In het vorige hoofdstuk hebben we kunnen lezen hoe in politiek en media de deskundigheid van bestuurders geregeld ter discussie gesteld wordt. Zorgbestuurders zouden te weinig verstand van zorg hebben. Zij zouden te vaak van 'buiten' afkomstig zijn en weinig voeling hebben met wat er op werkvloeren gebeurt. In de beleidsnotitie *Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning* trekt de minister van VWS openlijk de deskundigheid en bekwaamheid van bestuurders in twijfel. Het is in deze discussies vaak onduidelijk of men doelt op de opleiding of de werkervaring van bestuurders. Wel is duidelijk dat ervaring in de zorg en bij voorkeur 'aan het bed' als een pre wordt gezien. In de vorige paragraaf zagen we dat bijna de helft van de zorgbestuurders een zorginhoudelijke achtergrond heeft en dat de aanvullende scholing die zij volgen overwegend zorgspecifiek is. In deze paragraaf nemen we de werkervaring van bestuurders onder de loep.

Managementervaring

De werkervaring van respondenten is op verschillende manieren in kaart gebracht. Allereerst is gevraagd hoe lang geleden bestuurders begonnen aan hun eerste managementfunctie. De uitkomsten tonen ons dat bestuurders zeer ervaren managers zijn. Zij kunnen gemiddeld genomen bogen op ruim twintig jaar managementervaring. Tussen 2000 en 2010 is de managementervaring waarover bestuurders beschikken alleen maar toegenomen; tussen 2000 en 2005 is zelfs sprake van een significante stijging.

7 Dit betreft (in volgorde van belangrijkheid): deskundigen van buiten, secretaris raad van bestuur, privépartner en secretaresse.

Tabel 6.5 Managementervaring (gemiddelde in jaren en aantal functies), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. ANOVA, Mann-Whitney)

	2000	2005	2010
Hoe lang geleden eerste managementfunctie (in jaren)	<u>19,3</u>	<u>21,2</u>	22,3
Totaal aantal managementfuncties	<u>3,3</u>	<u>4,5</u>	4,9
Duur managementfunctie (in jaren)	<u>5,8</u>	<u>4,7</u>	4,6

Jongere bestuurders (tot en met 50 jaar) hebben in het algemeen minder managementervaring dan oudere bestuurders (boven de 50 jaar) (zie bijlage 4 tabel 13a en b).

Duur van de functie

Delen we het aantal jaren managementervaring door het totaal aantal managementfuncties (zie tabel 6.5) dan blijkt dat bestuurders gemiddeld genomen ruim viereneenhalf jaar een managementfunctie vervullen. Tabel 6.6 toont hoe lang bestuurders hun huidige bestuursfunctie uitoefenen. Dit gegeven is relevant gezien de indruk dat er op zeker moment een 'ontslaggolf' zou zijn geweest onder zorgbestuurders (zie hoofdstuk 4).

Tabel 6.6 Duur huidige functie (gemiddeld), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Mann-Whitney)

	2000	2005	2010
Duur	<u>7,6</u>	<u>6,4</u>	6,4

Tussen 2000 en 2005 is er inderdaad sprake van een afnemende aanstellingsduur. Onbekend is echter de reden hiervoor, en of de ontslagen vrijwillig zijn of onvrijwillig. Tussen 2005 en 2010 is de aanstellingsduur nagenoeg gelijk. Het beeld van de 'ontslaggolf' wordt dus niet bevestigd. Vergelijking van de totale gemiddelde duur van een managementfunctie met de gemiddelde duur van de huidige bestuurlijke functie biedt een ander perspectief op de aanstellingstermijn van bestuurders. Het blijkt dat respondenten als bestuurder langer op een plek blijven dan zij in het verleden als manager deden.

Ervaring binnen/buiten de zorg

Bestuurders hebben hun managementervaring voornamelijk opgedaan in de gezondheidszorg (tabel 6.7). Van het totale aantal managementfuncties (inclusief eindverantwoordelijke directie-/bestuursfuncties) betrof ruim twee derde een functie in de gezondheidszorg. De hiervoor al aangetoonde toename in managementervaring betreft de ervaring in managementfuncties zowel binnen als buiten de gezondheidszorg.

Tabel 6.7 Aantal beklede functies binnen/buiten de gezondheidszorg (gemiddeld), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Mann-Whitney)

	2000	2005	2010
Functies binnen gezondheidszorg	<u>2,3</u>	<u>3,2</u>	3,4
Functies buiten gezondheidszorg	<u>1,0</u>	<u>1,3</u>	1,5

Beide aspecten, de werkervaring binnen en buiten de zorg, zijn nader onderzocht. Zo is onderzocht in welke bedrijfstak respondenten hun carrière zijn begonnen en in welke bedrijfstak zij in hun vorige functie werkzaam waren (voor de uitkomsten zie bijlage 4 tabel 14). Uit de antwoorden uit 2005 blijkt dat meer dan de helft van de respondenten na afronding van de studie meteen is gaan werken in de gezondheidszorg⁸. Tussen 2005 en 2010 is dit aantal nog verder (significant) gestegen van 52% naar 63%. Een deel van de respondenten startte de carrière in een andere non-profitsector. Een klein deel begon de carrière in de industrie (7% in 2005 en 3% in 2010). Kijken we naar de voorlaatste functie van bestuurders, dan blijkt dat voor zo'n 80% van de respondenten uit 2005 en 2010 de vorige baan ook een functie in de gezondheidszorg was. Dit betekent dat maar weinig bestuurders de overstap naar een eindverantwoordelijke functie in de gezondheidszorg rechtstreeks vanuit een andere sector maken. De overgrote meerderheid van de respondenten was voordat zij bestuurder werden van een zorginstelling al geruime tijd werkzaam in de zorg.

Bestuurders kunnen hun ervaring met de zorg hebben opgedaan in één en dezelfde organisatie, in verschillende vergelijkbare zorgorganisaties (binnen dezelfde sector) of in verschillende soorten zorgorganisaties (in verschillende sectoren van zorg). Tabel 6.8 toont de uitkomsten.

Tabel 6.8 Managementervaring in de gezondheidszorg (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	2000	2005	2010
In één en dezelfde organisatie	15%	12%	15%
In verschillende vergelijkbare organisaties	37%	31%	27%
In verschillende soorten organisaties	48%	57%	58%

Het percentage respondenten met managementervaring in verschillende sectoren van zorg is tussen 2000 en 2005 significant gestegen. De horizontale mobiliteit van bestuurders is met andere woorden toegenomen.

Ervaring met eindverantwoordelijkheid

Een ander aspect van werkervaring betreft de ervaring met eindverantwoordelijkheid. In tabel 6.9 is het totale aantal managementfuncties verbijzonderd naar functies met en zonder eindverantwoordelijkheid.

Tabel 6.9 Functies met/zonder eindverantwoordelijkheid (aantal), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Mann-Whitney)

	2000	2005	2010
Functies met eindverantwoordelijkheid	<u>1,9</u>	<u>2,2</u>	<u>1,9</u>
Functies zonder eindverantwoordelijkheid	<u>1,4</u>	<u>2,3</u>	<u>3,0</u>

8 In 2000 is deze vraag ook gesteld maar op een andere manier waardoor een vergelijking niet mogelijk is.

Op het moment van onderzoek hebben respondenten gemiddeld circa twee eindverantwoordelijke functies bekleed. De spreiding is echter groot. Zo geldt voor ruim de helft van de respondenten uit 2010 (51%) dat de toenmalige functie de eerste functie met eindverantwoordelijkheid was (zie bijlage 4 tabel 15). In 2000 en 2005 was dit aandeel respectievelijk 38% en 45%. De toename van het aandeel bestuurders voor wie de huidige functie de eerste eindverantwoordelijke functie is, betekent dat er meer dan voorheen ruimte is voor 'nieuwe gezichten' aan de bestuurderstafel.

Kijken we nauwkeuriger naar de groep voor wie de huidige functie de eerste eindverantwoordelijke functie is, dan blijkt dat zij gemiddeld genomen niet (significant) langer of korter hun huidige functie uitoefenen dan de meer ervaren bestuurders⁹ (zie bijlage 4 tabel 16). Wel hebben deze bestuurders significant minder managementervaring (in jaren en aantal functies) dan de bestuurders die op het moment van onderzoek hun tweede of volgende eindverantwoordelijke functie vervullen (zie bijlage 4 tabel 17a en b). Toch zijn ook deze 'beginnende' eindverantwoordelijke bestuurders zeer ervaren managers. In 2010 hadden ook zij gemiddeld genomen al ruim twintig jaar managementervaring en vier managementfuncties achter de rug. Dit betekent dat zij net als hun meer ervaren collega's 'gepakt en gemazeld' zijn in de zorg. Het betekent ook dat de verticale mobiliteit is toegenomen oftewel dat er meer doorgroeimogelijkheden zijn voor de laag onder de raad van bestuur.

Voor de uitkomsten uit 2010 is, tot slot, de relatie tussen werkervaring, leeftijd en geslacht onderzocht. Hieruit blijkt dat vrouwelijke respondenten significant minder managementervaring hebben dan mannelijke respondenten (zie bijlage 4 tabel 18a en b) en gemiddeld genomen (significant) jonger zijn (zie bijlage 4 tabel 1). Voor hen geldt (significant) vaker dan voor hun mannelijke collega's dat hun huidige functie de eerste is met eindverantwoordelijkheid (zie bijlage 4 tabel 19). Voor 63% van de vrouwen is de huidige baan de eerste met eindverantwoordelijkheid tegenover 46% van de mannen. De nieuwe bestuurders zijn met andere woorden vaker vrouwen. Er is ook een relatie met opleiding. Vrouwen hebben significant vaker een zorgspecifieke opleiding gevolgd, mannen vaker een bedrijfskundige of economische studierichting (zie bijlage 4 tabel 2). Voor 2010 is ook de samenhang tussen managementervaring en opleiding onderzocht. Hieruit blijkt dat een geneeskundige opleiding in negatieve zin samenhangt met managementervaring: bestuurders met een medische achtergrond hebben gemiddeld minder ervaring met management¹⁰.

9 Met uitzondering van 2000. In dat jaar blijken respondenten die aan hun eerste eindverantwoordelijke functie bezig zijn significant langer die functie te bekleden dan respondenten voor wie dit niet de eerste eindverantwoordelijke functie is. Het gemiddelde verschil bedraagt 2,65 jaar.

10 Samenhang geneeskundeopleiding en managementervaring (Spearman: waarde -0,252 sig. 0,000)

6.2.4 Tussenconclusies persoonskenmerken

6.2.4.1 *Socialisering*

Bestuurders van zorgorganisaties kunnen van oorsprong divers opgeleid zijn. Zij hebben uiteenlopende studies gevolgd. Een groot deel (47% in 2010) heeft evenwel in de initiële opleiding, direct na de middelbare school, al gekozen voor de zorgsector. Een nog groter deel (63% in 2010) startte zijn carrière in de zorg. Ongeacht de startkwalificatie volgen later in de carrière nog zorgspecifieke vervolgoopleidingen over management en zorg. Op het moment dat iemand bestuurder wordt van een zorginstelling is hij/zij in het algemeen een ervaren manager, breed geschoold in het leiden van een zorginstelling en stevig verankerd in de zorgsector. Zij ontwikkelen zich niet tot bestuurders in algemene zin, maar tot zorgbestuurders.

De doelbewuste keuze voor de zorg wordt nog versterkt door een permanent proces van socialisering dat bestaat uit een combinatie van jarenlange werkervaring in de zorg, een sterke gerichtheid op vakgenoten voor de eigen professionele ontwikkeling, het bij elkaar te rade gaan en elkaar de maat nemen. De ervaring waarover zorgbestuurders beschikken doen zij voornamelijk op in zorgorganisaties. De meerderheid van de bestuurders werkt al geruime tijd in de zorg, een aanzienlijk deel heeft uitsluitend in de zorg gewerkt. Voor hun professionele ontwikkeling treden zorgbestuurders wel buiten de organisatiegrenzen, maar niet per se buiten de zorg. In hun leren zoeken zij zowel *experts* op als *peers*. Ze raadplegen mensen die specifieke expertise bezitten die niet zorggerelateerd hoeft te zijn, maar ook vakgenoten die weten wat het is om bestuurder te zijn. Peers hebben ‘verstand van zaken’, begrijpen de vraagstukken van een bestuurder als geen ander en kunnen die mede van betekenis voorzien. Bestuurders ontmoeten elkaar tijdens (zorgspecifieke) opleidingen waarin zij geruime tijd met elkaar optrekken en bij intervisie- en directiegroepen. In deze laatste soort bijeenkomsten wordt gereflecteerd op de eigen praktijk. De impliciete kennis (tacit knowledge) die men heeft wordt expliciet gemaakt. Bestuurders komen elkaar ook tegen tijdens congressen en symposia en lezen zorgspecifieke vakliteratuur. Een andere manier waarop bestuurders van hun collega’s leren is door elkaar te coachen en om raad te vragen. Gedreven door de vraagstukken waar zij in de praktijk tegenaan lopen zoeken zij aanvullende kennis en begeleiding bij elkaar. De kennis die zij zo ontwikkelen is in belangrijke mate door ervaring gedreven. Zij beschikken over een ruime practical knowledge van hoe de zorg werkt en hoe zorgorganisaties te besturen.

In al deze aspecten zien wij over de onderzoeksjaren heen weinig verandering optreden. Het patroon van opleiden en ontwikkelen is gedurende het onderzoek constant. Na een gevarieerde start van de carrière is er een toenemende convergentie in de manier waarop bestuurders zich scholen en ontwikkelen. Naarmate de carrière vordert doen zij meer en meer vergelijkbare kennis en ervaring op en richten zij zich

vaker op vakgenoten om zich verder te bekwamen en ontwikkelen. Zij zoeken knowledgeable others (zie hoofdstuk 2) die hen kunnen helpen zich verder te bekwamen als zorgbestuurder. Zo kunnen op organische wijze gezamenlijke leerprocessen ontstaan waarin kennis, vaardigheden en routines onderling worden gedeeld en opgebouwd. De gezamenlijke leerprocessen volgen geen vaste structuur. Zo is er geen sprake van een meester-gezelstructuur of een actieve bemoeienis van de beroepsvereniging. Leerprocessen en relaties ontstaan veeleer spontaan, op eigen initiatief. Deels worden zij gecoördineerd via opleidingen of via werkgroepen van de NVZD. Het opleidingstraject kent echter geen dwingend karakter. Bestuurders zoeken zelfstandig hun weg.

6.2.4.2 *Demografische ontwikkelingen*

Een andere, vrijwel autonome, trend betreft de ontwikkeling in demografische kenmerken als leeftijd en geslacht. De toename van het aantal relatief jonge vrouwelijke bestuurders in de zorg is opmerkelijk te noemen omdat de gemiddelde leeftijd van zorgbestuurders stijgt. Om meer grip te krijgen op de betekenis hiervan zijn voor het onderzoek uit 2010 de verbanden onderzocht tussen sekse, leeftijd, initiële opleiding en managementervaring. Hieruit blijkt dat de groep relatief jonge (tot en met vijftig jaar), vrouwelijke zorgbestuurders tevens de groep is met de minste managementervaring. Dat laatste is echter relatief, want ook deze groep kent de zorg 'van binnen uit'. Uit de enquête uit 2010 blijkt bovendien dat vrouwelijke respondenten vaker (ook) zorginhoudelijk zijn opgeleid en mannelijke respondenten vaker bedrijfskundig of economisch. Het carrièrepad van vrouwen blijkt met andere woorden vaak een inhoudelijke lijn te volgen. Een ander verschil tussen mannelijke en vrouwelijke bestuurders betreft de aandacht die zij besteden aan persoonlijke ontwikkeling. Significant meer vrouwelijke bestuurders nemen deel aan een intervisie- of directiewerkgroep dan mannelijke bestuurders. De toename van het aantal vrouwelijke bestuurders en de verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke bestuurders zijn opmerkelijk. Terwijl sekse nauwelijks een issue is in het debat over de zorg blijkt het op verschillende manieren van invloed te zijn op het profiel van zorgbestuurders. In hoeverre dit ook inhoudelijke consequenties heeft, voor de functie-interpretatie van bestuurders, wordt in paragraaf 6.4.2 nader onderzocht.

Naast de verschillen in werkervaring tussen bestuurders van verschillende leeftijden, hebben jongere bestuurders (tot en met vijftig jaar) significant vaker een MBA-opleiding afgerond. Zij zoeken naast kennis van zorgorganisaties nadrukkelijk ook algemene bedrijfs- en bestuurskundige kennis. Oudere bestuurders bezoeken relatief vaak congressen en symposia en nemen meer tijd om hun collega's te coachen. Ten aanzien van opleiding blijkt dat respondenten met een geneeskundeopleiding over minder managementervaring beschikken dan hun collega's met een andere opleidingsachtergrond. Dat laatste moet natuurlijk ook in verband gebracht worden met de lange opleidingsduur van de geneeskundestudie.

6.3 FUNCTIEKENMERKEN

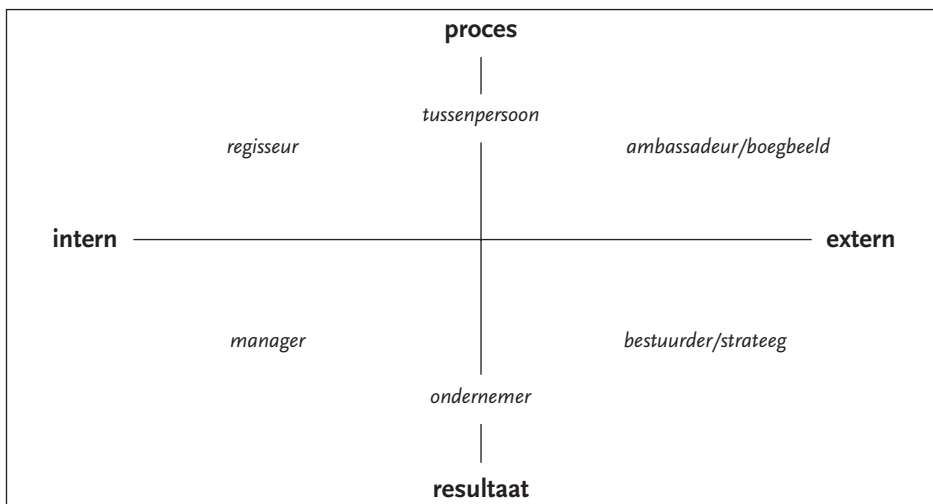
In deze paragraaf gaan we in op de ontwikkelingen in de denk- en handelwijzen van zorgbestuurders. Is de manier waarop zij hun functie interpreteren veranderd, mede onder invloed van de externe dynamiek? In hoeverre hebben zorgbestuurders hun aandacht door de jaren heen verlegd naar andere thema's en spelers? Er is een onderscheid gehanteerd naar rolinterpretatie, functieopvatting en functie-uitoefening. Een deel van de vragen maakte in 2000 nog geen deel uit van het onderzoek (zie ook de toelichting in hoofdstuk 3).

6.3.1 Rolinterpretatie

De eigen rolinterpretatie van zorgbestuurders geeft informatie over hoe zij maatschappelijke verwachtingen toepassen op hun situatie (zie hoofdstuk 2 en 3). In hoofdstuk 2 werd reeds gewezen op de zes bestuurlijke rollen van Noordegraaf en Meurs (2000; 2002). Zij delen deze in naar meer intern gerichte rollen (manager en regisseur), extern gerichte rollen (bestuurder/strateeg en ondernemer) en rollen op het raakvlak van de interne en externe organisatie (tussenpersoon en boegbeeld/ambassadeur). Een ander onderscheid dat zij maken, is de gerichtheid op resultaten (bestuurder/strateeg, ondernemer, manager) versus de gerichtheid op processen (boegbeeld/ambassadeur, tussenpersoon en regisseur).

In het licht van de veranderingen in het governanceregime van de zorg is het relevant te bezien in hoeverre bestuurders andere rollen relevant zijn gaan vinden en hoe zij zichzelf hierop beoordelen. Gezien de ontwikkeling naar marktwerking is in de enquêtes van 2005 en 2010 aanvullend gevraagd naar de invulling van de ondernemende rol (zie ook hoofdstuk 3).

Figuur 6.4 Bestuurlijke rollen



De zes rollen zijn als volgt omschreven:

- boegbeeld of ambassadeur: representeren van de organisatie naar buiten en naar binnen;
- bestuurder of strateeg: uitzetten van de strategische lijnen naar de toekomst;
- manager: zorg dragen voor efficiënte productie en het nakomen van afspraken;
- regisseur: zorg dragen voor een soepel verloop van zorgprocessen;
- tussenpersoon: verbindingen leggen tussen de binnen- en buitenwereld van de organisatie;
- ondernemer: introduceren van vernieuwingen en aanboren van nieuwe markten.

In de enquêtes is op twee manieren gevraagd naar de rolinterpretatie van bestuurders. Ten eerste is gevraagd hoe belangrijk respondenten de verschillende rollen vinden, ten tweede in hoeverre zij de rollen daadwerkelijk vervullen.

Rolbelang

Alle rollen blijken er in meer of mindere mate toe te doen voor respondenten. De rol van bestuurder/strateeg wordt gemiddeld genomen het belangrijkste gevonden, de rollen van manager en regisseur het minst belangrijk. Dit geldt voor 2000, 2005 en 2010.

Tabel 6.10 Belangrijkheid rollen (gemiddeld, schaal 1-5, 1 = onbelangrijk, 5 = belangrijk), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Mann-Whitney)

	2000	2005	2010
Ambassadeur (boegbeeld)	4,2	<u>4,2</u>	<u>4,4</u>
Bestuurder (strateeg)	4,7	4,6	4,6
Manager	3,1	3,2	3,3
Regisseur	3,0	<u>3,1</u>	<u>3,3</u>
Tussenpersoon	<u>3,3</u>	<u>4,2</u>	<u>4,3</u>
Ondernemer	4,3	4,3	4,2

Er treden ook verschuivingen op. Zo wordt de rol van tussenpersoon in 2005 en 2010 significant meer gewaardeerd dan in 2000. De rol van ambassadeur wordt in 2010 significant meer gewaardeerd dan in 2005. De rol van tussenpersoon zegt iets over het belang om als bestuurder zowel oog te hebben voor de interne organisatie als de externe omgeving en om beide ‘werelden’ op elkaar te betrekken. Bestuurders fungeren in deze rol als verbindende schakel tussen interne en externe partijen en belangen. In 2010 waarden respondenten zowel de rol van tussenpersoon als van ambassadeur hoger dan die van ondernemer, een opmerkelijke verschuiving aangezien de wijze waarop over bestuurders gesproken wordt in politiek en media nog steeds ‘ondernemend’ is (zie hoofdstuk 4).

Rolinvulling

De mate waarin respondenten aangeven de genoemde rollen daadwerkelijk te vervullen, vertoont een grote gelijkens met het belang dat zij hechten aan de verschillende rollen. Respondenten zeggen het sterkst invulling te geven aan de rol van bestuurder/strateeg en het minst aan de rollen van regisseur en manager. Zij zijn met andere woorden meer extern dan intern georiënteerd. Dit geldt voor respondenten uit 2000, 2005 en 2010.

Tabel 6.11 Invulling rollen (gemiddeld, schaal 1-5, 1 = zwak, 5 = sterk), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Mann-Whitney)

	2000	2005	2010
Ambassadeur (boegbeeld)	4,0	<u>4,1</u>	<u>4,3</u>
Bestuurder (strateeg)	4,4	4,4	4,5
Manager	<u>3,0</u>	<u>3,2</u>	3,3
Regisseur	2,8	<u>2,9</u>	<u>3,1</u>
Tussenpersoon	<u>3,4</u>	<u>4,1</u>	<u>4,2</u>
Ondernemer	<u>4,0</u>	<u>3,9</u>	3,9

Opnieuw is een verandering zichtbaar rond de rollen van tussenpersoon en ambassadeur. De rol van tussenpersoon vinden respondenten uit 2005 en 2010 niet alleen belangrijker dan respondenten uit voorgaande jaren, maar zij vinden ook dat zij hier sterker in zijn dan respondenten uit voorgaande jaren van zichzelf vonden. De rol van ondernemer wordt in 2005 en 2010 minder sterk ingevuld dan in 2000. De procesgeoriënteerde rollen nemen met andere woorden toe in belang, met name het organiseren van verbindingen tussen interne en externe zaken.

Rolbelang versus rolinvulling

Een vergelijking tussen de uitkomsten op de vraag naar het belang van de verschillende rollen (tabel 6.10) en de vraag naar de invulling van de verschillende rollen (tabel 6.11) geeft een indruk van het zelfbeeld van bestuurders (zie bijlage 4 tabel 20). Hoewel de patronen vergelijkbaar zijn, is er een (significant) verschil in de mate waarin respondenten een rol belangrijk vinden en de mate waarin zij een rol aangeven daadwerkelijk te vervullen. De meeste rollen brengen respondenten minder sterk in praktijk dan zij zouden wensen. Uitzonderingen betreffen de rol van manager (in 2005 en 2010) en de rol van tussenpersoon (in 2010). Voor de rol van ondernemer is het verschil tussen wens (rolbelang) en ervaren werkelijkheid (rolinvulling) het grootst.

Voor 2010 is daarnaast de samenhang onderzocht tussen de verschillende rollen, het belang dat respondenten hechten aan de afzonderlijke rollen en de mate waarin zij

die vervullen. Indien iemand zichzelf goed vindt in een bepaalde rol is het vrijwel zeker dat diegene die rol ook belangrijk vindt en vice versa. Maar er zijn meer relaties gevonden. Het belang en de invulling van de bestuurdersrol en de ambassadeursrol hangen met elkaar samen, hetzelfde geldt voor het belang en invulling van de rollen van manager en regisseur. In tabel 6.12 zijn deze relaties met een kleur zichtbaar gemaakt.

Tabel 6.12 Samenhang rolbelang en rolinvulling, 2010 (Spearman correlatiecoëfficiënt)

Rolinvulling		Rolbelang					
		ambassadeur	bestuurder	manager	regisseur	tussenpersoon	ondernemer
Ambassadeur	r	0,499	0,140	0,002	-0,093	0,085	0,098
	Sig.	0,000	0,015	0,970	0,110	0,143	0,089
Bestuurder	r	0,187	0,500	-0,058	-0,085	0,139	0,148
	Sig.	0,001	0,000	0,312	0,143	0,016	0,010
Manager	r	0,059	0,033	0,604	0,358	0,025	0,061
	Sig.	0,305	0,572	0,000	0,000	0,666	0,292
Regisseur	r	0,013	0,014	0,444	0,636	-0,013	0,143
	Sig.	0,827	0,812	0,000	0,000	0,828	0,013
Tussenpersoon	r	0,068	0,082	0,007	0,026	0,453	0,115
	Sig.	0,240	0,153	0,899	0,660	0,000	0,047
Ondernemer	r	-0,007	0,076	0,044	-0,013	0,053	0,566
	Sig.	0,901	0,186	0,448	0,821	0,361	0,000

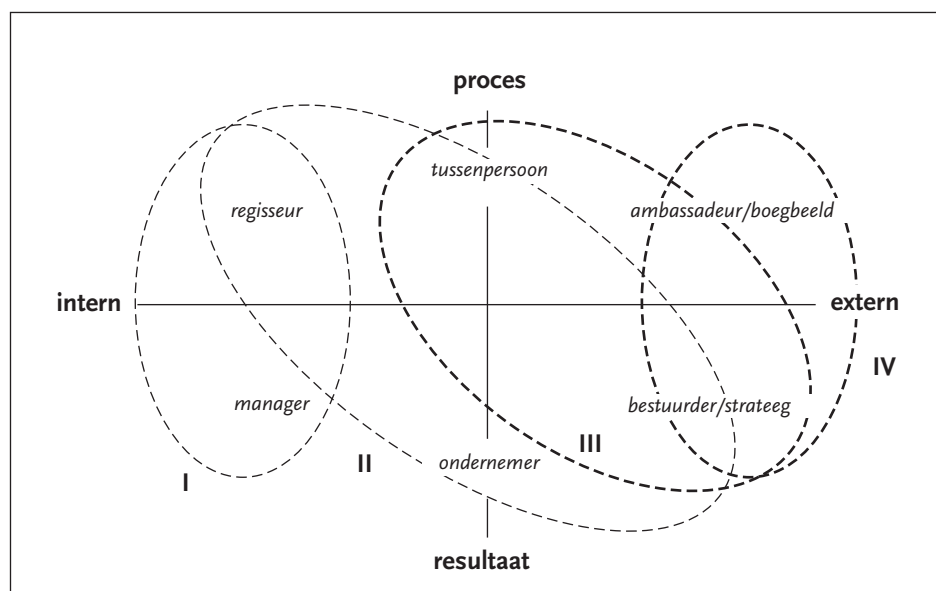
* Sig. (2-tailed)

De zes bestuurdersrollen kunnen met behulp van de uitkomsten uit tabel 6.12 geclusterd worden naar vier typen rollen of vier 'typen bestuurders':

- de *bestuurder* met de blik naar buiten gericht: hecht veel belang aan de rollen van bestuurder en ambassadeur/boegbeeld en is ook sterk in die rollen. De bestuurder is breed georiënteerd. Hij/zij vindt de rollen van tussenpersoon en ondernemer ook belangrijk, maar dit vertaalt zich niet naar de rolinvulling. De bestuurder is vooral bestuurder en ambassadeur.
- de *manager* met de blik naar binnen gericht: hecht veel belang aan de rollen van manager en regisseur en is hier sterk in.
- de *tussenpersoon*: vindt de rol van tussenpersoon belangrijk en is er sterk in. De tussenpersoon is ook een sterk bestuurder/strateeg. Hij/zij vindt de ondernemersrol ook belangrijk, maar dit vertaalt zich niet naar de rolinvulling.
- de *ondernemer*: vindt de ondernemersrol belangrijk en is er sterk in. In de uitvoering treedt de *ondernemer* ook op als bestuurder, regisseur en tussenpersoon. De ondernemer vindt die rollen dan wel niet het belangrijkste, maar oefent die wel in sterke mate uit.

Alle vier de typen bestuurders hebben zowel oog voor processen als voor resultaten. De manager is overwegend intern gericht, de bestuurder overwegend extern gericht. De rol van tussenpersoon kunnen we opvatten als een verbijzonderde bestuurdersrol. De ondernemer – als type bestuurder – combineert in de uitvoering de meeste rollen. De ondernemer is behalve sterk als ondernemer ook sterk als bestuurder, tussenpersoon en regisseur. Dit is het enige type bestuurder dat zowel managerial als bestuurlijk opereert. Het lijkt erop dat de ondernemer in de dagelijkse praktijk die rol kiest die hij of zij op dat moment het meest noodzakelijk vindt. Figuur 6.5 is een schematische weergave van de uitkomsten, de verschillende typen rollen/bestuurders.

Figuur 6.5 Vier 'typen' bestuurders (I = de manager, II = de ondernemer, III = de tussenpersoon, IV = de bestuurder)



Invulling ondernemerschap

De ondernemersrol is de meest diffuse rol. De ondernemer lijkt van alle markten thuis: is intern én extern georiënteerd, richt zich op resultaten én processen. De ondernemende rol wordt lastig gevonden door zorgbestuurders. Zij zijn als het gaat om de ondernemende rol het meest kritisch op zichzelf. Om meer grip te krijgen op wat ondernemerschap voor zorgbestuurders inhoudt, is in de enquête van 2005 en 2010 gevraagd hoe bestuurders invulling geven aan ondernemerschap. In tabel 6.13 wordt weergegeven in hoeverre de verschillende vormen van ondernemerschap van toepassing zijn op de respondenten (1 = geheel niet van toepassing en 5 = zeer van toepassing).

Onder ondernemerschap blijken uiteenlopende zaken verstaan te worden. Enerzijds blijkt ondernemerschap een intern gerichte activiteit. Het gaat om ‘creatief omgaan met beperkte middelen’, ‘stimuleren van professionals tot innovatie’ en ‘optimaliseren van werkprocessen’. Anderzijds is het extern gericht. Het gaat dan bijvoorbeeld over het zoeken naar passende partners om mee samen te werken. Het is niet verwonderlijk dat zorgbestuurders kritisch zijn over de mate waarin zij invulling geven aan ondernemerschap; een eenduidige betekenis ontbreekt.

Tabel 6.13 Invulling ondernemerschap in de zorg (gemiddeld, schaal 1-5, 1 = geheel niet van toepassing, 5 = zeer van toepassing) 2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Mann-Whitney)

	2005	2010
Creatief omgaan met middelen	3,8*	3,9*
Optimaliseren werkprocessen	3,5	3,7
Initiëren commerciële activiteiten	2,8	2,9
Stimuleren professionals tot innovatie	3,9	3,8
Aangaan samenwerkingsrelaties	3,9	3,9
Aanboren nieuwe markten en doelgroepen	3,4	3,3

* $\alpha = 0,056$

Opvallend is dat het ondernemerschap niet per se commercieel geduid wordt. Het ‘initiëren van commerciële activiteiten’ en het ‘aanboren van nieuwe markten’ krijgt relatief weinig aandacht van respondenten. Ondernemerschap in de zorg gaat wat de respondenten uit dit onderzoek betreft vooral over verbetering en vernieuwing van de organisatie op het gebied van de zorgverlening en de bedrijfsvoering. Dit kan zelfstandig gebeuren of samen met anderen. Het aanboren van nieuwe markten, doelgroepen of financieringsvormen is daaraan ondergeschikt.

6.3.2 Functieopvatting

Met de toenemende kritiek op zorgbestuurders neemt ook de behoefte toe aan criteria om hun functioneren te kunnen beoordelen. In de enquêtes van 2005 en 2010 is daarom gevraagd waar bestuurders zelf op afgerekend wensen te worden en wat naar hun mening goede maatstaven zijn om de effectiviteit van bestuur te beoordelen. Andere vragen over de eigen functieopvatting gaan over het leidinggeven aan professionals en de participatie van bestuurders in het maatschappelijke debat over de zorg. De uitkomsten laten zien hoe bestuurders zelf hun functie uitleggen en verklaren: welke argumenten daarbij volgens hen legitiem zijn.

Waar bestuurders op afgerekend wensen te worden

Bestuurders zijn integraal verantwoordelijk voor de prestaties van de organisaties waarvoor zij werken. Kwaliteit van zorg en de bedrijfseconomische gezondheid van

de organisatie vinden respondenten de belangrijkste uitkomstmaten. Zij willen afgerekend worden op resultaten, bedrijfseconomisch en zorginhoudelijk. Dit was in 2005 zo en is in 2010 nog zo.

Tabel 6.14 Waarop dienen bestuurders afgerekend te worden (percentage, max. 2 antwoorden aankruisen), 2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	2005	2010
Voldoen aan politieke opdracht	0%	3%
Optimalisatie logistieke processen	4%	3%
Economische gezondheid	53%	72%
Concurrentievermogen	29%	11%
Kwaliteit van de zorgverlening	74%	87%
Maatschappelijke functie	42%	31%

Er zijn ook verschillen tussen beide onderzoeksjaren. In 2010 spreken veel meer respondenten de wens uit afgerekend te worden op kwaliteit van zorg dan in 2005. Het verschil is significant. Deze uitkomst is in overeenstemming met de wens van de toenmalige minister van VWS om kwaliteit een grotere rol te geven in de concurrentie tussen zorgorganisaties en in het contracteerbeleid van verzekeraars (hoofdstuk 4). Een ander verschil tussen beide onderzoeksjaren is dat in 2010 (significant) meer bestuurders afgerekend wensen te worden op de economische gezondheid van de organisatie. Veel minder bestuurders wensen afgerekend te worden op het voldoen aan de meer abstracte doelen: de maatschappelijke functie en het concurrentievermogen. Met name het voldoen aan de door de politiek geformuleerde opdracht en optimalisatie van logistieke processen zien slechts weinig respondenten als een belangrijke uitkomstmaat. In tegenstelling tot hoe parlementariërs hen zien, beschouwen zorgbestuurders zichzelf niet graag als uitvoerders van overheidsbeleid.

Effectiviteit van bestuur

Wanneer is een bestuurder effectief? Opnieuw blijkt het belang van het halen van (bedrijfseconomische) resultaten. Maar resultaten alleen zijn niet voldoende. De effectiviteit van bestuurders is mede afhankelijk van het vermogen veranderingen door te voeren en een bindende visie te formuleren. Het belang dat zij hechten aan het vermogen veranderingen door te voeren is in vijf jaar tijd (significant) gedaald. Terwijl het belang dat zij hechten aan het vermogen een bindende visie te formuleren is toegenomen (dit verschil is niet significant). In 2010 wordt het vermogen een bindende visie te formuleren het vaakst genoemd als blijk van de effectiviteit van bestuur. Deze uitkomst past goed bij het belang dat bestuurders hechten aan het zijn van de verbindende schakel oftewel tussenpersoon.

Tabel 6.15 Waaruit blijkt de effectiviteit van de bestuurder (percentage, max. 3 antwoorden aankruisen), 2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	2005	2010
Spanningen en dilemma's hanteren	36%	41%
Veranderingen doorvoeren	69%	59%
Bedrijfseconomische resultaten	43%	48%
Formuleren bindende visie	60%	63%
Medewerkers stimuleren	36%	38%
Besluitvaardigheid	21%	18%
Eigen stijl aanpassen	24%	22%

Besturen gaat voor zorgbestuurders over een combinatie van kwalitatief goede zorgverlening en een efficiënte bedrijfsvoering. Daarvoor is het nodig veranderingen door te kunnen voeren en een bindende visie te formuleren.

Leidinggeven aan professionals

Zorgorganisaties worden van oudsher omschreven als professionele organisaties. Het zijn organisaties waarin veel professionals werken en dat heeft consequenties voor de wijze van aansturing. Over leidinggeven aan professionals zijn vele boeken geschreven (zie bijvoorbeeld Mintzberg 1998; Weggeman 2007). In dit onderzoek vroegen wij hoe zorgbestuurders hier zelf tegenaan kijken.

De onderscheiden antwoordmogelijkheden zijn als volgt omschreven:

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

De opvattingen lopen uiteen. De idee dat professionals nauwelijks aangestuurd zouden hoeven te worden (Weggeman 2007) onderschrijven de meeste respondenten niet. De meeste respondenten zeggen professionals actief aan te sturen ten einde in goede harmonie te kunnen werken aan organisatiebeleid. Dit aantal is de laatste jaren wel afgenomen (van ruim 51% in 2000 naar 42% in 2010). Tegenover deze afnemende groep respondenten die van mening is dat professionals actieve aansturing behoeven staat een groeiende groep respondenten (van 10% in 2000 naar van 24% in 2010) die

van professionals verwacht dat zij zelf leidinggeven aan hun werk (zelfmanagement). Een ander deel is van mening dat leidinggeven aan professionals vooral berust op meevoelend management (28% in 2010). Deze respondenten hechten er veel belang aan de denkwereld van professionals te kunnen begrijpen. Geduld management, het voorzichtig en met respect benaderen van professionals om medewerking te verkrijgen voor organisatiebeleid, heeft sinds 2000 fors aan belang ingeboet.

Tabel 6.16 Opvatting bestuurders over het managen van professionals ((percentage, slechts één antwoord mogelijk), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	2000	2005	2010
Zelfmanagement	10%	14%	24%
Meevoelend management	25%	25%	28%
Geduld management	13%	4%	3%
Actief sturend management	51%	53%	42%
Confronterend management	2%	5%	4%

Deelname aan het maatschappelijke debat over de zorg

In het vorige hoofdstuk hebben we gezien dat zorgbestuurders de laatste jaren herhaaldelijk worden uitgedaagd zich te laten gelden in het publieke debat. In de enquêtes van 2005 en 2010 vroegen wij hoe zij dit doen. Laten zij dit vooral over aan de vertegenwoordigende organen (koepel- of branchevereniging) of roeren zij zich zelf ook vaker, zoals de NVZD bepleit (zie hoofdstuk 4)?

Tabel 6.17 Hoe laat u zich gelden in het publieke debat (percentage, meerdere antwoorden mogelijk), 2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	2005	2010
Politici bestoken	46%	44%
Via regionale of landelijke pers	35%	30%
Melden als bestuurslid van branche/koepelver.	39%	38%
Kwesties agenderen binnen politieke partij	12%	11%
Gelijkgezinden mobiliseren	44%	48%
Ik doe dat niet	15%	18%
Anders	13%	9%

Bestuurders mengen zich op uiteenlopende wijze in het maatschappelijke debat over de zorg. Eerder omschreef ik dit als een vorm van politisering waarbij het besturen van een zorginstelling een toenemend politiek karakter krijgt gericht op het creëren van draagvlak voor eigen beleid. Bestuurders doen dit door collega's te mobiliseren, politici actief te benaderen en informeren, en actief te zijn in de eigen brancheorganisatie. Lang niet alle zorgbestuurders geven toe aan de oproep meer politiek te opereren.

Vijftien procent (2005), respectievelijk achttien procent (2010), van de respondenten mengt zich in het geheel niet in het maatschappelijke debat over de zorg. Verschillen zijn niet significant.

6.3.3 Functie-uitoefening

In deze paragraaf gaat het onderzoek naar de functie-interpretatie van zorgbestuurders nog een stap verder. De vraag is hier of de veranderende rol- en functieopvatting ook zichtbaar is in de tijdsbesteding van bestuurders en de contacten die zij onderhouden. Is er, behalve een verandering in denkwijze, ook een verandering in handelwijze waarneembaar over de jaren heen?

Tijdsbesteding

Respondenten is gevraagd een verdeling te maken naar de tijd die zij besteden aan:

- interne versus externe zaken;
- zorginhoudelijke versus beheersmatige zaken;
- bestuurlijke versus operationele zaken.

In contrast met de rolinterpretatie van respondenten die sterk strategisch en extern georiënteerd is, besteden respondenten de meeste tijd aan interne en beheersmatige zaken met een operationeel karakter. Tussen 2005 en 2010 is de interne oriëntatie, ondanks de externe dynamiek, nog verder versterkt. De oriëntatie op beheersmatige zaken is afgenomen, ten gunste van zorginhoudelijke zaken.

Tabel 6.18 Verdeling werkzaamheden gemiddelde werkweek (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. ANOVA)

	2000	2005	2010
Interne zaken	66%	<u>65%</u>	<u>67%</u>
Externe zaken	34%	<u>35%</u>	<u>33%</u>
Zorginhoudelijke zaken	38%	<u>37%</u>	<u>40%</u>
Beheersmatige zaken	62%	<u>63%</u>	<u>60%</u>
Bestuurlijke/strategische zaken	56%	56%	55%
Tactische/operationele zaken	44%	44%	45%

Voor de uitkomsten uit 2010 is ook de samenhang tussen rolbelang en tijdsbesteding onderzocht. De uitkomsten bevestigen de eerder geuite veronderstelling dat de managersrol samengaat met een interne¹¹ en operationele¹² oriëntatie, terwijl de bestuurlijke

11 Samenhang rol manager en tijd die besteed wordt aan interne zaken (Spearman: waarde 0,156 sig. (2-tailed) 0,007).

12 Samenhang rol manager en tijd die besteed wordt aan operationele zaken (Spearman: waarde 0,183 sig. (2-tailed) 0,001).

rol samengaat met een meer strategische oriëntatie¹³. De ondernemende rol gaat ook samen met een externe oriëntatie¹⁴.

Interne contacten

Er is ook gevraagd naar de tijd die bestuurders doorbrengen met interne groepen/personen. De antwoordmogelijkheden zijn geclusterd naar:

- managementcontacten: contacten met collega-bestuurders, raad van toezicht, managers en medewerkers aan wie men rechtstreeks leidinggeeft;
- contacten met zorgverleners: contacten met ondernemingsraad en professionals;
- contacten met zorgvragers: contacten met patiënten/cliënten en cliëntenraad;
- overige contacten (zelf in te vullen). Hier werden zaken genoemd als interne vergaderingen, lezen van stukken, correspondentie, afleggen bedrijfsbezoek en studie.

Het overgrote deel van de interne contacten van respondenten is managerial van aard. Tussen 2000 en 2005 is het percentage tijd dat zij besteden aan managerial contacten significant gestegen. De tijd die zij besteden aan de ondernemingsraad, uitvoerende medewerkers en professionals is in diezelfde periode significant gedaald.

Tabel 6.19 Interne contacten samengevat (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Mann-Whitney)

	2000	2005	2010
Interne managementcontacten	58%	62%	62%
Interne contacten met zorgverleners	26%	19%	19%
Interne contacten met zorgvragers	6%	7%	7%
Interne overige contacten	10%	12%	13%

Externe contacten

Naast interne contacten onderhouden bestuurders ook tal van externe contacten. Tabel 6.20 toont de externe contacten tijdens een gemiddelde werkweek. De antwoordcategorieën zijn geclusterd naar:

- bestuurlijke contacten: contacten met bestuurders van vergelijkbare en andersoortige zorginstellingen;
- contacten met het veld: contacten met brancheorganisaties, patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars;
- politiek-ambtelijke contacten: contacten met overheden en ambtenaren;
- overige contacten: onder meer adviseurs en lokale contacten.

13 Samenhang rol bestuurder en tijd die besteed wordt aan strategische zaken (Spearman: waarde 0,210 sig. (2-tailed) 0,000).

14 Samenhang rol ondernemer en tijd die besteed wordt aan externe zaken (Spearman: waarde 0,221 sig. (2-tailed) 0,000).

Tabel 6.20 Externe contacten samengevat (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Mann-Whitney)

	2000	2005	2010
Externe bestuurlijke contacten	41%	40%	38%
Externe contacten met het veld	21%	30%	32%
Externe politieke/ambtelijke contacten	10%	16%	16%
Externe overige contacten	28%	14%	14%

De aandacht voor verschillende stakeholders is toegenomen sinds 2000. Het gaat dan in het bijzonder om de politiek-ambtelijke contacten en de contacten met patiëntenverenigingen, brancheorganisaties en zorgverzekeraars ('het veld'). Ook hier is de politisering van bestuur zichtbaar. Het percentage tijd dat bestuurders besteden aan collega's van andere zorgorganisaties is afgenomen, maar dit is niet significant.

6.3.4 Tussenconclusies functiekenmerken

6.3.4.1 Meervoudig besturen

De manier waarop bestuurders de eigen functie interpreteren vertoont over de jaren heen een grote continuïteit. Zij hechten veel waarde aan het behalen van resultaten. Dit blijkt zowel uit hun rolinterpretatie als uit de manier waarop zij graag beoordeeld worden. Bestuurders hechten al jaren veel aandacht aan de meer op resultaat gerichte rollen als bestuurder/strateeg en ondernemer. Wat verandert is dat naast resultaten er ook steeds meer oog is voor relaties. Bestuurders zien zichzelf meer dan voorheen als een tussenpersoon tussen de binnen- en buitenwereld van de organisatie in. Bovendien bepaalt het vermogen tot het formuleren van een bindende visie naar de mening van respondenten in belangrijke mate hun effectiviteit. Terwijl de rol van tussenpersoon gericht is op verbinding van de binnen- en buitenwereld, is de ambassadeursrol gericht op vertegenwoordiging van de organisatie naar binnen en naar buiten. Naast resultaten (rationalisering) gaat besturen kortom ook over relaties (binding organiseren).

Uit de tijdsbesteding van bestuurders blijkt dat hun aandacht in belangrijke mate uitgaat naar interne aangelegenheden met een beheersmatig karakter. Contacten zijn voornamelijk managerial van aard. Dit patroon is over de jaren heen constant. De belangrijkste verandering is dat de externe plaatsbepaling aan belang heeft gewonnen. Dit blijkt uit de externe contacten, het toenemende belang van de ambassadeursrol en de deelname van bestuurders aan het publieke debat. Zo is het percentage politieke en ambtelijke contacten toegenomen en mengen bestuurders zich op uiteenlopende wijze in het publieke debat. Dat debat vindt plaats op diverse podia tegelijk: in de politiek, in de media en in rechtstreekse contacten tussen overheid en 'het veld'. Op elk van deze podia laten bestuurders zich gelden. Dit bevestigt de toegenomen politisering van bestuur.

De uitkomsten tonen ook aan dat er sprake is van verschillende trek- en duwkrachten: enerzijds wordt de aandacht van bestuurders naar buiten gezogen door externe krachten en ontwikkelingen, anderzijds trekt de interne organisatiedynamiek de aandacht van bestuurders naar binnen, naar de werkvloer. Bovendien kan de externe dynamiek intern tot nieuwe vragen leiden. Deze complexe relatie tussen interne en externe krachten was al zichtbaar in de uitkomsten uit 2000 (Noordegraaf et al. 2005) en zet zich voort in 2005 en 2010. De uitkomst onderschrijft de noodzaak om als bestuurder verschillende rollen te kunnen combineren en gelijktijdig verschillende partijen en belangen te kunnen dienen, zonder te zeer naar één kant te neigen. Dat kan op verschillende manieren: door afstand te nemen en de externe en interne aandacht te verdelen over meerdere personen (een naar buiten gerichte *bestuurder* naast een naar binnen gerichte *manager*), door snel te schakelen en verschillende rollen te combineren (de *ondernemer* die daar is waar hij of zij op dat moment nodig is) of door het verbinden van verschillende doelen, belangen en partijen als doel op zich te stellen (de *tussenpersoon* op zoek naar verbinding en afstemming). Er zijn ook bestuurders die de interne organisatie centraal stellen en de externe dynamiek zo veel mogelijk laten voor wat die is of aan anderen overlaten (de *manager* die zorg draagt voor een efficiënte bedrijfsvoering en een soepel verloop van processen). De strategie kan verschillen per organisatie. Binnen een raad van bestuur is er bovendien vaak een portefeuille- of taakverdeling naar meer intern versus extern gerichte zaken, bedrijfsmatige versus zorginhoudelijke zaken.

Het minst tevreden zijn bestuurders over de mate waarin zij de ondernemersrol vervullen. De bestuurders die hier wel een sterke invulling aan geven, combineren die rol met verscheidene andere rollen. Opvallend aan de ondernemende bestuurder is dat deze zowel sterk bestuurlijk als managerial georiënteerd is. Dezelfde meervoudigheid werd ook aangetroffen in een eerder onderzoek naar het ondernemerschap van zorgbestuurders (Van der Scheer 2007). In dit onderzoek bleek dat de ondernemende bestuurder iemand was die veelvuldig wisselde van rol, veel veranderingen doorvoerde in organisaties en sterk extern en strategisch georiënteerd was. Het ondernemerschap uitte zich vooral in de vele veranderingen die deze bestuurders doorvoerden. Het genoemde onderzoek liet ook zien dat ondernemende bestuurders over het algemeen breed opgeleid waren en een lange managementcarrière achter de rug hadden. Zij behoorden tot de meest ervaren bestuurders die deelnamen aan het onderzoek. Persoons- en functiemarkers bleken uit dit onderzoek op verschillende manieren met elkaar samen te hangen.

6.4 SAMENHANG TUSSEN FUNCTIE EN PERSOON

Het voorgaande doet de vraag rijzen in hoeverre de ontwikkelingen in de persoons- en functiemarkers van bestuurders met elkaar samenhangen. Is er bijvoorbeeld sprake van een nieuwe generatie zorgbestuurders (jonger, minder ervaren, vrouw), die de functie van bestuurder vooral interpreteert als die van een tussenpersoon? Dit deelonderzoek is beperkt tot de uitkomsten van 2010.

6.4.1 Senioriteit

Om de relaties te kunnen onderzoeken tussen leeftijd en de overige variabelen is een indeling gemaakt naar drie leeftijdsklassen, waarna de verschillen tussen deze groepen zijn onderzocht.

Tabel 6.21 Gehanteerde leeftijdsklassen (percentage)

t/m 50 jaar	20%
51 t/m 55 jaar	34%
56 jaar en ouder	46%

De rolinterpretatie van jongere en oudere bestuurders vertonen grote overeenkomsten. Zo zijn zij dezelfde mening toegedaan over welke rollen belangrijk zijn. In de uitvoering zijn echter verschillen. Leeftijd hangt in negatieve zin samen met de managersrol.¹⁵ Dit wil zeggen dat jongere bestuurders in het algemeen sterker de rol van manager vervullen dan oudere bestuurders. Dit wordt bevestigd door de samenhang tussen leeftijd en tijdsbesteding. Leeftijd hangt in negatieve zin samen met aandacht voor interne zaken met een operationeel karakter.^{16,17} Daarentegen hangt leeftijd in positieve zin samen met aandacht voor externe zaken en strategische kwesties.^{18,19} Met andere woorden: jongere bestuurders besteden in verhouding meer tijd aan interne en operationele zaken, oudere bestuurders aan externe en strategische zaken.

Een ander verschil is dat jongere bestuurders in het algemeen minder ervaren bestuurders zijn (zie bijlage 4 tabel 13a en b) en minder ervaren bestuurders besteden meer tijd aan zaken met een operationeel karakter.²⁰ Omgekeerd beschikken oudere bestuurders in het algemeen over meer managementervaring en ervaring hangt positief samen met gerichtheid op strategische zaken.²¹ Managementervaring hangt bovendien positief samen met de ondernemersrol.²²

Een voor de hand liggende verklaring is dat het gebrek aan bestuurlijke ervaring maakt dat jongere bestuurders hun taak op een meer managerial manier invullen.

15 Samenhang leeftijd en vervulling managersrol (Spearman: waarde -0,148 sig. 0,011)

16 Samenhang leeftijd en aandacht voor interne zaken (Spearman: waarde -0,130 sig. 0,023).

17 Samenhang leeftijd en aandacht voor operationele zaken (Spearman: waarde -0,131 sig. 0,022).

18 Samenhang leeftijd en aandacht voor externe zaken (Spearman: waarde 0,130 sig. 0,023).

19 Samenhang leeftijd en aandacht voor strategische zaken (Spearman: waarde 0,131 sig. 0,0222).

20 Samenhang managementervaring (in jaren) en aandacht voor operationele zaken (Spearman: waarde -0,135 sig. 0,018).

21 Samenhang managementervaring (in jaren) en aandacht voor strategische zaken (Spearman: waarde 0,135 sig. 0,018).

22 Samenhang managementervaring (in jaren) en vervulling ondernemersrol (Spearman: waarde 0,124 sig. 0,031).

We moeten echter een verschil maken tussen senioriteit op basis van leeftijd en senioriteit op basis van werkervaring.

- De ervaren bestuurder bestuurt op een meer ondernemende manier, maar kan zich tegelijkertijd ook zeer managerial, bestuurlijk, ondernemend of als tussenpersoon opstellen. Ervaren bestuurders besteden in verhouding ook meer tijd aan strategische zaken, maar niet per se aan externe zaken. Voor minder ervaren bestuurders geldt het omgekeerde.
- Jongere bestuurders besturen op een meer managerial manier, met meer oog voor interne en operationele aangelegenheden. Voor oudere bestuurders geldt het omgekeerde.

Kort samengevat groeit met de ervaring de aandacht voor strategische vraagstukken en het vermogen tot ondernemen. Met de jaren groeit de aandacht voor externe en strategische vraagstukken.

6.4.2 Vrouwen in de top

Vrouw-zijn hangt op een andere manier samen met de functie-interpretatie dan leeftijd en werkervaring. Hoewel vrouwelijke bestuurders gemiddeld genomen jonger zijn dan mannelijke bestuurders en ook minder managementervaring hebben, zijn zij niet sterker gericht op operationele, interne of managerial zaken dan mannen. Vrouwelijke respondenten hechten wel significant meer belang aan de rol van ambassadeur (bijlage 4 tabel 21). Zij beoordelen zichzelf bovendien significant beter op de rol van tussenpersoon dan mannelijke respondenten (bijlage 4 tabel 22). Dit wordt ondersteund door de gevonden samenhang tussen vrouw-zijn en de vervulling van de rol van tussenpersoon.²³ Er is ook een verschil in de opvattingen over effectief bestuur. Minder dan mannelijke bestuurders zien vrouwelijke bestuurders de bedrijfseconomische resultaten als een maatstaf voor hun effectiviteit (bijlage 4 tabel 23). Vrouwelijke bestuurders zijn met andere woorden meer gericht op relaties en mannelijke bestuurders op resultaten.

6.4.3 De invloed van opleiding

Ook de opleidingsachtergrond heeft invloed op de functie-interpretatie van bestuurders. Bedrijfskundig/economisch opgeleide bestuurders hechten significant meer belang aan de rollen van tussenpersoon en ondernemer dan niet-bedrijfskundig/economisch opgeleide bestuurders (bijlage 4 tabel 24). Het verschil is het grootst ten opzichte van de zorginhoudelijk opgeleide bestuurders. Bedrijfskundig/economisch opgeleide bestuurders besteden relatief veel tijd aan beheersmatige zaken en weinig aan zorginhoudelijke (bijlage 4 tabel 26). Voor zorginhoudelijk opgeleide bestuurders geldt het omgekeerde. Opmerkelijk is dat bestuurders met een andersoortige opleiding

23 Samenhang vrouw zijn en vervulling rol tussenpersoon (Cramer's V waarde 0,180 sig. 0,045).

(niet bedrijfskundig/economisch of zorginhoudelijk) het meest tevreden zijn over de wijze waarop zij invulling geven aan de ondernemende rol (bijlage 4 tabel 24 en 25).

6.5 CONCLUSIES

Uit dit hoofdstuk komt een veel gelaagder beeld van het besturen van zorgorganisaties naar voren dan uit het debat in de politieke en beroepsarena. Tegenover de politiek-bestuurlijke dynamiek zien we over de jaren heen een opmerkelijke continuïteit in de persoons- en functiekenmerken van zorgbestuurders. Er zijn volop verschillen tussen bestuurders en ontwikkelingen in opvattingen en activiteiten, maar van een brede verandering van profiel of koers kunnen we niet spreken. Alle externe veranderingen ten spijt.

Het specifieke socialisatieproces dat zorgbestuurders doorlopen bepaalt mee hoe zorgbestuurders omgaan met het veranderende governanceregime van de zorg. Het socialisatieproces, in combinatie met een jarenlange werkzaamheid in de sector, bevordert de continuïteit in de functie-interpretatie van bestuurders en versterkt de onderlinge binding. De enquête-uitkomsten tonen dat, in contrast met de strijd die we binnen de beroepsvereniging aantreffen, zorgbestuurders in de praktijk onderling sterk betrokken zijn op elkaar. Er is een sterk netwerk van bestuurders die elkaar onderling veelvuldig raadplegen. Bestuurders trekken gezamenlijk op in de aanpak van de vraagstukken waarmee zij van doen hebben en steunen elkaar in hun persoonlijke ontwikkeling. Zij zijn elkaars collega en leermeester, waarbij ze soms voor korte en soms voor langere tijd verbindingen aangaan. Er vindt collegiale coaching plaats, er wordt intervisie georganiseerd en collega's worden geraadpleegd op hun specifieke expertisegebied, ervaring en netwerk. Zorgbestuurders zoeken ook bij elkaar legitimering.

De continuïteit in de functie-interpretatie van zorgbestuurders wordt nog ondersteund door de homogene demografische samenstelling van de beroepsgroep. Ook de demografische samenstelling van een beroepsgroep kan institutionaliserend werken, zo blijkt.

Een andere manier waarop bestuurders zich legitimeren is door verbindingen te organiseren tussen verschillende belangen en partijen. Terwijl uit vorige hoofdstukken bleek hoezeer er sprake is van gescheiden werelden, doen bestuurders in de praktijk hun best om verschillende werelden te verbinden. Dit blijkt zowel uit hun activiteiten als hun opvattingen. Bestuurders getroosten zich veel moeite om tot een goede afstemming te komen tussen eigen beleid en belangen en die van lokale en landelijke stakeholders.

6.5.1 Socialisering en praktische professionalisering

Het is bekend uit de institutionele literatuur (o.a. Scott 1991 en 2008; Rhodes 2007) en de professionaliseringsliteratuur (o.a. Johnson 1972; Schön 1983; Freidson 2001) dat

processen van socialisatie niet alleen kunnen bijdragen aan een gedeelde kennisbasis, maar ook aan een gedeelde identiteit onder vakgenoten en eigen beroepsgebonden tradities (normen, gewoonten en regels). De onderlinge disciplinerende van vakgenoten is een welbeschreven institutionele kracht. In dit geval versterken de ondernomen professionaliseringsactiviteiten (coaching, intervisie en opleiding) het proces van socialisatie nog verder. Er is sprake van een proces van permanente socialisatie. Bestuurders blijven gedurende hun loopbaan op elkaar afstemmen. Zij zoeken ook bij elkaar legitimering.

Bestuurders werkzaam in de zorg zijn zorgbestuurders. Zij zijn in de zorg opgeleid en opgegroeid. De betrokkenheid bij de inhoud van de zorg, gecombineerd met jarenlange ervaring met de vraagstukken die er spelen, maakt dat kennis geïnternaliseerd kan worden. Dat wil zeggen dat de kennis verankerd is in de persoon doordat ze is gekoppeld aan persoonlijke ervaringen. Geïnternaliseerde kennis draagt ertoe bij dat allerlei beslissingen genomen kunnen worden zonder er nog uitgebreid over na te hoeven denken. De kennis zit besloten *in* het handelen en is daarvan een intrinsiek onderdeel. De gedeelde *body of knowledge* waarover gesproken wordt in de professionaliseringsliteratuur bestaat voor zorgbestuurders voor een belangrijk deel uit een gedeelde *body of experience* gebaseerd op jarenlange ervaring met en reflectie op het vak. De professionaliseringsactiviteiten ondersteunen het socialisatieproces. Gedreven door de vraagstukken waar bestuurders tegen aanlopen in de eigen werkpriktijk gaan zij op zoek naar antwoorden in de kring van collega's en daarbuiten. Toetsing van hun handelen zoeken zij bij *knowledgeable others*: collega's met verstand van zaken. Nieuwe kennis die wordt gezocht is bij voorkeur toepasbaar op de gezondheidszorg. Bestuurders investeren in aanvullende managementscholing en organiseren momenten van (zelf)reflectie in de vorm van coaching of collegiaal advies. Zij voeren hierbij zelf de regie. Het gekozen professionaliseringspad is persoonlijk en niet gesystematiseerd. De beroepsvereniging heeft er niet per se een aandeel in. De *practical knowledge* die het resultaat is van deze wijze van socialiseren en professionaliseren heeft een belangrijke procescomponent: het weten hoe de hazen lopen, hoe resultaat te behalen te midden van een politiek-bestuurlijke dynamiek gekenmerkt door tegenstrijdige belangen en gezichtspunten, en hoe zich te handhaven en presenteren in een complex relatienetwerk. Dit is de soort praktische kennis van de institutionele context die een bestuurder nodig heeft om situaties op hun merites te kunnen beoordelen en de eigen handelswijze uit te leggen op een geaccepteerde manier.

De als zo cruciaal bestempelde processen van socialisatie kunnen echter ook een bron van stagnatie zijn en vernieuwing belemmeren. Het gevaar bestaat dat bestuurders zich onvoldoende bewust zijn van de routines in hun handelen en de (gedeelde) mentale modellen die er aan ten grondslag liggen. Dat kan ertoe leiden dat zij veranderingen in de context te laat onderkennen, alternatieve handelswijzen over het hoofd zien en

aanpassingen te laat inzetten. Daartegenover staat de enorme bereidheid te investeren in de eigen ontwikkeling, zich te toetsen en scherpen aan collega's en nieuwe kennis te vergaren. Al deze zaken kunnen juist weer impulsen tot vernieuwing en verandering zijn en het vereiste adaptieve vermogen vergroten.

6.5.2 Demografische ontwikkelingen

De continuïteit in de functie-interpretatie van zorgbestuurders wordt nog ondersteund door de homogene demografische samenstelling van de beroepsgroep. Het merendeel van de bestuurders zijn mannen van dezelfde generatie. Zij zijn in hetzelfde tijdsgewricht opgegroeid. Uit de generatiesociologie is bekend dat gezamenlijke ervaringen in de vormende jaren van mensen (tussen hun 10e en 25e levensjaar) kunnen leiden tot een gedeelde levenshouding waaruit vergelijkbare denk- en handswijzen voortspuiten (Pfeffer 1985; Becker 1992).

Er zijn echter ook indicaties voor vernieuwing. Zo is het aantal relatief jonge vrouwelijke bestuurders in tien jaar tijd gegroeid en dit heeft inhoudelijke consequenties. Kort samengevat kunnen we stellen dat *managerial* georiënteerde bestuurders jonger zijn dan strategisch georiënteerde bestuurders. Jongere bestuurders brengen deels andere kennis in, zo hebben zij vaker een MBA-opleiding gevolgd. Bestuurders die zichzelf herkennen in de ondernemende rol zijn in het algemeen meer ervaren bestuurders. Vrouwelijke bestuurders hebben meer oog voor relaties, mannelijke bestuurders voor resultaten. Er zijn ook verschillen die samenhangen met opleidingsachtergrond. Bedrijfskundig opgeleide bestuurders hechten veel belang aan de rollen van tussenpersoon en ondernemer, maar vervullen die rollen niet per se beter. Zorginhoudelijk opgeleide bestuurders hechten minder belang aan de ondernemersrol, zij zijn meer gericht op de zorginhoud. Op grond van de gevonden verbanden kunnen we de conclusie trekken dat variëteit in demografische kenmerken de variëteit in de functie-interpretatie kan bevorderen.

Naast de externe dynamiek kan een verandering in de demografische samenstelling van de raad van bestuur een bron van verandering zijn voor zorgorganisaties. Dit is een soort verandering waarop raden van toezicht direct invloed kunnen uitoefenen. De raad van toezicht is het orgaan dat het bestuur benoemt. De signalen van verjonging en feminisering onder bestuurders die we aantreffen in dit onderzoek kunnen we in verband brengen met de verjonging en feminisering die onder toezichthouders heeft plaatsgevonden. Om de samenstelling van raden van bestuur te veranderen, is het dus van vitaal belang ook de samenstelling van raden van toezicht onder de loep te nemen.

6.5.3 Embedded agents

Wanneer we de uitkomsten van dit hoofdstuk proberen te begrijpen in het licht van de politiek-bestuurlijke dynamiek die we in de vorige hoofdstukken aantreffen, dan

kunnen we vaststellen dat de politiek-bestuurlijke dynamiek vooral zichtbaar is in de externe oriëntatie van zorgbestuurders, de gerichtheid op resultaten en ondernemerschap. De invulling die zorgbestuurders aan ondernemerschap geven is echter diffuus. Zij nemen de term ondernemerschap wel over, maar dat wil niet zeggen dat zij nu heel andere activiteiten ondernemen. De nieuwe taal wordt gekoppeld aan bestaande praktijken.

Duidelijk wordt dat de uitdaging die zorgbestuurders voor zichzelf zien vooral ligt in het verbinden van interne en externe ontwikkelingen, van verschillende partijen en belangen. Meer dan voorheen framen bestuurders hun functie als een intermediaire functie. Veranderingen initiëren en verbindingen realiseren gaan voor zorgbestuurders hand in hand. De embedded agent is in dit geval vooral een verbindingsagent die beoogt koppelingen te maken tussen de binnen- en buitenwereld van de organisatie, tussen brede politieke denkbeelden enerzijds en lokale tradities en omgangsvormen anderzijds. Zo bouwen bestuurders zowel intern als extern aan legitimering. Hiervoor is het van belang niet alleen goed verankerd te zijn in de sector maar ook voldoende betrokken te zijn bij externe politiek-bestuurlijke ontwikkelingen. Bestuurders oriënteren zich daartoe meer dan voorheen op politiek en stakeholders als zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen. Ook hun deelname aan het maatschappelijke debat is een indicatie voor de eerder gesignaleerde politisering van bestuur (zie hoofdstuk 5). Tegelijkertijd blijft de interne organisatiedynamiek aandacht vragen. Externe ontwikkelingen hebben interne consequenties. Van belang is zowel het interne als externe krachtenveld goed te kennen en te weten hoe de hazen lopen. Deze practical knowledge van de context wordt bij uitstek opgedaan in de praktijk, door jarenlange ervaring en uitwisseling met vakgenoten. Het specifieke socialisatieproces dat bestuurders ondergaan wordt nog eens ondersteund door de homogene demografische samenstelling van de beroepsgroep: twee institutionele krachten die niet toegeschreven kunnen worden aan het veranderende governanceregime van de zorg, maar waarvan wel een belangrijke stabiliserende werking uitgaat. Ze sterken bestuurders in hun (gedeelde) opvattingen en kunnen zo een belangrijke rol spelen in de manier waarop bestuurders als embedded agent niet alleen verandering kunnen stimuleren, maar ook continuïteit organiseren. De medaille heeft twee kanten. Terwijl in de theorie vooral aandacht is voor de embedded agent als vernieuwer, laat de praktijk zien dat er ook een andere kant is, gericht op het organiseren van continuïteit.

In hoofdstuk 7 onderzoeken we de dynamiek in zorgorganisaties. In hoeverre is daar sprake van vernieuwing of juist niet? En hoe beïnvloedt dit het veranderende governanceregime van de zorg en de bijdrage van zorgbestuurders daaraan?

7 De organisatiearena: in zorgorganisaties

7.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk verleggen we de aandacht naar ontwikkelingen in zorgorganisaties. Organisatorische ontwikkelingen geven ook informatie over besturingspraktijken. Zij vertellen ons hoe zorgbestuurders, in de gegeven omstandigheden, organisaties inrichten en structureren. Leidende vraag is: *hoe zijn zorgorganisaties veranderd in de periode 2000 tot en met 2010?* Onderzochte organisatiekenmerken hebben betrekking op omvang, structuren en projecten. Dat zijn voor bestuurders belangrijke coördinatiemechanismen met behulp waarvan zij uitvoering geven aan hun visie. Omvang, structuren en projecten kunnen zowel een reactie op veranderende omstandigheden zijn als een manier om die te neutraliseren of beïnvloeden. Zij zijn zowel instrumenten als uitkomsten van besturing.

Om recht te doen aan de verschillen in het primaire proces van zorgorganisaties worden naast algemene organisatorische ontwikkelingen ook trends per sector gegeven. In dit onderzoek worden zes verschillende sectoren onderscheiden, oftewel typen organisaties. In elke sector heeft de zorgverlening – het primaire proces – een ander karakter. Het geleverde ‘product’ wordt op een eigen wijze georganiseerd en gefinancierd en heeft specifieke kenmerken. Productkenmerken kunnen leiden tot bijzondere regels en omgangsvormen: vanzelfsprekend voor betrokkenen, uitzonderlijk voor niet-betrokkenen. Zo zijn normen rond separatie typisch voor de geestelijke gezondheidszorg en zorgleefplannen typisch voor verpleeg- en verzorgingshuizen, heeft inclusiebeleid specifiek betrekking op de gehandicaptenzorg en is de Model toelatingsovereenkomst medisch specialisten alleen relevant voor algemene ziekenhuizen. Sector heeft dus zowel betrekking op de soort zorg, cliënten en professionals (samengevat: de aard van het primaire proces) als op de manier van organiseren, regelen en omgaan met elkaar in organisaties. Het is met andere woorden waarschijnlijk dat trends in omvang, structuren en projecten verschillen per sector.

Hetzelfde geldt voor de wijze waarop bestuurders hun functie interpreteren. Uit onderzoek is bekend dat opvattingen en gedragingen van bestuurders ook sectorgebonden kunnen zijn (o.a. Scott en Meyer 1991; Putters 2001, Noordergraaf et al. 2002). In het vorige hoofdstuk zagen we dat veel bestuurders niet alleen vroeg in de carrière voor de zorg kiezen, maar ook voor een specifieke

tak van zorg¹. Zij zijn gesocialiseerd en gespecialiseerd in een specifieke zorgsector. Putters (2001) concludeert dat het de sectorspecifieke logica is – de specifieke inhoudelijke oriëntatie van bestuurders samenhangend met de kerntaak van een organisatie – die betekenis verleent aan het handelen van bestuurders. Dit betekent dat er verschillen zullen bestaan in de opvattingen en gedragingen van bestuurders van verschillende typen zorgorganisaties. Om deze reden wordt in dit hoofdstuk ook nader stilgestaan bij de verschillen tussen de persoons- en functiekenmerken van bestuurders van verschillende typen zorgorganisaties, zodat organisatie, persoons- en functiekenmerken in samenhang kunnen worden gezien.

De onderscheiden sectoren/typen instellingen zijn:

Tabel 7.1 Type zorgorganisatie

Onderscheiden categorieën	Antwoordmogelijkheden enquête
Ziekenhuizen	<ul style="list-style-type: none"> • Academisch ziekenhuis • Algemeen ziekenhuis • Categorieaal ziekenhuis
Organisatie voor GGZ	<ul style="list-style-type: none"> • Organisatie voor geestelijke gezondheidszorg
Gehandicaptenzorg	<ul style="list-style-type: none"> • Organisatie voor verstandelijk of lichamelijk gehandicapten
VVT	<ul style="list-style-type: none"> • Thuiszorgorganisatie • Verpleeghuis • Verzorgingshuis
Combinatie van instellingen	<ul style="list-style-type: none"> • Combinaties, anders dan bovenstaande
Anders	<ul style="list-style-type: none"> • Anders, namelijk ...

Gecombineerde instellingen leveren meerdere typen zorg. Zij werken sectoroverstijgend. Veelal is wel één soort zorg dominant. Uit de ledenlijst van de NVZD blijkt dat de meerderheid van de gecombineerde organisaties een combinatie van VVT en ziekenhuiszorg betreft of een combinatie van VVT en gehandicaptenzorg. Naast de gecombineerde instellingen is er een groeiende groep organisaties die om andere redenen moeilijk toe te wijzen zijn aan een van de genoemde sectoren. Tot deze groep behoren kleine, gespecialiseerde organisaties die voorheen onderdeel uitmaakten van een groter geheel of pas recentelijk opgericht zijn, mogelijk gemaakt door de versoepelde regelgeving hieromtrent. De toename van het aantal respondenten uit eerstelijnsgezondheidscentra wordt veroorzaakt doordat sinds 2000 zorgverleners in de eerste lijn vaker in organisatorisch verband zijn gaan samenwerken. De directeurs/bestuurders van deze centra zijn ook zorgbestuurders. Daarnaast is er een groeiende groep gespecialiseerde centra zoals zelfstandige laboratoria en diagnostische centra en is het aantal leden uit de jeugdzorg gegroeid. De categorie ‘anders’

1 Hoewel bestuurders vaker werkervaring op doen in meerdere sectoren van zorg had in 2010 42% van de respondenten altijd in een en dezelfde type organisatie gewerkt als manager/bestuurder.

betreft in feite een restgroep (zie hoofdstuk 3, tabel 3.7, voor een overzicht van de samenstelling van deze groep).

In paragraaf 7.2 worden ontwikkelingen in zorgorganisaties geschetst, inclusief de trends per sector. In paragraaf 7.3 wordt dieper ingegaan op de samenhang tussen organisatie- en persoonskenmerken. In paragraaf 7.4 wordt onderzocht op welke wijze sector samenhangt met de manier waarop bestuurders hun functie interpreteren. In 7.5 trek ik conclusies en zet de aangetroffen organisatiedynamiek af tegen de politiek-bestuurlijke dynamiek enerzijds en de bestuurlijke continuïteit anderzijds. In het tabellenboek (bijlage 4) staan alle enquête-uitkomsten, ingedeeld naar sector en jaar, inclusief de significante verschillen tussen sectoren en jaren.

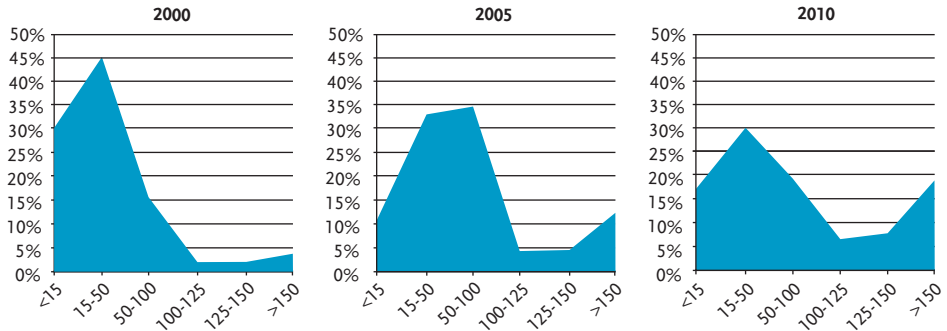
7.2 ORGANISATIEKENMERKEN

7.2.1 Schaal

Van schaalgrootte wordt verondersteld dat het grote impact heeft op de manier waarop organisaties functioneren. Schaal is een veelbesproken thema in de zorg en geregeld onderwerp van discussie in de Tweede Kamer (zie ook hoofdstuk 4). Vaak gaat het dan over voorgenomen fusies en vraagstukken van spreiding en concentratie. Een belangrijke motivatie voor groei en concentratie, al dan niet door middel van fusie, is de veronderstelde bijdrage aan kostenreductie en kwaliteitsverbetering. Al ontbreekt hard bewijs voor die effecten vooralsnog (RVZ 2008; Postma et al. 2012). Groei en fusie kunnen gevolgen hebben voor de keuzevrijheid van patiënten. Dit laatste was aanleiding voor de minister van VWS om een zorgspecifieke fusietoets in het leven te roepen. Organisatorische omvang speelt ook op heel andere manieren een rol in de organisatie en besturing van de zorg. Zo weegt het mee in de inspraak die organisaties hebben binnen brancheverenigingen, bij de vaststelling van het salaris van bestuurders, bij de organisatie van de zorgverlening en de afstand die management, bestuur en werkvloer tot elkaar ervaren (zie o.a. Stoopen daal 2008).

Schaalgrootte oftewel organisatorische omvang is op verschillende manieren te meten. Figuur 7.1 toont de omvang van de organisaties waaraan respondenten leidinggeven in termen van bedrijfsopbrengsten. Figuur 7.2 toont de omvang in termen van medewerkers.

Respondenten geven leiding aan organisaties die qua omvang sterk uiteenlopen. Respondenten uit 2005 werkten gemiddeld genomen met een aanzienlijk groter budget dan respondenten uit 2000. Het aantal organisaties met een budget kleiner dan 15 miljoen euro is tussen 2000 en 2005 significant afgenomen. Het aantal organisaties met een budget van meer dan 150 miljoen euro is in diezelfde periode significant gestegen. In 2010 is het beeld weer gevarieerder. Zowel het aantal grote organisaties (bedrijfsopbrengsten > 150 miljoen) is toegenomen, als het aantal kleine organisaties (bedrijfsopbrengsten < 15 miljoen).



Figuur 7.1 Gemiddelde bedrijfsopbrengsten, per categorie, per jaar (miljoenen euro's).

Kijken we naar de trend per sector dan blijkt dat de gemiddelde bedrijfsopbrengst per organisatie in alle sectoren is toegenomen, behalve in de VVT (zie bijlage 4 tabel 27). Deze sector laat een gevarieerder beeld zien, van merendeels kleine organisaties tot zeer grote. De categorie 'anders' bestaat uit relatief kleine organisaties (budget < 100 miljoen euro). De uitkomsten doen vermoeden dat er een verband bestaat tussen sector en omvang. Dit is voor 2010 onderzocht met behulp van Chi-kwadraattoets voor associatie (zie tabel 7.2). Er blijkt inderdaad een verband te zijn tussen omvang en sector. Met behulp van de trends per sector valt ook de richting van het verband te duiden. Het blijkt dat:

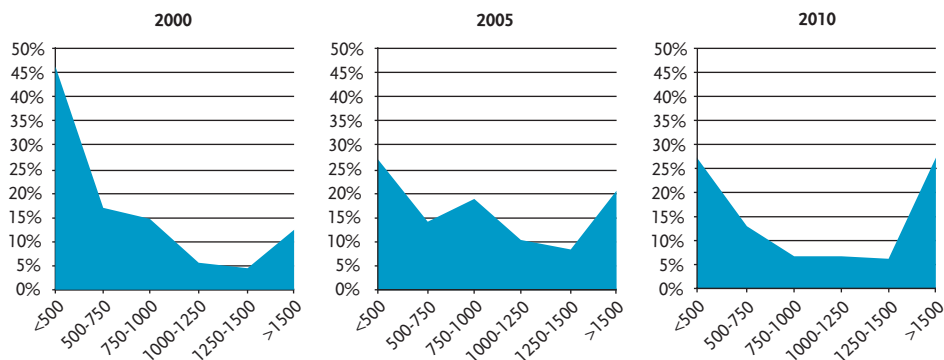
- kleine organisaties (extern budget < 15 miljoen euro) significant veel voorkomen onder andersoortige instellingen en significant weinig onder ziekenhuizen;
- organisaties met een budget tussen de 15 en 50 miljoen euro significant weinig voorkomen onder ziekenhuizen en combinaties van instellingen;
- organisaties met een budget tussen de 50 en 100 miljoen euro significant weinig voorkomen onder andersoortige organisaties;
- grote organisaties (extern budget > 150 miljoen euro) significant veel voorkomen onder ziekenhuizen en gecombineerde instellingen. Grote organisaties komen significant weinig voor onder VVT-instellingen en andersoortige instellingen.

Tabel 7.2 Samenhang bedrijfsopbrengsten in miljoenen euro's en type instelling (percentage), 2010 (Chi-kwadraat)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
Minder dan 15	<u>7%</u>	10%	14%	18%	8%	<u>53%</u>	17%
15-50	<u>15%</u>	29%	39%	37%	<u>14%</u>	42%	30%
50-100	15%	27%	23%	22%	16%	<u>3%</u>	19%
100-125	8%	5%	11%	8%	11%	0%	7%
125-150	10%	15%	5%	4%	16%	3%	8%
Meer dan 150	<u>45%</u>	15%	9%	<u>10%</u>	<u>35%</u>	<u>0%</u>	19%

Figuur 7.2 laat de ontwikkelingen in de omvang van het personeelsbestand zien. Verderom blijkt dat er niet alleen sprake is van groei, maar ook van meer spreiding: het

aantal kleine én grote instellingen is toegenomen. Voor de ontwikkeling per sector zie bijlage 4 (tabel 28).



Figuur 7.2 Gemiddeld aantal medewerkers inclusief flexibele dienstverbanden, per categorie, per jaar (fte)

De ontwikkeling van het aantal medisch specialisten (in fte) houdt gelijke tred met het personeelsbestand. Medisch specialisten zijn voornamelijk werkzaam in ziekenhuizen, gecombineerde instellingen en de GGZ. Voor de ontwikkeling per sector zie bijlage 4 (tabel 29). Met behulp van de Chi-kwadraattoets is de associatie onderzocht tussen sector en aantal professionals (zie tabel 7.3). De uitkomsten bevestigen de sectortrends.

Tabel 7.3 Samenhang aantal medisch specialisten (in fte) die fulltime werkzaam zijn in de organisatie en type instelling (percentage), 2010 (Chi-kwadraat)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
Minder dan 25	<u>17%</u>	<u>28%</u>	<u>94%</u>	<u>89%</u>	<u>34%</u>	48%	54%
25-50	<u>3%</u>	<u>25%</u>	0%	10%	14%	0%	9%
50-100	<u>14%</u>	<u>34%</u>	6%	<u>0%</u>	26%	24%	14%
100-150	<u>28%</u>	6%	<u>0%</u>	<u>0%</u>	17%	4%	10%
150-200	<u>12%</u>	0%	0%	0%	0%	4%	3%
Meer dan 200	<u>26%</u>	6%	0%	<u>1%</u>	9%	20%	10%

7.2.2 Structuur en inrichting van de organisatie

Schaalgrootte kan leiden tot specifieke organisatorische vragen. Zoals de vraag hoe binnen een grootschalige zorgorganisatie kleinschalige zorg te verlenen. Interessant is of de toegenomen spreiding in omvang van zorgorganisaties ook terug te zien is in de structuur van zorgorganisaties.

Inrichting topstructuur

Kijken we naar de samenstelling van raden van bestuur dan blijkt in tien jaar tijd het aantal eenhoofdige raden van bestuur toegenomen.

Tabel 7.4 Omvang raden van bestuur (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	2000	2005	2010
Eenhoofdig	36%	38%	44%
2 leden	41%	46%	40%
3 leden	15%	11%	13%
4 leden	6%	4%	2%
Meer dan 4 leden	2%	1%	1%

Hoewel het merendeel van de organisaties geleid wordt door een of twee bestuurders, zijn er ook organisaties met vier of meer bestuurders. Dit komt het vaakst voor bij grote ziekenhuizen. In de gehandicaptenzorg, VVT en andersoortige organisaties zijn de meeste eenhoofdige raden van bestuur. Zie tabel 7.5 voor de uitkomsten van 2010. Zie bijlage 4 tabel 30 voor de ontwikkeling per sector tussen 2000, 2005 en 2010.

Tabel 7.5 Aantal leden directie of raad van bestuur, per type instelling (percentage), 2010

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
Eenhoofdig	25%	23%	59%	58%	29%	66%	44%
2 leden	49%	60%	30%	35%	42%	23%	40%
3 leden	15%	15%	11%	7%	29%	3%	13%
4 leden	7%	3%	0%	0%	0%	3%	2%
Meer dan 4 leden	3%	0%	0%	0%	0%	6%	1%

Dat in de VVT en onder andersoortige organisaties relatief veel eenhoofdige raden van bestuur voorkomen houdt verband met het feit dat deze sectoren relatief veel kleine organisaties kennen. Kleine organisaties (tot 50 miljoen euro) worden significant vaak geleid door een eenhoofdige raad van bestuur (tabel 7.6).

Tabel 7.6 Samenhang bedrijfsopbrengsten in miljoenen euro's en aantal leden directie of raad van bestuur (percentage), 2010 (Chi-kwadraat)

	1-hoofdig	2 leden	3 leden	4 leden	> 4 leden
Minder dan 15	88%	8%	2%	0%	2%
15 - 50	58%	36%	3%	2%	1%
50 - 100	45%	46%	9%	0%	0%
100 - 125	26%	57%	17%	0%	0%
125 - 150	16%	56%	28%	0%	0%
Meer dan 150	5%	53%	31%	7%	3%

In 2005 en 2010 is ook gevraagd naar het aantal leidinggevende niveaus in de organisatie (de raad van toezicht niet meegeteld).

Tabel 7.7 Leidinggevende niveaus (percentage), 2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	2005	2010
2 lagen	9%	18%
3 lagen	66%	61%
4 lagen	25%	21%
Meer dan 4 lagen	0%	0%

Het aantal leidinggevende niveaus is tussen 2005 en 2010 afgenomen. Deze verplating geldt voor alle sectoren van zorg (zie bijlage 4 tabel 31). Er is ook een relatie tussen omvang en aantal managementlagen. Kleine organisaties (tot 15 miljoen euro) bestaan vaak uit twee managementlagen, grote organisaties (> 150 miljoen euro) hebben er vaker vier.

Tabel 7.8 Samenhang bedrijfsopbrengsten in miljoenen euro's en leidinggevende niveaus (percentage), 2010 (Chi-kwadraat)

	2 lagen	3 lagen	4 lagen	> 4 lagen
Minder dan 15	61%	37%	2%	0%
15-50	19%	70%	11%	0%
50-100	9%	68%	23%	0%
100-125	0%	65%	35%	0%
125-150	0%	56%	44%	0%
Meer dan 150	0%	60%	36%	2%

Combineren we de uitkomsten over de topstructuur met de ontwikkelingen in omvang van zorgorganisaties, dan kunnen we vaststellen dat men kritisch kijkt naar de *span of control*. De afname van het aantal bestuurders en het aantal managementlagen gecombineerd met organisatorische groei wijst erop dat de span of control van zorgbestuurders, maar vooral van het middenmanagement, is toegenomen. Mogelijke oorzaken voor deze ontwikkeling zijn:

- herinrichting van de top na fusie. De groei in omvang van zorginstellingen tussen 2000 en 2005 is deels een gevolg van fusies. Nadat eerst beide raden van bestuur worden samengevoegd, is het gebruikelijk dat daarna een fase van versmalling volgt waarin de raad van bestuur in omvang wordt teruggebracht.
- toenemende financiële druk op zorginstellingen. Het vergroten van de span of control als manier om kosten te reduceren.
- de wens verantwoordelijkheden laag in de organisatie te leggen en het primaire proces meer leidend te laten zijn in de organisatie van de zorg.

Het laatste kunnen we in verband brengen met de kritiek op de vermeende dominantie van het management en de daarmee gemoeide kosten (zie hoofdstuk 4).

Organisatiestructuur

Als we kijken naar de inrichting van zorgorganisaties, blijken door de jaren heen steeds minder organisaties ingericht te zijn volgens een dienstenstructuur, waarbij het verleende type zorg leidend is (functionele indeling).

Tabel 7.9 Inrichting organisatiestructuur (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	2000	2005	2010
Functionele indeling	24%	16%	17%
Indeling naar zorgeenheden, zonder clustering	25%	29%	32%
Indeling naar clusters met daarbinnen zorgeenheden	42%	46%	41%
Anders	8%	9%	10%

In plaats daarvan zijn zorgorganisaties toenemend ingericht naar zorgeenheden (de organisatie is 'gekanteld') of naar clusters/divisies met daarbinnen zorgeenheden (de organisatie is 'doorgekanteld'). In een zorgeenheid worden meerdere functies samengebracht rondom een bepaald specialisme (vakgebied) of een bepaalde zorgvraag (cliëntengroep). Het doel van kanteling is meer samenhang aan te brengen in de organisatie van de zorg vanuit het perspectief van de cliënt. Het betekent vaak ook een verplating van de organisatiestructuur en meer (sturings)verantwoordelijkheid voor professionals. Soms wordt een indeling naar zorgeenheden (met of zonder clustering) gecombineerd met een geografische indeling. Dit laatste komen we vooral in de VVT tegen (zie tabel 7.10 voor de uitkomsten van 2010, zie bijlage 4 tabel 32 voor de ontwikkelingen per sector tussen 2000, 2005 en 2010). Een functionele indeling treffen we voornamelijk aan in andersoortige organisaties (43% in 2010). Dit is te verklaren vanuit zowel de omvang (< 15 miljoen euro) als de mate van specialisatie (rondom één soort dienst).

Tabel 7.10 Inrichting organisatiestructuur, per type instelling (percentage), 2010

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
Functionele indeling	15%	0%	14%	24%	5%	43%	17%
Indeling naar zorgeenheden, zonder clustering	43%	29%	23%	34%	26%	26%	32%
Indeling naar clusters met daarbinnen zorgeenheden	37%	59%	45%	36%	50%	20%	41%
Anders	5%	12%	18%	6%	18%	11%	10%

Bij de inrichting van de organisatie kan ook de inbreng van professionals in de besluitvorming verschillen. De inbreng van professionals in de besluitvorming op organisatie-niveau valt op uiteenlopende wijze te organiseren. Een vergelijking met de uitkomsten uit 2000 is niet mogelijk. In de vraagstelling werd destijds een onderscheid gemaakt naar de inbreng van professionals op strategisch niveau en op operationeel niveau.

Tabel 7.11 Inbedding professionals in beleidsvorming (percentage, meerdere antwoorden mogelijk), 2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	2005	2010
Verplichte raadpleging	30%	34%
Vrijblijvend advies	43%	48%
Duaal bestuur	6%	8%
Duaal management	37%	33%
Anders/niet geregeld	25%	19%

Er is een duidelijke tweedeling naar sectoren te zien in de inbreng van professionals. In ziekenhuizen, in de GGZ en in gecombineerde instellingen is in meer dan de helft van de organisaties sprake van duaal management en/of bestuur, waarbij de leiding van de organisatie, unit of cluster in handen is van een bedrijfskundig manager en een medisch inhoudelijk manager. Daarnaast is in deze organisaties vaak ook nog een adviserende rol voor professionals weggelegd. In de gehandicaptenzorg en VVT heeft de inbreng van professionals meestal een vrijblijvend karakter of is deze in het geheel niet geregeld. De uitkomsten kunnen we in verband brengen met de soort professionals die er werken. In organisaties waar veel hoogopgeleide professionals werkzaam zijn zoals medisch specialisten en psychiaters (ziekenhuizen, gecombineerde instellingen en GGZ) is de inbreng van professionals goed geregeld, zowel in formele als informele zin. Duaal management en/of bestuur wordt er gecombineerd met een vorm van verplichte raadgeving. In de gehandicaptenzorg is de inbreng van professionals op de besluitvorming het vaakst (33%) niet geregeld. Zie bijlage 4 tabel 33 voor de ontwikkeling per sector tussen 2000, 2005 en 2010. Tabel 7.12 toont de samenhang tussen type organisatie en inbedding professionals.

Tabel 7.12 Samenhang type organisatie en inbedding professionals (percentage, meerdere antwoorden mogelijk), 2010 (Chi-kwadraat)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders
Verplichte raadpleging	68%	23%	23%	15%	28%	58%
Vrijblijvend advies	45%	43%	51%	48%	50%	52%
Duaal bestuur	20%	10%	0%	2%	6%	12%
Duaal management	62%	53%	5%	16%	50%	18%
Niet geregeld	0%	13%	33%	24%	14%	15%
Anders	0%	3%	2%	4%	8%	0%

Er is ook een relatie met omvang (zie tabel 7.13). Deze is echter moeilijk los te zien van de relatie tussen omvang en sector. In grote organisaties (> 150 miljoen euro) is veelal sprake van duaal management en/of bestuur gecombineerd met een vorm van verplichte raadgeving. In kleine organisaties (< 15 miljoen euro) is de inbreng van professionals op de besluitvorming het vaakst helemaal niet geregeld.

Tabel 7.13 Samenhang bedrijfsopbrengsten in miljoenen euro's en inbedding professionals (percentage, meerdere antwoorden mogelijk), 2010 (Chi-kwadraat)

	Verplichte raadgeving	Vrijblijvend advies	Duaal bestuur	Duaal management	Niet geregeld	Anders
Minder dan 15	<u>21%</u>	55%	<u>4%</u>	<u>23%</u>	<u>22%</u>	2%
15-50	35%	38%	4%	38%	8%	12%
50-100	<u>60%</u>	49%	9%	49%	<u>0%</u>	0%
100-125	52%	40%	<u>24%</u>	<u>80%</u>	<u>0%</u>	0%
125-150	<u>88%</u>	63%	25%	<u>75%</u>	0%	0%
Meer dan 150	<u>67%</u>	33%	<u>28%</u>	<u>61%</u>	0%	0%

7.2.3 Organisatieveranderingen

Naast structuurveranderingen zijn ook organisatieveranderingen in kaart gebracht. Veranderprojecten kunnen bijzondere risico's met zich meebrengen en daardoor veel tijd en aandacht vragen van management en bestuur.

Welke veranderprojecten de bestuurlijke agenda domineerden in de verschillende onderzoeksjaren blijkt uit tabel 7.14. De tabel toont de antwoorden op de vraag welke veranderingen recentelijk hebben plaatsgevonden in de organisatie waarvoor respondenten werken (op het moment van onderzoek tot vijf jaar terug), welke veranderingen op het moment van onderzoek gaande zijn en welke veranderingen voorzien worden voor de nabije toekomst (tot vijf jaar na het moment van onderzoek). Een vergelijking met 2000 is lastig door een verandering in de antwoordmogelijkheden.

Tabel 7.14 Grootscheepse veranderingen in de organisatie in het recente verleden, heden en nabije toekomst (percentage), 2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	Verleden		Heden		Toekomst	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
Nieuwe topstructuur	49%	53%	<u>4%</u>	<u>11%</u>	6%	10%
Kanteling	43%	36%	12%	16%	8%	8%
Doorkanteling	23%	23%	34%	33%	24%	24%
Horizontale fusie	33%	34%	17%	13%	26%	19%
Samenwerking	43%	47%	60%	58%	38%	43%
Verticale fusie	11%	12%	<u>9%</u>	<u>4%</u>	<u>24%</u>	<u>9%</u>
Nieuwbouw/renovatie	49%	54%	70% ²	63% ²	62%	55%
Uitbreiding zorgaanbod	33%	36%	<u>49%</u>	<u>37%</u>	<u>44%</u>	<u>30%</u>
Reorganisatie medische staf	<u>14%</u>	<u>8%</u>	5%	6%	6%	6%
Commerciële diensten	<u>14%</u>	<u>24%</u>	<u>36%</u>	<u>26%</u>	<u>46%</u>	<u>29%</u>
Kwaliteitssysteem	52% ¹	60% ¹	<u>62%</u>	<u>24%</u>	<u>26%</u>	<u>9%</u>
Sanering	29%	23%	<u>17%</u>	<u>27%</u>	<u>7%</u>	<u>21%</u>
ICT-structuur	47%	41%	60%	53%	39%	41%

¹ $\alpha = 0,057$

² $\alpha = 0,053$

Uit de veranderagenda's blijken zowel enkele algemene als sectorgebonden trends. Van alle tijden zijn investeren in nieuwbouw en ict, het zoeken naar mogelijkheden om het zorgaanbod uit te breiden en het zoeken naar samenwerkings- en/of fusiepartners. Wel is een verschuiving waarneembaar van fusies naar andersoortige samenwerkingsvormen. Ook het doorkantelen blijft aandacht vragen. Zoals we eerder zagen is een organisatie-indeling naar zorgeenheden het meest gebruikelijk.

Zaken als een nieuwe topstructuur en het kantelen van de organisatie zijn vooral iets van het verleden. Introductie van een nieuw kwaliteitssysteem kreeg in 2010 minder prioriteit dan in 2005 en de jaren daarvoor. Dit geldt ook voor de introductie van commerciële diensten. In 2005 zagen respondenten nog relatief weinig noodzaak om te bezuinigen, in 2010 is men aanzienlijk pessimistischer hierover. Reorganisatie van de medische staf is betrekkelijk constant en speelt vooral in de ziekenhuizen en gecombineerde instellingen.

Gaan we wat dieper in op de trends per sector dan blijkt het volgende:

- In de *ziekenhuissector* zijn relatief veel plannen voor de introductie van commerciële diensten/private initiatieven en wordt hard gewerkt aan een goed kwaliteitssysteem, terwijl er relatief weinig plannen zijn voor uitbreiding van het zorgaanbod. Dat er vaker sprake is van reorganisatie van de medische staf spreekt voor zich voor een sector waarin de meeste medici werkzaam zijn. Veel meer dan in het (recente) verleden zijn bestuurders van ziekenhuizen in 2010 bezig met bezuinigen. Ook voor de toekomst verwachten zij dat dit noodzakelijk zal zijn.
- In *organisaties voor GGZ* was en is er relatief veel aandacht voor uitbreiding van het zorgaanbod. In tegenstelling tot 2005 verwachten bestuurders van GGZ-organisaties in 2010 dat in de nabije toekomst bezuinigen noodzakelijk zal zijn. Ook in 2010 zijn zij hier al volop mee bezig.
- In *instellingen voor gehandicaptenzorg* vinden relatief weinig fusies plaats. Er is in de gehandicaptenzorg al jaren aandacht voor uitbreiding van het zorgaanbod. Aandacht voor commerciële diensten is er tot 2010 weinig, maar wordt in de nabije toekomst wel meer verwacht. Op het gebied van kwaliteitssystemen lijken de organisaties voor gehandicaptenzorg rond 2005 een inhaalslag te hebben gemaakt ten opzichte van andere sectoren. Voor de toekomst verwacht men investeringen in de ict-infrastructuur en in nieuwbouw/renovatie.
- In de *VVT* is er relatief veel aandacht voor uitbreiding van het zorgaanbod en voor de introductie van commerciële diensten/private initiatieven. Ook wordt er geïnvesteerd in nieuwbouw/renovatie. In de toekomst zijn naar verwachting nog veel investeringen nodig in ict. Bestuurders van organisaties voor VVT verwachten in vergelijking met andere sectoren relatief weinig te moeten bezuinigen. Van de (horizontale) fusiegolf die in 2005 nog verwacht werd, is in 2010 weinig meer merkbaar.
- *Combinaties van instellingen* hebben (vanzelfsprekend) relatief vaak een verticale fusie achter de rug. Ook op het moment van onderzoek is daar binnen deze organisaties nog veel aandacht voor. Uitbreiding van zorgaanbod en commerciële diensten krijgen over het algemeen veel aandacht in deze organisaties. Ook de

realisatie van een goed kwaliteitssysteem staat hoog op de agenda. Anno 2010 valt vooral de (verwachte) noodzaak tot saneren op.

- In de categorie ‘*anders*’ wordt voor de toekomst bovengemiddeld vaak een horizontale en/of verticale fusie voorzien. Op het moment van onderzoek (in 2010) gaat in deze organisaties bovengemiddeld veel aandacht uit naar veranderingen in de topstructuur. Ook gaat veel aandacht uit naar nieuwbouw/renovatie.

Voor een volledig overzicht van de ontwikkelingen per sector zie bijlage 4 tabel 34a, b en c.

Bovenstaande sectortrends zijn ook op een andere manier onderzocht, door de samenhang tussen sector en veranderingen in kaart te brengen. De uitkomsten ondersteunen de hiervoor geformuleerde sectortrends (zie bijlage 4 tabel 35a, b en c).

Kijken we naar de samenhang tussen *omvang* enerzijds en (gerealiseerde of voorgenomen) *veranderingen* anderzijds, dan blijkt dat:

- omvang in belangrijke mate samenhangt met fusie en samenwerking in het verleden, als ook met nieuwbouw/renovatie en uitbreiding van het zorgaanbod in het verleden.
- er een relatie is tussen omvang en introductie kwaliteitssysteem, sanering en investeren in ict (heden).
- saneren en investeren in ict ook in de nabije toekomst een belangrijk aspect is voor grote organisaties.
- reorganisatie van medische staf en omvang met elkaar samenhangen en dat dit zowel in het verleden als het heden speelt.

Zie bijlage 4 tabel 34a, b en c voor een volledig overzicht.

7.2.4 Tussenconclusies: groei, diversiteit en veranderbaarheid

Tot 2005 is groei een dominante ontwikkeling in zorgorganisaties: groei in budget, medewerkers en zorgaanbod. Vanaf 2005 is dit beeld gevarieerder. De diversiteit neemt toe, zowel naar omvang als naar soort dienstverlening. Het aantal zorgorganisaties dat meerdere typen zorg combineert is toegenomen, zo ook het aantal gespecialiseerde zorgorganisaties dat zich richt op een specifieke cliëntgroep.

Omvang hangt samen met sector. Ziekenhuizen en gecombineerde instellingen behoren tot de grootste organisaties. Kleinere organisaties treffen we vooral aan onder gespecialiseerde, andersoortige instellingen en organisaties voor VVT. Voor alle sectoren geldt dat de gemiddelde omvang toeneemt. Alleen de VVT laat een ander beeld zien. In deze sector is de variatie in omvang het sterkst. Omvang heeft consequenties voor de inrichting van de organisatie. Omvangrijk gaat samen met clustering van zorgeenheden, een grotere *span of control* (met name voor het middenmanagement) en een raad van bestuur die bestaat uit meerdere personen.

De (verander)agenda van bestuurders kent eveneens sectorspecifieke aspecten. Met name de ervaren noodzaak tot fusie, samenwerking, sanering en commerciële activiteiten verschilt per sector. Opnieuw treffen we de meeste variatie aan in de VVT-sector. Er is in deze sector veel aandacht voor het eigen onderscheidend vermogen, zowel qua omvang als qua zorgaanbod en commerciële diensten. De gehandicaptenzorg kent een heel andere dynamiek. Daar valt over de jaren heen vooral de gelijkmatigheid op. De interne en externe dynamiek lijken relatief beperkt in deze sector of de organisaties zijn er minder gevoelig voor. Specifiek voor ziekenhuizen is de aanwezigheid van medisch specialisten. Zij hebben een belangrijke stem in de besluitvorming op organisatieniveau. Hetzelfde geldt voor psychiaters en psychologen in de GGZ. Voor andersoortige organisaties geldt dat zij relatief vaak zoeken naar een fusiepartner. Het is derhalve de vraag of het grote aantal nicheorganisaties bestendig zal zijn.

Andere zorgbrede trends, naast groei en toenemende diversiteit, zijn organisatorische verplattung, toename van de span of control en structurering van de zorg rondom zorgeenheden. Het zijn manieren om kosten te reduceren, maar ook om het primaire proces meer centraal te stellen. Dat kostenreductie een belangrijke doelstelling is blijkt ook uit de toenemende aandacht voor bezuinigingen. In een meer en meer concurrerende omgeving is het van belang dat organisaties zich onderscheiden naar aanbod, kosten en eventuele aanvullende diensten. De veranderagenda laat mooi zien hoe de aandacht steeds meer uitgaat naar nieuwe samenwerkingsvormen, uitbreiding van het zorgaanbod en commerciële vormen van dienstverlening. De uitkomsten tonen hoe zorgorganisaties continu in beweging zijn. De vele kleine en grotere veranderingen verraden een continu zoeken naar de juiste schaal, de juiste structuur en inrichting van de organisatie. Dat verandermanagement een belangrijk deel uitmaakt van het besturen van een zorgorganisatie blijkt uit de verscheidenheid aan veranderprojecten waarmee zorgbestuurders van doen hebben, zoals reorganisaties, fusies en verbouwingen. Het is onder andere via veranderprojecten dat lokale en landelijke omstandigheden op elkaar worden afgestemd.

De uitkomsten bevestigen dat de soort zorg, cliënten en professionals – de aard van het primaire proces – de manier van organiseren, regelen en omgaan met elkaar in organisaties beïnvloedt. Mede afhankelijk van de aard van het primaire proces richten bestuurders de organisatie in. In de volgende paragrafen wordt onderzocht in hoeverre persoons- en functiekenmerken ook sectorgebonden zijn. In paragraaf 7.3 staan de persoonskenmerken centraal, in paragraaf 7.4 de functiekenmerken.

7.3 SAMENHANG TUSSEN SECTOR EN PERSOON

In het vorige hoofdstuk zagen wij dat de persoons- en de functiekenmerken van zorgbestuurders op verschillende manieren met elkaar samenhangen. De samenstelling van raden van bestuur in demografische zin heeft met andere woorden inhoudelijke consequenties. De vraag die wij ons hier stellen is in hoeverre de

demografische samenstelling van raden van bestuur sectorspecifiek is. Dit blijkt deels inderdaad het geval. Er is zowel gekeken naar de verschillen tussen sectoren over de jaren heen, als naar de samenhang tussen variabelen. Dit laatste betrof uitsluitend de gegevens uit 2010. Beide methoden leiden tot vergelijkbare uitkomsten. In dit verslag wordt vooral gewag gemaakt van de verschillen tussen sectoren. Het gaat dan om de volgende thema's: de rol van opleiding, verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke bestuurders en werkervaring. Ten aanzien van leeftijd kan opgemerkt worden dat in de GGZ relatief weinig jongere bestuurders werkzaam zijn. Slechts 8% van de respondenten uit de GGZ is (in 2010) jonger dan vijftig jaar (zie bijlage 4 tabel 37a en b). Er is geen verband gevonden tussen leeftijd en overige organisatiekenmerken.

7.3.1 Verschillen tussen mannen en vrouwen

In alle sectoren is er een toename van het aantal vrouwelijke bestuurders (zie bijlage 4 tabel 38). De meeste treffen we aan in de VVT-sector. 30% van de respondenten uit de VVT is vrouw (meting 2010, zie tabel 7.15). De minste vrouwen treffen we aan in de raden van bestuur van gecombineerde instellingen (11% in 2010).

Tabel 7.15 Geslacht (percentage) naar type instelling, 2010

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
Man	76%	74%	75%	70%	89%	72%	75%
Vrouw	24%	26%	25%	30%	11%	28%	25%

In 2010 is ook de samenhang onderzocht tussen sector en sekse (zie tabel 7.16). Dit bevestigt het verband tussen sekse (man) en het leidinggeven aan gecombineerde instellingen. Er is ook een verband tussen sekse (vrouw) en het leidinggeven aan andersoortige organisaties.

Tabel 7.16 Verdeling mannen en vrouwen naar type instelling (percentage van totaal mannen of vrouwen), 2010 (vergelijking tussen groepen m.b.v. Chi-kwadraat)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders
Man	20%	13%	15%	28%	<u>16%</u>	<u>7%</u>
Vrouw	16%	12%	13%	31%	<u>5%</u>	<u>23%</u>

Zoals we inmiddels weten zijn sector en omvang aan elkaar gerelateerd. De uitkomst dat vrouwelijke bestuurders significant vaker leidinggeven aan 'kleine' organisaties (zie tabel 7.17) is te verklaren doordat zij relatief vaak leidinggeven aan andersoortige organisaties en VVT-organisaties.

Tabel 7.17 Extern budget in miljoenen euro's naar geslacht (percentage), 2010 (vergelijking tussen groepen m.b.v. Chi-kwadraat)

	< 15	15-50	50-100	100-125	125-150	> 150
Man	<u>12%</u>	29%	19%	<u>9%</u>	8%	22%
Vrouw	<u>29%</u>	30%	17%	<u>2%</u>	8%	13%

Ook de uitkomst dat vrouwen significant vaker enig bestuurder zijn (zie tabel 7.18), kunnen we in verband brengen met de samenhang tussen sector, omvang en het feit dat vrouwen relatief vaak werken voor kleinere, andersoortige organisaties of organisaties in de VVT-sector. Kleine organisaties hebben vaker een eenhoofdige raad van bestuur. In 2010 heeft 60% van de vrouwelijke bestuurders als enige de leiding, tegenover 39% van de mannelijke bestuurders.

Tabel 7.18 Aantal leden directie of raad van bestuur naar geslacht (%), 2010 (vergelijking tussen groepen m.b.v. Chi-kwadraat)

	eenhoofdig	2 leden	3 leden	4 leden	> 4 leden
Man	<u>39%</u>	<u>44%</u>	14%	2%	1%
Vrouw	<u>60%</u>	<u>30%</u>	8%	1%	1%

De uitkomst dat vrouwen in 2010 significant vaker dan mannen leidinggeven aan een organisatie met een functionele indeling (zie tabel 7.19) kan eveneens in verband gebracht worden met het bovengemiddelde aantal vrouwelijke respondenten dat leiding geeft aan andersoortige organisaties of organisaties voor VVT. Deze organisaties kennen vaker een functionele indeling (zie bijlage 4 tabel 32).

Tabel 7.19 Inrichting organisatiestructuur naar geslacht (percentage), 2010 (vergelijking tussen groepen m.b.v. Chi-kwadraat)

	Man	Vrouw
Functionele indeling	<u>14%</u>	<u>26%</u>
Indeling naar zorgeenheden, zonder clustering	32%	33%
Indeling naar clusters met daarbinnen zorgeenheden	43%	32%
Anders	11%	8%

7.3.2 De rol van opleiding

Voor de hand liggend is het verband tussen de opleidingsachtergrond van bestuurders en de sector waarin zij werkzaam zijn. In ziekenhuizen zijn er bovengemiddeld

veel bestuurders met een geneeskundige achtergrond. De GGZ kent meer bestuurders die zijn opgeleid als psycholoog en in organisaties voor VVT zijn bestuurders met een verpleegkundige achtergrond oververtegenwoordigd (zie voor een volledig overzicht bijlage 4 tabel 39a t/m d). De meeste bestuurders met een zorginhoudelijke achtergrond treffen we aan in de GGZ en VVT, de meeste bestuurders met (ook) een bedrijfseconomische achtergrond in de ziekenhuissector. De gehandicaptenzorg heeft de minste bestuurders met een zorginhoudelijke achtergrond (zie tabel 7.20 voor de uitkomsten van 2010).

Tabel 7.20 Samenhang studierichting (hbo en universitair) en type instelling (percentage), 2010 (Chi-kwadraat)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders
Bedrijfskundige/economische studierichting	<u>44%</u>	20%	20%	30%	24%	22%
Zorgspecifieke studierichting	49%	60%	<u>30%</u>	<u>56%</u>	37%	39%
Andere studierichting	41%	50%	70%	<u>44%</u>	58%	61%

De toename van het aantal bestuurders met een verpleegkundige achtergrond is te zien in alle sectoren van zorg. De VVT kent de meeste bestuurders met een verpleegkundige achtergrond. In 2010 had 28% van de bestuurders uit de VVT een achtergrond als verpleegkundige. Deze uitkomst kunnen we in verband brengen met de toename van het aantal vrouwelijke bestuurders. In het vorige hoofdstuk werd immers duidelijk dat vrouwelijke bestuurders (significant) vaker een zorginhoudelijke achtergrond hebben dan mannelijke bestuurders. Het gaat hier dan in het bijzonder om een verpleegkundige opleiding. En de meeste vrouwelijke bestuurders zijn werkzaam in de VVT. Vrouwelijke bestuurders hebben in 2010 ook vaker geneeskunde gestudeerd dan mannen, maar dit verschil is niet significant.

Dat het carrièrepad van vrouwen vaak een inhoudelijke lijn volgt wordt hier bevestigd. Uit dit hoofdstuk blijkt dat een andere succesvolle route naar de top voor vrouwen die via de gespecialiseerde, andersoortige organisaties is. Veel van deze organisaties hebben een beperkte omvang en kennen – vaker dan andere organisatietypen – een functionele indeling.

7.3.3 Werkervaring

Dat zorgbestuurders zeer ervaren managers zijn geldt voor bestuurders in alle sectoren (zie tabel 7.21 en voor een volledig overzicht bijlage 4 tabel 40).

Tabel 7.21 Managementervaring (gemiddeld in jaren) per type instelling, 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. ANOVA)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2000	19,2	18,7	20,0	<u>19,7</u>	<u>19,0</u>	17,6	<u>19,3</u>
2005	<u>18,4</u>	20,4	21,4	<u>23,1</u>	<u>23,2</u>	18,7	<u>21,2</u>
2010	<u>21,7</u>	21,1	22,9	23,2	22,9	18,8	22,0

In 2010 geldt voor 74% van de respondenten van andersoortige organisaties dat de huidige functie de eerste eindverantwoordelijke functie is (zie tabel 7.22). Niet alleen de organisaties zijn relatief vaak 'nieuw', maar ook de bestuurders van deze organisaties (zie ook bijlage 4 tabel 41).

Tabel 7.22 Huidige functie is de eerste eindverantwoordelijke directie- of bestuursfunctie, per type instelling (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat).

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2000	41%	32%	46%	36%	36%	<u>29%</u>	38%
2005	41%	47%	50%	43%	33%	<u>78%</u>	45%
2010	42%	56%	50%	47%	49%	74%	51%

Ziekenhuisbestuurders springen er op een andere manier uit. Voor bestuurders in alle sectoren geldt dat de gemiddelde duur van de aanstelling is afgenomen tussen 2000 en 2010. In de ziekenhuizen is de daling het snelst gegaan: van 7,3 jaar gemiddeld in 2000 naar 5,2 jaar in 2005 en 4,4 jaar in 2010. Ter vergelijking: de totaal gemiddelde duur van het dienstverband was in 2010 6,4 jaar. Bestuurders in de gehandicaptenzorg en VVT blijven het langst in een bestuursfunctie, in 2010 resp. 7,7 en 7,6 jaar.

Tabel 7.23 Duur van huidige functie, per type instelling (gemiddeld aantal jaren), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Mann-Whitney)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2000	<u>7,3</u>	8,2	8,1	7,8	6,5	7,7	<u>7,6</u>
2005	<u>5,2</u>	6,7	7,2	6,5	6,7	6,9	<u>6,4</u>
2010	4,4	5,8	7,7	7,6	7,0	5,3	6,4

Kijken we naar de soort werkervaring van bestuurders, dan blijkt dat er in ziekenhuizen relatief weinig instroom plaatsvindt van bestuurders uit andere zorgsectoren: in 2010 had 42% van de respondenten uit de ziekenhuizen werkervaring in meerdere sectoren van zorg tegenover 58% gemiddeld (zie voor de uitkomsten uit 2010 tabel 7.24, zie voor de uitkomsten uit de andere onderzoeksjaren bijlage 4 tabel 42). Ook bestuurders in de GGZ zijn sterk verbonden met de sector. Slechts 50% van de respondenten uit de GGZ heeft managementervaring in andere sectoren van zorg.

Tabel 7.24 Managementervaring binnen de gezondheidszorg, per type instelling (percentage), 2010

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
Ja, één en dezelfde organisatie	15%	11%	21%	9%	26%	16%	15%
Nee, verschillende vergelijkbare organisatie	43%	39%	13%	24%	11%	28%	27%
Nee, verschillende soorten organisaties	42%	50%	66%	66%	63%	56%	58%

42% van de respondenten heeft zijn/haar managementervaring opgedaan binnen een bepaald type instelling. Zij zijn niet alleen gesocialiseerd in de zorg, maar in een specifiek deel van de zorg.

7.3.4 Tussenconclusies: de *fit* tussen organisatie en bestuurder

Uit de samenhang tussen sector en opleiding blijkt dat met name voor bestuurders met een zorginhoudelijke opleiding de verbondenheid met een specifieke sector van zorg sterk is. Deze bestuurders zijn gespecialiseerd en gesocialiseerd in een specifieke zorgsector. Zij kennen het primaire proces van binnenuit. Met name bestuurders met een geneeskundige achtergrond of een achtergrond als psychiater blijven een hele carrière werkzaam in dezelfde zorgsector. Op meer manieren zijn persoonskenmerken van bestuurders en organisatiekenmerken met elkaar verbonden. Zo zijn er verbanden tussen type instelling, aantal vrouwelijke bestuurders, organisatorische omvang en inrichting. Een voor de hand liggende verklaring is dat bestuurders de sector en organisatie zoeken die bij hen past, gezien hun persoonlijke achtergrond en voorkeuren. Er moet sprake zijn van een goede *fit* tussen de organisatie en de persoon.

Dat elke sector en organisatie zijn eigen dynamiek kent blijkt onder meer uit de aanstellingsduur van bestuurders, die voor ziekenhuisbestuurders opmerkelijk korter is dan voor bestuurders van andere organisaties. In de volgende paragraaf wordt verkend in hoeverre de functie-interpretatie van bestuurders sectorgebonden is.

7.4 SAMENHANG TUSSEN SECTOR EN FUNCTIE

In deze paragraaf staat de vraag centraal in hoeverre de wijze waarop bestuurders hun functie interpreteren sectorspecifiek is. Naast de ontwikkeling per sector (tussen

2000, 2005 en 2010) is voor de uitkomsten uit 2010 ook de samenhang tussen variabelen onderzocht. Beide methoden leiden tot vergelijkbare uitkomsten. De volledige tabellen per onderzoeksjaar staan in bijlage 4.

7.4.1 Sectortrends voor rolinterpretatie

Rolbelang en rolinvulling

Rolinterpretatie blijkt nauwelijks sectorgebonden. In 2010 identificeren bestuurders zich in alle sectoren van zorg het sterkst met de rol van bestuurder en ambassadeur. De herwaardering van de rol van tussenpersoon treffen we eveneens in alle sectoren aan (zie bijlage 4 tabel 43 en 44).

Opmerkelijk is dat *ziekenhuisbestuurders* het minst tevreden zijn over hun invulling van de verschillende rollen. In het bijzonder over hun rol als ondernemer zijn zij minder tevreden. Alleen de mate waarin zij de rol van manager en regisseur vervullen, komt overeen met de eigen maatstaf. Dit gegeven zagen we in alle onderzoeksjaren. Het duidt erop dat ziekenhuisbestuurders op commercieel vlak minder mogelijkheden c.q. grip ervaren dan bestuurders van andere sectoren. Tabel 7.25 toont de uitkomsten voor 2010. Zie bijlage 4 tabel 45a, b en c voor de uitkomsten van alle onderzoeksjaren.

Tabel 7.25 Belangrijkheid versus vervulling rollen, per type instelling (gemiddelde, schaal 1-5, 1 = zeer onbelangrijk/zwak, 5 = zeer belangrijk/sterk), 2010 (vergelijking tussen gepaarde groepen m.b.v. Friedman)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
Belangrijkheid rollen							
Boegbeeld/ambassadeur	<u>4,4</u>	4,2	4,5	4,4	<u>4,5</u>	4,4	<u>4,4</u>
Bestuurder	<u>4,7</u>	4,7	4,5	4,7	4,7	4,5	<u>4,6</u>
Manager	3,3	3,2	3,2	3,2	3,2	<u>3,5</u>	3,3
Regisseur	3,3	3,3	3,1	<u>3,3</u>	3,1	3,6	<u>3,3</u>
Tussenpersoon	<u>4,4</u>	4,3	4,2	4,3	4,3	4,3	4,3
Ondernemer	<u>4,2</u>	<u>4,1</u>	4,0	<u>4,3</u>	4,2	<u>4,2</u>	<u>4,2</u>
Vervulling rollen							
Boegbeeld/ambassadeur	<u>4,2</u>	4,2	4,5	4,3	<u>4,2</u>	4,4	<u>4,3</u>
Bestuurder	<u>4,4</u>	4,7	4,5	4,6	4,5	4,4	<u>4,5</u>
Manager	3,3	3,3	3,3	3,2	3,1	<u>3,7</u>	3,3
Regisseur	3,1	3,1	3,1	<u>3,0</u>	3,1	3,4	<u>3,1</u>
Tussenpersoon	<u>4,2</u>	4,3	4,3	4,2	4,3	4,3	4,2
Ondernemer	<u>3,8</u>	<u>3,9</u>	4,0	<u>4,0</u>	4,1	<u>4,0</u>	<u>3,9</u>

Ondernemerschap

In het vorige hoofdstuk zagen we al dat ondernemerschap vele zaken kan betekenen. De manier waarop bestuurders invulling geven aan ondernemerschap verschilt per sector (zie tabel 7.26 voor de uitkomsten uit 2010, zie bijlage 4 tabel 46 voor de uitkomsten van de andere jaren). In 2010 vonden we de volgende verschillen:

- Respondenten uit de *ziekenhuizen* en *GGZ* zetten in 2010 meer dan andere respondenten in op het innovatievermogen van professionals;
- Respondenten uit de categorie *anders* zijn gemiddeld genomen meer dan andere respondenten gericht op het aangaan van samenwerkingsrelaties;
- Respondenten uit de *VVT* zijn het sterkst gericht op het creatief omgaan met beperkte middelen. Ook besteden zij meer dan andere respondenten aandacht aan commerciële activiteiten, nieuwe markten en doelgroepen.

Tabel 7.26 Invulling ondernemerschap in de zorg, per type instelling (gemiddelde, schaal 1-5, 1 = geheel niet van toepassing, 5 = zeer van toepassing), 2010

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
Creatief omgaan met middelen	3,9	3,8	3,9	4,1	3,7	3,6	3,9
Optimaliseren werkprocessen	3,8	3,9	3,5	3,8	3,4	3,7	3,7
Initiëren commerciële activiteiten	2,7	2,6	2,8	3,1	2,8	3,0	2,9
Stimuleren professionals	4,0	4,0	3,8	3,8	3,7	3,9	3,8
Aangaan samenwerkingsrelaties	4,0	3,9	3,8	3,9	4,0	4,2	3,9
Aanboren nieuwe markten	3,1	3,3	3,3	3,4	3,4	3,3	3,3

7.4.2 Sectortrends voor functieopvatting

Waar bestuurders op afgerekend wensen te worden

Respondenten uit verschillende sectoren zijn eensgezind van mening dat bestuurders bovenal afgerekend zouden moeten worden op zorginhoudelijke en bedrijfseconomische resultaten.

Bestuurders van *ziekenhuizen* en *GGZ-organisaties* hechten het meeste belang aan kwaliteit van zorg. De concurrentiepositie heeft voor bestuurders in alle sectoren aan belang ingeboet tussen 2005 en 2010. *Ziekenhuisbestuurders* hechten hier meer belang aan dan de rest. Voor het voldoen aan de maatschappelijke functie hebben zij juist minder aandacht dan de andere bestuurders. Het zijn met name respondenten

uit de *gehandicaptenzorg*, *geestelijke gezondheidszorg* en van *andersoortige organisaties* die hier belang aan hechten. Tabel 7.27 toont de uitkomsten voor 2010. In bijlage 4 tabel 47 zijn de resultaten van 2005 toegevoegd.

Tabel 7.27 Waarop dienen bestuurders afgerekend te worden, per type instelling (percentage, max. 2 antwoorden aankruisen), 2010

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
Voldoen aan opdracht	0%	2%	0%	2%	3%	11%	3%
Optimalisatie proces	7%	5%	2%	0%	3%	3%	3%
Economische gezondheid	69%	71%	66%	79%	82%	61%	72%
Concurrentievermogen	21%	2%	9%	8%	16%	11%	11%
Kwaliteit van de zorg	91%	93%	86%	85%	82%	81%	87%
Maatschappelijke functie	22%	37%	41%	26%	26%	44%	31%

Effectiviteit van bestuur

Opnieuw zijn respondenten eensgezind in hun oordeel. Besturen gaat volgens hen over een combinatie van kwalitatief goede zorgverlening en een efficiënte bedrijfsvoering. Daarvoor is het nodig veranderingen door te kunnen voeren en een bindende visie te formuleren.

Er zijn wel accentverschillen:

- Het behalen van bedrijfseconomische resultaten wordt het vaakst genoemd door respondenten uit de *VVT-sector* en in 2010 meer dan in 2005.
- Het vermogen medewerkers te stimuleren in hun ontwikkeling, wordt het vaakst genoemd door respondenten uit de *gehandicaptenzorg* en in 2010 significant vaker gesteld dan in 2005. Noemden in 2005 nog slechts 23% van de respondenten uit de *gehandicaptenzorg* het stimuleren van medewerkers in hun ontwikkeling als belangrijke effectiviteitsmaat voor bestuur, in 2010 is dit aantal 45%. Ook een aanzienlijk deel van de respondenten uit *ziekenhuizen* en *andersoortige organisaties* ziet het stimuleren van medewerkers als essentieel voor het bereiken van resultaten.
- Door respondenten werkzaam in *gecombineerde instellingen* wordt meer dan in andere sectoren het vermogen om met spanningen en dilemma's om te gaan genoemd als belangrijke maatstaf voor de effectiviteit van bestuur.

Tabel 7.28 toont de uitkomsten voor 2010. In bijlage 4 tabel 48 zijn de scores uit 2005 ook opgenomen.

Tabel 7.28 Waaruit blijkt de effectiviteit van de bestuurder, per type instelling (percentage, max. 3 antwoorden aankruisen), 2010

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
Spanningen en dilemma's hanteren	47%	41%	41%	28%	58%	42%	41%
Veranderingen doorvoeren	61%	51%	57%	61%	63%	58%	59%
Bedrijfseconomische resultaten	39%	54%	48%	57%	47%	36%	48%
Formuleren bindende visie	58%	63%	73%	63%	63%	61%	63%
Medewerkers stimuleren	42%	29%	45%	38%	26%	44%	38%
Besluitvaardigheid	22%	12%	11%	22%	21%	17%	18%
Eigen stijl aanpassen	15%	37%	16%	17%	21%	33%	22%
Anders	3%	2%	5%	5%	5%	6%	4%

Leidinggeven aan professionals

Opnieuw zijn respondenten uit verschillende sectoren eensgezind in hun opvattingen. Verschillen hebben met name betrekking op het zelfmanagement van professionals. In hoofdstuk 6 constateerden we dat zelfmanagement in 2010 aanzienlijk (significant) aan belang heeft gewonnen. Dit geldt voor alle sectoren van zorg. Desalniettemin is het percentage respondenten uit de *ziekenhuissector* dat het management van professionals vooral een zaak van zelfmanagement vindt opvallend lager dan onder respondenten uit andere sectoren van zorg. Tabel 7.29 toont de uitkomsten voor 2010. In bijlage 4 tabel 49 zijn tevens de resultaten van 2000 en 2005 opgenomen.

Tabel 7.29 Opvatting bestuurders over het managen van professionals (percentage, slechts één antwoord mogelijk), 2010

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
Zelfmanagement	13%	27%	30%	28%	16%	29%	24%
Meevoelend management	27%	20%	28%	32%	26%	29%	28%
Geduld management	2%	0%	0%	5%	5%	6%	3%
Actief sturend management	55%	49%	42%	28%	50%	35%	42%
Confronterend management	3%	5%	0%	7%	3%	0%	4%

Ziekenhuisbestuurders kiezen het vaakst voor actief sturend management. Dit is opmerkelijk omdat de professionele autonomie van medisch specialisten juist groot is. Blijkbaar betekent een grote mate van zelfstandigheid in de uitvoering niet automatisch dat in de aansturing volstaan kan worden met het creëren van de juiste randvoorwaarden. Het omgekeerde lijkt het geval te zijn. De autonomie en zelfstandige positie van medisch specialisten (zij zijn veelal niet in dienst van het ziekenhuis) vragen meer aansturing en persoonlijke bemoeienis van bestuurders.

In de VVT-sector en gehandicaptenzorg is een omgekeerde trend waarneembaar. Terwijl in de VVT en *gehandicaptenzorg* relatief weinig hoogopgeleide professionals werkzaam zijn (de meeste professionals in deze sectoren zijn verzorgenden en verpleegkundigen met een lager of middelbaar opleidingsniveau) wordt van deze werknemers relatief vaak zelfmanagement verwacht. Met name VVT-bestuurders hechten minder belang aan het actief aansturen van professionals.

Deelname aan het maatschappelijke debat over de zorg

Respondenten uit de GGZ zijn het meest actief in hun deelname aan het publieke debat. Dit geldt voor respondenten uit 2005 en 2010 (zie bijlage 4 tabel 50). Zij onderhouden rechtstreeks contact met politici en ambtenaren (54%), zijn zeer actief in de brancheorganisatie (64%) en zijn graag bereid collega's te mobiliseren wanneer zij dat van belang achten (59%). Tabel 7.30 toont de uitkomsten voor 2010.

Tabel 7.30 Hoe laat u zich gelden in het publieke debat, per type instelling (percentage, meerdere antwoorden mogelijk), 2010

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
Politici bestoken	32%	54%	36%	55%	42%	38%	44%
Problemen aan de kaak stellen	32%	31%	27%	26%	44%	24%	30%
Melden als bestuurslid van branche/koepelver.	35%	64%	32%	30%	44%	32%	38%
Kwesties agenderen	18%	8%	14%	9%	11%	9%	11%
Gelijkgezinden mobiliseren	46%	59%	55%	41%	50%	47%	48%
Ik doe dat niet	18%	8%	16%	20%	19%	29%	18%
Anders	19%	5%	7%	8%	6%	3%	9%

Respondenten van *andersoortige organisaties* zijn in 2010 het minst actief in het maatschappelijke debat. Bijna een derde van de respondenten behorend tot deze categorie meldt in het geheel niet deel te nemen aan het maatschappelijke debat over de zorg (tegenover 18% gemiddeld). Opmerkelijk is de verandering in houding onder ziekenhuisbestuurders. In 2005 gaf 26% van de respondenten uit de *ziekenhuissector* aan niet deel te nemen aan het maatschappelijke debat, in 2010 is dit 18%. Deze toenemende externe oriëntatie zien we in de volgende paragraaf ook terug in de tijdsbesteding van ziekenhuisbestuurders.

7.4.3 Sectortrends voor functie-uitoefening

In deze paragraaf stellen we ons de vraag in hoeverre de verschillen in functieopvatting ook doorwerken in de functie-uitoefening van bestuurders. Besteden ziekenhuisbestuurders bijvoorbeeld meer tijd aan zorginhoudelijke zaken dan bestuurders uit de VVT-sector (zoals op grond van voorgaande uitkomsten verwacht mag worden)?

Tijdsbesteding

Respondenten uit alle sectoren zijn het grootste deel van hun tijd bezig met interne zaken, die beheersmatig en strategisch van aard zijn. Conform de verwachtingen besteden respondenten werkzaam in *ziekenhuizen* zowel in 2000, 2005 als 2010 meer tijd dan andere respondenten aan interne zaken van zorginhoudelijke aard. Respondenten uit de GGZ besteden overeenkomstig hun actieve deelname aan het maatschappelijk debat meer tijd aan externe zaken (in 2000, 2005, 2010) en daarnaast aan beheersmatige zaken (2005 en 2010). In 2010 geldt dit ook voor respondenten van *andersoortige organisaties*. Zie bijlage 4 tabel 51 voor een overzicht van de uitkomsten per onderzoeksjaar.

Interne contacten

Bestuurders besteden het grootste deel van hun tijd aan het management. Hoeveel tijd maken ze vrij voor de werkvloer? Respondenten werkzaam in de *ziekenhuissector* brengen de meeste tijd door met uitvoerende professionals. Dit stemt overeen met hun voorkeur voor een actieve aansturing van professionals. Respondenten werkzaam in de *gehandicaptenzorg* brengen de meeste tijd door met patiënten/cliënten. Tabel 7.31 toont voor 2010 de samengevatte uitkomsten. Zie bijlage 4 tabel 52 en 53 voor een overzicht van de uitkomsten per onderzoeksjaar.

Tabel 7.31 Interne contacten samengevat, per type instelling (percentage), 2010

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
Interne managementcontacten	53%	65%	61%	65%	62%	64%	61%
Interne contacten met uitvoerenden	31%	19%	14%	12%	18%	23%	19%
Interne contacten met afnemers (patiënten/cliënten)	4%	7%	12%	8%	8%	4%	7%
interne overige contacten	13%	9%	14%	15%	13%	9%	13%

Externe contacten

Het externe krachtenveld heeft in algemene zin sterk aan aandacht gewonnen sinds 2000. Dit geldt in het bijzonder voor de politiek-ambtelijke contacten. Zoals verwacht geldt dit in sterke mate voor respondenten werkzaam in de GGZ. Ook respondenten van grote, *gecombineerde instellingen* zoeken veelvuldig contact met politici en ambtenaren.

Tabel 7.32 toont voor 2010 de samengevatte uitkomsten. Zie bijlage 4 tabel 54 en 55 voor een overzicht van de uitkomsten per onderzoeksjaar.

Tabel 7.32 Externe contacten samengevat, per type instelling (percentage), 2010

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
Externe managementcontacten	41%	35%	38%	37%	33%	41%	38%
Externe contacten met het veld (waaronder patiëntenorganisaties)	34%	37%	34%	29%	34%	29%	32%
Externe politieke/ambtelijke contacten	14%	18%	14%	16%	18%	15%	16%
Externe overige contacten	11%	10%	14%	18%	15%	15%	13%

7.4.4 Tussenconclusies: de inhoudelijke oriëntatie van zorgbestuurders

Hoewel er veel overeenkomsten zijn tussen de wijze waarop bestuurders uit verschillende zorgsectoren hun functie interpreteren zijn er ook opmerkelijke verschillen. Sectorlogica, de specifieke inhoudelijke oriëntatie van bestuurders die samenhangt met de aard van het primaire proces, komt op verschillende manieren tot uiting in de bestuurspraktijk. Bij de manier waarop bestuurders de eigen functie invullen, spelen meerdere sectorspecifieke factoren een rol. Belangrijke factoren zijn het soort zorg dat wordt verleend (cure versus care, complex versus minder complex); de cliëntengroep die wordt bediend (oud/jong, wilsbekwaam/wilsonbekwaam, meer/minder afhankelijk, al dan niet chronisch); en vooral het type professional dat in de sector actief is (verzorgend/verplegend/medisch, meer/minder gespecialiseerd, hoog-/laagopgeleid, veel/weinig autonomie).

Het type professionals blijkt van grote invloed te zijn op de manier van aansturen. *Ziekenhuisbestuurders* hebben te maken met medisch specialisten: hoogopgeleide, gespecialiseerde professionals met een grote mate van autonomie. Medisch specialisten in ziekenhuizen nemen een andere positie in dan professionals in andere zorgorganisaties. Hun beleidsinbreng is bijvoorbeeld beter georganiseerd. Tussen medisch specialisten en bestuurders vindt intensief overleg plaats. Mogelijk is het ontbreken van een gezagsrelatie hier mede debet aan. Van medisch specialisten wordt ook meer verwacht dan van andere professionals, bijvoorbeeld als het gaat om vernieuwingen. Het belang en de afhankelijkheid van deze hoogopgeleide en gespecialiseerde professionals verklaart mogelijk ook dat juist ziekenhuisbestuurders de minste ruimte ervaren om de eigen functie zo in te vullen als ze zelf voor ogen hebben. Hier kan ook een verband gelegd worden met de relatief korte zittingsduur van ziekenhuisbestuurders.

Ook *GGZ-bestuurders* hebben te maken met hoogopgeleide, gespecialiseerde professionals. Net als in de ziekenhuizen is er veel ruimte voor invloed van deze beroepskrachten op het organisatiebeleid. In beide sectoren verwachten bestuurders

veel van het innovatievermogen van professionals. Zowel bestuurders van ziekenhuizen als van GGZ-organisaties zijn sterk gericht op kwaliteit van de zorgverlening. Zij besteden gemiddeld meer tijd aan zorginhoudelijke zaken dan bestuurders in andere sectoren doen. Een belangrijk verschil is dat bestuurders in de GGZ meer maatschappelijk en politiek bewust zijn. Zij zijn meer naar buiten gericht en doen volop mee in het publieke debat. Bestuurders van ziekenhuizen zijn daarentegen meer naar binnen gericht en zijn naar eigen zeggen minder actief in het publieke debat. Hoewel de externe oriëntatie van ziekenhuisbestuurders wel toeneemt.

In de *gehandicaptenzorg* zijn professionals minder dominant aanwezig in de bestuurskamer. In plaats daarvan valt het veelvuldige contact met de cliënt of diens belangenbehartiger op. Cliënten in de gehandicaptenzorg zijn niet per se mondig, maar hun belangenbehartigers zijn dat over het algemeen wel. Bovendien zijn cliënten (en hun vertegenwoordigers) in de gehandicaptenzorg vaak jarenlang verbonden aan een en dezelfde instelling. Bestuurders van gehandicaptenzorgorganisaties hebben dan ook meer contact met cliënten (-organisaties en -vertegenwoordigers) dan bestuurders van andere instellingen. Van professionals wordt relatief veel zelfstandigheid en zelfsturing verwacht. Tegelijkertijd geven respondenten uit de gehandicaptenzorg aan dat hun eigen effectiviteit in belangrijke mate afhangt van het vermogen medewerkers te stimuleren.

Bestuurders van *VVT-organisaties* hebben vergeleken met de collega's uit andere sectoren een sterk bedrijfsmatige oriëntatie. Zij zijn meer dan bestuurders in andere sectoren gericht op het initiëren van commerciële activiteiten, aanboren van nieuwe doelgroepen en markten. Zij zijn ook politiek actief. Het leidinggeven aan professionals (in deze sector meest verpleegkundigen en verzorgenden) wordt in deze sector relatief vaak gezien als een zaak van zorgverleners zelf.

Bestuurders van *kleine en andersoortige organisaties* zijn meer dan anderen gericht op samenwerking. We kunnen concluderen dat voor kleine organisaties goede samenwerkingsrelaties cruciaal zijn. De bestuurders van deze relatief nieuwe organisaties blijken sterk maatschappelijk gedreven; tegelijkertijd geeft een aanzienlijk deel van hen aan niet mee te doen in het maatschappelijke debat over de zorg. Zij besteden daarentegen relatief veel tijd aan uitvoerende medewerkers. Vaker dan in andere sectoren zijn deze organisaties georganiseerd rondom een bepaald specialisme of vakgebied.

Bestuurders van *grote, gecombineerde instellingen* zijn van mening dat hun effectiviteit als bestuurder in belangrijke mate afhangt van het vermogen te kunnen omgaan met spanningen en dilemma's. De omvang en combinatie van soorten dienstverlening en professionals brengt blijkbaar zo zijn tegenstellingen met zich mee waardoor er ook intern sprake is van de nodige politiek.

7.5 CONCLUSIES

In dit hoofdstuk stond de dynamiek in zorgorganisaties centraal. Organisatorische ontwikkelingen geven informatie over hoe zorgbestuurders, in de gegeven omstandigheden, organisaties inrichten en structureren. Omvang, structuren en projecten zijn voor bestuurders belangrijke coördinatiemechanismen met behulp waarvan zij uitvoering geven aan hun visie. Ondanks continuïteit in functie-interpretatie blijkt er volop sprake van verandering te zijn in de wijze van organiseren. De opvattingen van bestuurders veranderen weliswaar nauwelijks, de activiteiten wel. Om dezelfde visie te kunnen blijven realiseren (kwalitatief goede en efficiënte zorg) worden voortdurend organisatorische veranderingen doorgevoerd. Het is door middel van deze veranderprojecten, aanpassingen in structuur en omvang dat zorgbestuurders lokale en landelijke ontwikkelingen met elkaar verbinden. De manier waarop zij dit doen verschilt per sector.

Sectorspecificiteit speelt ook een rol in de wijze waarop bestuurders hun functie interpreteren. Zorgbestuurders van verschillende typen instellingen hebben met verschillende interne en externe stakeholders te maken tegenover wie zij zich (ook) moeten legitimeren, naast de overheid en politiek. En dat vindt zijn beslag in de wijze waarop zorgbestuurders betekenis geven aan het veranderende governance-gime van de zorg.

7.5.1 Ontwikkelingen in organisaties

De organisatiedynamiek die wij aantreffen in dit hoofdstuk laat zich op verschillende manieren kenmerken.

In de eerste plaats is er het vraagstuk van de juiste schaal. Een trend is de groei, al dan niet door middel van fusie of samenwerking. De opkomst van andersoortige (niche)organisaties weerspiegelt de ruimte die er tussen 2000 en 2010 is gekomen voor nieuwe organisaties en organisatievormen. Het aantal kleinere organisaties is in 2010 weliswaar toegenomen ten opzichte van 2005, maar het zijn ook juist de bestuurders van kleinere en andersoortige organisaties die op zoek zijn naar fusie- of samenwerkingspartners. Klein maakt zichtbaar ook kwetsbaar. Ondanks de roep om kleinschaligheid en vernieuwing in organisaties zien de bestuurders van deze organisaties weinig perspectief in een zelfstandig voortbestaan. Om te kunnen overleven in het complexe krachtenveld van de zorg zijn voor deze organisaties sterke samenwerkingspartners cruciaal. Ook bestuurders van veel andere organisaties zien groei door middel van samenwerking of fusie in de toekomst als noodzakelijk. Efficiëncywinst lijkt een belangrijke motivator hiervoor, gezien de door veel bestuurders verwachte bezuinigingen.

Ten tweede zijn daar de inrichtings- en structureringsvraagstukken: een permanent zoeken naar de juiste span of control, de juiste inrichting en structurering van de

organisatie. De algemene trend daarbij is verplattung: minder bestuurders, minder managementlagen en een organisatie ingedeeld naar zorgeenheden.

In de derde plaats zijn er grote (infrastructurele) projecten. De veelheid aan veranderprojecten maken duidelijk dat zij voor zorgbestuurders een belangrijk sturingsinstrument zijn. Niet voor niets geven zorgbestuurders aan dat de effectiviteit van bestuur in belangrijke mate afhangt van het vermogen veranderingen te realiseren. Zorgbestuurders zijn vooral ook project- en verandermanagers. Zij hebben de verantwoordelijkheid voor veranderingen op velerlei gebied, van financiën tot (nieuw)bouw, fusie, structuur- en systeemwijzigingen. De veranderprojecten kunnen een middel zijn om vernieuwingen en verbeteringen te realiseren, maar ook om de organisatie aan te passen aan veranderende omstandigheden en eventuele negatieve effecten op de uitvoering van de zorg te matigen.

Een vierde uiting van de organisatiedynamiek is de toename van het aantal 'nieuwe' organisaties, die ofwel sterk gespecialiseerd zijn en zich richten op één product of clientengroep of juist meerdere vormen van zorg combineren. Er is zowel een toename van het aantal monodisciplinaire instellingen – denk aan de zelfstandige behandelcentra (zbc's) – als van het aantal multidisciplinaire instellingen. Voor beide geldt dat de algemene beeldvorming over zorgorganisaties en het besturen daarvan hun minder goed past. Het externe normenkader is weinig sectorspecifiek, zo zagen wij eerder. Ook in het beleid wordt weinig rekening gehouden met de uniciteit van organisaties (zie hoofdstuk 4). Dit kan nieuwe ontwikkelingen remmen en zou wel eens mede de reden kunnen zijn dat bestuurders van veel nieuwe organisaties zich al snel genoodzaakt voelen op zoek te gaan naar een fusiepartner. Zij hebben ondanks het stimulerende beleid, met meer ruimte voor ondernemerschap, moeite zich een legitieme positie te verwerven op de zorgmarkt.

Opmerkelijk is dat de ontwikkelingen die we aantreffen in organisaties grotendeels onbenoemd blijven in het politieke debat. Terwijl het in het beleid en het debat gaat over ondernemerschap, decentralisatie en incidenten, is het in organisaties continu puzzelen op de juiste structuur en inrichting. Uit de vele veranderprojecten blijkt dat in zorgorganisaties eigenlijk voortdurend wordt gereorganiseerd. Wat dit voortdurend veranderen, reorganiseren en aanpassen betekent voor de zorgverlening is een aspect dat zowel in de politieke arena, de beroepsarena als de bestuurdersarena nauwelijks wordt belicht. Het kan echter niet anders dan dat dit voortdurende gereorganiseer een hele belasting is voor zorgorganisaties. De aandacht voor zaken als 'beroeps(z)eer' en de afbrokkelende autonomie van professionals kunnen we hiermee in verband brengen. In de publicaties hierover krijgen managers en bestuurders vaak de zwarte piet toegespeeld. Zij zijn degenen die leidinggeven aan veranderingen, maar dit doen zij wel in een sterk veranderende politiek-bestuurlijke context. Het lijkt erop dat reorganiseren voor zorgbestuurders dé manier is om ontwikkelingen

in het beleid en de praktijk op elkaar aan te laten sluiten. Om dit te legitimeren is het leggen van verbindingen cruciaal.

Veranderen gaat voor zorgbestuurders niet voor niets hand in hand met verbinden. Respondenten zijn van mening dat hun effectiviteit vooral bepaald wordt door 'het vermogen om een bindende visie te formuleren'. Binding organiseren is met andere woorden ook een manier van zich legitimeren. Zonder de steun van professionals en andere medewerkers hebben veranderingsprocessen weinig kans van slagen.

7.5.2 Sectorspecificiteit

In het vorige hoofdstuk lag de nadruk op de continuïteit en homogeniteit in het profiel van zorgbestuurders. De nadere verkenning in dit hoofdstuk maakt duidelijk dat er meer variatie is en dat de sector waarin een bestuurder werkzaam is hierin een belangrijke rol speelt. Naar gelang de sector zijn verschillende partijen in de organisatie dominant, leggen bestuurders andere accenten in hun beleid, besteden ze hun tijd anders en krijgt ondernemerschap een andere invulling. Bestuurders vertellen op deze manier algemene ontwikkelingen naar dat wat past binnen de sector en organisatie waarin zij werken. Brede politieke denkbeelden krijgen zo een sectorale en lokale inkleuring. De sectorlogica wordt in sommige gevallen nog versterkt door de opleidingsachtergrond van bestuurders. Bestuurders die een zorgspecifieke opleiding hebben gevolgd, committeren zich vaak al vroeg in de carrière aan een bepaalde sector. De managementervaring waarover zij beschikken is sectorspecifiek en beperkt zich voor een deel van hen zelfs tot één organisatie. Dat dit zo is, is niet alleen een keuze van bestuurders maar ook van raden van toezicht. Zij benoemen de bestuurder. De overstap van bestuurders van de ene naar de andere sector mag dan toegenomen zijn, het is nog geen vanzelfsprekendheid. Dit geldt met name in de ziekenhuissector. Begrijpelijkerwijs wordt het binnenhalen van een bestuurder van buiten de zorg als een nog grotere stap ervaren.

Uit de rolbeleving van bestuurders blijkt dat deze meer sectorspecifiek is dan het externe normenkader. Bestuurders in de verschillende sectoren vinden dezelfde rollen belangrijk, maar de ervaren mogelijkheid om die rollen goed te vervullen verschilt per sector. Ziekenhuisbestuurders ervaren de minste vrijheid in de invulling van hun rol. Zij ervaren een sterke *countervailing power* van professionals. Combineren we deze uitkomsten met de tijdsbesteding van bestuurders, de manier waarop zij ondernemerschap invullen en hun visie op leidinggeven, dan wordt duidelijk dat bestuurders in de verschillende sectoren zich met verschillende tegenkrachten geconfronteerd zien. Voor ziekenhuisbestuurders zijn medische professionals de belangrijkste tegenkracht. In de gehandicaptenzorg zijn dit de cliënten(vertegenwoordigers). Bestuurders in de GGZ voelen zich het meest beperkt door de politiek. Zij zijn zich scherp bewust van hun maatschappelijke opdracht enerzijds en de afhankelijkheid voor de vervulling daarvan van de politiek anderzijds. Het is voor deze bestuurders

essentieel zich te mengen in het publieke debat en zij zijn zeer geneigd hun krachten te bundelen om invloed uit te oefenen op de politiek. Bestuurders in de VVT sector voelen zich met name beperkt door financiële grenzen. Zij sturen sterk op financiële resultaten en zijn meer bedrijfsmatig en commercieel georiënteerd dan andere bestuurders. Bestuurders van kleine en andersoortige organisaties worden beperkt door de geringe omvang van de organisatie. Samenwerken met anderen is voor hen cruciaal. Voor bestuurders van gecombineerde instellingen vormt de complexiteit van de organisatie, en de spanningen die dit met zich mee kan brengen, een punt van zorg en dus een begrenzing.

7.5.3 Gepast bestuur

Bovenstaande betekent dat bestuurders van verschillende type instellingen met verschillende interne en externe stakeholders te maken hebben naar wie zij zich (ook) moeten legitimeren, naast de overheid en politiek. Wat gepast en acceptabel is hangt mede af van de typen professionals, cliënten en andere stakeholders die per sector en organisatie kunnen verschillen. En die aan heel andere zaken waarde hechten dan overheden en politici doen, zoals een plezierige werkomgeving, autonomie, geduld, tijd of huiselijkheid. Juist door het verbinden van die heel verschillende werelden geven zorgbestuurders als embedded agents mede betekenis aan het veranderende governanceregime van de zorg. En dat betekent zowel veranderingen realiseren als ze soms verhoeden indien zij te zeer indruisen tegen andere legitieme belangen en waarden. Het is voor zorgbestuurders voortdurend zoeken naar gepaste antwoorden op de vraagstukken in de zorg die recht doen aan alle belangen. In plaats van 'snelle' veranderingen vraagt dit voortdurend wikken en wegen en overleg met vele partijen.

8 Conclusies

8.1 INLEIDING

Zorgbestuurders zijn een van de governing agents die de inrichting en uitvoering van de zorg meebepalen. Van hen wordt veel verwacht als het gaat om het veranderen van de zorg. Tegelijkertijd wordt hun ook veel verweten. In dit onderzoek stond de vraag centraal hoe zorgbestuurders omgaan met het veranderende governanceregime van de zorg en welke factoren daarop van invloed zijn.

De onderzoeksvraag is beantwoord met behulp van acht deelvragen, die zijn onderzocht door middel van literatuurstudie, bronnenonderzoek en enquêteonderzoek. In antwoord op de eerste drie theoretische deelvragen is het veranderende governanceregime van de zorg omschreven als een proces van institutionele verandering. Bestaande overtuigingen, regels en omgangsvormen worden herijkt en vermengd met nieuwe. Dit proces gaat altijd gepaard met spanningen. Wanneer de spanningen tussen heersende overtuigingen, regels en omgangsvormen te groot worden kunnen de legitimeringsgronden zelf ter discussie komen te staan. In deze situatie van institutionele ambiguïteit is niet langer duidelijk hoe veranderende omstandigheden begrepen moeten worden, wie welke rol heeft en wat op dat moment juist en gepast is. De term institutionele ambiguïteit is geïntroduceerd ter aanduiding van de veelheid aan (tegenstrijdige) regels, normen en opvattingen. Het begrip ambiguïteit duidt ook op de verwarring en onzekerheid die ermee gepaard gaat. De afwezigheid van een gedeeld referentiekader werkt onbegrip tussen partijen in de hand. Verschillende interpretaties van de situatie strijden om voorrang, eenieder brengt zijn eigen ordening aan. Volgens de theorievorming zijn de agents die het beste in staat zijn instituties te veranderen en een nieuwe ordening te bevorderen *embedded agents*, die goed verankerd zijn in een sector en tevens voldoende afstand hebben om veranderingen door te voeren (Leca & Naccache 2006; Shehata 2006). Ook zorgbestuurders kunnen we zien als *embedded agents*.

De uitkomsten van het empirisch onderzoek (deelvragen 4 tot en met 8) tonen aan dat de meeste zorgbestuurders als echte *embedded agents* stevig verankerd zijn in de zorgsector. Zij zijn gesocialiseerd in de zorg en voelen zich sterk verbonden met het primaire proces. Hun verankering in de sector en verbondenheid met de zorg stelt hen in staat zowel continuïteit te garanderen als verandering te realiseren. Mede

door die combinatie van continuïteit en verandering bepalen zorgbestuurders mede de richting en het tempo van vernieuwingen. Hun eigen rol typeren zorgbestuurders hierbij steeds meer als die van een verbindingsofficier die brede politieke denkbeelden verbindt met lokale praktijken. Zij treden op als intermediair en verbinder tussen verschillende ‘werelden’, partijen en belangen.

De antwoorden op de deelvragen laten zien welke processen hieraan ten grondslag liggen. Deels zijn dit bewust ingezette strategieën gericht op versterking van de rechtmatigheid van het eigen handelen (juridisering), de maatschappelijke toelaatbaarheid (politisering), de morele aanvaardbaarheid (moralisering), of het aantonen van de effectiviteit ervan (rationalisering). Deels zijn strategieën ook onbewust en spelen andere factoren een rol die bestempeld kunnen worden als meer organisch, impliciet of opportunistisch. Bijvoorbeeld eigen belangen, demografische ontwikkelingen, socialisatieprocessen, incidenten en emoties. Op verschillende manieren bepalen deze zaken mee hoe zorgbestuurders met het veranderende governanceregime van de zorg omgaan en in hoeverre zij zich gelegitimeerd weten.

In dit slothoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek besproken. In paragraaf 8.2 wordt allereerst stilgestaan bij de gekozen praktijkgerichte benadering van governance en de empirische opbrengsten daarvan. In de paragrafen 8.2.1 tot en met 8.2.4 vat ik de empirische uitkomsten samen aan de hand van de onderscheiden arena’s. In paragraaf 8.3 sta ik stil bij de inzichten die dit oplevert voor de theorie. In het bijzonder besteed ik aandacht aan de begrippen institutionele ambigüiteit, embedded agency en legitimiteit. Ik sluit af met aanbevelingen (8.4) en een slotconclusie (8.5).

8.2 EEN PRAKTIJKGERICHTE BENADERING VAN GOVERNANCE

In het theoretische hoofdstuk is het veranderende governanceregime van de zorg omschreven als een proces van institutionele verandering. In de institutionele theorie is er altijd veel aandacht geweest voor veranderingen op het niveau van stelsels en het effect daarvan op het handelen van mensen. Inmiddels is er ook aandacht voor de manier waarop agents veranderingen initiëren en ondergaan. Zo spoort Rhodes aan te focussen op *“the actors’ own interpretations of their beliefs and practices”* (Rhodes 2007:1259) als een alternatieve manier van kijken naar institutionele verandering. Newman wijst expliciet op de rol van senior managers als *“agents of change”* *“who negotiate different tiers of governance”* (Newman in Du Gay 2005:192). Battilana (2006) daagt uit tot meer onderzoek naar de omstandigheden die institutioneel ondernemerschap bevorderen. Zij veronderstelt dat actoren eerder geneigd zijn mee te werken aan institutionele verandering als het hun sociale positie ten goede komt. In dit onderzoek is met behulp van inzichten uit interpretatieve theorieën een brug geslagen naar de praktijk van zorgbestuurders, waarbij praktijken zijn geconceptualiseerd als een combinatie van activiteiten, overtuigingen en omstandigheden.

Wanneer institutionele theorieën het uitgangspunt van onderzoek zijn, is de kans groot dat de verklaring voor de aangetroffen verandering of continuïteit aan instituties toegeschreven wordt. Het risico van een meer agent-georiënteerde benadering is dat veranderingen of continuïteit vooral aan agents toegeschreven worden. In de gekozen praktijkgerichte benadering van governance wordt de wisselwerking tussen instituties en agents onderzocht door te bekijken hoe agents omgaan met institutionele verandering: welke consequenties die voor hen heeft maar ook hoe zij zelf mede invulling eraan geven. Governance wordt hierbij voorgesteld als een proces waarin meerdere governing agents een rol spelen met elk hun eigen governancepraktijken.

Deze praktijkgerichte benadering van governance blijkt een goede aanvulling op bestaande theorieën. De gekozen benadering geeft niet alleen inzicht in de bewuste strategieën waarmee zorgbestuurders het veranderende governanceregime van de zorg mede van betekenis voorzien, maar ook in de onbedoelde en impliciete strategieën en factoren die daarbij een rol spelen. Zo is er de invloed van incidenten (die aanzetten tot moraliseren achteraf), het specifieke socialisatieproces van zorgbestuurders (dat zorgbestuurders leert hoe resultaten te bereiken in een complexe en sterk geïnstitutionaliseerde omgeving als de zorg), de praktische opgave van zorgbestuurders om brede politieke denkbeelden te verbinden met lokale praktijken (die een belangrijke rol speelt in hoe zorgbestuurders hun eigen functie uitleggen) en demografische ontwikkelingen (die veranderingen zowel kunnen belemmeren als bevorderen).

In de komende paragrafen worden de empirische resultaten van de gekozen benadering nader beschreven aan de hand van de onderscheiden arena's.

8.2.1 De politieke arena: de dwingende kracht van incidenten

In de politieke arena zien we bij aanvang van de periode 2000 tot en met 2010 een overheid die wil kunnen sturen op resultaten. Om dit te realiseren investeert ze in een betere informatievoorziening en worden er afspraken gemaakt over te behalen prestaties; een strategie van rationalisering. Daarnaast wordt gewerkt aan een gezond tegenspel tussen partijen. Een goede maatschappelijke inbedding moet spelers responsief maken voor wat maatschappelijk gezien aanvaardbaar is en wat niet; een strategie van politisering. Een scala aan nieuwe wetten en regels, codes en richtlijnen ondersteunt het ingezette beleid; er is op allerlei manieren sprake van juridisering. De gewenste outputsturing verloopt echter problematisch. Informatie is onvoldoende voorhanden, normen worden onrealistisch bevonden of ontbreken en lang niet altijd is duidelijk wie verantwoordelijk gehouden moet worden voor behaalde resultaten. Als uit onderzoek blijkt dat in acht van de tien verpleeghuizen de basiszorg onvoldoende is, stellen parlementariërs zich de vraag wie verantwoordelijk gehouden kan worden, maar ook of de norm realistisch is. Er is geen overeenstemming over goede

maatstaven en zolang consensus daarover ontbreekt, is sturen op output niet goed mogelijk. De schijnbaar objectieve prestatiecriteria kunnen geen duidelijkheid bieden. Ook regelgeving biedt geen oplossing voor het gebrek aan consensus over wat goede zorg is en hoe die te beoordelen. Praktijkvoorbeelden, met name incidenten, zijn een bron van informatie die eenvoudiger te verzamelen en beoordelen is (of lijkt). In de discussie over wat goede en gepaste zorg is krijgen incidenten een voorname rol. Zo ook in de discussie over wat goed en gepast bestuur is.

Incidenten en de verontwaardiging erover kunnen verreikende consequenties hebben. In dit onderzoek zagen we dat de dwingende kracht van incidenten zo groot kan zijn dat wanneer een partij een situatie ter discussie stelt, anderen nauwelijks achter kunnen (of willen) blijven. Juist de afwezigheid van een gedeelde normatieve basis – vooraf – maakt dit moraliseren – achteraf – mogelijk. Terwijl het beleid gericht is op rationalisering, domineert in de politiek een neiging tot moraliseren. In het politieke debat zijn de subjectieve beleving, beeldvorming en overtuigingskracht belangrijker dan de aantoonbaarheid van gedane beweringen of de representativiteit van de voorbeelden die worden aangehaald. Voor parlementariërs bieden incidenten de mogelijkheid om de regie over de zorg weer meer naar zich toe te trekken. Aan de hand van incidenten proberen parlementariërs bewindslieden aan te zetten tot ingrijpen. Door incidenten in verband te brengen met de deskundigheid en integriteit van zorgbestuurders maken ze bovendien duidelijk dat het oordeel over wat goede en gepaste zorg is beter niet aan het veld overgelaten kan worden.

In weerwil van de wens meer ruimte te laten aan het veld zien wij in de politieke arena een overmaat aan institutionele drukte. Er is een toename van regels, informatie en morele discussies, waarbij incidenten een belangrijke bron van informatie zijn. Meer eenduidigheid heeft dit niet gebracht. Daarvoor is er te veel strijd: tussen politieke partijen, tussen parlementariërs en bewindspersonen, tussen politiek en overheid enerzijds en veldpartijen anderzijds. Ministers en staatssecretarissen pogen voortdurend de verschillende partijen te verzoenen. Zij hebben alle betrokkenen nodig om verder te komen met het gekozen beleid. Onderlinge afhankelijkheden, eigen belangen, de tijd die wetgeving kost maar bovenal de aandacht voor incidenten maakt dat het langetermijnbeleid telkens wordt doorkruist door kortetermijnmaatregelen.

8.2.2 De beroepsarena: professionalisering en politisering

In de beroepsarena spelen heel andere zaken. De beroepsvereniging beoogt de eigen professionaliteit te versterken (professionalisering), maar ook een weerwoord te bieden aan de negatieve berichtgeving over zorgbestuurders, de kritiek en de bemoeienissen van de politiek (politisering). De inspanningen van de beroepsvereniging op het professioneel-inhoudelijke vlak worden echter systematisch overschaduwed door politiek-bestuurlijke kwesties. Het externe en interne debat wordt beheerst door salarisperikelen, waardoor de vereniging en de beroepsgroep verder onder vuur

komen te liggen en de interne polarisatie toeneemt. In plaats van een onafhankelijke intermediair, zoals het bestuur beoogt, wordt de vereniging in de periode 2000 tot en met 2010 meer en meer speelbal van de politiek.

Een groot deel van de leden herkent zich niet in de nieuwe manier van kijken naar (en spreken over) zorgbestuurders: als private ondernemers die evenzeer eigen belangen nastreven als publieke belangen. Zij kunnen zich er niet mee identificeren. De kritiek op zorgbestuurders raakt hen persoonlijk. Het gaat om de eigen identiteit en om die van de vereniging. Tegelijkertijd neemt de vereniging de taal van de politiek wel over en besteden de leden zelf ook buitengewoon veel aandacht aan het salaris van de zorgbestuurder. Dit komt de beeldvorming over de vereniging en haar leden niet ten goede. De verontwaardiging van zorgbestuurders over de inhoudelijke bemoeienissen van de politiek is voor anderen moeilijk te scheiden van de verontwaardiging over de bemoeienissen met de salarissen. Het lukt de vereniging zelf net zomin beide thema's te scheiden. Tot op de dag van vandaag doorkruisen salarisproblemen de inspanningen van de NVZD op het professionele vlak. Deze patstelling belemmert een relevante bijdrage van de beroepsvereniging aan de ontwikkeling van het governance regime van de zorg. De beroepsvereniging is een *agent* die in de periode van het onderzoek nauwelijks aan acteren toekomt. Terwijl de overheid en politiek als *overacting agents* zijn te typeren, kunnen we de beroepsvereniging als een *underacting agent* typeren, die het niet lukt een vaste koers te vinden.

8.2.3 De bestuurdersarena: de stabiliserende kracht van socialisatie

Anders dan in de politieke arena – en in weerwil van toenemende bestuurswisselingen in zorgorganisaties – treffen we een opmerkelijke continuïteit aan in de bestuurdersarena. Ik heb betoogd dat deze continuïteit in de eigen functieopvatting en -uitoefening samenhangt met een specifiek proces van socialisatie. Dit socialisatieproces bestaat uit een combinatie van jarenlange werkervaring in de zorg, een sterke gerichtheid op vakgenoten voor de eigen professionele ontwikkeling en betrokkenheid bij het primaire proces van de organisatie waarin men werkzaam is: de soort zorg, de cliënten en het type professionals met wie men werkt. Een groot deel van de zorgbestuurders heeft de hele carrière voor één type zorgorganisatie gewerkt¹. Deze bestuurders zijn niet alleen gesocialiseerd in de zorg, maar in een specifiek segment van de zorg. Door dit specifieke proces van socialisatie – een jarenlang opbouwen en delen van kennis en ervaring van het leidinggeven aan zorgorganisaties – ontwikkelen managers zich tot zorgbestuurders met een sterke *practical knowledge* van de zorg. Zij leren van binnenuit hoe de zorg werkt: door ervaring, door onderlinge relaties, door scholing, door samenwerking. Door gezamenlijke leerprocessen, onderlinge coaching en reflectie kunnen gedeelde ziens-, zijns- en handelwijzen ontstaan.

1 Dit aantal is over de jaren heen afgenomen, maar betrof in 2010 desalniettemin nog 42% van de respondenten.

Hiermee doel ik op een gedeeld referentiekader: een gedeelde functieopvatting en vergelijkbare keuzes in de functie-uitoefening. In tijden van verandering kunnen al deze zaken stabiliserend werken. Een gedeeld referentiekader onder beroepsgenoten en een eigen beroepsidentiteit kunnen voorkomen dat al te lichtvaardig wordt meegewaaid met nieuwe (politieke) winden. Het voorkomt dat bestuurders al te lichtzinnig afstand nemen van eigen overtuigingen over goede en gepaste zorg. Dat zij veranderingen te snel doorvoeren zonder voldoende rekening te houden met het specifieke karakter van het primaire proces, de betrokken professionals en cliënten. De continuïteit in de functie-interpretatie wordt nog versterkt door de homogene demografische samenstelling van de beroepsgroep.

Keerzijde van dit specifieke proces van socialisatie is dat het handelen van bestuurders routineus kan worden wanneer zij al te zeer varen op eigen ervaring en kennis, waardoor zij minder oog krijgen voor alternatieve handelingsmogelijkheden. Het risico bestaat dat verandering en vernieuwing geblokkeerd worden doordat veranderde omstandigheden te laat worden onderkend. Het socialisatieproces en de stevige verankering van bestuurders in de zorg werken in dat geval stagnerend. Relevant in dit verband is de wijze waarop bestuurders werken aan de eigen vakontwikkeling. Onderdeel van het socialisatieproces is namelijk ook de traditie mee te doen aan intervisiebijeenkomsten, coaching, opleiding en bijscholing. Blinde vlekken en schadelijke routines kunnen 'ontdekt' en ondervangen worden door kritisch zelf-onderzoek, feedback en het geleidelijk inbrengen van nieuwe kennis en impulsen. Vernieuwingen kunnen ook op een andere manier de bestuurskamer binnenkomen, via demografische diversiteit. Jongere bestuurders, bestuurders met minder of andersoortige werkervaring en vrouwen definiëren hun functie deels anders dan oudere, ervaren, mannelijke collega's. Een andere belangrijke bron voor vernieuwing is gelegen in de politiek-bestuurlijke ontwikkelingen die zorgorganisaties voor nieuwe uitdagingen stellen, die andere partijen in beeld brengen en zo de aandacht van bestuurders verleggen.

Er zijn dus twee zijden aan de medaille. Ruime ervaring met en verankering in de sector is van belang om in een sterk geïnstitutionaliseerde omgeving als de zorg effectief te kunnen veranderen. Het draagt ertoe bij dat veranderingen door betrokkenen geaccepteerd worden en vergroot de slaagkans van veranderingen. Goed verankerde, embedded agents hebben echter zowel de mogelijkheid veranderingen te stimuleren als om die te verhoeden. Zij kunnen zowel een vernieuwende als een behoudende kracht zijn in het veranderende governanceregime van de zorg.

8.2.4 De organisatiearena: veranderen en verbinden

In de organisatiearena zagen we weer een heel andere dynamiek. De uitkomsten tonen dat de continuïteit en gelijkmatigheid in de functie-interpretatie van zorgbestuurders samengaan met een veelheid aan organisatorische veranderingen, zoals

een continu zoeken naar de juiste schaal, de juiste structuur en inrichting van de organisatie en een juiste verdeling van aandacht en tijd over interne en externe kwesties, diverse partijen en belangen. Dat verandermanagement een belangrijk onderdeel is van het besturen van een zorgorganisatie blijkt uit de verscheidenheid aan veranderprojecten waarmee zorgbestuurders van doen hebben, zoals reorganisaties, fusies en verbouwingen. Zorgbestuurders geven aan dat een van de belangrijkste maatstaven voor hun effectiviteit het realiseren van veranderingen is², samen met het vermogen een bindende visie te formuleren³. Veranderen en verbinden gaan met andere woorden hand in hand. Dit is begrijpelijk omdat voor veranderingen draagvlak nodig is, niet alleen intern maar steeds meer ook extern. Bovendien moet de winkel tijdens de verbouwing open blijven. Dit betekent dat zorgbestuurders voor de opgave staan het realiseren van veranderingen te combineren met het garanderen van continuïteit.

Verander trends die naar voren kwamen uit de enquêteonderzoeken zijn een toenemende span of control van zorgbestuurders en middenmanagers, een toenemende diversiteit in omvang en inrichting van zorgorganisaties en een grotere interne gerichtheid van zorgbestuurders, met meer oog voor zorginhoudelijke aangelegenheden. De toenemende diversiteit in omvang hangt samen met een groter aantal, voornamelijk kleine, nicheorganisaties enerzijds en een groei van het aantal, voornamelijk grote, gecombineerde organisaties anderzijds. Het is echter maar de vraag of de toename van het aantal kleine organisaties blijvend is. Meer dan andere organisaties richten zij zich voor de toekomst op fusies of andere samenwerkingsvormen. De ruimte die zij ervaren om zelfstandig voort te bestaan is blijkbaar beperkt. De roep om kleinschaligheid ten spijt is de algemene trend nog steeds schaalvergroting, al betekent dit niet langer automatisch een fusie.

Er zijn ook sectorspecifieke trends aangetroffen. Zorgprocessen, cliënten, professionals en stakeholders verschillen per sector. Sectorlogica, de specifieke inhoudelijke oriëntatie van zorgbestuurders die samenhangt met de aard van het primaire proces, komt op verschillende manieren tot uiting in de zorgpraktijk. Bestuurders van verschillende typen organisaties verdelen hun aandacht anders over partijen en ondernemen andersoortige veranderingen. Ook ondernemerschap krijgt in verschillende sectoren een ander accent. In ziekenhuizen nemen medisch specialisten een belangrijke positie in. Van hen wordt veel verwacht als het gaat om vernieuwingen. Zij zijn de belangrijkste interne stakeholder voor de ziekenhuisbestuurder. Zonder draagvlak onder de medische staf is het moeilijk functioneren voor ziekenhuisbestuurders en

2 In 2010 gaf 59% van de onderzochte bestuurders aan dat het realiseren van veranderingen een van de twee belangrijkste effectiviteitsmaten voor een bestuurder is. In 2005 was dit 69%.

3 In 2010 gaf 63% van de onderzochte bestuurders aan dat het vermogen een bindende visie te formuleren een van de twee belangrijkste effectiviteitsmaten voor een bestuurder is. In 2005 was dit 60%.

dat weerspiegelt zich in de tijd die zij besteden aan overleg met deze professionals. Bestuurders van GGZ-organisaties zijn daarentegen meer maatschappelijk en politiek gedreven. Zij zijn meer naar buiten gericht en zoeken actief het maatschappelijke debat op. Voor bestuurders van organisaties voor gehandicaptenzorg is de relatie met cliënten(vertegenwoordigers) cruciaal. Bestuurders van VVT-organisaties zijn meer bedrijfsmatig georiënteerd en verkennen steeds vaker de mogelijkheden van de markt. Voor bestuurders van grote, gecombineerde organisaties is het cruciaal interne spanningen en dilemma's goed te hanteren.

Door de manier waarop bestuurders de organisatie inrichten en aansturen slaan zij een brug tussen brede politieke denkbeelden en algemene beleidsuitgangspunten enerzijds en sectorspecifieke en lokale omstandigheden anderzijds. Zij vertalen externe ontwikkelingen intern zo dat landelijk beleid lokaal betekenis krijgt. Dit doen zorgbestuurders overigens niet alleen, maar samen met andere lokale en regionale betrokkenen zoals zorgverzekeraars, gemeenten en cliënten(vertegenwoordigers). De rol die bij deze werkwijze het beste past is die van tussenpersoon. Voor zorgbestuurders heeft deze intermediaire rol tussen 2000 en 2010 het meest aan belang gewonnen. Dat geldt voor bestuurders uit alle sectoren van de zorg. De toegenomen waardering voor de rol van tussenpersoon geeft goed het belang weer van de verbinding tussen verschillende interne en externe partijen en belangen. Voor deze intermediaire rol is een goed inzicht nodig in hoe de zorg werkt, hoe zorgorganisaties werken, maar ook hoe de context van de zorg werkt: wat wel en niet haalbaar is, hoe externe en interne partijen te verbinden zijn, hoe veranderingen te bewerkstelligen met behoud van de benodigde continuïteit. Juist die intermediaire rol maakt duidelijk hoe zorgbestuurders omgaan met het veranderende governance regime van de zorg. Het organiseren van verbindingen is van belang om zowel veranderingen te kunnen initiëren als continuïteit te kunnen garanderen.

8.3 OMGAAN MET INSTITUTIONELE AMBIGUÏTEIT

Naast governancepraktijken spelen nog twee andere begrippen een belangrijke rol in het onderzoek: institutionele ambiguïteit en embedded agency. Het begrip institutionele ambiguïteit heeft geholpen meer zicht te krijgen op wat er gebeurt wanneer natuurlijke kaders en vanzelfsprekende omgangsvormen tussen partijen wegvallen. De verwarring en strijd waarmee dat gepaard kan gaan, maar ook de ruimte die het kan bieden voor nieuwe denk- en handelwijzen. Embedded agency wijst op de mogelijkheid die ruimte te benutten om in een sterk geïnstitutionaliseerde omgeving verandering te realiseren. De paradox is dat embedded agency veronderstelt dat het mogelijk is datgene te veranderen wat je houvast biedt. Indien de houvast (het institutionele kader) zelf ter discussie staat is de vraag hoe nieuwe grip kan worden gevonden en hoe die valt te legitimeren. Door te kijken naar de veranderende omstandigheden, overtuigingen en activiteiten van zorgbestuurders is inzichtelijk gemaakt welke factoren hierop van invloed zijn: wat in deze situatie zorgbestuurders

houvast en stabiliteit biedt, wat niet (meer), hoe zorgbestuurders verandering en vernieuwing realiseren en wat hun handelen legitimeert.

8.3.1 Beïnvloedende factoren

Het begrip institutionele ambiguïteit zette aan om te onderzoeken hoe in de praktijk wordt omgegaan met de veelheid aan belangen en zienswijzen. Incidenten bleken hierbij een factor van belang. De institutionele kracht van incidenten kan zijn dat zij discussies over waarden en normen aanwakkeren en afdwingen (normatieve instituties) en kunnen aanzetten tot een roep om nieuwe regels (formele instituties) en omgangsvormen (cognitieve instituties). In de praktijk zien we echter toenemende onzekerheid over de te volgen koers en wantrouwen tussen partijen. De nadruk op de vraag wie verantwoordelijk gehouden kan worden voor incidenten verhindert een zorgvuldige afweging van belangen en zienswijzen. Een diepgaande morele discussie komt niet tot stand.

Een andere factor die een rol speelt is de rolvastheid van partijen. Partijen zijn zelf ook ambigu in hun gedrag. In het politieke debat en in de discussies onder beroepsgenoten leggen zij accenten die moeilijk te rijmen zijn met hun eigen beleid en handelwijzen. In weerwil van hun beleid houden zij vast aan oude rollen en omgangsvormen. Terwijl overheid en politiek in het beleid aansturen op decentralisatie trekken zij tegelijkertijd de regie naar zich toe. Terwijl zorgbestuurders spreken over ondernemen en concurreren, verstaan zij daar in de praktijk weinig nieuws onder en werken zij intensief samen. Bovendien krijgt ondernemerschap in verschillende contexten verschillende betekenissen. De nieuwe terminologie werkt hier zowel verbindend als verbloemend. Wij kunnen dit ambigue gedrag verklaren door de wens van partijen de eigen positie te versterken of te behouden. Battilana wees hier al op (2006). Dit is echter niet het hele verhaal. De beleving van een sterke beroepsidentiteit, met sterke eigen overtuigingen en een eigen normbesef, speelt ook een rol. Op grond van deze beroepsspecifieke kennis en inzichten vertalen zorgbestuurders overheidsbeleid en politieke denkbeelden naar lokale praktijken. Soms betekent het dat zij veranderingen zullen stimuleren, soms betekent het dat zij die proberen om te buigen in een andere, door hen meer gewenste, richting of dat zij veranderingen pogen af te remmen.

De gedeelde overtuigingen en normen worden onderhouden door een permanent socialisatieproces. De verstrekkende werking van socialisatieprocessen is veel beschreven. Bijzonder aan het socialisatieproces van zorgbestuurders is het ongeorganiseerde en impliciete karakter. Uit dit onderzoek blijkt dat de socialisering van zorgbestuurders zich grotendeels buiten het zicht van 'de buitenwereld' voltrekt, maar ook buiten de beroepsvereniging om. Kennis van besturen doen bestuurders op in de praktijk en door samen met collega's te reflecteren op die praktijk. Dit relatief onzichtbare en onbeschreven proces heeft als gevolg dat de socialisering van

zorgbestuurders als institutionele kracht gemakkelijk over het hoofd wordt gezien. Politici spreken bijvoorbeeld wel over een *old boys' network*, maar niet over gedeelde ervaringen en gezamenlijke leerprocessen, de kennis die bestuurders daardoor opbouwen en de betekenis daarvan voor hun functie-uitoefening. Zij onderschatten niet alleen de betekenis van dit specifieke proces van socialisatie, maar ook de onderlinge binding en gedeelde identiteit van zorgbestuurders. Zorgbestuurders onderschatten dit zelf ook. Desgevraagd geven zij aan zich helemaal niet zo sterk met collega-bestuurders te identificeren. Uit het bronnenonderzoek blijkt bovendien dat zij ook last hebben van elkaar, bijvoorbeeld als het gaat om de beeldvorming over bestuurders. Toch hebben zorgbestuurders veel gemeenschappelijk: de soort omgeving waarin zij werken, de vraagstukken waarmee zij van doen hebben, de machten en krachten die in het geding zijn, de manier waarop zij hun functie opvatten en uitoefenen, en de traditie van besturen waarin zij staan en die hun met de paplepel (door ervaring, uitwisseling en opleiding) wordt ingegoten. Dat bestuurders hun manier van leren en professionaliseren ervaren als vanzelfsprekend, kan mede verklaren waarom zij deze gemeenschappelijkheid zelf onderschatten. Bestuurders zijn niet anders gewend dan dat dit op een bepaalde manier gaat, waardoor zij het belang en de invloed ervan op hun eigen functieopvatting en -uitoefening niet beseffen. Uit een onderzoek onder bestuurders met een geneeskundige achtergrond uit 2005 (Van der Scheer en Putters) bleek iets vergelijkbaars. Daaruit kwam naar voren dat bestuurders met een geneeskundige achtergrond deels anders tegen bepaalde kwesties aankijken dan collega's. Respondenten zelf bagatelliseerden dit: zij hadden immers dezelfde functie als hun collega-bestuurders. Zij gingen eraan voorbij dat hun jarenlang op een bepaalde manier was geleerd te kijken naar de gezondheidszorg, vanuit de positie van arts of psychiater, en dat dit zijn sporen nalaat.

De besproken eensgezindheid onder zorgbestuurders en de gerichtheid op *peers* wordt nog eens versterkt door de demografische samenstelling van de beroepsgroep. Bestuurders hebben ook in dat opzicht veel gemeen met elkaar. Het zijn merendeels mannen van eenzelfde generatie. Intergenerationele verschillen kunnen, net als de socialisatie van zorgbestuurders, zowel een bron van vernieuwing als van stagnatie zijn. De demografische samenstelling van raden van bestuur is een institutionele kracht die in de theorievorming nog goeddeels onbeschreven is. Bijzonder aan beide aspecten, het socialisatieproces en de demografische samenstelling van de beroepsgroep, is het relatief autonome karakter. Ondanks alle kritiek, verandering in wet- en regelgeving, nieuwe stakeholders en veranderende relaties, ontwikkelt de beroepsgroep zich zoals hij dat al jaren doet: vanuit een eigen wijze van opleiden en bekwamen, gestoeld op jarenlange ervaring, in verbinding met het primaire proces en met behulp van *peers*. Daardoor leren zorgbestuurders hoe de hazen lopen. Ze leren hoe effectief te zijn in een sterk veranderende maatschappelijke omgeving en hoe om te gaan met verschillende partijen, belangen en zienswijzen. Dat geeft ze een belangrijke houvast in het omgaan met institutionele verandering en ambiguïteit. Maar de sterke binding met hun beroepsgenoten heeft ook iets tegenstrijdigs.

Terwijl zorgbestuurders het aanbrengen van verbindingen tussen verschillende werelden als een van hun belangrijkste opgaven zien, oriënteren zij zich in hun persoonlijke ontwikkeling voornamelijk op peers en doen zij weinig moeite om de eigen wijze van opleiden en ontwikkelen zichtbaar te maken. Onder druk van de politiek – en met instemming van de leden – is de beroepsvereniging nu voor het eerst bezig inzichtelijk te maken hoe bestuurders zich scholen en bekwamen en is zij bereid hieraan ook consequenties te verbinden door middel van accreditatie. De vereniging en de leden laten hiermee zien hun verantwoordelijkheid op te pakken. Het systeem is bovendien zo ontworpen dat het past bij de waarden die binnen de beroepsgroep gelden.

Dat zorgbestuurders ook extern georiënteerd zijn blijkt uit de manier waarop zij hun functie uitoefenen. Bestuurders besteden veel tijd aan het externe krachtenveld. Zoals gezegd, zien zij het als een belangrijke opgave verbindingen te leggen tussen verschillende interne en externe partijen en belangen, tussen brede politieke denkbeelden enerzijds en lokale tradities en omgangsvormen anderzijds. Binding organiseren is een manier van zichzelf legitimeren, die zeker in een sterk ambigue omgeving van waarde kan zijn. Over deze verbindende rol gaat de volgende paragraaf.

8.3.2 Embedded agents

Embedded agents worden in de theorie omschreven als agents die voldoende verbonden zijn met het specifieke werkveld om op een geaccepteerde wijze veranderingen te kunnen doorvoeren en tegelijk voldoende afstand hebben om verandering te wensen en verbetermogelijkheden te zien (Dorado 2005, Suddaby & Greenwood 2005, Battiliana 2006, Leca & Naccache 2006). Zij zijn tegelijk embedded en disembedded. Ook zorgbestuurders kunnen we beschouwen als embedded agents die in een sterk geïnstitutionaliseerde omgeving veranderingen proberen te bewerkstelligen. Van hen wordt expliciet verwacht dat zij hun positie inzetten ten behoeve van politiek gestuurde veranderambities⁴. Uit dit onderzoek blijkt dat zij dit vooral doen door verbindingen te leggen tussen verschillende partijen en belangen. Als embedded agent zijn zij vooral een verbindingsofficier die verbanden aanbrengt tussen interne, lokale groepen, ontwikkelingen en omstandigheden en externe, maatschappelijke groepen, ontwikkelingen en omstandigheden.

Op grond hiervan laat institutionele verandering in de zorg zich eerder beschouwen als een proces van continue onderlinge aanpassing en beïnvloeding dan als een grote omwenteling. Het taalgebruik mag dan revolutionair zijn, de praktijk is er een van vele kleine en grote stapjes. Er is veel dynamiek, maar tegelijkertijd blijft er veel bij het oude. Aan de ene kant zagen we volop verandering en toenemende diversiteit in

4 In het bronnenonderzoek naar de politieke arena zagen we dat bewindspersonen en parlementariërs zorgbestuurders meer zagen als uitvoerders van overheidsbeleid dan als zelfstandige agents met eigen doelen en een eigen veranderagenda.

schaal, structuur en inrichting van organisaties. Aan de andere kant zagen we een opmerkelijke stabiliteit in de socialisatie en de functie-interpretatie van bestuurders. De combinatie van veranderlijkheid en voorspelbaarheid weerspiegelt de opgave van de embedded agent om verandering te realiseren zonder zich te zeer te vervreemden van de eigen omgeving. Zorgbestuurders kunnen hierbij getypeerd worden als institutionele ondernemers én als institutionele bewakers. Dit laatste is een aspect van embedded agency dat zowel in de theorievorming als het beleid op het gebied van governance van de gezondheidszorg onderbelicht is. Embedded agents worden in de theorievorming vooral als change agents gezien. Veel minder aandacht is er voor het feit dat embedded agents veranderingen die te zeer indruisen tegen datgene waarvoor zij staan ook kunnen tegenhouden, en dat zij organisaties kunnen behoeden voor te veel verandering tegelijkertijd.

In de theorie wordt ook ruim aandacht geschonken aan de verankering van zorgbestuurders in de organisatie en sector waarin zij werken. Relatief weinig reflectie vindt plaats op het belang van de externe verankering: het maatschappelijk draagvlak en de maatschappelijke positie van zorgbestuurders. Uit dit onderzoek blijkt dat om veranderingen in de zorg te realiseren het belangrijk is dat de verandering zowel intern als extern gedragen wordt. Zorgbestuurders die de ruimte voor ondernemerschap benutten voor grootse (vastgoed)projecten en daarbij uitzonderlijke risico's nemen dreigen niet alleen de verbinding met de eigen achterban te verliezen, maar ook met maatschappelijke stakeholders. Juist deze groep haalt de krant en televisie, is veelvuldig onderwerp van het politieke debat en zet zo de legitimiteit van bestuurders mede onder druk.

Opmerkelijk is dat politici problemen zien in zowel de interne verankering als de externe, maatschappelijke, verankering van bestuurders. Uit het politieke debat blijkt dat zij de beroepsgroep ervaren als naar binnen gekeerd, weinig deskundig, weinig betrokken bij het primaire proces en onvoldoende gevoelig voor maatschappelijke ontwikkelingen. De bijdrage van de specifieke socialisatie van zorgbestuurders op de invulling van hun rol als embedded agent wordt extern weinig gezien en gewaardeerd. Ook de manier waarop bestuurders vanuit een intermediaire rol verschillende werelden op elkaar betrekken en verschillende doeleinden verbinden wordt nauwelijks opgemerkt. Door de sterke focus op resultaten enerzijds en incidenten anderzijds dreigen politici het subtiele spel van veranderen, verbinden en verankeren over het hoofd te zien. Terwijl juist daar een grote uitdaging ligt voor de zorg nu de opvattingen en belangen zozeer uiteenlopen.

8.3.3 Legitimering

Dit proefschrift startte met een paragraaf over zorgbestuurders ter discussie. Bevestigd werd dat zorgbestuurders door de rol die zij toegedicht hebben gekregen in het veranderende governance regime mede ter discussie zijn komen te staan.

Volgens institutionele theorievorming zijn activiteiten legitiem als zij binnen het sociale systeem waarvan zij deel uitmaken doorgaan voor wenselijk, behoorlijk en gepast (zie ook DiMaggio & Powell 1983, Suchman 1995). 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. Legitimering is óók een proces. Door verbindingen te leggen tussen verschillende werelden kunnen verschillende zienswijzen dichterbij elkaar komen en kunnen nieuwe gedeelde werkwijzen ontstaan. Met de komst van nieuwe partijen en verschuivende taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden heeft deze legitimeringsgrond extra aan belang gewonnen. Dit proces wordt echter ook gefrustreerd door een mix van eigen belangen en overmatige aandacht voor incidenten en 'harde' resultaten.

Legitimiteit zoeken zorgbestuurders ook bij vakgenoten: *knowledgeable others* die de zorg van binnenuit kennen, weten hoe de sector werkt, en van doen hebben met dezelfde vraagstukken. Vakgenoten zijn veelal ook generatiegenoten. Als enige bestuurder of een van enkele bestuurders op soms wel meer dan 1500 (fte) medewerkers is het voorstelbaar dat de mening van vakgenoten ertoe doet. Dat deze intern gezochte legitimering de externe legitimering niet per se ten goede komt zette ik al eerder uiteen. Anderen beschouwen de gerichtheid op peers al gauw als naar binnen gekeerd en veronderstellen dat collega-bestuurders weinig kritisch zijn. De professionaliseringsactiviteiten die zorgbestuurders ondernemen wijzen er echter niet op dat zij kritiek schuwen, wel dat vertrouwelijkheid voor hen een voorwaarde is. Het verplichtende en eventueel openbare karakter is wat afschrikt.

Overigens zijn andere partijen evengoed naar binnen gekeerd. Parlementariërs doen noodzakelijkerwijs vooral hun best om andere parlementariërs te overtuigen, bijvoorbeeld van het falende management, en zo zichzelf te rechtvaardigen in hun bemoeienis met de uitvoering van de zorg. Ook de beroepsvereniging is vooral met zichzelf bezig. De betrokken partijen in dit onderzoek blijken weinig echt oog voor elkaar te hebben, terwijl legitimiteit juist afhankelijk is van de waardering door anderen. Dit onderzoek maakt duidelijk dat legitimiteit niet iets is wat eenzijdig afgedwongen kan worden en evenmin slechts onder vakgenoten gezocht kan worden. In het complexe krachtenveld van de zorg zijn de onderlinge afhankelijkheden groot. Legitimering is in de zorg bij uitstek een relationele bezigheid.

8.4 AANBEVELINGEN

8.4.1 Aanbevelingen voor onderzoek

In dit onderzoek is gekozen voor een combinatie van onderzoeksmethoden die voortkomen uit heel verschillende onderzoekstradities. Beide typen onderzoek waren van

belang om de centrale onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Door bronnenonderzoek werd zichtbaar hoe het veranderende governance regime en de bijdrage van zorgbestuurders daaraan verschillend wordt waargenomen en gewaardeerd (geframed), hoe verschillende agents daarmee omgaan en welke factoren daarin een rol spelen. Door enquêteonderzoek werd inzichtelijk hoe de overtuigingen en activiteiten van bestuurders zelf zijn veranderd in deze periode, welke factoren daarin een rol spelen en hoe dit het veranderende governance regime beïnvloedt. Door de combinatie van methoden konden de afzonderlijke uitkomsten in een ruimer perspectief worden geplaatst. De combinatie maakte het mogelijk verschillende praktijken van governance met elkaar in verband te brengen. Hierdoor werd inzichtelijk hoe zorgbestuurders omgaan met externe verwachtingen en opvattingen over hun functie-uitoefening enerzijds en de eigen, sector- en beroepsgebonden, overtuigingen anderzijds. De ordening naar arena's toonde ons hoezeer sprake is van gescheiden werelden en botsende perspectieven. Door heen en weer te bewegen tussen verschillende soorten uitkomsten konden de spanningen zichtbaar gemaakt worden tussen de verschillende instituties en agents, tussen landelijk opererende en regionaal opererende partijen, tussen intenties en uitkomsten van beleid.

Een andere mogelijke keuze was geweest om zelf in de praktijk van de zorg te gaan kijken en zo van dichtbij de dilemma's en praktijken van zorgbestuurders te beschrijven. Hiervoor heb ik niet gekozen omdat ik in dit onderzoek op zoek was naar de betekenis van zorgbestuurders als sociale groep in het veranderende governance regime. Representativiteit was hiervoor belangrijker dan gedetailleerde kennis van specifieke situaties. Het hielp bovendien om als onderzoeker de benodigde afstand te bewaren ten opzichte van de doelgroep. De vragenlijst en de geschreven informatiebronnen vormden voor mij als onderzoeker een filter om met meer afstand te kijken naar de doelgroep waar ik dagelijks mee werk en bij betrokken ben. Dit neemt niet weg dat het relevant is om in vervolgonderzoek dichter op de huid van bestuurders te kruipen ten einde de rol van verbindingsofficier verder uit te diepen en te concretiseren. Een meer antropologische benadering kan aan het licht brengen hoe zorgbestuurders de rol van verbindingsofficier invullen en hoe de interactie tussen partijen in de praktijk plaatsvindt.

Het verdient bovendien aanbeveling om in vervolgonderzoek meerdere agents te betrekken. Zo geeft deze studie aanleiding om meer aandacht te besteden aan de rol van de media, maar ook verzekeraars, gemeenten en patiënten. Deze agents zijn door de gemaakte keuzes in dit onderzoek onderbelicht gebleven. Net als de verschillende interne groepen en functionarissen. Met de verdere overheveling van diensten van de Zorgverzekeringswet naar de Wmo zijn gemeenten een belangrijke partij geworden voor instellingen uit de VVT, gehandicaptenzorg en GGZ. Meer dan ooit gaat het er voor deze organisaties om dat zij hun lokale netwerken op orde hebben en daar tot

goede samenwerkingsrelaties weten te komen. Veel bestuurders realiseren zich dat zij dit niet alleen kunnen en verdelen deze strategische rol over meerdere functionarissen in de organisatie. Het verdient daarom aanbeveling in vervolgonderzoek meer aandacht te schenken aan de taak- en functieverdeling binnen zorgorganisaties.

Door het longitudinale karakter van het onderzoek konden ook de kleinere, incrementele veranderingen bij zorgbestuurders zichtbaar gemaakt worden. Het bood een uniek inzicht in patronen en verbanden in persoons-, functie- en organisatiekenmerken. Continuering van het enquêteonderzoek verdient dan ook aanbeveling. De gevonden betekenis van demografische ontwikkelingen voor de beroepsontwikkeling en -uitoefening is aanleiding om hierbij meer aandacht te schenken aan carrièrelijnen van zorgbestuurders: het verloop van hun loopbanen, afwegingen die zij hierin maken, grenzen waarop zij stuiten, hun successen en hun falen. Het laatste aspect is ook reden om meer aandacht te besteden aan effecten van beleid en gedrag.

8.4.2 Beleidsmatige implicaties en aanbevelingen

In het veranderende governanceregime van de zorg spelen vele partijen een rol. In het publieke en politieke debat zijn zorgbestuurders een agent die veel verweten wordt. Zij functioneren in een complex, stevig geïnstitutionaliseerd speelveld waarin de onderlinge afhankelijkheden groot zijn maar het onderlinge samenspel beperkt is. Partijen hebben weinig oog en waardering voor elkaar, zo zagen we, en er wordt weinig gebruikgemaakt van elkaars expertise. Het onderlinge debat lijkt te worden gegijzeld door incidenten waarbij aanzienlijk meer moeite wordt gestoken in het aanwijzen van verantwoordelijken, dan in het begrijpen van wat er aan de hand is en hoe bepaalde situaties (hebben) kunnen ontstaan. Deze afrekencultuur staat een constructieve dialoog tussen belanghebbenden in de weg, voedt de onzekerheid en het wantrouwen tussen partijen en laat weinig ruimte voor het subtiele spel van veranderen, verbinden en verankeren. Terwijl onderzoek naar incidenten keer op keer aantoonde dat een van de belangrijkste oorzaken van incidenten juist gelegen is in gebrek aan samenwerking en verbinding tussen partijen (Klein 2010). Dit vraagt om beter geïnformeerde discussies en het anders omgaan met incidenten. Het verdient aanbeveling voor alle betrokken partijen – politici, overheden, branche- en beroepsorganisaties – om incidenten vooral te beschouwen als een aanleiding om verder te zoeken naar de (onderliggende) factoren en patronen die hierin óók een rol spelen, naast menselijk falen.

Met de aandacht voor incidenten is de roep van politici om meer uniformiteit en inzicht in de afwegingen die bestuurders maken nog vergroot. Zij eisen eenvoudige verantwoordingsstructuren en meer garanties voor kwaliteit van zorg en bestuur. De, op zichzelf zuiverende, werking van de professionele activiteiten van zorgbestuurders is niet zichtbaar. Om meer inzicht te geven in de kwalificaties van bestuurders heeft

de beroepsvereniging inmiddels de ontwikkeling van een accreditatiesysteem voor zorgbestuurders ter hand genomen. Het belang van een meer gesystematiseerde en inzichtelijke manier van opleiden en bekwamen is evident. Als dit onderzoek echter één ding duidelijk heeft gemaakt is het wel de rol die het specifieke en spontane (ongecoördineerde) proces van socialisatie speelt in de ontwikkeling van manager tot bestuurder. Zorgbestuurders oefenen hun functie niet alleen uit op basis van hun vakkennis en vaardigheden, maar bovenal op grond van hun inzicht in de eigenheid van de sector, de werkwijzen van diverse partijen, specifieke wet- en regelgeving en de betrokken belangen, machten en krachten. Reflectie op deze practical knowledge vindt onder meer plaats tijdens velerlei georganiseerde en ongeorganiseerde ontmoetingen tussen vakgenoten. De bereidheid om elkaars leermeester en gezelschap te zijn is een groot goed. Dat dit zich niet laat afdwingen of sturen past bij het persoonlijke karakter van besturen. Bestuurders zijn hun eigen instrument en zoeken de persoonlijke ondersteuning die zij nodig hebben. Naast het voortdurend actualiseren van verworven kennis en het investeren in nieuwe inzichten en relaties, vraagt dit ook investeren in zelfkennis en reflectie op de sector en de rol van de bestuurder daarin. Ik beveel de beroepsvereniging aan niet alleen de technische kennis en vaardigheden van zorgbestuurders zichtbaar te maken in een systeem van accreditatie, maar juist ook de praktische kennis en reflectiviteit die besturen vereist – de ambachtelijkheid van het vak – te expliciteren en waarborgen. Het accreditatiesysteem in ontwikkeling sluit hier goed op aan. Van zorgbestuurders vraagt dit de bereidheid hun ervaringen en de vanzelfsprekendheden van het vak te delen, de dilemma's die zij tegenkomen en de *lessons learned* te expliciteren, maar ook te laten zien hoe zij richting geven aan hun ontwikkeling als bestuurder en bij wie of wat zij daarvoor te rade gaan.

Goed bestuur is niet alleen een zaak van de eigen beroepsgroep. Legitimering en professionalisering kunnen niet los van elkaar worden gezien, zo leert dit onderzoek. Om effectief te zijn als verbindingspersoon is het van belang ook door anderen als zodanig herkend en erkend te worden. Dat dit niet altijd het geval is blijkt uit de vele kritische noten aan het adres van zorgbestuurders. Zij worden als beroepsgroep als naar binnen gekeerd ervaren en weinig responsief. Het zelfreferentiële karakter van veel professionaliseringsactiviteiten versterkt dit beeld. Voor zorgbestuurders betekent dit dat het belangrijk is de wijze waarop zij hun functie opvatten en uitoefenen breder uit te leggen, en zich meer moeite te getroosten de eigen toegevoegde waarde zichtbaar te maken. Legitimering is een onderdeel van professionalisering dat permanent aandacht verdient. Het vraagt van zorgbestuurders om voorbij de eigen beroepsgroep te kijken. En van de beroepsvereniging om voorbij de eigen belangen van de leden te kijken. Om de kritiek op bestuurders serieus te nemen en ook op de eigen situatie te betrekken. Besturen is een relationele bezigheid. In een veld waarin de onderlinge afhankelijkheden zo groot zijn, ben je voor je eigen slagkracht zeer afhankelijk van anderen. De ruimte om een eigen strategische koers te varen moet je als bestuurder ook gegund worden.

8.5 TOT BESLUIT

Terugkijkend op het onderzoek heeft dit proefschrift – naast een beter begrip van het werk van zorgbestuurders – mij verschillende nieuwe inzichten opgeleverd.

Ten eerste: in het veranderende governanceregime van de zorg treden zorgbestuurders op als institutionele ondernemer en als institutionele bewaker. Veel zorgbestuurders zijn gesocialiseerd in de zorg en weten zich sterk verbonden met het primaire proces. Zij benutten hun kennis van de zorg om veranderingen zo in te richten dat deze zo goed mogelijk aansluiten bij de waarden die binnen de zorgsector gelden. In de theorie en in het beleid is veel aandacht voor het vermogen van embedded agents – zoals zorgbestuurders – om veranderingen te realiseren. Er is echter te weinig aandacht voor het feit dat jarenlange ervaring en opgebouwde kennis in de sector zelf, gekoppeld aan een actief socialisatieproces, in belangrijke mate garant staan voor het verandervermogen van de zorgbestuurder. Door het onderbelicht laten van de kracht van socialisatie en verbondenheid met de sector, is er bovendien weinig oog voor de behoudende werking ervan: bestuurders kunnen veranderingen tegenhouden als deze naar hun oordeel niet passen bij waar de organisatie voor staat. Zo bezien treden zorgbestuurders ook op als behoeders van de wijze waarop zorg wordt georganiseerd en verleend. In dit onderzoek heeft dit zich vertaald in een opmerkelijke continuïteit van het zorgbestuur.

Dit brengt mij bij mijn tweede inzicht. In weerwil van overheidsbeleid – dat vooral spreekt van ondernemen en concurreren – hechten bestuurders zelf vooral waarde aan het realiseren van verbindingen en aan een goede samenwerking tussen diverse betrokkenen. Zij definiëren de eigen rol in toenemende mate als die van een intermediair en verbinder tussen verschillende werelden, partijen en belangen. Zorgbestuurders hebben met diverse interne en externe partijen en belangen te maken, met lokaal en nationaal beleid. De wereld van de zorgverzekeraar of de gemeente is een heel andere dan die van de professional. De landelijke politiek kent een andere logica dan zorgorganisaties. Zorgbestuurders zien het als hun opdracht de verschillende werelden zo te verbinden dat op een efficiënte manier goede zorg wordt verleend.

In de derde plaats heeft dit onderzoek mij doen inzien dat intergenerationele verschillen en verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke bestuurders ook van invloed zijn op de wijze van besturing van zorgorganisaties. In de theorie en in het (overheids)beleid is weinig aandacht voor de invloed van demografische ontwikkelingen op veranderingen in de zorgsector. Om veranderingen te realiseren in de zorg wordt ingezet op het invoeren van de juiste prikkels en op aanpassing van wet- en regelgeving. De demografische samenstelling van raden van bestuur als bron van vernieuwing wordt nauwelijks gezien en benut. Demografie als vernieuwingsbron vraagt om een ander soort interventies van andere partijen. Bestuurders kunnen hier

zelf invloed op uitoefenen door talentontwikkeling in de organisatie te bevorderen. Raden van toezicht kunnen diversiteit in de top bevorderen door hier rekening mee te houden in het aannamebeleid.

Tot slot: met dit onderzoek heb ik laten zien dat incidenten een belangrijke rol kunnen spelen bij het proces van normontwikkeling. Elke bestuurder in de gezondheidszorg – en ook daarbuiten – weet uit ervaring welke gevolgen incidenten kunnen hebben voor een organisatie en de sector als geheel. Dat kunnen nieuwe spelregels zijn, meer toezicht, maatregelen op financieel gebied en zelfs wettelijke wijzigingen. In de institutionele theorie is echter geen aandacht voor de kracht van incidenten, terwijl juist in situaties van institutionele ambiguïteit de invloed van incidenten groot kan zijn. Situaties van institutionele ambiguïteit leiden tot nieuwe mogelijkheden én tot nieuwe beperkingen voor zorgbestuurders.

Literatuurlijst

A

- Abbot, A. (1988) *The systems of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Adviescommissie rechtspositie politieke ambtsdragers (2007) *Normeren en Waarden*. Den Haag: Adviescommissie rechtspositie politieke ambtsdragers.
- Alford, R.R. (1975) *Health care politics*. Chicago: University of Chicago Press.
- Alvesson, M. & K. Skoldberg (2009) *Reflexive Methodology*. London: Sage.

B

- Baarda, D.B. & M.P.M. de Goede (2006) *Basisboek Methoden en Technieken: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek*. Houten: Wolters-Noordhoff Groningen.
- Baart, A. (2001) *Een theorie van de presentie*, Utrecht: Lemma.
- Bal, R. (2008) *De nieuwe zichtbaarheid. Sturen in tijden van marktwerking*. Oratie. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Bang, H.P. (2004) 'Culture governance: governing self-reflexive modernity', *Public Administration*, 82/1:157-190.
- Battilana, J. (2006) 'Agency and institutions: The enabling role of individuals' social position', *Organization*, 13/5: 653-676.
- Beck, U., Giddens A. & S. Lash (1994) *Reflexive Modernization: politics, tradition and aesthetics in the modern social order*. Cambridge: Polity Press.
- Becker, H.A. (1992) *Generaties en hun kansen*. Amsterdam: Meulenhoff.
- Berger, P.L. & T. Luckmann (1966) *The social construction of reality: a treatise in the sociology of knowledge*. Garden City: Double Day.
- Bevir, M. (2006) 'How narratives explain' in *Interpretation and method*. Yanow, D. & P. Schwartz-Shea (eds), 264-280, New York: M.E. Sharpe.
- Boersma, F. (2000) *De patiënt heeft altijd gelijk*. Zaltbommel: Europese Bibliotheek.
- Bovens, M. (2006) 'Publieke verantwoording: Een analysekader' in *Publieke verantwoording*. Bakker, W. & K. Yesilkagit (red.), 25-56, Amsterdam: Boom.
- Bowling, A. (2002) *Research methods in health. Investigating health and health services*. Philadelphia: Open University Press.
- Brancheorganisaties Zorg (BoZ) (2005) *Zorgbrede governancecode*. Utrecht: Brancheorganisaties Zorg.
- Brandsen, T., Donk, W. van de & P. Kenis (2006) *Meervoudig bestuur*. Den Haag: Lemma.
- Brandsen, T. & G. van den Brink (2007) 'Meervoudig bestuur: de zoektocht naar een nieuw verhaal' in *Betoverend bestuur*. Cornelissen, E.M.H., Frissen, P.H.A., Kensen, S. & T. Brandsen (red.), 207-219, Den Haag: Lemma.
- Brandwein, P. (2006) 'Studying the careers of knowledge claims' in *Interpretation and method*. Yanow, D. & P. Schwartz-Shea (eds), 264-280, New York: M.E. Sharpe.
- Brederijn (2003) *Gewenste bureauondersteuning NVZD*. Utrecht: NVZD.
- Brink, G. van den, Jansen, T. & D. Pessers (red.) (2005) *Beroepszeer. Waarom Nederland niet goed werkt*. Amsterdam: Boom.
- Bruijn, H. de (2008) *Managers en Professionals. Over management als probleem en als oplossing*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Brunsson, N. (1989) *The organization of hypocrisy. Talk decisions and actions in organizations*. Chichester: John Wiley & Sons.

C

- Clarke, J. & J. Newman (1997) *The managerial state: Power, politics and ideology in the remaking of social welfare*. London: Routledge.
- Convenant AWBZ 2005-2007, ter inzage bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.
- Cooney, K. (2007) 'Fields, Organizations and Agency: Toward a Multilevel Theory of Institutionalization in Action', *Administration & Society*, 39/6:687-718.

D

- DiMaggio, P.J. & W.W. Powell (1983) 'The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields', *American Sociological Review*, 48/2:147-160.
- DiMaggio, P.J. & W.W. Powell (1991) *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Donk, W.B.H.J. van de (2001) *De gedragen gemeenschap: over katholiek maatschappelijk organiseren de verzuiling voorbij*. Den Haag: SDU Uitgeverij.
- Donk, W. van de & T. Brandsen (2006) 'Vermengen of verbinden? Lessen uit het maatschappelijk middenveld' in *Meervoudig bestuur*. Brandsen, T., Donk, W. van de & P. Kenis (red.), 361-373, Den Haag: Lemma.
- Dorado, S. (2005) 'Institutional Entrepreneurship, Partaking, and Convening', *Organization Studies*, 16/3:383-413.
- Dryzek, J. S. (2002) 'A Post-Positivist Policy-Analytic Travelogue', *The Good Society*, 11/1: 32-36.

E

- Eagly, A.H. & L.L. Carli (2003) 'The female leadership advantage: an evaluation of the evidence', *The Leadership Quarterly*, 14:807-834.
- Eerste Kamer, vergaderjaar 2001-2002, nr. 11c, Den Haag: Sdu Uitgevers (*De Zorg in Nederland*).
- Eerste Kamer, vergaderjaar 2010-2011, 32 417, A 1.

F

- Fischer, F. (2003) 'Beyond empiricism: policy analysis as deliberative practice' in *Deliberative Policy Analysis: Understanding governance in the network society*. Hajer, M.A. & H. Wagenaar (eds), 209-227, Cambridge: Cambridge University Press.
- Fischer, F. & J. Forester (1993) *The Argumentative Turn in Policy Analysis and Planning*. Durham, NC: Duke University Press.
- Freidson, E. (2001) *Professionalism*. Cambridge: Polity Press.
- Friedland, R. & R.R. Alford (1991) 'Bringing society back in: symbols, practices, and institutional contradictions' in *The new institutionalism in organizational analysis*. Powell, W.W. & P.K. DiMaggio (eds), 232-266, Chicago: University of Chicago Press.

G

- Gastelaars, M. (2006) *Excuses voor het ongemak*. Amsterdam: SWP.
- Geertz, C. (1973) *The interpretation of cultures*. New York: Basic books.
- Gerding, G. & H. van Dartel (red.) (2004) *Stoeien met integriteit. Aanzetten tot reflectie en debat over een bestuursvraagstuk in de zorgsector*. Rotterdam: Media Business Press.
- Giddens, A. (1984) *The constitution of society: outline of the theory of structuration*. Berkeley: University of California Press.
- Grinten, T. van der & P. Meurs (2005) 'Publieke verantwoording in de gezondheidszorg' in *Publieke verantwoording*. Bakker, W. & K. Yesilkagit (red.), 215-245, Amsterdam: Boom.
- Grit, K. & P. Meurs (2005) *Verschuivende verantwoordelijkheden: Dilemma's van zorgbestuurders*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Grinten, T. van der (2006) *Zorgen om beleid. Over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg*. Afscheidscollege. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

H

- Hajer, M.A. & H. Wagenaar (eds) (2003) *Deliberative policy analysis: Understanding governance in the network society*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hall, S. (1997) *Representations: Cultural representations and signifying practices*. London: Sage.
- Healey, P., Magalhaes, C. de, Madanipour, A. & J. Pendlebury (2003) 'Place, identity and local politics: analyzing initiatives in deliberative governance' in *Deliberative policy analysis: Understanding governance in the network society*. Hajer, M.A. & H. Wagenaar (eds), 139-171, Cambridge: Cambridge University Press.
- Helderman, J.-K. (2007) *Bringing the market back in? Institutional complementarity and hierarchy in Dutch housing and health-care*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Helderman, J.-K., Schut, E., Grinten, T. van der & W. van de Ven, (2005) 'Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands', *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30/1-2: 189-209.
- Hemerijck, A. (2003) 'Vier kernvragen van beleid', *Beleid en Maatschappij*, 30/1:3-19.
- Heijst, A. van (2005) *Menslievende zorg*. Kampen: Klement.
- Hoek, H. (2007) *Governance & Gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum.

J

- Jackson, P.T. (2006) 'Making sense of making sense: configurational analysis and the double hermeneutic' in *Interpretation and method*. Yanow, D. & P. Schwartz-Shea (eds), 264-280, New York: M.E. Sharpe.
- Jacobs, J. (1994) *Systems of survival: a dialogue on the moral foundations of commerce and politics*. New York: Vintage Books.
- Jansen, G., Brink, G. van den & J. Kole (red.) (2008) *Beroepstrots. Een ongekende kracht*. Amsterdam: Boom.
- Johnson, T.J. (1972) *Professions and Power*. London: Macmillan.

K

- Kersbergen, K. van der & F. van Waarden (2001) *Shifts in Governance: Problems of Legitimacy and Accountability*. Social Science Research Council (MaGW) The Hague.
- Kjaer, A.M. (2004) *Governance*. Cambridge: Polity Press.
- Klundert, J. van de (2009) *Value-conscious health service organisations*. Oratie. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Klein, J. (2010) *Tussen de modder van de praktijk en de schone wetenschap*. Oratie. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Kooiman, J. (2003) *Governing as Governance*. London: Sage.
- Koppenjan, J. & H. Klijn (2004) *Managing uncertainties in networks: a network approach to problem solving and decision making*. London: Routledge.
- Korzilius, H. (2000) *De kern van survey-onderzoek*. Assen: Van Gorcum.
- Krogt, W.P.M. van der & C.W. Vroom (1991) *Organisatie is beweging*. Utrecht: Lemma.
- Kruijthof, K. (2005) *Doctor's orders. Specialistist day tot day work and their jurisdictional claims*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Kurtz, N.R. (1999) *Statistical analysis for the social sciences*. Boston: Allyn & Bacon.

L

- Lammers, C.J., Mijs, A.A. & W.J. van Noort (2000) *Organisaties vergelijkenderwijs*. Utrecht: Het Spectrum.
- Leca, B. & P. Naccache (2006) 'A critical realist approach to institutional entrepreneurship', *Organization*, 13: 627-651.

M

- Mayntz, R. (1999) 'Nieuwe uitdagingen voor de governance theorie', *Beleid en Maatschappij*, 26/1:2-12.

- March, J.G. & J.P. Olsen (1989) *Rediscovering institutions*. New York: The Free Press.
- Meurs, P. L. (1997) *Nobele wilden. Over verantwoordelijkheden van directeuren van instellingen in de gezondheidszorg*. Oratie. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Meurs, P.L. (2002) *NVZD Beweging*. Utrecht.
- Meurs, P. & T. van der Grinten (red.) (2005) *Gemengd besturen. Besturingsvragen en trends in de gezondheidszorg*. Den Haag: Sdu Uitgevers bv.
- Meurs, P. & T. Schraven (2002) *Langs de meetlat. Een onderzoek naar functioneren van raden van toezicht in de zorg*. Leusden: Kenniscentrum Governance in de Zorg.
- Moen, J., Ansems, P., Hanse, J. & M. Vintges (2001) *Leiden of lijden?* Assen: Van Gorcum.
- Mintzberg, H. (1973) *The nature of managerial work*. New York: Harper Row.
- Mintzberg, H., Ahlstrand, B.W. & J. Lampel (1998) *Strategy safari: a guided tour through the wilds of strategic management*. New York: Free Press.

N

- Newman, J. (2001) *Modernising Governance*. London: Sage.
- Newman, J. (2005) 'Bending bureaucracy: Leadership and multi-level governance' in *The values of bureaucracy*. Du Gay, P. (eds), 191-209, Oxford: Oxford University Press.
- Newman, J. & J. Clarke (2009) *Publics, Politics and Power*. London: Sage.
- Nonaka, I. & H. Takeuchi (1995) *The knowledge-creating company: how Japanese companies create the dynamics of innovation*. New York: Oxford University Press.
- Noordegraaf, M. (2004) *Management in het publieke domein*. Bussum: Coutinho.
- Noordegraaf, M. (2008) *Professioneel bestuur. De tegenstelling tussen publieke managers en professionals als 'strijd om professionaliteit'*. Den Haag: Lemma.
- Noordegraaf, M. & P. Meurs (2000) *De zichtbare manager. Wat weten we van directeuren in de gezondheidszorg?* Rotterdam: instituut Beleid en Management Gezondheidszorg / Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Noordegraaf, M., Meurs, P. & A. Stoopendaal (2002) 'Harde' feiten uit een 'zachte' sector. Rotterdam: instituut Beleid en Management Gezondheidszorg / Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Noordegraaf, M., Meurs, P. & A. Stoopendaal (2005) 'Pushed Organizational Pulls', *Public Management Review*. 7/1:25-43.
- Noordegraaf, M. & B. Steijn (red.) (2013) *Professionals under pressure. The reconfiguration of professional work in changing public services*. Amsterdam: Amsterdam University Press
- NRC (2009) Al te ondernemende managers richten schade aan in semi-publieke sector.
- NVZD (1997a) *Beleid NVZD 1997 - 2000*. Utrecht: NVZD.
- NVZD (1997b) *NVZD Statuten*. Utrecht: NVZD.
- NVZD (1999) *Jaarverslag 1998*. Utrecht: NVZD.
- NVZD (2000) *Jaarverslag 1999*. Utrecht: NVZD.
- NVZD (2001) *Jaarverslag 2000*. Utrecht: NVZD.
- NVZD (2002a) *Jaarverslag 2001*. Utrecht: NVZD.
- NVZD (2002b) *Voorgenomen Strategie en Beleid 2003 - 2006*. Utrecht: NVZD.
- NVZD (2003) *Jaarverslag 2002*. Utrecht: NVZD.
- NVZD (2004a) *De bestuurder van de toekomst. Het regisseren van de balans*. Utrecht: NVZD.
- NVZD (2004b) *Jaarverslag 2003*. Utrecht: NVZD.
- NVZD (2005a) *De bestuurder van de toekomst. Verantwoord(end) leiderschap in de zorg*. Utrecht: NVZD.
- NVZD (2005b) *Gedragscode voor de goede bestuurder*. Utrecht: NVZD.
- NVZD (2006a) *De bestuurder van de toekomst. Het (be)sturen van risico's*. Utrecht: NVZD
- NVZD (2006b) *Jaarverslag 2005*. Utrecht: NVZD.
- NVZD (2006c) *NVZD Algemene ledenvergadering 23 november 2006*. Utrecht: NVZD.
- NVZD (2007a) *De bestuurder van de toekomst. De cliënt centraal*. Utrecht: NVZD
- NVZD (2007b) *Verslag ALV Najaar 2007*. Utrecht: NVZD.
- NVZD (2008a) *ALV Najaar 2008*. Utrecht: NVZD.
- NVZD (2008b) *Congres report*. Utrecht: NVZD.
- NVZD (2008c). *Een gezonde ambitie - NVZD Beleidsplan 2008-2010*. Utrecht: NVZD.

- NVZD (2008d) *Verslagen ALV's 2-4-2008 en 20-11-2008*. Utrecht: NVZD.
 NVZD (2009a) *Jaarverslag 2008*. Utrecht: NVZD.
 NVZD (2009b) *Verslag ALV 4-3-2009*. Utrecht: NVZD.
 NVZD (2009c) *Verslag Bestuursvergadering / Heidedag 20 mei 2009*. Utrecht: NVZD.
 NVZD (2010) *Jaarverslag 2009*. Utrecht: NVZD.

O

- Osborne, D. & T. Gaebler (1992) *Reinventing governance. How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. Reading: Addison-Wesley.
 Ott, M. (2008) *Besturen van geluk*. Rotterdam: Erasmus CMDz.

P

- Pfeffer, J. (1983) 'Organizational demography: implications for management', *California Management Review*. 28:67-81.
 Pfeffer, J. & G.R. Salancik (1978) *The external control of organizations: a resource dependence perspective*. New York: Harper & Row.
 Popadopoulos, Y. (2000) 'Governance, coordination and legitimacy in public policies', *International Journal of Urban and Regional Research*. 24/1:210-223.
 Popadopoulos, Y. (2003) 'Cooperative forms of governance: problems of democratic accountability in complex environments', *European Journal of Political Research*. 42:473-501.
 Popadopoulos, Y. (2007) 'Problems of democratic accountability in network and multilevel governance', *European Law Journal*. 13/4:469-486.
 Postma, J.P., Putters, K. & H.M. van de Bovenkamp (2012) 'Van optimale schaalgrootte naar legitieme schaalgrootte', *Bestuurskunde*, 4/10:73-82.
 Powell, W.W. & P.K. DiMaggio (1991) *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: Chicago University Press.
 Prismant (2009) *Arbeid in zorg en welzijn 2009: stand van zaken en vooruitblik*. Utrecht: Prismant.
 Putters, K. (2001) *Geboeid ondernemen: een studie naar het management in de Nederlandse ziekenhuiszorg*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
 Putters, K. (2009) *Besturen met duivelselastiek*. Oratie. Erasmus Universiteit Rotterdam.

Q

- Quinn, R.E. & J. Rohrbauch (1983) 'A spatial model of effectiveness criteria; towards a competing values approach to organizational analysis', *Management Science*. 29:363-377.

R

- Rhodes, R. (2007) 'Understanding governance: ten years on', *Organization Studies*, 28/8: 1243-1264.
 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) (2000) *De rollen verdeeld*, Zoetermeer: RVZ
 RVZ (2005) *Van weten naar doen*. Advies aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zoetermeer: RVZ.
 RVZ (2008) *Schaal en zorg*. Advies aan de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: RVZ.

S

- Samra-Fredericks, D. (2005) 'Strategic Practice, 'Discourse' and the *Everyday* Interactional Constitution of 'Power Effects', *Organization*, 12/6:803-841.
 Scally, G. & L.J. Donaldson (1998) 'Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England', *British Medical Journal*, 317(7150): 61-65.
 Scharpf, F.W. (1999) *Governing in Europe: effective and democratic?* Oxford: Oxford University Press.
 Scheer, W. van der (2007) 'Is the new health-care executive an entrepreneur?', *Public Management Review*. 9/1:49-65.

- Scheer, W.K. van der, Putters, K. & P. Meurs (2008) *Besturen tussen kunst en kunde: de geneeskundige bestuurder in het ziekenhuis gewaardeerd*. Utrecht: NVZD-GV.
- Schön, D.A. (1983) *The reflective practitioner*. New York: Basic Books.
- Schultz, M. & M.J. Hatch (1996) 'Living with Multiple Paradigms: The Case of Paradigm Interplay in Organizational Culture Studies', *The Academy of Management Review*, 21/2: 529-557.
- Scott, W. (2001) *Institutions and organizations. Second edition*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Scott, W.R. (2008) Lords of the dance: Professionals as Institutional Agents, *Organization Studies*, 29/2: 219-238.
- Scott, W.R. & J.W. Meyer (1991) 'The organization of societal sectors' in *The new institutionalism in organizational analysis*. Powel. W.W. & P.J. DiMaggio (eds), 108-140, Chicago: University of Chicago Press.
- Scott, W., Ruef, M., Mendel, P. & C. Carona (2000) *Institutional change and health care organizations: From professional dominance to managed care*. Chicago: University Press of Chicago.
- Senge, P. (1992) *De vijfde discipline*. Schiedam: Scriptum Books
- Sewell, W.H. (1992) 'A theory of structure: Duality, agency, and transformation'. *The American Journal of Sociology*, 98/1:1-29.
- Shehata, S. (2006) 'Ethnography, Identity, and the production of knowledge' in *Interpretation and method*. Yanow, D. & P. Schwartz-Shea (eds), 264-280, New York: M.E. Sharpe.
- Sociaal-Economische Raad (SER) (2000) *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*. Den Haag: SER.
- Steenbergen, R. (2005) *Vacante verantwoordelijkheid in het ziekenhuis. Pleidooi voor een functionele en betekenisvolle besturingscultuur in het Nederlandse ziekenhuis*. Amersfoort: Twijnstra Gudde.
- Stoker, J.I. (2007) 'Sekse en leiderschap. Over het feminiene voordeel en het masculiene vooroordeel', *Management en Organisatie (M&O)*, 1:5-17.
- Stoopendaal, A. (2008) *Zorg met afstand*. Proefschrift. Assen: Van Gorcum.
- Strauss, A.L. (1978) *Negotiations: varieties, contexts, processes and social order*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Strauss, A., Schatzman, L., Ehrlich D., Bucher, R. & M. Sabshin (1973) 'The hospital and its negotiated order' in *People and Organizations*. Salaman, G. & K. Thompson (eds), 303-320, London: The Open University Press
- Streeck, W. & P.C. Schmitter (1985) 'Community, market, state and associations? The prospective contribution of interest governance to social order', *European Sociological Review*, 1/2:119-138.
- Suchmann, M.C. (1995) 'Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches', *The Academy of Management Review*, 20/3:571-610.
- Suddaby, R. & R. Greenwood (2005) 'Rhetorical strategies of legitimacy', *Administrative Science Quarterly*, 50: 35-67.
- Swanborn, P.G. (1987) *Methoden van social-wetenschappelijk onderzoek*. Meppel: Boom.

T

- Trappenburg, M. (2008) *Genoeg is genoeg*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 26 024, nr.10 (*Regeerakkoord 1998*).
- Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 26 801, nrs. 1-2 (*Zorgnota 2000*).
- Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 27 156, nr. 2.
- Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 401, nrs. 1-2 (*Zorgnota 2001*).
- Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 700, nr.40 (*Jaarbeeld Zorg 2000*).
- Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 855, nr. 2.
- Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, Aanhangsel Handelingen nr.1600.
- Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, Aanhangsel Handelingen nr.1663.
- Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 28 375, nr.5 (*Kabinetformatie 2002*).
- Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 28 380, nr.38 (*Jaarbeeld Zorg 2001*).
- Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, Handelingen nr. 9.
- Tweede Kamer, vergaderjaar 2002-2003, 28 637, nr.19 (*Hoofdilijnenakkoord 2003*).
- Tweede Kamer, vergaderjaar 2002-2003, Aanhangsel Handelingen nr.410.

- Tweede Kamer, vergaderjaar 2002-2003, Aanhangsel Handelingen nr.1380.
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2002-2003, Aanhangsel Handelingen nr.1733.
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2002-2003, Aanhangsel Handelingen nr.1744.
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 26 631, nr. 66.
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 26 631, nr. 401.
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29 689, nr.1.
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, Aanhangsel Handelingen nr.883.
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, Handelingen nr. 64.
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, Handelingen nr. 100.
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 29 282, nr.15.
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 30 100 XVI, nr. 1 (*Jaarverslag 2004*).
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 30 550, nr. 1 (*Jaarverslag 2005*).
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, 30 891, nr.4 (*Coalitieakkoord 2007*).
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, 31 031 XVI, nr. 1 (*Jaarverslag 2006*).
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, Aanhangsel Handelingen nr.1863.
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, Handelingen nr. 67.
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 31 444 XVI, nr. 3 (*Jaarverslag 2007*).
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, Aanhangsel Handelingen nr.2606.
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, 23 235, nr.85.
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, 31 700 XVI, nr.148.
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, 31 924 XVI, nrs. 1-3 (*Jaarverslag 2008*).
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, 32 012 nr. 1 (*dossier Governance in de zorgsector*).
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, Aanhangsel Handelingen nr.2613.
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, Handelingen nr. 44.
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 32 012, nr.3 (*dossier Governance in de zorgsector*).
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 32 012, nr.5 (*dossier Governance in de zorgsector*).
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 32 012, nr.6 (*dossier Governance in de zorgsector*).
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 32 171 nr.3.
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 32 360 XVI, nrs. 1-3 (*Jaarverslag 2009*).
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, Aanhangsel Handelingen nr.3265.
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011, 32 710 XVI, nr.1 (*Jaarverslag 2010*).
 Tweede Kamer, vergaderjaar 2012-2013, 32 402, nr. 11.
 Twist, M.J.W. van (1995) *Verbale vernieuwing: aantekeningen over de kunst van bestuurskunde*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

V

- VDZ Nederland (2008) *Bestuursverslag VDZ Nederland 2008*.
 Veen, R. van der (2005) *Interventie en organisatie*. Oratie. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
 Vosman, F. & A. Baart (2008) *Aannemelijke Zorg*. Den Haag: Lemma.
Vrijheid en Verantwoordelijkheid (2010) Regeerakkoord 2010.
 VWS, brief van de Minister van VWS aan de Eerste Kamer inzake de zorg in Nederland, 24 augustus 2001a.
 VWS, beantwoording vragen vaste Commissie voor VWS van de Eerste Kamer, 24 augustus 2001b.
 VWS (2001) *Zorgnota 2002*, Den Haag: Sdu Uitgevers.
 VWS (2002) *Zorgnota 2003*, Den Haag: Sdu Uitgevers.
 VWS (2003a) *Beleidsagenda 2004: keuzes voor een houdbare en beter presterende zorg*, Den Haag: Sdu Uitgevers.
 VWS (2003b) *Jaarbeeld Zorg 2002* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport in samenwerking met Sdu Uitgevers.
 VWS (2004a) *Beleidsagenda 2005: nieuwe fundamenten voor een toekomstbestendige zorg*, Den Haag: Ministerie voor Volksgezondheid Welzijn en Sport.
 VWS (2004b) *Jaarbeeld Zorg 2003* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport in samenwerking met Sdu Uitgevers.

- VWS (2005) *Beleidsagenda 2006: gezonde toekomst*, Den Haag: Ministerie voor Volksgezondheid Welzijn en Sport.
- VWS (2006) *Beleidsagenda 2007: werken aan gezondheid*, Den Haag: Ministerie voor Volksgezondheid Welzijn en Sport.
- VWS (2007) *Beleidsagenda 2008: zorg voor de toekomst*, Den Haag: Ministerie voor Volksgezondheid Welzijn en Sport.
- VWS (2008) *Beleidsagenda 2009*, Den Haag: Ministerie voor Volksgezondheid Welzijn en Sport.
- VWS (2009) *Beleidsagenda 2010*, Den Haag: Ministerie voor Volksgezondheid Welzijn en Sport.
- VWS (2010) *Samenvatting Wet cliëntenrechten zorg*, web-brochure VWS, 34-04-2010 (<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brochures/2010/04/23/samenvatting-wet-clien-tenrechten-zorg.html>)

W

- Wagenaar, H. & S.D.N. Cook (2003) 'Understanding policy practices: action, dialectic and deliberation in policy analysis' in *Deliberative policy analysis: Understanding governance in the network society*. Hajer, M.A. & H. Wagenaar (eds), 139-171, Cambridge: Cambridge University Press.
- Weggeman, M. (2007) *Leidinggeven aan professionals? Niet doen. Over kenniswerkers, vakmanschap en innovatie*. Schiedam: Scriptum.
- Weick, K.E. (2001) *Making Sense of the Organization*. Malden: Blackwell Publishing.
- Weldes, J. (2006) 'High politics and low data' in *Interpretation and method*. Yanow, D. & P. Schwartz-Shea (eds), 264-280, New York: M.E. Sharpe.
- Wijnsma, P. (2006) *De bestuurders van de Toekomst*. Onderzoeksverslag.
- WRR (1997) *Volksgezondheidszorg*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- WRR (2004) *Bewijzen van goede dienstverlening*, Rapporten aan de regering nr. 70, WRR, Amsterdam: Amsterdam University Press.
- WRR (2006) *Lerende overheid*, Rapporten aan de regering nr. 75, WRR, Amsterdam: Amsterdam University Press.

Y

- Yanow, D. (1996) *How does a policy mean?* Washington: University Press.
- Yanow, D. & P. Schwartz-Shea (2006) *Interpretation and Method*. New York: M.E. Sharpe.
- Yukl, G.A. (2002) *Leadership in organizations*. Upper Saddle River: Prentice-Hall International.

Bijlagen

1	Enquête 2000	195
2	Enquête 2005	209
3	Enquête 2010	227
4	Tabellenboek	245

Bijlage 1 Enquête 2000



BIOGRAFISCH PROFIEL

DE GEGEVENS WORDEN VERTROUWELIJK BEHANDELD
EN GEANONIMISEERD VERWERKT!

naam persoon:

naam functie:

naam organisatie:

PERSONALIA

1 A Wat is uw geboortejaar?

19 ____

1 B Wat is uw geslacht?

Man Vrouw

OPLEIDING

1 C Heeft u één of meerdere universitaire en/of HBO opleiding(en) genoten, en zo ja, welke? [meerdere antwoorden mogelijk]

Geen universitaire of HBO opleiding

Een universitaire opleiding, te weten:

Bedrijfskunde

Economie

Geneeskunde

Psychologie

Rechten

Anders, namelijk:

Een HBO opleiding, te weten:

Bedrijfskunde

HEAO

Verpleegkunde

Anders, namelijk:

1 D In welk jaar heeft u deze opleiding afgerond? [Indien u meerdere opleidingen heeft gevolgd vult u het jaar in waarin u uw laatstgenoten opleiding heeft afgerond.]

- In 19 ____
- N.v.t.

1 E Heeft u in de afgelopen tien jaar één of meer managementopleidingen of managementcursussen gevolgd?

- Nee
- Ja, ik heb één cursus/opleiding gevolgd en wel in: 19 ____
- Ja, ik heb meerdere cursussen/opleidingen gevolgd, waarvan de laatste in: 19 ____

1 F Indien u in de afgelopen tien jaar één of meerdere cursus(sen) of opleiding(en) gevolgd heeft, wat waren dat voor soort cursus(sen) of opleiding(en)? [meerdere antwoorden mogelijk]

- N.v.t.
- Het betrof (een) één- of meerdaagse cursus(sen), georganiseerd door of via een Nederlandse universiteit of business school.
- Het betrof (een) één- of meerdaagse cursus(sen), georganiseerd door of via een buitenlandse universiteit of business school.
- Het betrof (een) één- of meerdaagse cursus(sen), georganiseerd door een opleidingsinstituut, en niet door of via een universiteit of business school.
- Het betrof (een) opleiding(en) die zich over enkele weken/maanden uitstrekte(n), georganiseerd door een Nederlandse universiteit of business school.
- Het betrof (een) opleiding(en) die zich over enkele weken/maanden uitstrekte(n), georganiseerd door een buitenlandse universiteit of business school.
- Het betrof (een) opleiding(en) die zich over enkele weken/maanden uitstrekte(n), georganiseerd door een opleidingsinstituut, en niet door of via een buitenlandse universiteit of business school.
- Anders, namelijk:

HUIDIGE DIRECTEURSFUNCTIE

1 G Sinds wanneer oefent u uw huidige directeursfunctie uit?

- Sinds 19.....

1 H Oefent u deze functie in deeltijd uit?

- Nee
- Ja, voor uur in de week

1 I Indien u uw functie in deeltijd uitoefent, wat doet u dan in de rest van de tijd?

- Naast parttime directeur ben ik ook:
- N.v.t.

- 1 J** Wat is de statutaire aard van uw huidige directeursfunctie?
- Directeur van één statutaire instelling, op één locatie.
 - Directeur van één statutaire instelling, op twee of meer locaties.
 - Directeur van een concern dat meerdere (statutaire) instellingen omvat.
 - Bouwdirecteur.
 - Een combinatie van instellingsdirecteur en concerndirecteur.
 - Een combinatie van instellingsdirecteur en bouwdirecteur.
 - Een combinatie van concerndirecteur en bouwdirecteur.
 - Anders, namelijk:

- 1 K** Sinds wanneer bent u lid van de NVZD?
Sinds 19 ____

- 1 L** Maakt u deel uit van één of meer directiewerkgroep(en) waarin u regelmatig directeuren van andere instellingen in de gezondheidszorg treft?
- Ja, ik maak deel uit van één directiewerkgroep.
 - Ja, ik maak deel uit van meerdere directiewerkgroepen.
 - Nee

CARRIEREVERLOOP

- 1 M** Is uw huidige directeursfunctie uw eerste managementfunctie, al dan niet met eindverantwoordelijkheid?
- Ja
 - Nee

- 1 N** Indien u meerdere managementfuncties heeft uitgeoefend, wanneer oefende u uw eerste managementfunctie uit?
In 19.....
- N.v.t.

- 1 O** Is uw huidige directeursfunctie uw eerste directeursfunctie, dat wil zeggen uw eerste managementfunctie met eindverantwoordelijkheid?
- Ja
 - Nee

- 1 P** Is uw huidige directeursfunctie uw eerste managementfunctie binnen de gezondheidszorg?
- Ja
 - Nee

1 Q Hoeveel managementfuncties heeft u sinds uw eerste managementfunctie uitgeoefend?

Totaal: functies, waarvan:

functies met eindverantwoordelijkheid (directeursfuncties)

functies binnen de gezondheidszorg

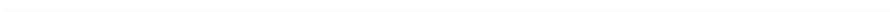
functies buiten de gezondheidszorg

 N.v.t.**1 R** Indien u meerdere managementfuncties heeft uitgeoefend binnen de gezondheidszorg, bent u dan steeds manager c.q. directeur geweest in één en dezelfde instelling?

- Manager c.q. directeur in één en dezelfde instelling (bijvoorbeeld één ziekenhuis).
- Manager c.q. directeur in verschillende, maar vergelijkbare instellingen (bijvoorbeeld verschillende ziekenhuizen).
- Manager c.q. directeur in verschillende soorten instellingen (bijvoorbeeld een ziekenhuis en instelling voor verstandelijk gehandicapten).
- N.v.t.

1 S Waar was u werkzaam voordat u manager c.q. directeur in de gezondheidszorg werd?

- Dienstverlening
- Gezondheidszorg
- Industrie
- Landbouw
- Onderwijs
- Overheid
- Anders, namelijk:

**ORGANISATIEPROFIEL**

ORGANISATIE

2 A Welk type instelling of welke typen instellingen omvat de organisatie waaraan u als directeur leiding geeft? [Meerdere antwoorden mogelijk, bijvoorbeeld in het geval van concerns; vergelijk vraag 1J over de statutaire aard van uw directeursfunctie.]

- Academisch ziekenhuis
- Algemeen ziekenhuis
- Categorieel ziekenhuis
- Instelling voor ambulante GGZ
- Instelling voor thuiszorg
- Instelling voor verstandelijk gehandicapten
- Psychiatrisch ziekenhuis
- Verpleeghuis
- Verzorginshuis
- Anders, namelijk:

2 B Hoe groot is het budget* van de organisatie waaraan u leiding geeft? [peiljaar 1998]

- Budget* 1998: _____

* Het betreft hier het externe budget. Voor ziekenhuizen dus het budget exclusief de omzet van vrijgevestigde specialisten.

2 C Hoeveel mensen zijn werkzaam in de organisatie waaraan u leiding geeft? [peiljaar 1998]

- Totaal 1998: _____ fte's _____ personen

2 D Hoeveel professionals (artsen, specialisten, psychologen, therapeuten, pedagogen, e.d.) zijn werkzaam in uw organisatie?

- N.v.t.
- Aantal professionals: _____ fte's _____ personen, waarvan
- in loondienst: _____ fte's _____ personen N.v.t.
- vrijgevestigd: _____ fte's _____ personen N.v.t.

2 E Hoeveel (intramurale) bedden en plaatsen kent uw organisatie? [peiljaar 1998]

- Bedden 1998: _____ N.v.t.
- Plaatsen 1998: _____ N.v.t.

2 F Hoeveel patiënten/cliënten behandelt uw organisatie? [peiljaar 1998]

- Aantal dag/deeltijd behandelingen 1998: _____ N.v.t.
- Aantal ambulante/poliklinische behandelingen 1998: _____ N.v.t.
- Aantal klinische opnames/behandelingen 1998: _____ N.v.t.

STRUCTUUR

2 G Hoe is de topstructuur van uw instelling thans ingericht?

- Eenhoofdige directie.
- Meerhoofdige directie met collegiale verantwoordelijkheid.
- Meerhoofdige directie met eerstverantwoordelijke directeur.
- Eenhoofdige Raad van Bestuur.
- Meerhoofdige Raad van Bestuur met collegiale verantwoordelijkheid.
- Meerhoofdige Raad van Bestuur met eerstverantwoordelijke voorzitter.
- Anders, namelijk:

200 ONDER ZORGBESTUURDERS

- 2 H** Indien uw directie of Raad van Bestuur meerhoofdig is, hoeveel leden telt uw directie of Raad van Bestuur?
- _____ leden
 - N.v.t.

- 2 I** Hoe is de organisatiestructuur van uw instelling thans ingericht?
- Functionele indeling (dienstenstructuur).
 - Indeling naar zorgseenheden (werkeenheden of 'productgroepen'), zonder clustering.
 - Indeling naar clusters (zorggroepen, zorgclusters), waarbinnen zorgseenheden zijn samengebracht.
 - Anders, namelijk:

- 2 J** Indien uw organisatiestructuur naar zorgseenheden is ingericht, hoe zijn de zorgseenheden dan geordend? De zorgseenheden zijn geordend naar:
- Combinatie van specialismen (snijdend/beschouwend/ondersteunend)
 - Beroepsgroep
 - Geografisch
 - Specialisme
 - Verblijfsduur
 - Anders, namelijk:
 - N.v.t.

- 2 K** Professionals (artsen, specialisten, psychologen, therapeuten, pedagogen, e.d.) kunnen in managementtermen op verschillende manieren in een instelling worden ingebed. Hoe zijn professionals op strategisch niveau in uw organisatie ingebed?
- Bestuurlijk, via 'vrijblijvende' bestuurlijke overleggen: directeuren en vertegenwoordigers van professionals (bestuur Medische Staf, bijvoorbeeld) spreken elkaar in bestuurlijke overleggen, maar maken geen gezamenlijke beleidsafspraken.
 - Beleidsmatig, via 'bindende' beleidsoverleggen: directeuren en vertegenwoordigers van professionals maken in beleidsoverleggen bindende beleidsafspraken.
 - Organisatorisch, via een geformaliseerde medeverantwoordelijkheid voor het bestuur: de directie/Raad van Bestuur en vertegenwoordigers van professionals (voorzitter Medische Staf, bijvoorbeeld) vormen samen het instellingsbestuur.
 - N.v.t.

- 2 L** Professionals (artsen, psychologen, therapeuten, pedagogen, e.d.) kunnen in managementtermen op verschillende manieren in een instelling worden ingebed. Hoe zijn professionals op het midden c.q. operationeel niveau in uw organisatie ingebed?
- Bestuurlijk, via 'vrijblijvende' bestuurlijke overleggen.
 - Beleidsmatig, via 'bindende' beleidsoverleggen.
 - Organisatorisch, via een geformaliseerde medeverantwoordelijkheid voor het midden- c.q. operationeel management: sommige professionals zijn voor een deel van hun tijd manager (medische managers, bijvoorbeeld).
 - N.v.t.

VERANDERINGEN

- 2 M** Welke van de onderstaande veranderingen heeft uw instelling onder uw leiding doorgemaakt? [meerdere antwoorden mogelijk]
- In 19 ____ is een nieuwe topstructuur geïntroduceerd (een Raad van Bestuur/Raad van Toezicht model, bijvoorbeeld).
 - In 19 ____ is de instelling 'gekanteld' (van dienstenstructuur naar zorgseenheden/clusters).

- In 19 ____ is de instelling gefuseerd met één of meer vergelijkbare instellingen ('horizontale' fusie).
- Vanaf 19 ____ Maakt de instelling deel uit van een zorgketen die andersoortige instellingen omvat ('verticale' fusie).
- In 19 ____ is nieuwbouw gereed gekomen.
- In 19 ____ heeft een uitgebreide renovatie plaatsgevonden.
- In 19 ____ heeft een substantiële uitbreiding van het zorgaanbod met nieuwe voorzieningen plaatsgevonden.
- In 19 ____ is de organisatie van de Medische Staf veranderd (oprichting van een formele vereniging, met statutair vastgelegde vertegenwoordigingsbevoegdheid van het stafbestuur, bijvoorbeeld).
- Anders, namelijk:
- N.v.t.

2 N Welke van de onderstaande veranderingen zullen in de komende paar jaar onder uw leiding geïmplementeerd worden? [meerdere antwoorden mogelijk]

- In 200 ____ zal een nieuwe topstructuur geïntroduceerd worden (een Raad van Bestuur/Raad van Toezicht model, bijvoorbeeld).
- In 200 ____ zal de instelling 'gekanteld' zijn (van dienstenstructuur naar zorgeenheden).
- In 200 ____ zal de instelling fuseren met één of meer vergelijkbare instellingen ('horizontale' fusie).
- In 200 ____ zal de instelling deel uit gaan maken van een zorgketen die andersoortige instellingen omvat ('verticale' fusie).
- In 200 ____ zal nieuwbouw gereedkomen.
- In 200 ____ zal een uitgebreide renovatie plaatsvinden.
- In 200 ____ zal een substantiële uitbreiding van het zorgaanbod met nieuwe voorzieningen gerealiseerd zijn.
- In 200 ____ zal de organisatie van de Medische Staf veranderen (oprichting van een formele vereniging, met statutair vastgelegde vertegenwoordigingsbevoegdheid van het stafbestuur, bijvoorbeeld).
- Anders, namelijk:
- N.v.t.

3

MENTAAL PROFIEL

ROL

- 3 A** U kunt als directeur verschillende rollen in uw organisatie vervullen. Hoe belangrijk vindt u de volgende rollen?

Zeer

belangrijk



Onbelangrijk

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Het 'boegbeeld' of de 'ambassadeur' van de instelling naar buiten.

De 'bestuurder' die de strategische lijnen naar de toekomst uitzet.

De 'manager' die er voor zorgt dat de productie efficiënt en volgens afspraken verloopt.

De 'regisseur' die er voor zorgt dat zorgprocessen soepel verlopen.

De 'tussenpersoon' die afwegingen maakt als decentrale managers er niet uitkomen.

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

Anders, namelijk:

- 3 B** U vervult als directeur verschillende rollen in uw organisatie. Hoe sterk vervult u de volgende rollen feitelijk?

Sterk



Zwak

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Het 'boegbeeld' of de 'ambassadeur' van de instelling naar buiten.

De 'bestuurder' die de strategische lijnen naar de toekomst uitzet.

De 'manager' die er voor zorgt dat de productie efficiënt en volgens afspraken verloopt.

De 'regisseur' die er voor zorgt dat zorgprocessen soepel verlopen.

De 'tussenpersoon' die afwegingen maakt als decentrale managers er niet uitkomen.

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

Anders, namelijk:

REFERENTIEKADER

- 3C** Professionals (specialisten, psychiaters, psychologen, therapeuten, e.d.) kunnen op verschillende manieren gemanaged worden, variërend van een 'zachte' tot een 'harde' aanpak.

Waar plaatst u uw opvatting over het management van professionals? [slechts één antwoord mogelijk!]

- Het management van professionals is 'zelf' management: professionals weten zelf wat goed is; de manager dient condities te scheppen voor professionele beroepsuitoefening.
- Het management van professionals is 'meevoelend' management: de manager moet in staat zijn te begrijpen hoe de professional denkt en doet en vanuit dat begrip veranderingen initiëren.

- Het management van professionals is 'geduld' management: verandering kost tijd; professionals moeten langzaam, voorzichtig en met respect overtuigd worden van de noodzaak om te veranderen.
- Het management van professionals is 'actief sturend' management: de manager moet zich actief met veranderingen bezighouden, teneinde de vaart er in te houden.
- Het management van professionals is 'confronterend' management: de manager moet het conflict niet schuwen, aangezien professionals van nature een weerstand tegen verandering aan de dag zullen leggen.
- N.v.t.

3 D U kunt productiecijfers over budgettaire en personele ruimte, bedden en bezetting, aantallen patiënten en cliënten, behandelingen en opnamen op verschillende wijzen interpreteren. Hoe belangrijk vindt u de volgende mogelijke interpretaties?

Zeer belangrijk		Onbelangrijk	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Productiecijfers als indicaties voor de mate waarin aan de door de politiek opgelegde opdracht is voldaan.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Als indicaties voor de optimalisatie van het productieproces.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Als indicaties voor de bedrijfseconomische gezondheid van de instelling.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Als indicaties voor de concurrentiepositie of het concurrentievermogen van de instelling.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Als indicaties voor de kwaliteit van de verleende diensten.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Als indicaties voor het vervullen van de maatschappelijke functie van de instelling.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk: <input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>

4

WERKPROFIEL

TIJDSBESTEDING

4 A Hoeveel uur werkt u gemiddeld per week?

- Aantal uren op kantoor (in en rondom de instelling):
- Aantal uren op de weg en op locaties in het land:
- Aantal uren thuis ('s avonds, weekend):

<input type="text"/>	<input type="text"/>	uur
<input type="text"/>	<input type="text"/>	uur
<input type="text"/>	<input type="text"/>	uur

4 B Als u een 'gemiddelde' week overziet, hoe verdeelt u dan uw tijd gemiddeld over:

- Geplande vergaderingen/bijeenkomsten:
- Ongeplande ontmoetingen:
- Bureauwerk ('stukken'):
- Telefoontjes:
- Rondlopen door de instelling:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	%

 100 %

4 C Heeft u het gevoel dat u genoeg tijd heeft om uw werk naar behoren te doen?

- Ik kom veel tijd tekort
- Ik kom tijd tekort
- Ik kom uit met mijn tijd
- Ik heb tijd over
- Ik heb veel tijd over

ACTIVITEITEN

4 D Als u een 'gemiddelde' werkweek overziet, hoe verdeelt u dan uw aandacht ongeveer over interne en externe zaken?

- Intern:
- Extern:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	% van de tijd
<input type="text"/>	<input type="text"/>	%

 100%

4 E Als u een 'gemiddelde' werkweek overziet, hoe verdeelt u dan uw interne aandacht ongeveer over zorginhoudelijke zaken die het primaire proces betreffen (medische technologie, infectiecommissies, ongevallencommissies, etc.) en beheersmatige zaken (personeel, financiën, huisvesting, etc.)?

- Zorginhoudelijk: %
- Beheersmatig: %
-
- 100%

4 F Als u een 'gemiddelde' week overziet, hoe verdeelt u dan uw aandacht ongeveer over geplande en onverwachte zaken?

- Gepland, verwacht: %
- Onverwacht, incidenten, 'crises': %
-
- 100%

4 G Als u een 'gemiddelde' week overziet, hoe verdeelt u dan uw aandacht ongeveer over bestuurlijk/strategische en tactisch/operationele zaken?

- Bestuurlijk/strategisch: %
- Tactisch/operationeel: %
-
- 100%

CONTACTEN

4 H Als u uw interne contacten tijdens een 'gemiddelde' week overziet, hoeveel tijd besteedt u ongeveer aan contacten met wie?

- Met professionals (specialisten, psychologen therapeuten, pedagogen, e.d.): %
- Met verplegenden/verzorgenden: %
- Met collega directieleden: %
- Met de Raad van Toezicht: %
- Met ondergeschikte managers: %
- Met het personeel (OR): %
- Met patiënten/cliënten: %

Overig:

<input type="checkbox"/>		□ □	%
<input type="checkbox"/>		□ □	%
<input type="checkbox"/>		□ □	%
			100%

4 I Als u uw interne contacten tijdens een ‘gemiddelde’ week overziet, hoeveel tijd besteedt u ongeveer aan contacten met welke anderen?

<input type="checkbox"/>	Met directeuren van andere, vergelijkbare instellingen:	□ □	%
<input type="checkbox"/>	Met directeuren van andere, andersoortige instellingen:	□ □	%
<input type="checkbox"/>	Met zorgverzekeraars:	□ □	%
<input type="checkbox"/>	Met brancheorganisaties:	□ □	%
<input type="checkbox"/>	Met politici en ambtenaren:	□ □	%
<input type="checkbox"/>	Bestuurscontacten (zie 4J):	□ □	%
<input type="checkbox"/>	Contacten op congressen en symposia:	□ □	%
Overig:			
<input type="checkbox"/>		□ □	%
<input type="checkbox"/>		□ □	%
<input type="checkbox"/>		□ □	%
			100%

4 J Heef u zitting in externe besturen en commissies in de gezondheidszorg? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ik heb geen zitting in externe besturen en commissies
- Ik heb zitting in een Raad van Toezicht
- Ik heb zitting in meerdere Raden van Toezicht
- Ik heb zitting in een regionaal zorgberaad
- Ik heb zitting in een regionaal indicatieorgaan
- Ik heb zitting in een landelijk bestuur c.q. landelijke commissie
- Ik heb zitting in meerdere landelijke besturen c.q. commissies
- Ik heb zitting in een ministeriële c.q. departementale commissie
- Anders, namelijk:

INFORMATIE

4 K Wat zijn uw favoriete tijdschriften die u in het kader van uw werk leest c.q. doorbladert?

Mijn 'top 3' is:

1.

2.

3.

4 L Maakt u zelf gebruik van een computer wanneer u op kantoor werkt?

Nee

Ja, voor [meerdere antwoorden mogelijk]:

Tekstverwerking (Word)

E-mail

Intranet (interne mededelingen, agenda's)

Internet

Anders, namelijk:

4 M Hoe belangrijk vindt u de onderstaande informatiebronnen?

Zeer belangrijk  

Onbelangrijk

Tijdschriften

Rapporten

Brieven

E-mail N.v.t.

Intranet N.v.t.

Internet N.v.t.

Telefoontjes

Geplande vergaderingen

Ongeplande ontmoetingen

Interne vergaderingen

Externe vergaderingen

Vergaderingen met managers

Vergaderingen met professionals

Directiewerkgroepen N.v.t.

Congressen en symposia

Anders, nl.:

OVERIG

Het kan zijn dat u aanvullingen wilt plegen 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:

Aanvullingen:

Opmerkingen:

Bijlage 2 Enquête 2005

1

BIOGRAFISCH PROFIEL

DE GEGEVENS WORDEN VERTROUWELIJK BEHANDELD
EN GEANONIMISEERD VERWERKT!

PERSONALIA

naam persoon

naam functie

sinds wanneer oefent u deze functie uit

portefeuille (indien van toepassing)

naam organisatie

1 A Wat is uw geboortejaar?

19

1 B Wat is uw geslacht?

Man Vrouw

1 C Wat is uw huidige gezinssituatie?

- Alleenstaand, zonder kinderen
- Alleenstaand met kinderen
- Samenwonend of gehuwd zonder kinderen
- Samenwonend of gehuwd met kinderen

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

- Ja, al mijn collega's zijn lid
- Nee, niet al mijn collega's zijn lid
- Nee, geen van mijn collega's zijn lid

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

Zeer onbelangrijk	☞ ☜		Zeer belangrijk		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Belangenbehartiging
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Services
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contacten met mede bestuurders
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ondersteuning van de eigen professionele vakuitoefening
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anders, namelijk

OPLEIDING

1 F Heeft u één of meerdere universitaire en/of HBO opleiding(en)* genoten? Zo ja, welke en in welk jaar heeft u deze opleiding(en) afgerond?

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

Opleiding:

Een universitaire opleiding, te weten:

- Bedrijfskunde
- Economie
- Geneeskunde
- Psychologie
- Rechten
- Sociale wetenschappen
- Gezondheidswetenschappen

Jaar van afronding:

Anders, namelijk:

Een HBO opleiding, te weten:

Verpleegkunde

Bedrijfskunde

HEAO

SPD/sociale academie

Anders, namelijk:

Geen universitaire of HBO opleiding, maar:

1 G Heeft u in de **afgelopen tien jaar** één of meer aanvullende of post-academische managementopleidingen of -cursussen gevolgd?

Nee

Ja, ik heb één cursus/opleiding gevolgd en wel in:

Ja, ik heb meerdere cursussen/opleidingen gevolgd, waarvan de laatste in:

1 H Indien u in de afgelopen tien jaar één of meer aanvullende of post-academische cursus(sen) of opleiding(en) gevolgd heeft, wat was/waren dat dan voor soort cursus(sen) of opleiding(en)? [meerdere antwoorden mogelijk]

Masteropleiding algemeen (MBA / bedrijfskunde / bestuurskunde)

Masteropleiding specifiek gezondheidszorg (bijvoorbeeld MHA, MHCM)

Masterclass NVZD

Top Class

Stolte leergang voor leidinggevenden in de zorg

Stolte Advanced Program (STAP)

Cursus Management Algemeen

Cursus Management Specifiek, namelijk:

Financieel / Bedrijfskundig

Informatisering

Logistiek

Human resource management

Kwaliteitsmanagement

Anders, namelijk

Anders, namelijk

PROFESSIONELE ONTWIKKELING

1 I Op welke andere manier(en) dan door opleiding werkt u aan uw professionele vakontwikkeling? [meerdere antwoorden mogelijk]

- Door deelname aan een intervisiegroep / directiewerkgroep
- Door deelname aan een werkgroep / commissie NVZD
- Door gesprekken met een persoonlijke coach
- Door deelname aan congressen / symposia
- Door het lezen van vakliteratuur
- Anders, namelijk

1 J Op welke andere manier(en) dan deelname aan intervisie, werkgroep of opleiding deelt u uw kennis met collega's? [meerdere antwoorden mogelijk]

- Door het geven van (gast)colleges voor managers / collega bestuurders
- Door te spreken op congres / symposia
- Door coaching van (nieuwe) bestuurders
- Door contacten met collega's, ongeorganiseerd
- Door medewerking te verlenen aan wetenschappelijk onderzoek naar bestuurlijke vraagstukken
- Door te publiceren in vakbladen
- Anders, namelijk

1 K Van wie vraagt en ontvangt u de meeste feedback op uw dagelijks functioneren? [slechts één antwoord mogelijk]

- Raad van Toezicht
- Ondergeschikte managers
- Collega bestuurder(s) van dezelfde organisatie
- Collega bestuurder(s) van een andere organisatie
- Coach
- Anders, namelijk

CARRIEREVERLOOP

1 L In welke sector was u werkzaam in uw **eerste** functie, in welke sector in uw **vorige** functie en in welke sector(en) in de **tussenliggende** functies? [alleen in het laatste geval zijn meerdere antwoorden mogelijk]

- | Uw eerste functie: | Uw vorige functie: | De tussenliggende functies*: |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dienstverlening | <input type="checkbox"/> Dienstverlening | <input type="checkbox"/> Dienstverlening |
| <input type="checkbox"/> Gezondheidszorg | <input type="checkbox"/> Gezondheidszorg | <input type="checkbox"/> Gezondheidszorg |
| <input type="checkbox"/> Industrie | <input type="checkbox"/> Industrie | <input type="checkbox"/> Industrie |
| <input type="checkbox"/> Landbouw | <input type="checkbox"/> Landbouw | <input type="checkbox"/> Landbouw |
| <input type="checkbox"/> Onderwijs | <input type="checkbox"/> Onderwijs | <input type="checkbox"/> Onderwijs |
| <input type="checkbox"/> Overheid | <input type="checkbox"/> Overheid | <input type="checkbox"/> Overheid |
| <input type="checkbox"/> Anders | <input type="checkbox"/> Anders | <input type="checkbox"/> Anders |

* meerdere antwoorden mogelijk

1 M In welk jaar begon u aan uw eerste **management**functie?

In

1 N Hoeveel **management**functies heeft u in totaal uitgeoefend?

Totaal aantal managementfuncties:

Waarvan:

functies met **eindverantwoordelijkheid** (bestuurdersfuncties)

functies **binnen de gezondheidszorg**

1 O Is uw huidige functie uw eerste **eindverantwoordelijke** directie- of bestuursfunctie?

Ja Nee

1 P Indien u meerdere **management**functies heeft uitgeoefend **binnen de gezondheidszorg**,

bent u dan steeds werkzaam geweest in één en dezelfde organisatie?

Ja, in één en **dezelfde** organisatie (bijvoorbeeld één ziekenhuis).

Nee, in **verschillende**, maar **vergelijkbare** organisaties (bijvoorbeeld verschillende ziekenhuizen).

Nee, in **verschillende soorten** organisaties (bijvoorbeeld een ziekenhuis en een organisatie voor verstandelijk gehandicapten).

N.v.t.

2

ORGANISATIE PROFIEL

ORGANISATIE

2 A Aan welk(e) type(n) organisatie(s) geeft u leiding?

[Meerdere antwoorden mogelijk, bijvoorbeeld in het geval van concerns]

- Academisch ziekenhuis
- Algemeen ziekenhuis
- Categorieaal ziekenhuis
- Organisatie voor GGZ
- Thuiszorgorganisatie
- Organisatie voor verstandelijk of lichamelijk gehandicapten
- Verpleeghuis
- Verzorgingshuis
- Anders, namelijk

2 B Hoeveel locaties heeft uw organisatie?

- 1 locatie
- 2 locaties
- 3 - 5 locaties
- 5 - 10 locaties
- Meer dan 10 locaties

2 C Hoe groot is het budget* van de organisatie waaraan u leiding geeft? [peiljaar 2004]

- Minder dan 15 50 - 100 125 - 150
- 15 - 50 100 - 125 Meer dan 150

* Het betreft hier het externe budget in miljoenen euro's.

Voor ziekenhuizen dus het budget exclusief de omzet van vrijgevestigde specialisten.

2 D Hoeveel personen zijn **gemiddeld genomen** werkzaam in de organisatie waaraan u leiding geeft, inclusief flexibele dienstverbanden? [peiljaar 2004]

Totaal aantal **fte's** in 2004:

- minder dan 500 750 - 1.000 1.250 - 1.500
- 500 - 750 1.000 - 1.250 meer dan 1.500

Totaal aantal **personen** in 2004:

- minder dan 500 1.000 - 1.500 2.000 - 2.500
- 500 - 1.000 1.500 - 2.000 meer dan 2.500

2 E Hoeveel medisch specialisten (artsen, psychiaters) zijn **gemiddeld genomen** werkzaam in de organisatie waaraan u leiding geeft? [peiljaar 2004]

Totaal aantal **fte's** in 2004:

- minder dan 25 100 - 150 N.v.t.
- 25 - 50 150 - 200
- 50 - 100 meer dan 200

Totaal aantal **personen** in 2004:

- minder dan 25 100 - 150 N.v.t.
 25 - 50 150 - 200
 50 - 100 meer dan 200

2 F Kunt u in twee steekwoorden aangeven hoe **uw organisatie** bekend staat?

STRUCTUUR

2 G Hoe is de topstructuur van uw organisatie thans ingericht?

- Eenhoofdige directie.
 Meerhoofdige directie met collegiale verantwoordelijkheid.
 Meerhoofdige directie met eerstverantwoordelijke directeur.
 Eenhoofdige Raad van Bestuur.
 Meerhoofdige Raad van Bestuur met collegiale verantwoordelijkheid.
 Meerhoofdige Raad van Bestuur met eerstverantwoordelijke voorzitter.
 Anders, namelijk

2 H Hoeveel leidinggevende niveaus heeft uw organisatie (de Raad van Toezicht niet meegerekend)?

- 2 lagen 4 lagen
 3 lagen Meer dan 4 lagen

2 I 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?

- 2 leden, waarvan: vrouwen en mannen
 3 leden, waarvan: vrouwen en mannen
 4 leden, waarvan: vrouwen en mannen
 Meer dan 4 leden, waarvan: vrouwen en mannen
 N.v.t. vrouwen en mannen

2 J Hoe is de organisatiestructuur van uw organisatie thans ingericht?

- Functionele indeling (dienstenstructuur).
- Indeling naar zorgeenheden ('gekanteld' naar werkeenheden of product groepen).
- Indeling naar clusters/divisies waarbinnen zorgeenheden zijn samengebracht.
- Anders, namelijk:

2 K Indien de organisatiestructuur naar zorgeenheden of divisies is ingericht, hoe zijn de zorgeenheden of divisies dan geordend? [meerdere antwoorden mogelijk]

- Naar:
- Specialisme
 - Een combinatie van specialismen (bijvoorbeeld snijdend en beschouwend)
 - Beroepsgroep
 - Geografisch
 - Cliëntgroep
 - Verblijfsduur
 - N.v.t.
 - Anders, namelijk:

2 L 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]

- Verplichte raadpleging, het bestuur is verplicht om over belangrijke beslissingen aangaande het organisatiebeleid advies in te winnen van (vertegenwoordigers van) professionals.
- 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).
- Duaal bestuur: de directie/Raad van Bestuur en vertegenwoordigers van professionals (bijvoorbeeld de voorzitter Vakgroep of Medische Staf) vormen samen het organisatiebestuur.
- Duaal management: sommige professionals zijn voor een deel van hun tijd manager (bijvoorbeeld medisch manager).
- Dit is (nog) niet geregeld.
- Anders, namelijk

VERANDERINGEN

- 2 M** Welke van de onderstaande grootscheepse veranderingen heeft uw organisatie de **afgelopen vijf jaar** doorgemaakt (2000-2005)? Of zit u **nu** nog **midden in**? Of zal in de **nabije toekomst** in uw organisatie zeker gerealiseerd moeten worden, maar bent u nu nog niet aan begonnen? [meerdere antwoorden mogelijk]

* in geval van concerns kan het ook om organisatieonderdelen gaan

	2000 - 2005	nu	toekomst
Introductie van een nieuwe topstructuur (Raad van Toezicht model, bijvoorbeeld).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kanteling van de organisatie (van diensten-structuur naar zorgeenheden/clusters).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
'Doorkanteling' van de organisatie (het verder doorvoeren van principes van decentralisatie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fusie met één of meer vergelijkbare organisaties ('horizontale' fusie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samenwerking met andersoortige organisaties (bijvoorbeeld in zorg-programma of door convenant).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fusie met één of meer andersoortige organisaties ('verticale' fusie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieuwbouw of uitgebreide renovatie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Substantiële uitbreiding van het zorgaanbod met nieuwe voorzieningen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reorganisatie van de Medische Staf (oprichting van een formele vereniging, met statutair vastgelegde vertegenwoordigingsbevoegdheid van het stafbestuur, bijvoorbeeld).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Introductie van commerciële diensten of private initiatieven (ZBC of zelfhulp cursussen, bijv.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Introductie kwaliteitssysteem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanering, grootscheepse bezuiniging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uitgebreide aanpassing van de ICT-infrastructuur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anders, namelijk

- 2 N** Besturen is ook verbeteringen realiseren. Als u terugkijkt, op welke verbeteringen die in uw organisatie gerealiseerd zijn bent u dan het meest trots?

3

MENTAAL PROFIEL

VISIE OP BESTUREN

3A U kunt als bestuurder verschillende rollen in uw organisatie vervullen.
Hoe **belangrijk** vindt u de volgende rollen op dit moment?



Zeer onbelangrijk



Zeer belangrijk

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Het 'boegbeeld' of de 'ambassadeur' van de organisatie naar buiten en naar binnen. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | De 'bestuurder' die de strategische lijnen naar de toekomst uitzet. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | De 'manager' die er voor zorgt dat de productie efficiënt en volgens afspraken verloopt. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | De 'regisseur' die er voor zorgt dat zorgprocessen soepel verlopen. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | De 'tussenpersoon' die verbindingen legt tussen de binnen- en buitenwereld van de organisatie. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | De 'ondernemer' die vernieuwingen introduceert en nieuwe 'markten' aanboort. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anders, namelijk |

3B U vervult als bestuurder verschillende rollen in uw organisatie. Hoe sterk vervult u de volgende rollen op dit moment **feitelijk**?

Zwak			Sterk		
					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Het 'boegbeeld' of de 'ambassadeur' van de organisatie naar buiten en naar binnen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'bestuurder' die de strategische lijnen naar de toekomst uitzet.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'manager' die er voor zorgt dat de productie efficiënt en volgens afspraken verloopt.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'regisseur' die er voor zorgt dat zorgprocessen soepel verlopen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'tussenpersoon' die verbindingen legt tussen de binnen- en buitenwereld van de organisatie.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'ondernemer' die vernieuwingen introduceert en nieuwe 'markten' aanboort.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anders, namelijk
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>					

3C In de gezondheidszorg vinden veel reorganisaties en veranderingen plaats. Als u kijkt naar uw organisatie, welke veranderingsstrategie acht u dan het meest noodzakelijk?

Prioriteit:

Laag   **Hoog**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Het moet inhoudelijker: er moet meer oog zijn voor de kwaliteit van de dienstverlening.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Het moet zakelijker: er moet meer gestuurd worden op resultaten.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Het moet maatschappelijker: er moet meer rekening gehouden worden met de maatschappelijke vraag.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Het moet slimmer: de prijs/kwaliteit verhouding moet beter.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Het moet professioneler: er moet meer aandacht zijn voor de professionele ontwikkeling van medewerkers.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Het moet ondernemender: er moeten nieuwe werkwijzen en activiteiten geïntroduceerd worden die op verschillende wijzen gefinancierd kunnen worden.

3D U kunt als bestuurder op verschillende zaken afgerekend worden. Waar wenst u vooral op afgerekend te worden? [maximaal **twee** antwoorden kiezen]

- Voldoen aan de door de politiek opgelegde opdracht.
- Optimalisatie van het logistieke proces.
- De bedrijfseconomische gezondheid van de organisatie.
- De concurrentiepositie of het concurrentievermogen van de organisatie.
- De kwaliteit van de verleende zorg en/of diensten.
- Het vervullen van de maatschappelijke functie van de organisatie.

3E Als u een week van baan zou mogen wisselen met iemand anders. Van welke functie denkt u dan in die week het meeste te kunnen leren ten behoeve van uw **huidige** functie-uitoefening? [slechts één antwoord mogelijk]

- Wetenschappelijk onderzoeker / docent.
- Directeur van een andere zorginstelling uit dezelfde sector.
- Directeur van een andere zorginstelling uit een andere sector.
- Een functie 'aan het bed'.
- Directeur van een buitenlandse zorgorganisatie.
- Verzekeraar.
- Minister of staatssecretaris van VWS.
- Directeur van een commerciële onderneming.
- Functie bij een bank.
- Anders, namelijk

3F Waaruit blijkt naar uw mening de effectiviteit van de bestuurder? [maximaal 3 antwoordmogelijkheden aankruizen]

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

REFERENTIEKADER

3G Als bestuurder kunt u zich met verschillende personen of groeperingen identificeren. In welke mate zijn onderstaande stellingen op u van toepassing?

Geheel niet van toepassing



Zeer van toepassing

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ik voel mij vooral verbonden met de organisatie waarvoor ik werk. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ik voel mij vooral verbonden met de sector waarin ik werk. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ik voel mij vooral verbonden met de (problematiek van) cliënten. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ik voel mij vooral verbonden met het zorgverleningsproces. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ik voel mij vooral verbonden met de grotere maatschappelijke vraagstukken aangaande de |

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | zorg (als toegankelijkheid, betaalbaarheid, solidariteit). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ik voel mij vooral verbonden met collega managers / bestuurders binnen de eigen organisatie. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ik voel mij vooral verbonden met collega bestuurders in de gezondheidszorg. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ik voel mij vooral verbonden met publieke managers in algemene zin. |

3H Professionals (zorgverleners) kunnen op verschillende manieren gemanaged worden, waar plaatst u uw **opvatting** over het managen van **professionals**?

[slechts één antwoord mogelijk]

- Het management van professionals is 'zelf' management: professionals weten zelf wat goed is, bestuurders scheppen condities voor hun beroepsuitoefening.
- Het management van professionals is 'meevoelend' management: bestuurders moeten voor de uitoefening van hun functie in staat zijn te begrijpen hoe professionals denken.
- Het management van professionals is 'geduld' management: professionals moeten voorzichtig en met respect benaderd worden om medewerking te verkrijgen voor organisatiebeleid.
- 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.
- Het management van professionals is 'confronterend' management: bestuurders moeten bereid zijn om het conflict met professionals aan te gaan teneinde organisatiedoelen te realiseren.
- N.v.t.

3I Ook ondergeschikte managers kunnen op verschillende manieren gemanaged worden, waar plaatst u uw **opvatting** over het management van **managers**?

[slechts één antwoord mogelijk]

- Het management van managers is 'zelf' management: managers weten zelf wat zij moeten doen, bestuurders scheppen condities voor hun functie-uitoefening.
- Het management van managers is 'meevoelend' management: bestuurders moeten voor de uitoefening van hun functie de omstandigheden waarin hun managers opereren begrijpen.
- Het management van managers is 'geduld' management: managers moeten voorzichtig en met respect benaerd worden om tot optimale uitvoering van het organisatiebeleid te komen.
- Het management van managers is 'actief sturend' management: de bestuurder moet zich actief met managers bemoeien om in gezamenlijkheid organisatiebeleid te realiseren.
- Het management van managers is 'confronterend' management: bestuurders moeten bereid zijn om het conflict met managers aan te gaan teneinde organisatiedoelen te realiseren.
- N.v.t.

4

WERKPROFIEL

TIJDSBESTEDING

4A Hoeveel uur werkt u gemiddeld per week?

- | | | | |
|--------------------------|-------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | 30 – 40 uur | <input type="checkbox"/> | 60 – 70 uur |
| <input type="checkbox"/> | 40 – 50 uur | <input type="checkbox"/> | 70 – 80 uur |
| <input type="checkbox"/> | 50 – 60 uur | <input type="checkbox"/> | 80 uur of meer |

4B Als u een ‘gemiddelde’ werkweek overziet, hoe verdeelt u dan uw aandacht ongeveer over interne en externe zaken?

Intern:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	% van de tijd
Extern:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	% van de tijd

100 %			

4C 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.)

Zorginhoudelijk:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	% van de tijd
Beheersmatig:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	% van de tijd

100 %			

4D Als u een 'gemiddelde' week overziet, hoe verdeelt u dan uw aandacht ongeveer over geplande en onverwachte zaken?

Gepland, verwacht: % van de tijd
 Onverwacht, incidenten: % van de tijd

 100 %

4E Als u een 'gemiddelde' week overziet, hoe verdeelt u dan uw aandacht ongeveer over bestuurlijk/strategische en tactisch/operationele zaken?

Bestuurlijk/strategisch: % van de tijd
 Tactisch/operationeel: % van de tijd

 100 %

CONTACTEN

4F Als u uw **interne** contacten tijdens een 'gemiddelde' week overziet, hoeveel tijd besteedt u ongeveer aan contacten met wie?

Met medische professionals (artsen en/of psychiaters.): Uren
 Met overige professionals (pedagogen, verpleegkundigen e.d.): Uren
 Met patiënten of hun familie: Uren
 Met collega bestuurders: Uren
 Met (voorzitter van) de Raad van Toezicht: Uren
 Met ondergeschikte managers: Uren
 Met (voorzitter van) de ondernemingsraad: Uren
 Met (voorzitter van) de cliëntenraad: Uren
 Met medewerkers waaraan u rechtstreeks leiding geeft: Uren

> > > vervolg z.o.z.

Anders, namelijk:

	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uren
--	----------------------	----------------------	------

	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uren
--	----------------------	----------------------	------

Overig:

	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uren
--	----------------------	----------------------	------

Totaal:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uren
----------------------	----------------------	------

4G Als u uw **externe** contacten tijdens een ‘gemiddelde’ week overziet, hoeveel tijd besteedt u ongeveer aan contacten met welke anderen?

Met bestuurders van andere, vergelijkbare organisaties:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uren
----------------------	----------------------	------

Met bestuurders van andere, andersoortige organisaties:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uren
----------------------	----------------------	------

Met patiëntenorganisaties:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uren
----------------------	----------------------	------

Met zorgverzekeraars:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uren
----------------------	----------------------	------

Met brancheorganisaties:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uren
----------------------	----------------------	------

Met overheden en ambtenaren:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uren
----------------------	----------------------	------

Anders, namelijk:

	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uren
--	----------------------	----------------------	------

	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uren
--	----------------------	----------------------	------

Overig:

	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uren
--	----------------------	----------------------	------

Totaal:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uren
----------------------	----------------------	------

4H Heeft u zitting in externe besturen en commissies in de gezondheidszorg?

[meerdere antwoorden mogelijk]

- Nee, ik heb geen zitting in externe besturen en commissies.
- Ja, ik heb zitting in een Raad van Toezicht.
- Ja, ik heb zitting in meerdere Raden van Toezicht.
- Ja, ik heb zitting in een regionaal zorgberaad.
- Ja, ik heb zitting in een regionaal indicatieorgaan.
- Ja, ik heb zitting in een landelijk bestuur.
- Ja, ik heb zitting in meerdere landelijke besturen.
- Ja, ik heb zitting in een landelijke c.q. departementale commissie.
- Ja, ik heb zitting in meerdere landelijke c.q. departementale commissies.
- Anders, namelijk

TAAKINVULLING**4I** Als u voor een lastig managementvraagstuk staat en een moeilijke beslissing moet nemen, valt u dan terug op onderstaande personen of informatiebronnen?

nooit	soms	regel- matig	vaak	altijd	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deskundigen van buiten.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Collega bestuurders uit de eigen organisatie.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Collega bestuurders uit een andere organisatie.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eerdere ervaringen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secretaris Raad van Bestuur.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kennis / inzichten opgedaan in opleidingen of cursussen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secretaresse.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Advies van de Raad van Toezicht.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Het management team.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mijn partner (privé).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kennis uit boeken of tijdschriften.

4J Kunt u in twee steekwoorden aangeven hoe u als bestuurder bekend staat?

4K Hoe geeft u invulling aan ondernemerschap in de zorg?

Geheel niet van toepassing



Zeer van toepassing

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Als ondernemer ben ik vooral bezig met het creatief omgaan met beperkte middelen. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Als ondernemer ben ik vooral bezig met het optimaliseren van werkprocessen. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Als ondernemer ben ik vooral bezig met het initiëren van commerciële activiteiten. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Als ondernemer ben ik vooral bezig met het stimuleren van professionals om te innoveren. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Als ondernemer ben ik vooral bezig met het aangaan van samenwerkingsrelaties ten einde aan de regionale zorgvraag tegemoet te kunnen komen. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Als ondernemer ben ik vooral bezig met het aanboren van nieuwe markten. |

4L Bestuurders worden herhaaldelijk uitgedaagd zich meer te laten gelden in het publieke debat. Hoe doet u dat? [meerdere antwoorden mogelijk]

- Door politici en/of ambtenaren actief te “bestoken” met mijn mening.
- Door problemen in de zorg aan de kaak te stellen via regionale of landelijke media (door bijvoorbeeld interviews of ingezonden brieven).
- Door mij te melden als lid van het bestuur of een commissie van de brancheorganisatie.
- Door kwesties te agenderen in mijn eigen politieke partij (lokaal of landelijk).
- Door gelijkgezinde collega’s te mobiliseren om positie te kiezen in het debat.
- Ik doe dat niet.
- Anders, namelijk:

4M Van welke bestuurder in de gezondheidszorg bent u onder de indruk omdat u hem/haar een goede bestuurder vindt?

OVERIG

Het kan zijn dat u aanvullingen wilt plegen 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:

Aanvullingen:

Opmerkingen:

Bijlage 3 Enquête 2010



BIOGRAFISCH PROFIEL

DE GEGEVENS WORDEN VERTROUWELIJK BEHANDELD
EN GEANONIMISEERD VERWERKT!

PERSONALIA

naam persoon

naam functie

sinds wanneer oefent u deze functie uit

portefeuille (indien van toepassing)

naam organisatie

1 A Wat is uw geboortejaar?

19

1 B Wat is uw geslacht?

Man Vrouw

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

- Ja, al mijn collega's zijn lid
 Nee, niet al mijn collega's zijn lid
 Nee, geen van mijn collega's zijn lid

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

- | Ze
er
on
be
lang
rij
k |  | Ze
er
be
lang
rij
k | |
|--|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Belangenbehartiging |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Services |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Contacten met mede bestuurders |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ondersteuning van de eigen professionele vakuitoefening |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anders, namelijk |

OPLEIDING

- 1 E** Heeft u één of meerdere universitaire en/of HBO opleiding(en)* genoten? Zo ja, welke?
* Het gaat hier om initiële opleidingen, niet om post-academische opleidingen.

Opleiding:

- Een universitaire opleiding, te weten:

- Bedrijfskunde
- Economie
- Geneeskunde
- Psychologie
- Rechten
- Sociale wetenschappen (anders dan economie of psychologie)
- Gezondheidswetenschappen
- Anders, namelijk:

- Een HBO opleiding, te weten:

- Verpleegkunde
- Bedrijfskunde
- HEAO
- SPD/sociale academie
- Anders, namelijk:

- Geen universitaire of HBO opleiding, maar:

- 1 F** Heeft u in de afgelopen tien jaar één of meer aanvullende of post-academische managementopleidingen of -cursussen gevolgd?

- Nee
- Ja, ik heb één cursus/opleiding gevolgd.
- Ja, ik heb meerdere cursussen/opleidingen gevolgd.

- 1 G** Indien u in de afgelopen tien jaar één of meer aanvullende of post-academische cursus(sen) of opleiding(en) gevolgd heeft, wat was/waren dat dan voor soort cursus(sen) of opleiding(en)?

[meerdere antwoorden mogelijk]

- Masteropleiding algemeen, zoals:

- MBA
- Bedrijfskunde
- Bestuurskunde
- Anders

- Masteropleiding specifiek gezondheidszorg, zoals:

- Master of Health Administration
- Master of Health Care Management
- MBA-Health
- Anders

- Uitgebreid management development programma, zoals:
- Master Class NVZD / Erasmus CMDz
 - Top Class NVZD / Erasmus CMDz
 - Stolte leergang voor leidinggevendenden in de zorg
 - Stolte Advanced Program (STAP)
 - Anders, namelijk:
- Cursus management algemeen
- Cursus management specifiek, namelijk:
- Financieel / Bedrijfskundig
 - Informatisering
 - Logistiek
 - Human resource management
 - Kwaliteitsmanagement
 - Vastgoed / Bouw
 - Anders, namelijk:

PROFESSIONELE ONTWIKKELING

1 H Op welke andere manier(en) dan door opleiding werkt u aan uw professionele vakontwikkeling?

[meerdere antwoorden mogelijk]

- Door deelname aan een intervisiegroep / directiewerkgroep
- Door deelname aan een werkgroep / commissie NVZD
- Door gesprekken met een persoonlijke coach
- Door deelname aan congressen / symposia
- Door het lezen van vakliteratuur
- Anders, namelijk:

1 I Op welke andere manier(en) dan deelname aan intervisie, werkgroep of opleiding deelt u uw kennis met collega's? [meerdere antwoorden mogelijk]

- Door het geven van (gast)colleges voor managers / collega bestuurders
- Door te spreken op congressen / symposia
- Door coaching van (nieuwe) bestuurders
- Door contacten met collega's, ongeorganiseerd
- Door medewerking te verlenen aan wetenschappelijk onderzoek naar bestuurlijke vraagstukken
- Door te publiceren in vakbladen
- Anders, namelijk:

1 J Van wie vraagt en ontvangt u de meeste feedback op uw dagelijks functioneren? [slechts één antwoord mogelijk]

- Raad van Toezicht
- Ondergeschikte managers
- Collega bestuurder(s) van dezelfde organisatie
- Collega bestuurder(s) van een andere organisatie
- Coach
- Anders, namelijk:

CARRIEREVERLOOP

- 1 K** In welke sector was u werkzaam in uw eerste functie, in welke sector in uw **vorige** functie en in welke sector(en) in de **tussenliggende** functies? [in het laatste geval zijn meerdere antwoorden mogelijk]

Uw **eerste** functie:

- Dienstverlening
 Gezondheidszorg
 Industrie
 Landbouw
 Onderwijs
 Overheid
 Anders

Uw **vorige** functie:

- Dienstverlening
 Gezondheidszorg
 Industrie
 Landbouw
 Onderwijs
 Overheid
 Anders

De **tussenliggende** functies*:

- Dienstverlening
 Gezondheidszorg
 Industrie
 Landbouw
 Onderwijs
 Overheid
 Anders

* Meerdere antwoorden mogelijk

- 1 L** In welk jaar begon u aan uw eerste **management**functie?

In

- 1 M** Hoeveel **management**functies heeft u in **totaal** uitgeoefend?

Totaal aantal managementfuncties:

Waarvan:

functies met **eindverantwoordelijkheid** (bestuurdersfuncties)

functies **binnen** de gezondheidszorg

- 1 N** Is uw huidige functie uw eerste **eindverantwoordelijke** directie- of bestuursfunctie?

- Ja
 Nee

- 1 O** Indien u meerdere **management**functies heeft uitgeoefend **binnen de gezondheidszorg**, bent u dan steeds werkzaam geweest in één en dezelfde organisatie?

- Ja, in één en **dezelfde** organisatie (bijvoorbeeld één ziekenhuis).
 Nee, in **verschillende**, maar **vergelijkbare** organisaties (bijvoorbeeld verschillende ziekenhuizen).
 Nee, in **verschillende soorten** organisaties (bijvoorbeeld een ziekenhuis en een organisatie voor verstandelijk gehandicapten).
 N.v.t.

2

ORGANISATIEPROFIEL

ORGANISATIE

2 A Aan welk(e) type(n) organisatie(s) geeft u leiding? [Meerdere antwoorden mogelijk, bijvoorbeeld in het geval van concerns]

- Academisch ziekenhuis
- Algemeen ziekenhuis
- Categorieel ziekenhuis
- Organisatie voor GGZ
- Thuiszorgorganisatie
- Organisatie voor verstandelijk of lichamelijk gehandicapten
- Verpleeghuis
- Verzorgingshuis
- Anders, namelijk:

2 B Wat zijn de bedrijfsopbrengsten* van de organisatie waaraan u leiding geeft? [peiljaar 2009]

- Minder dan 15
- 15 – 50
- 50 – 100
- 100 – 125
- 125 – 150
- Meer dan 150

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

2 C Hoeveel personen zijn gemiddeld genomen werkzaam in de organisatie waaraan u leiding geeft, inclusief flexibele dienstverbanden? [peiljaar 2009]

Totaal aantal fte's in 2009:

- minder dan 500
- 500 – 750
- 750 – 1.000
- 1.000 – 1.250
- 1.250 – 1.500
- meer dan 1.500

Totaal aantal personen in 2009:

- minder dan 500
- 500 – 1.000
- 1.000 – 1.500
- 1.500 – 2.000
- 2.000 – 2.500
- meer dan 2.500

2 D Hoeveel medisch specialisten (artsen, psychiaters) zijn **gemiddeld** genomen werkzaam in de organisatie waaraan u leiding geeft? [peiljaar 2009]

Totaal aantal fte's in 2009:

- | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> minder dan 25 | <input type="checkbox"/> 100 – 150 | <input type="checkbox"/> N.v.t. |
| <input type="checkbox"/> 25 – 50 | <input type="checkbox"/> 150 – 200 | |
| <input type="checkbox"/> 50 – 100 | <input type="checkbox"/> meer dan 200 | |

Totaal aantal personen in 2009:

- | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> minder dan 25 | <input type="checkbox"/> 100 – 150 | <input type="checkbox"/> N.v.t. |
| <input type="checkbox"/> 25 – 50 | <input type="checkbox"/> 150 – 200 | |
| <input type="checkbox"/> 50 – 100 | <input type="checkbox"/> meer dan 200 | |

STRUCTUUR

2 E Hoe is de topstructuur van uw organisatie thans ingericht?

- Eenhoofdig(e) directie/bestuur.
 Meerhoofdig(e) directie/bestuur met collegiale verantwoordelijkheid.
 Meerhoofdig(e) directie/bestuur met eerstverantwoordelijke directeur.
 Anders, namelijk:

2 F Hoeveel leidinggevende niveaus heeft uw organisatie (de Raad van Toezicht niet meegerekend)?

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 2 lagen | <input type="checkbox"/> 4 lagen |
| <input type="checkbox"/> 3 lagen | <input type="checkbox"/> Meer dan 4 lagen |

2 G 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?

- | | | |
|---|---------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 2 leden, waarvan: | <input type="text"/> vrouwen en | <input type="text"/> mannen |
| <input type="checkbox"/> 3 leden, waarvan: | <input type="text"/> vrouwen en | <input type="text"/> mannen |
| <input type="checkbox"/> 4 leden, waarvan: | <input type="text"/> vrouwen en | <input type="text"/> mannen |
| <input type="checkbox"/> Meer dan 4 leden, waarvan: | <input type="text"/> vrouwen en | <input type="text"/> mannen |
| <input type="checkbox"/> N.v.t. | <input type="text"/> vrouwen en | <input type="text"/> mannen |

2 H Hoe is de organisatiestructuur van uw organisatie thans ingericht?

- Functionele indeling (dienstenstructuur).
 Indeling naar zorgeenheden ('gekanteld' naar werkeenheden of productgroepen).
 Indeling naar clusters/divisies waarbinnen zorgeenheden zijn samengebracht.
 Anders, namelijk:

2 I 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]

- Verplichte raadpleging, het bestuur is verplicht om over belangrijke beslissingen aangaande het organisatiebeleid advies in te winnen van (vertegenwoordigers van) professionals.
- 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).
- Duaal bestuur: de directie/Raad van Bestuur en vertegenwoordigers van professionals (bijvoorbeeld de voorzitter Vakgroep of Medische Staf) vormen samen het organisatiebestuur.
- Duaal management: sommige professionals zijn voor een deel van hun tijd manager (bijvoorbeeld medisch manager).
- Dit is (nog) niet geregeld.
- Anders, namelijk:

VERANDERINGEN

2 J Welke van de onderstaande grootscheepse veranderingen heeft uw organisatie de afgelopen vijf jaar doorgemaakt (2005-2010)? Of zit u nu nog midden in? Of zullen in de nabije toekomst in uw organisatie zeker gerealiseerd moeten worden, maar bent u nu nog niet aan begonnen? [meerdere antwoorden mogelijk]

* in geval van concerns kan het ook om organisatieonderdelen gaan


Veranderingen:	2005-2010	nu	toekomst
Introductie van een nieuwe topstructuur (Raad van Toezicht model, bijvoorbeeld).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kanteling van de organisatie (van diensten-structuur naar zorgeenheden/clusters).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
'Doorkanteling' van de organisatie (het verder doorvoeren van principes van decentralisatie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fusie met één of meer vergelijkbare organisaties ('horizontale' fusie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samenwerking met andersoortige organisaties (bijvoorbeeld in zorgprogramma of door convenant).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fusie met één of meer andersoortige organisaties ('verticale' fusie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieuwbouw of uitgebreide renovatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Substantiële uitbreiding van het zorgaanbod met nieuwe voorzieningen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reorganisatie van de Medische Staf (oprichting van een formele vereniging, met statutair vastgelegde vertegenwoordigingsbevoegdheid van het stafbestuur, bijvoorbeeld).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Introductie van commerciële diensten of private initiatieven (ZBC of zelfhulp cursussen, bijvoorbeeld).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Introductie kwaliteitssysteem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanering, grootscheepse bezuiniging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uitgebreide aanpassing van de ICT-infrastructuur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk: <input style="width: 280px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk: <input style="width: 280px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk: <input style="width: 280px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3


MENTAAL PROFIEL

VISIE OP BESTUREN

3 A U kunt als bestuurder verschillende rollen in uw organisatie vervullen. Hoe **belangrijk** vindt u de volgende rollen op dit moment?


Zeer onbelangrijk			Zeer belangrijk		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Het 'boegbeeld' of de 'ambassadeur' van de organisatie naar buiten en naar binnen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'bestuurder' die de strategische lijnen naar de toekomst uitzet.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'manager' die er voor zorgt dat de productie efficiënt en volgens afspraken verloopt.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'regisseur' die er voor zorgt dat zorgprocessen soepel verlopen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'tussenpersoon' die verbindingen legt tussen de binnen- en buitenwereld van de organisatie.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'ondernemer' die vernieuwingen introduceert en nieuwe 'markten' aanboort.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anders, namelijk: <input type="text"/>

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

Zwak			Sterk		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Het 'boegbeeld' of de 'ambassadeur' van de organisatie naar buiten en naar binnen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'bestuurder' die de strategische lijnen naar de toekomst uitzet.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'manager' die er voor zorgt dat de productie efficiënt en volgens afspraken verloopt.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'regisseur' die er voor zorgt dat zorgprocessen soepel verlopen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'tussenpersoon' die verbindingen legt tussen de binnen- en buitenwereld van de organisatie.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'ondernemer' die vernieuwingen introduceert en nieuwe 'markten' aanboort.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anders, namelijk: <input type="text"/>

- 3 C** In de gezondheidszorg vinden veel reorganisaties en veranderingen plaats. Als u kijkt naar uw organisatie, welke veranderingsstrategie acht u dan het meest noodzakelijk?

Prioriteit:

Laag		Hoog	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Het moet inhoudelijker: er moet meer oog zijn voor de kwaliteit van de dienstverlening.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Het moet zakelijker: er moet meer gestuurd worden op resultaten.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Het moet maatschappelijker: er moet meer rekening gehouden worden met de maatschappelijke vraag.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Het moet slimmer: de prijs/kwaliteit verhouding moet beter.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Het moet professioneler: er moet meer aandacht zijn voor de professionele ontwikkeling van medewerkers.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Het moet ondernemender: er moeten nieuwe werkwijzen en activiteiten geïntroduceerd worden die op verschillende wijzen gefinancierd kunnen worden.

- 3 D** U kunt als bestuurder op verschillende zaken afgerekend worden. Waar wenst u vooral op afgerekend te worden? [maximaal twee antwoorden kiezen]

- Voldoen aan de door de politiek opgelegde opdracht.
- Optimalisatie van het logistieke proces.
- De bedrijfseconomische gezondheid van de organisatie.
- De concurrentiepositie of het concurrentievermogen van de organisatie.
- De kwaliteit van de verleende zorg en/of diensten.
- Het vervullen van de maatschappelijke functie van de organisatie.

- 3 E** Waaruit blijkt naar uw mening de effectiviteit van de bestuurder? [maximaal drie antwoordmogelijkheden aankruisen]

- De effectiviteit van de bestuurder blijkt uit zijn of haar vermogen om spanningen en dilemma's in de eigen organisatie te hanteren.
- De effectiviteit van de bestuurder blijkt uit zijn of haar vermogen om veranderingen door te voeren.
- De effectiviteit van de bestuurder blijkt uit de bedrijfseconomische resultaten van de organisatie.
- De effectiviteit van de bestuurder blijkt uit zijn of haar vermogen tot het formuleren van een bindende visie.
- De effectiviteit van de bestuurder blijkt uit zijn of haar vermogen om medewerkers te stimuleren in hun ontwikkeling.
- De effectiviteit van de bestuurder blijkt uit zijn of haar besluitvaardigheid.
- De effectiviteit van de bestuurder blijkt uit zijn of haar vermogen om de eigen managementstijl aan te passen aan de situatie.
- Anders, namelijk:

3 F 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		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ik voel mij vooral verbonden met de organisatie waarvoor ik werk.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ik voel mij vooral verbonden met de sector waarin ik werk.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ik voel mij vooral verbonden met de (problematiek van) cliënten.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ik voel mij vooral verbonden met het zorgverleningsproces.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ik voel mij vooral verbonden met de grotere maatschappelijke vraagstukken aangaande de zorg (als toegankelijkheid, betaalbaarheid, solidariteit).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ik voel mij vooral verbonden met collega managers / bestuurders binnen de eigen organisatie.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ik voel mij vooral verbonden met collega bestuurders in de gezondheidszorg.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ik voel mij vooral verbonden met publieke managers in algemene zin.

VISIE OP MANAGEMENT

3 G Professionals kunnen op verschillende manieren gemanaged worden, waar plaatst u uw **opvatting** over het management van **professionals**? [slechts één antwoord mogelijk]

- Het management van professionals is 'zelf' management: professionals weten zelf wat goed is, bestuurders scheppen condities voor hun beroepsuitoefening.
- Het management van professionals is 'meevoelend' management: bestuurders moeten voor de uitoefening van hun functie in staat zijn te begrijpen hoe professionals denken.
- Het management van professionals is 'geduld' management: professionals moeten voorzichtig en met respect benaderd worden om medewerking te verkrijgen voor organisatiebeleid.
- 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.
- Het management van professionals is 'confronterend' management: bestuurders moeten bereid zijn om het conflict met professionals aan te gaan teneinde organisatiedoelen te realiseren.
- N.v.t.

3 H Ook ondergeschikte managers kunnen op verschillende manieren gemanaged worden, waar plaatst u uw **opvatting** over het management van **managers**? [slechts één antwoord mogelijk]

- Het management van managers is 'zelf' management: managers weten zelf wat zij moeten doen, bestuurders scheppen condities voor hun functie-uitoefening.
- Het management van managers is 'meevoelend' management: bestuurders moeten voor de uitoefening van hun functie de omstandigheden waarin managers opereren begrijpen.
- Het management van managers is 'geduld' management: managers moeten voorzichtig en met respect benaderd worden om tot optimale uitvoering van het organisatiebeleid te komen.
- Het management van managers is 'actief sturend' management: de bestuurder moet zich actief met managers bemoeien om in gezamenlijkheid organisatiebeleid te realiseren.
- Het management van managers is 'confronterend' management: bestuurders moeten bereid zijn om het conflict met managers aan te gaan teneinde organisatiedoelen te realiseren.
- N.v.t.

Visie op management heeft ook betrekking op uw oordeel over de bijdrage die leidinggevenden op de andere niveaus in uw organisatie vervullen. De volgende vragen gaan over het eerste (direct leidinggevend aan het operationeel proces) en tweede niveau van leidinggeven (leidinggevend aan divisies en clusters direct onder de raad van bestuur)


- 3 I** Een leidinggevende van het **eerste niveau** (direct leidinggevend aan het operationeel proces) kan verschillende rollen vervullen in de organisatie. Hoe **belangrijk** vindt u de volgende rollen?

Ze onbelangrijk				Ze belangrijk		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'coach' die medewerkers begeleidt in de uitoefening van hun functie.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'ondernemer' die inspeelt op veranderingen in de zorg en vernieuwingen introduceert.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'bedrijfsmatige manager' die er voor zorgt dat de productie efficiënt en volgens afspraak verloopt.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'zorginhoudelijke manager' die stuurt op zorgprocessen en kwaliteit van zorg.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'uitvoerder' van plannen van hogere managers.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'pleitbezorger' die ideeën afkomstig van de werkvloer doorspeelt naar hogere managers.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'tussenpersoon' die verbindingen legt tussen de binnen- en buitenwereld van de organisatie.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anders, namelijk: <input type="text"/>


- 3 J** Leidinggevenden van het **eerste niveau** (direct leidinggevend aan het operationeel proces) vervullen verschillende rollen in de organisatie. Hoe sterk vervullen zij de volgende rollen **feitelijk**?

Zwak			Sterk		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'coach' die medewerkers begeleidt in de uitoefening van hun functie.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'ondernemer' die inspeelt op veranderingen in de zorg en vernieuwingen introduceert.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'bedrijfsmatige manager' die er voor zorgt dat de productie efficiënt en volgens afspraak verloopt.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'zorginhoudelijke manager' die stuurt op zorgprocessen en kwaliteit van zorg.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'uitvoerder' van plannen van hogere managers.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'pleitbezorger' die ideeën afkomstig van de werkvloer doorspeelt naar hogere managers.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'tussenpersoon' die verbindingen legt tussen de binnen- en buitenwereld van de organisatie.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anders, namelijk: <input type="text"/>

- 3 K** Een leidinggevende van het **tweede niveau** (leidinggevend aan divisies en clusters direct onder de raad van bestuur) kan verschillende rollen vervullen in de organisatie. Hoe **belangrijk** vindt u de volgende rollen?

Ze onbelangrijk			Ze belangrijk		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'coach' die medewerkers begeleidt in de uitoefening van hun functie.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'ondernemer' die inspeelt op veranderingen in de zorg en vernieuwingen introduceert.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'bedrijfsmatige manager' die er voor zorgt dat de productie efficiënt en volgens afspraak verloopt.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'zorginhoudelijke manager' die stuurt op zorgprocessen en kwaliteit van zorg.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'uitvoerder' van plannen van hogere managers.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'pleitbezorger' die ideeën afkomstig van de werkvloer doorspeelt naar hogere managers.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'tussenpersoon' die verbindingen legt tussen de binnen- en buitenwereld van de organisatie.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anders, namelijk: <input type="text"/>

- 3 L** Leidinggevend van het **tweede niveau** (leidinggevend aan divisies en clusters direct onder de raad van bestuur) vervullen verschillende rollen in de organisatie. Hoe sterk vervullen zij de volgende rollen **feitelijk**?

Zwak			Sterk		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'coach' die medewerkers begeleidt in de uitoefening van hun functie.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'ondernemer' die inspeelt op veranderingen in de zorg en vernieuwingen introduceert.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'bedrijfsmatige manager' die er voor zorgt dat de productie efficiënt en volgens afspraak verloopt.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'zorginhoudelijke manager' die stuurt op zorgprocessen en kwaliteit van zorg.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'uitvoerder' van plannen van hogere managers.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'pleitbezorger' die ideeën afkomstig van de werkvloer doorspeelt naar hogere managers.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De 'tussenpersoon' die verbindingen legt tussen de binnen- en buitenwereld van de organisatie.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anders, namelijk: <input type="text"/>

4

MENTAAL PROFIEL

VISIE OP BESTUREN

4 A Als u een 'gemiddelde' werkweek overziet, hoe verdeelt u dan uw aandacht ongeveer over interne en externe zaken?

Intern: % van de tijd

Extern: % van de tijd

100 %

4 B 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.)?

Zorginhoudelijk: % van de tijd

Beheersmatig: % van de tijd

100 %

4 C Als u een 'gemiddelde' week overziet, hoe verdeelt u dan uw aandacht ongeveer over geplande en onverwachte zaken?

Gepland, verwacht: % van de tijd

Onverwacht, incidenten: % van de tijd

100 %

4 D Als u een 'gemiddelde' week overziet, hoe verdeelt u dan uw aandacht ongeveer over bestuurlijk/strategische en tactisch/operationele zaken?

Bestuurlijk/strategisch: % van de tijd

Tactisch/operationeel: % van de tijd

100 %

CONTACTEN

4 E Als u uw **interne** contacten tijdens een 'gemiddelde' week overziet, hoeveel tijd besteedt u ongeveer aan contacten met wie?

Met medische professionals (artsen en/of psychiaters): Uren

Met overige professionals (pedagogen, verpleegkundigen e.d.): Uren

Met patiënten of hun familie: Uren

Met collega bestuurders: Uren

Met (voorzitter van) de Raad van Toezicht: Uren

Met ondergeschikte managers: Uren

Met (voorzitter van) de ondernemingsraad: Uren

Met (voorzitter van) de cliëntenraad: Uren

Met medewerkers waaraan u rechtstreeks leiding geeft: Uren

Anders, namelijk:

Uren

Uren

Overig: Uren

Totaal: Uren

4 F Als u uw **externe** contacten tijdens een 'gemiddelde' week overziet, hoeveel tijd besteedt u ongeveer aan contacten met welke anderen?

Met bestuurders van andere, vergelijkbare zorgorganisaties: Urer

Met bestuurders van andere, andersoortige zorgorganisaties: Urer

Met patiëntenorganisaties/belangenbehartigers: Urer

Met zorgverzekeraars: Urer

Met brancheorganisaties: Urer

Met overheden en ambtenaren: Urer

Andere stakeholders, namelijk:

Urer

Urer

Overig: Urer

Totaal: Urer

4 G Heef u zitting in externe besturen en commissies in de gezondheidszorg? [meerdere antwoorden mogelijk]


- Nee, ik heb geen zitting in externe besturen en commissies.
- Ja, ik heb zitting in een Raad van Toezicht.
- Ja, ik heb zitting in meerdere Raden van Toezicht.
- Ja, ik heb zitting in een landelijk bestuur.
- Ja, ik heb zitting in meerdere landelijke besturen.
- Ja, ik heb zitting in een landelijke c.q. departementale commissie.
- Ja, ik heb zitting in meerdere landelijke c.q. departementale commissies.
- Anders, namelijk:

TAAKINVULLING

4H Als u voor een lastig managementvraagstuk staat en een moeilijke beslissing moet nemen, valt u dan terug op onderstaande personen of informatiebronnen?

Nooit	soms	regelmatig	vaak	altijd	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deskundigen van buiten.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Collega bestuurders uit de eigen organisatie.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Collega bestuurders uit een andere organisatie.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eerdere ervaringen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secretaris Raad van Bestuur
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kennis / inzichten opgedaan in opleidingen of cursussen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secretaresse.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Advies van de Raad van Toezicht.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Het management team.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mijn partner (privé).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kennis uit boeken of tijdschriften.

4I Hoe geeft u invulling aan ondernemerschap in de zorg?

Geheel niet van toepassing		Zeer van toepassing	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Als ondernemer ben ik vooral bezig met het creatief omgaan met beperkte middelen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Als ondernemer ben ik vooral bezig met het optimaliseren van werkprocessen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Als ondernemer ben ik vooral bezig met het initiëren van commerciële activiteiten.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Als ondernemer ben ik vooral bezig met het stimuleren van professionals om te innoveren.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Als ondernemer ben ik vooral bezig met het aangaan van samenwerkingsrelaties ten einde aan de regionale zorgvraag tegemoet te kunnen komen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Als ondernemer ben ik vooral bezig met het aanboren van nieuwe markten.

4J Bestuurders worden herhaaldelijk uitgedaagd zich meer te laten gelden in het publieke debat. Hoe doet u dat? [meerdere antwoorden mogelijk]

- Door politici en/of ambtenaren actief te "bestoken" met mijn mening.
- Door problemen in de zorg aan de kaak te stellen via regionale of landelijke media (door bijvoorbeeld interviews of ingezonden brieven).
- Door mij te melden als lid van het bestuur of een commissie van de brancheorganisatie.
- Door kwesties te agenderen in mijn eigen politieke partij (lokaal of landelijk).
- Door gelijkgezinde collega's te mobiliseren om positie te kiezen in het debat.
- Ik doe dat niet.
- Anders, namelijk:

OVERIG

Het kan zijn dat u aanvullingen wilt plegen 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:

Aanvullingen:

Opmerkingen:

Bijlage 4 Tabellenboek

Tabel 1 Samenhang leeftijd en geslacht (percentage), 2010 (Chi-kwadraat)

	man	vrouw
t/m 50 jaar	<u>17%</u>	<u>28%</u>
51 t/m 55 jaar	31%	41%
Vanaf 55 jaar	<u>52%</u>	<u>31%</u>

Tabel 2 Samenhang studierichting (hbo en universitair) en geslacht (percentage), 2010 (Chi-kwadraat)

	man	vrouw
Bedrijfskundige/economische studierichting	<u>33%</u>	<u>17%</u>
Zorgspecifieke studierichting	<u>43%</u>	<u>57%</u>
Andere studierichting	51%	52%

Tabel 3 Samenhang opleiding (hbo en universitair) en geslacht (percentage), 2010 (Chi-kwadraat)

	man	vrouw
universitair		
Bedrijfskunde	<u>22%</u>	<u>10%</u>
Economie	11%	6%
Geneeskunde	23%	29%
Psychologie	8%	4%
Rechten	7%	3%
Sociale wetenschappen	22%	29%
Gezondheidswetenschappen	8%	15%
Ander universitair	12%	12%
hbo		
Verpleegkunde	36% ¹	56% ¹
Bedrijfskunde	15%	8%
HEAO	8%	5%
SPD/sociale academie	<u>38%</u>	<u>13%</u>
Anders	30%	43%

¹ $\alpha = 0,053$

Tabel 4 Aantal gevolgde aanvullende postacademische managementopleidingen of -cursussen de afgelopen tien jaren (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	2000	2005	2010
Geen	9%	12%	11%
Eén cursus/opleiding	19%	<u>14%</u>	<u>22%</u>
Meerdere cursussen/opleidingen	72%	74%	67%

Tabel 5 Samenhang MBA-opleiding en leeftijdsklasse (percentage), 2010 (Chi-kwadraat)

	t/m 50 jaar	51 t/m 55 jaar	56 jaar en ouder
MBA-opleiding	<u>25%</u>	<u>7%</u>	<u>4%</u>

Tabel 6¹ Soort aanvullende managementopleidingen of -cursussen gevolgd in de afgelopen tien jaar (percentage, meerdere antwoorden mogelijk), 2005 en 2010

	2005	2010
Masteropleiding algemeen	13%	30%
• MBA		9%
• Bedrijfskunde		6%
• Bestuurskunde		2%
• Anders		14%
Masteropleiding specifiek (zorg)	17%	24%
• Master of Health Administration		10%
• Master of Health Care Management		4%
• MBA-Health		5%
• Anders		8%
Management development-programma (zorg)		61%
• Masterclass NVZD	30%	28%
• Top Class	1%	7%
• Stolte leergang voor leidinggevend	11%	6%
• Stolte Advanced Program	11%	10%
• Anders		21%
Cursus management algemeen	25%	16%
Cursus management specifiek	54%	59%
• Financieel/bedrijfskundig	37%	37%
• Informatisering	12%	6%
• Logistiek	5%	4%
• Human resource management	12%	6%

>>

1 Een vergelijking tussen de jaren is niet goed mogelijk in verband met de veranderde vraagstelling.

>>

	2005	2010
• Kwaliteitsmanagement	21%	15%
• Vastgoed/bouw		15%
• Anders specifiek	8%	17%

Tabel 7 Samenhang manieren om aan professionele (vak)ontwikkeling te werken (meerdere antwoorden mogelijk) en geslacht (percentage), 2010 (Chi-kwadraat)

	man	vrouw
Intervisie/directiewerkgroep	<u>67%</u>	<u>79%</u>
Werkgroep/commissie NVZD	4%	5%
Persoonlijke coach	44%	50%
Congressen/symposia	87%	81%
Vakliteratuur	92%	95%
Anders	<u>12%</u>	<u>3%</u>

Tabel 8 Samenhang manieren om aan professionele (vak)ontwikkeling te werken (meerdere antwoorden mogelijk) en leeftijdsklasse (percentage), 2010 (Chi-kwadraat)

	t/m 50 jaar	51 t/m 55 jaar	56 jaar en ouder
Intervisie/directiewerkgroep	61%	77%	71%
Werkgroep/commissie NVZD	8%	5%	2%
Persoonlijke coach	56%	44%	44%
Congressen/symposia	<u>72%</u>	<u>85%</u>	<u>91%</u>
Vakliteratuur	89%	97%	92%
Anders	13%	8%	9%

Tabel 9 Redenen voor lidmaatschap NVZD (gemiddeld, schaal 1-5, 1 = zeer onbelangrijk, 5 = zeer belangrijk) per jaar, 2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	2005	2010
Belangenbehartiging	4,0	4,0
Services	3,4	3,4
Contacten	3,4	3,3
Ondersteuning	3,4	3,3

Tabel 10 Samenhang redenen voor lidmaatschap NVZD naar leeftijdsklasse (gemiddeld, schaal 1-5, 1 = zeer onbelangrijk, 5 = zeer belangrijk) 2010 (Chi-kwadraat)

	t/m 50 jaar	51 t/m 55 jaar	56 jaar en ouder
Belangenbehartiging	3,83	4,09	4,06
Services	3,47	3,54	3,35
Contacten	3,22	3,36	3,31
Ondersteuning	<u>3,68</u>	<u>3,36</u>	<u>3,11</u>

Tabel 11 Manieren van kennisoverdracht (percentage, meerdere antwoorden mogelijk), 2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	2005	2010
Geven van (gast)colleges	24%	29%
Spreken op congressen	44%	46%
Coaching bestuurders	<u>22%</u>	<u>16%</u>
Ongeorganiseerde contacten	91%	91%
Wetenschappelijk onderzoek	28%	32%
Publicaties	12%	13%
Anders	<u>8%</u>	<u>4%</u>

Tabel 12 Samenhang manieren van kennisoverdracht (meerdere antwoorden mogelijk) en leeftijds-klasse (percentage), 2010 (Chi-kwadraat)

	t/m 50 jaar	51 t/m 55 jaar	56 jaar en ouder
Geven van (gast)colleges	31%	29%	30%
Spreken op congressen	50%	39%	51%
Coaching bestuurders	<u>7%</u>	<u>13%</u>	<u>21%</u>
Ongeorganiseerde contacten	93%	93%	88%
Wetenschappelijk onderzoek	36%	32%	30%
Publicaties	9%	13%	15%
Anders	3%	3%	5%

Tabel 13a Managementervaring (in aantal functies) naar leeftijdsklassen, 2010 (o.b.v. Kruskal-Wallis test)

	t/m 50 jaar	51 t/m 55 jaar	vanaf 56 jaar
Totaal managementfuncties	4,39	5,03	5,06
Eindverantwoordelijke managementfuncties (directie-/bestuursfuncties)	1,48	1,78	2,10
Functies binnen gezondheidszorg	2,85	3,56	3,57
Functies buiten gezondheidszorg	1,54	1,47	1,49

Tabel 13b Managementervaring (in jaren) naar leeftijdsklassen, 2010 (vergelijking tussen groepen m.b.v. ANOVA)

	t/m 50 jaar	51 t/m 55 jaar	vanaf 56 jaar
Hoe lang geleden had U uw eerste managementfunctie	<u>15,07</u>	<u>20,88</u>	<u>25,91</u>

Tabel 14 Carrièreverloop bestuurders naar eerste functie, tussenliggende functies (meerdere antwoorden mogelijk) en vorige functie (percentage), 2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	Eerste functie		Tussenliggende functie		Vorige functie	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
Dienstverlening	13%	9%	17%	14%	9%	8%
Gezondheidszorg	<u>52%</u>	<u>63%</u>	81%	83%	78%	81%
Industrie	7%	3%	2%	3%	0%	1%
Landbouw	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Onderwijs	12%	11%	10%	6%	4%	2%
Overheid	8%	8%	13%	8%	5%	4%
Anders	7%	6%	8%	7%	4%	4%

Tabel 15 Huidige functie de eerste eindverantwoordelijke directie- of bestuursfunctie, per type instelling (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2000	41%	32%	46%	36%	36%	<u>29%</u>	38%
2005	41%	47%	50%	43%	33%	<u>78%</u>	45%
2010	42%	56%	50%	47%	49%	74%	51%

Tabel 16 Duur huidige functie (in jaren) naar huidige functie de eerste eindverantwoordelijke directie- of bestuursfunctie, 2000-2005-2010 (vergelijking tussen groepen m.b.v. Mann-Whitney)

	1 ^e eindver. functie	niet 1 ^e eindver. functie
2000	<u>9,16</u>	<u>6,51</u>
2005	7,18	5,78
2010	6,32	6,60

Tabel 17a Managementervaring (gemiddelde in jaren, aantal) naar huidige functie de eerste eindverantwoordelijke directie- of bestuursfunctie, 2010 (vergelijking tussen groepen m.b.v. Mann-Whitney)

	1 ^e eindver. functie	niet 1 ^e eindver. functie
Totaal managementfuncties	<u>4,22</u>	<u>5,66</u>
Eindverantwoordelijke managementfuncties (directie-/bestuursfuncties)	<u>1,00</u>	<u>2,74</u>
Functies binnen gezondheidszorg	<u>2,94</u>	<u>3,97</u>
Functies buiten gezondheidszorg	1,28	1,68

Tabel 17b Hoe lang geleden eerste managementfunctie (gemiddelde in jaren) naar huidige functie de eerste eindverantwoordelijke directie- of bestuursfunctie 2010 (vergelijking tussen groepen m.b.v. ANOVA)

	1° eindver. functie	niet 1° eindver. functie
Hoe lang geleden had U uw eerste managementfunctie	<u>20,42</u>	<u>23,80</u>

Tabel 18a Managementervaring (gemiddelde in aantal functies) naar geslacht, 2010 (vergelijking tussen groepen m.b.v. Mann-Whitney)

	man	vrouw
Totaal managementfuncties	<u>5,13</u>	<u>4,34</u>
Eindverantwoordelijke managementfuncties (directie-/bestuursfuncties)	<u>2,02</u>	<u>1,49</u>
Functies binnen gezondheidszorg	<u>3,63</u>	<u>2,93</u>
Functies buiten gezondheidszorg	1,50	1,41

Tabel 18b Managementervaring (gemiddelde in jaren) naar geslacht, 2010 (vergelijking tussen groepen m.b.v. ANOVA).

	man	vrouw
Hoe lang geleden had U uw eerste managementfunctie	<u>23,16</u>	<u>19,13</u>

Tabel 19 Samenhang huidige functie de eerste eindverantwoordelijke directie- of bestuursfunctie (in percentage) en geslacht, 2010 (Chi-kwadraat)

	man	vrouw
Nee, niet 1° eindverantwoordelijke functie	<u>54%</u>	<u>37%</u>
Ja, 1° eindverantwoordelijke functie	<u>46%</u>	<u>63%</u>

Tabel 20 Belangrijkheid vs. vervulling rollen (gemiddeld, schaal 1-5, 1 = zeer onbelangrijk/zwak, 5 = zeer belangrijk/sterk), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen gepaarde groepen m.b.v. Friedman)

	2000		2005		2010	
	belang	invul	belang	invul	belang	invul
Boegbeeld/ambassadeur	<u>4,2</u>	<u>4,0</u>	<u>4,2</u>	<u>4,1</u>	<u>4,4</u>	<u>4,3</u>
Bestuurder	<u>4,7</u>	<u>4,4</u>	<u>4,6</u>	<u>4,4</u>	<u>4,6</u>	<u>4,5</u>
Manager	<u>3,1</u>	<u>3,0</u>	3,2	3,2	3,3	3,3
Regisseur	<u>3,0</u>	<u>2,8</u>	<u>3,1</u>	<u>2,9</u>	<u>3,3</u>	<u>3,1</u>
Tussenpersoon	<u>3,3</u>	<u>3,4</u>	<u>4,2</u>	<u>4,1</u>	4,3	4,2
Ondernemer	<u>4,3</u>	<u>4,0</u>	<u>4,3</u>	<u>3,9</u>	<u>4,2</u>	<u>3,9</u>

Tabel 21 Belangrijkheid rollen naar geslacht (gemiddeld, schaal 1-5, 1 = zeer onbelangrijk, 5 = zeer belangrijk), 2010 (vergelijking tussen groepen m.b.v. Mann-Whitney)

	man	vrouw
Boegbeeld/ambassadeur	<u>4,35</u>	<u>4,50</u>
Bestuurder	4,63	4,65
Manager	3,27	3,25
Regisseur	3,25	3,37
Tussenpersoon	4,29	4,37
Ondernemer	4,18	4,24
Andere rol	4,75	4,75

Tabel 22 Feitelijke vervulling rollen naar geslacht (gemiddeld, schaal 1-5, 1 = zeer zwak, 5 = zeer sterk), 2010 (vergelijking tussen groepen m.b.v. Mann-Whitney)

	man	vrouw
Boegbeeld/ambassadeur	4,28	4,44
Bestuurder	4,53	4,57
Manager	3,30	3,35
Regisseur	3,08	3,25
Tussenpersoon	<u>4,20</u>	<u>4,40</u>
Ondernemer	3,97	3,92
Andere rol	4,78	5,00

Tabel 23 Waaruit blijkt de effectiviteit van de bestuurder (max. 3 antwoorden aankruisen) naar geslacht (percentage), 2010 (vergelijking tussen groepen m.b.v. Chi-kwadraat)

	man	vrouw
Spanningen en dilemma's hanteren	40%	44%
Veranderingen doorvoeren	60%	59%
Bedrijfseconomische resultaten	<u>53%</u>	<u>37%</u>
Formuleren bindende visie	64%	60%
Medewerkers stimuleren	40%	31%
Besluitvaardigheid	18%	19%
Eigen stijl aanpassen	20%	28%
Anders	3%	7%

Tabel 24 Belangrijkheid rollen (gemiddeld, schaal 1-5, 1 = zeer onbelangrijk, 5 = zeer belangrijk) naar studierichting, 2010 (m.b.v. Mann-Whitney is het verschil binnen de groep onderzocht)

	Bedrijfskundige/ economische studierichting	Zorgspecifieke studierichting	Andere studierichting
Boegbeeld/ambassadeur	4,33	4,38	4,43
Bestuurder	4,69	4,65	4,63
Manager	3,34	3,30	3,28
Regisseur	3,18	3,33	3,33
Tussenpersoon	4,46	4,24	4,34
Ondernemer	4,33	4,17	4,30
Andere rol	4,83	4,54	4,75

Tabel 25 Feitelijke vervulling rollen (gemiddeld, schaal 1-5, 1 = zeer zwak, 5 = zeer sterk) naar studierichting, 2010 (m.b.v. Mann-Whitney is het verschil binnen de groep onderzocht)

	Bedrijfskundige/ economische studierichting	Zorgspecifieke studierichting	Andere studierichting
Boegbeeld/ambassadeur	4,30	4,30	4,36
Bestuurder	4,61	4,50	4,54
Manager	3,47	3,27	3,36
Regisseur	2,98	3,14	3,19
Tussenpersoon	4,33	4,19	4,27
Ondernemer	3,99	3,89	4,08
Andere rol	4,50	4,92	5,00

Tabel 26 Verdeling werkzaamheden gemiddelde werkweek naar studierichting (percentage), 2010 (m.b.v. Mann-Whitney is het verschil binnen de groep onderzocht)

	Bedrijfskundige/ economische studierichting	Zorgspecifieke studierichting	Andere studierichting
Interne zaken	66%	67%	66%
Externe zaken	34%	33%	34%
Zorginhoudelijke zaken	36%	45%	40%
Beheersmatige zaken	64%	55%	61%
Planmatige zaken	75%	76%	75%
Onverwachte zaken	25%	24%	25%
Bestuurlijke/strategische zaken	54%	55%	57%
Tactische/operationele zaken	46%	45%	43%

Tabel 27 Bedrijfsopbrengsten in miljoenen euro's, per type instelling (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2000							
Minder dan 15	10%	38%	34%	41%	4%	93%	30%
15 - 50	38%	42%	53%	51%	46%	7%	45%
50 - 100	31%	19%	10% ¹	6%	31%	0%	16%
100 - 125	8%	0%	0%	0%	6%	0%	2%
125 - 150	7%	2%	1%	1%	2%	0%	2%
Meer dan 150	6%	0%	1% ²	1%	10%	0%	3%
2005							
Minder dan 15	4%	19%	14%	6%	4%	67%	11%
15 - 50	15%	34%	50%	44%	4%	22%	33%
50 - 100	41%	39%	23% ¹	34%	46%	0%	35%
100 - 125	7%	3%	4%	3%	4%	11%	5%
125 - 150	7%	0%	0%	8%	13%	0%	5%
Meer dan 150	25%	5%	9% ²	4%	29%	0%	12%
2010							
Minder dan 15	7%	10%	14%	18%	8%	53%	17%
15 - 50	15%	29%	39%	37%	14%	42%	30%
50 - 100	15%	27%	23%	22%	16%	3%	19%
100 - 125	8%	5%	11%	8%	11%	0%	7%
125 - 150	10%	15%	5%	4%	16%	3%	8%
Meer dan 150	45%	15%	9%	10%	35%	0%	19%

¹ $\alpha = 0,053$

² $\alpha = 0,055$

Tabel 28 Aantal personen (in fte) dat gemiddeld genomen werkzaam is in de organisatie, inclusief flexibele dienstverbanden, per type instelling (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2000							
Minder dan 500	16%	51%	56%	61%	22%	100%	46%
500 - 750	23%	19%	16%	16%	11%	0%	17%
750 - 1000	18%	11%*	13%	12%	24%	0%	14%
1000 - 1250	6%	13%	6%	4%	9%	0%	6%
1250 - 1500	11%	6%	3%	0%	7%	0%	4%
Meer dan 1500	26%	0%	6%	7%	27%	0%	12%

>>

>>	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
	2005						
Minder dan 500	13%	39%	<u>38%</u>	<u>22%</u>	4%	89%	<u>27%</u>
500 - 750	<u>9%</u>	10%	23%	18%	4%	11%	14%
750 - 1000	<u>24%</u>	25%*	9%	18%	17%	0%	<u>19%</u>
1000 - 1250	9%	10%	11%	<u>15%</u>	0%	0%	<u>10%</u>
1250 - 1500	12%	7%	4%	<u>8%</u>	22%	0%	<u>8%</u>
Meer dan 1500	<u>33%</u>	<u>8%</u>	16%	<u>18%</u>	<u>52%</u>	0%	<u>21%</u>
	2010						
minder dan 500	20%	34%	23%	29%	14%	86%	32%
500 - 750	5%	7%	25%	22%	8%	11%	14%
750 - 1000	<u>7%</u>	<u>7%</u>	5%	15%	6%	0%	<u>8%</u>
1000 - 1250	5%	17%	14%	<u>6%</u>	6%	0%	8%
1250 - 1500	10%	5%	11%	6%	6%	0%	7%
meer dan 1500	<u>53%</u>	<u>29%</u>	23%	23%	61%	3%	<u>32%</u>

* $\alpha = 0,054$

Tabel 29 Aantal medisch specialisten (in fte), per type instelling (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
	2000						
Minder dan 25	5%	<u>19%</u>	<u>72%</u>	<u>76%</u>	19%	<u>33%</u>	<u>45%</u>
25 - 50	<u>25%</u>	34%	<u>16%</u>	<u>18%</u>	28%	33%	<u>23%</u>
50 - 100	34%	22%	6%	2%	<u>22%</u>	33%	16%
100 - 150	20%	9%	2%	1%	<u>19%</u>	0%	8% ¹
150 - 200	10%	<u>9%</u>	2%	2%	6%	0%	5%
Meer dan 200	7%	6%	2%	1%	6%	0%	4%
	2005						
Minder dan 25	12%	<u>42%</u>	<u>94%</u>	<u>96%</u>	14% ²	<u>100%</u>	<u>58%</u>
25 - 50	<u>10%</u>	42%	<u>0%</u>	<u>4%</u>	14%	0%	<u>13%</u>
50 - 100	<u>40%</u>	14%	2%	0%	<u>55%</u>	0%	17%
100 - 150	16%	2%	0%	0%	<u>0%</u>	0%	4% ¹
150 - 200	6%	<u>0%</u>	0%	0%	<u>18%</u>	0%	3%
Meer dan 200	16%	0%	4%	0%	0%	0%	5%

>>

>>

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2010							
Minder dan 25	20%	32%	94%	95%	37% ²	48%	57%
25 - 50	2%	32%	3%	5%	20%	8%	10%
50 - 100	22%	26%	3%	0%	20%	20%	13%
100 - 150	27%	6%	0%	0%	14%	8%	10%
150 - 200	12%	0%	0%	0%	0%	4%	3%
Meer dan 200	18%	3%	0%	0%	9%	12%	7%

¹ $\alpha = 0,059$

² $\alpha = 0,057$

Tabel 30 Aantal leden directie of raad van bestuur, per type instelling (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2000							
Eenhoofdig	17%	27%	47%	49%	18%	59%	36%
2 leden	60%	44%	38%	32%	39%	29%	41%
3 leden	15%	20%	4%	13%	31%	12%	15%
4 leden	6%	9%	7%	5%	8%	0%	6%
Meer dan 4 leden	1%	0%	3%	1%	4%	0%	2%
2005							
Eenhoofdig	15%	24%	61%	53%	21%	67%	38%
2 leden	68%	63%	29%	34%	33%	33%	46%
3 leden	13%	10%	5%	6%	46%	0%	11%
4 leden	4%	3%	4%	5%	0%	0%	4%
Meer dan 4 leden	0%	0%	2%	1%	0%	0%	1%
2010							
Eenhoofdig	25%	23%	59%	58%	29%	66%	44%
2 leden	49%	60%	30%	35%	42%	23%	40%
3 leden	15%	15%	11%	7%	29%	3%	13%
4 leden	7%	3%	0%	0%	0%	3%	2%
Meer dan 4 leden	3%	0%	0%	0%	0%	6%	1%

Tabel 31 Leidinggevende niveaus, per type instelling (percentage), 2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2005							
2 lagen	6%	14%	9%	6%	0%	44%	<u>9%</u>
3 lagen	65%	<u>72%</u>	<u>80%</u>	58%	63%	44%	66%
4 lagen	29%	14%	11%	35%	38%	11%	25%
meer dan 4 lagen	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2010							
2 lagen	10%	25%	20%	11%	0%	54%	<u>18%</u>
3 lagen	68%	<u>50%</u>	<u>59%</u>	65%	71%	43%	61%
4 lagen	22%	25%	20%	24%	26%	3%	21%
meer dan 4 lagen	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%

Tabel 32 Inrichting organisatiestructuur, per type instelling (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2000							
Functionele indeling	31%	2%	24%	<u>30%</u>	18%	28%	<u>24%</u>
Indeling naar zorgeenheden, zonder clustering	23%	33%	19%	29%	22%	17%	25%
Indeling naar clusters met daarbinnen zorgeenheden	41%	63%	45%	31%	49%	39%	42%
Anders	5%	2%	12%	9%	10%	17%	8%
2005							
Functionele indeling	22%	0%	14%	<u>17%</u>	<u>25%</u>	33%	<u>16%</u>
Indeling naar zorgeenheden, zonder clustering	<u>24%</u>	37%	27%	32%	21%	33%	29%
Indeling naar clusters met daarbinnen zorgeenheden	51%	49%	52%	38%	50%	11%	46%
Anders	3%	14%	7%	13%	4%	22%	9%
2010							
Functionele indeling	15%	0%	14%	24%	<u>5%</u>	43%	17%
Indeling naar zorgeenheden, zonder clustering	<u>43%</u>	29%	23%	34%	26%	26%	32%
Indeling naar clusters met daarbinnen zorgeenheden	37%	59%	45%	36%	50%	20%	41%
Anders	5%	12%	18%	6%	18%	11%	10%

Tabel 33 Inbedding professionals (meerdere antwoorden mogelijk) per type instelling (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2000							
Verplichte raadpleging	70%	32%	<u>73%</u>	<u>60%</u>	55%	40%	<u>60%</u>
Vrijblijvend advies	39%	44%	<u>7%</u>	<u>13%</u>	34%	20%	<u>25%</u>
Duaal bestuur	8%	12%	4%	5%	9%	20%	7%
Duaal management	52%	73%	<u>44%</u>	<u>55%</u>	55%	60%	<u>55%</u>
2005							
Verplichte raadpleging	74%	16%	<u>17%</u>	<u>12%</u>	50%	<u>11%</u>	<u>30%</u>
Vrijblijvend advies	<u>26%</u>	49%	<u>48%</u>	<u>52%</u>	33%	44%	<u>43%</u>
Duaal bestuur	12%	9%	2%	1%	4%	11%	6%
Duaal management	65%	58%	<u>11%</u>	<u>19%</u>	42%	33%	<u>37%</u>
Niet geregeld	4%	4%	<u>15%</u>	14%	4%	0%	<u>9%</u>
Anders	<u>9%</u>	9%	<u>31%</u>	<u>16%</u>	13%	<u>22%</u>	<u>16%</u>
2010							
Verplichte raadpleging	68%	23%	23%	15%	28%	<u>58%</u>	34%
Vrijblijvend advies	<u>45%</u>	43%	51%	48%	50%	52%	48%
Duaal bestuur	20%	10%	0%	2%	6%	12%	8%
Duaal management	62%	53%	5%	16%	50%	18%	33%
Niet geregeld	0%	13%	<u>33%</u>	24%	14%	15%	<u>16%</u>
Anders	<u>0%</u>	3%	<u>2%</u>	<u>4%</u>	8%	<u>0%</u>	<u>3%</u>

Tabel 34a Grootscheepse veranderingen in de organisatie in het verleden, per type instelling (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2000							
Nieuwe topstructuur verleden	55%	66%	60%	63%	62%	<u>46%</u>	<u>60%</u>
Kanteling verleden	40%	37%	37%	44%	41%	38%	40%
Horizontale fusie verleden	29%	39%	32%	43%	46%	31%	37%
Verticale fusie verleden	<u>14%</u>	32%	<u>23%</u>	<u>34%</u>	46%	0%	<u>27%</u>
Nieuwbouw/renovatie verleden	40%	51%	55%	57%	38%	23%	49%
Uitbreiding zorgaanbod verleden	18%	24%	42%	<u>47%</u>	18%	31%	33%
Reorganisatie medische staf verleden	45%	10%	3%	1%	13%	15%	14%
2005							
Nieuwe topstructuur verleden	<u>39%</u>	49%	48%	54%	42%	<u>89%</u>	<u>49%</u>
Kanteling verleden	45%	45%	<u>44%</u>	39%	38%	44%	43%

>>

>>	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
Doorkanteling verleden	18%	29%	32%	18%	21%	22%	23%
Horizontale fusie verleden	17%	38%	38%	42%	25%	44%	33%
Samenwerking verleden	41%	44%	40%	40%	63%	44%	43%
Verticale fusie verleden	<u>2%</u>	18%	<u>4%</u>	<u>13%</u>	33%	0%	<u>11%</u>
Nieuwbouw/renovatie verleden	42%	53%	54%	49%	46%	44%	49%
Uitbreiding zorgaanbod verleden	24%	44%	54%	<u>23%</u>	38%	11%	33%
Reorganisatie medische staf verleden	<u>44%</u>	4%	2%	1%	21%	22%	<u>14%</u>
Commerciële diensten verleden	<u>20%</u>	<u>11%</u>	10%	14%	21%	0%	<u>14%</u>
Kwaliteitssysteem verleden	59%	55%	<u>36%</u>	54%	50%	56%	52%*
Sanering verleden	30%	24%	24%	38%	25%	11%	29%
ICT-structuur verleden	41%	47%	48%	46%	50%	78%	47%
2010							
Nieuwe topstructuur verleden	<u>58%</u>	51%	40%	55%	59%	56%	53%
Kanteling verleden	52%	36%	<u>21%</u>	34%	51%	19%	36%
Doorkanteling verleden	19%	21%	26%	28%	16%	22%	23%
Horizontale fusie verleden	12%	36%	33%	48%	49%	16%	34%
Samenwerking verleden	46%	56%	35%	50%	57%	38%	47%
Verticale fusie verleden	<u>10%</u>	13%	9%	10%	35%	0%	12%
Nieuwbouw/renovatie verleden	46%	62%	53%	60%	57%	41%	54%
Uitbreiding zorgaanbod verleden	19%	59%	42%	<u>38%</u>	27%	34%	36%
Reorganisatie medische staf verleden	<u>25%</u>	8%	0%	1%	14%	6%	<u>8%</u>
Commerciële diensten verleden	<u>37%</u>	<u>28%</u>	12%	17%	35%	16%	<u>24%</u>
Kwaliteitssysteem verleden	48%	64%	<u>70%</u>	67%	68%	31%	60%*
Sanering verleden	19%	23%	16%	29%	35%	6%	23%
ICT-structuur verleden	35%	46%	44%	39%	46%	44%	41%
Anders, namelijk verleden	6%	0%	5%	5%	14%	3%	5%

* $\alpha = 0,057$

Tabel 34b Grootscheepse veranderingen in de organisatie in het heden, per type instelling (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2000							
Nieuwe topstructuur nu	<u>21%</u>	<u>27%</u>	<u>38%</u>	<u>36%</u>	<u>17%</u>	25%	<u>29%</u>
Kanteling nu	<u>21%</u>	7%	21%	11%	9%	13%	14%
Horizontale fusie nu	12%	20%	34% ¹	21%	22%	0%	20%

>>

>>

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
Verticale fusie nu	<u>12%</u>	<u>27%</u>	3%	23%	26%	13%	<u>17%</u>
Nieuwbouw/renovatie nu	<u>32%</u>	<u>40%</u>	72%	<u>36%</u>	43%	75%	<u>45%</u>
Uitbreiding zorgaanbod nu	15%	40%	<u>10%</u>	<u>21%</u>	<u>9%</u>	13%	<u>17%</u>
Reorganisatie medische staf nu	<u>62%</u>	0%	0%	0%	<u>30%</u>	13%	<u>18%</u>
2005							
Nieuwe topstructuur nu	<u>3%</u>	<u>5%</u>	<u>8%</u>	<u>4%</u>	<u>0%</u>	0%	<u>4%</u>
Kanteling nu	<u>5%</u>	14%	20%	16%	4%	0%	12%
Doorkanteling nu	31%	34%	38%	34%	39%	0%	34%
Horizontale fusie nu	<u>6%</u>	10%	16% ¹	<u>30%</u>	26%	0%	17%
Samenwerking nu	45%	69%	58%	<u>70%</u>	52%	57%	60%
Verticale fusie nu	<u>2%</u>	<u>5%</u>	8%	<u>16%</u>	22%	0%	<u>9%</u>
Nieuwbouw/renovatie nu	<u>62%</u>	<u>69%</u>	72%	<u>79%</u>	70%	43%	70% ²
Uitbreiding zorgaanbod nu	32%	52%	<u>50%</u>	<u>61%</u>	<u>52%</u>	29%	<u>49%</u>
Reorganisatie medische staf nu	<u>11%</u>	5%	4%	1%	<u>4%</u>	<u>29%</u>	<u>5%</u>
Commerciële diensten nu	42%	33%	14%	38%	<u>74%</u>	29%	<u>36%</u>
Kwaliteitssysteem nu	46%	<u>72%</u>	<u>70%</u>	<u>61%</u>	70% ³	<u>71%</u>	<u>62%</u>
Sanering nu	<u>23%</u>	10%	12%	21%	<u>17%</u>	14%	<u>17%</u>
ICT-structuur nu	52%	71%	60%	58%	61%	57%	60%
2010							
Nieuwe topstructuur nu	11%	3%	18%	8%	6%	22%	<u>11%</u>
Kanteling nu	<u>18%</u>	14%	13%	12%	15%	28%	16%
Doorkanteling nu	40%	43%	26%	29%	44%	19%	33%
Horizontale fusie nu	<u>20%</u>	16%	<u>3%</u>	<u>5%</u>	15%	25%	13%
Samenwerking nu	62%	68%	58%	<u>51%</u>	68%	50%	58%
Verticale fusie nu	5%	8%	3%	<u>0%</u>	9%	3%	<u>4%</u>
Nieuwbouw/renovatie nu	62%	54%	61%	74%	71%	41%	63% ²
Uitbreiding zorgaanbod nu	25%	46%	32%	<u>45%</u>	44%	25%	<u>37%</u>
Reorganisatie medische staf nu	16%	11%	3%	1%	3%	<u>0%</u>	6%
Commerciële diensten nu	36%	19%	18%	32%	<u>21%</u>	19%	<u>26%</u>
Kwaliteitssysteem nu	36%	<u>22%</u>	<u>18%</u>	<u>13%</u>	44% ³	<u>19%</u>	<u>24%</u>
Sanering nu	<u>42%</u>	22%	24%	18%	<u>44%</u>	13%	<u>27%</u>
ICT-structuur nu	53%	54%	58%	53%	59%	38%	53%
Anders, namelijk nu	4%	0%	11%	8%	9%	6%	6%

¹ $\alpha = 0,059$ ² $\alpha = 0,053$ ³ $\alpha = 0,058$

Tabel 34c Grootscheepse veranderingen in de organisatie in de nabije toekomst, per type instelling (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2000							
Nieuwe topstructuur toekomst	6%	11%	7%	11%	3%	20%	9%
Kanteling toekomst	15%	6%	14%	16%	14%	10%	<u>14%</u>
Horizontale fusie toekomst	<u>48%</u>	19%	30%	29%	<u>37%</u>	20%	33%
Verticale fusie toekomst	<u>22%</u>	17%	16%	34%	29%	<u>0%</u>	25%
Nieuwbouw/renovatie toekomst	61%	83%	70%	<u>76%</u>	74%	50%	<u>72%</u>
Uitbreiding zorgaanbod toekomst	<u>18%</u>	42%	35%	34%	31%	<u>40%</u>	<u>31%</u>
Reorganisatie medische staf toekomst	13%	3%	2%	1%	11%	10%	6%
2005							
Nieuwe topstructuur toekomst	8%	4%	10%	7%	<u>0%</u>	0%	6%
Kanteling toekomst	6%	2%	5%	13%	6%	25%	<u>8%</u>
Doorkanteling toekomst	30%	19%	26%	21%	24%	25%	24%
Horizontale fusie toekomst	<u>19%</u>	31%	14%	<u>37%</u>	<u>6%</u>	38%	26%
Samenwerking toekomst	32%	48%	38%	36%	47%	25%	38%
Verticale fusie toekomst	<u>8%</u>	<u>25%</u>	14%	<u>35%</u>	29%	<u>50%</u>	<u>24%</u>
Nieuwbouw/renovatie toekomst	<u>60%</u>	<u>71%</u>	67%	<u>60%</u>	53%	38%	<u>62%</u>
Uitbreiding zorgaanbod toekomst	<u>40%</u>	54%	40%	42%	47%	<u>50%</u>	<u>44%</u>
Reorganisatie medische staf toekomst	13%	4%	2%	1%	<u>24%</u>	0%	6%
Commerciële diensten toekomst	<u>60%</u>	<u>44%</u>	26%	<u>51%</u>	<u>53%</u>	13%	<u>46%</u>
Kwaliteitssysteem toekomst	15%	33%	<u>33%</u>	<u>24%</u>	<u>35%</u>	13%	<u>26%</u>
Sanering toekomst	<u>9%</u>	<u>2%</u>	<u>0%</u>	13%	<u>6%</u>	13%	<u>7%</u>
ICT-structuur toekomst	40%	42%	<u>26%</u>	46%	41%	0%	39%
2010							
Nieuwe topstructuur toekomst	6%	7%	8%	12%	<u>22%</u>	4%	10%
Kanteling toekomst	10%	3%	8%	9%	7%	12%	8%
Doorkanteling toekomst	37%	21%	19%	13%	33%	27%	24%
Horizontale fusie toekomst	29%	17%	11%	<u>14%</u>	15%	31%	19%
Samenwerking toekomst	33%	62%	39%	45%	44%	42%	43%
Verticale fusie toekomst	10%	<u>3%</u>	8%	<u>4%</u>	22%	<u>12%</u>	<u>9%</u>
Nieuwbouw/renovatie toekomst	<u>37%</u>	<u>48%</u>	58%	64%	78%	50%	55%
Uitbreiding zorgaanbod toekomst	<u>22%</u>	34%	42%	32%	33%	19%	<u>30%</u>
Reorganisatie medische staf toekomst	20%	3%	3%	1%	<u>4%</u>	0%	6%
Commerciële diensten toekomst	<u>27%</u>	<u>21%</u>	31%	<u>33%</u>	<u>19%</u>	35%	<u>29%</u>
Kwaliteitssysteem toekomst	12%	14%	<u>11%</u>	<u>6%</u>	<u>4%</u>	12%	<u>9%</u>
Sanering toekomst	<u>33%</u>	<u>31%</u>	<u>11%</u>	12%	<u>37%</u>	8%	<u>21%</u>
ICT-structuur toekomst	43%	34%	<u>58%</u>	36%	37%	35%	41%
Anders, namelijk toekomst	4%	3%	8%	7%	7%	0%	5%

Tabel 35a Samenhang grootscheepse veranderingen in de organisatie in het verleden en type instelling, 2010 (Phi)

		ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders
Nieuwe topstructuur verleden	Value	0,041	-0,016	-0,117	0,020	0,047	0,021
	Approx.Sig.	0,486	0,782	0,049	0,740	0,423	0,726
(Door)kanteling verleden	Value	0,094	0,045	-0,075	-0,007	0,094	-0,170
	Approx.Sig.	0,098	0,426	0,191	0,909	0,100	0,003
Fusie of samenwerking verleden	Value	-0,111	0,071	-0,022	0,060	0,129	-0,131
	Approx.Sig.	0,051	0,214	0,705	0,292	0,023	0,021
Nieuwbouw/renovatie verleden	Value	-0,075	0,060	-0,005	0,073	0,021	-0,096
	Approx.Sig.	0,207	0,312	0,938	0,218	0,722	0,106
Uitbreiding zorgaanbod/ introductie comm. diensten verleden	Value	-0,031	0,147	-0,032	-0,056	0,039	-0,043
	Approx.Sig.	0,586	0,010	0,575	0,327	0,492	0,447
Reorganisatie medische staf verleden	Value	0,282	-0,010	-0,128	-0,165	0,071	-0,028
	Approx.Sig.	0,000	0,860	0,031	0,005	0,232	0,639
Kwaliteitssysteem verleden	Value	-0,111	0,036	0,087	0,096	0,062	-0,206
	Approx.Sig.	0,060	0,542	0,142	0,104	0,293	0,001
Sanering/bezuiniging verleden	Value	-0,040	0,003	-0,066	0,098	0,113	-0,140
	Approx.Sig.	0,497	0,966	0,286	0,098	0,055	0,018
ICT-structuur verleden	Value	-0,065	0,038	0,024	-0,031	0,036	0,017
	Approx.Sig.	0,272	0,517	0,688	0,604	0,548	0,775

Tabel 35b Samenhang grootscheepse veranderingen in de organisatie in het heden en type instelling, 2010 (Phi)

		ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders
Nieuwe topstructuur heden	Value	0,004	-0,102	0,101	-0,056	-0,059	0,133
	Approx.Sig.	0,947	0,091	0,095	0,357	0,334	0,029
(Door)kanteling heden	Value	0,095	0,059	-0,079	-0,113	-0,085	-0,021
	Approx.Sig.	0,097	0,298	0,167	0,048	0,136	0,709
Fusie of samenwerking heden	Value	0,078	0,108	-0,059	-0,128	0,046	-0,012
	Approx.Sig.	0,171	0,059	0,301	0,024	0,424	0,838

>>

		ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	
>>	Nieuwbouw/renovatie heden	Value	-0,007	-0,069	-0,016	0,144	0,063	0,165
		Approx.Sig.	0,907	0,254	0,786	0,018	0,298	0,007
	Uitbreiding zorgaanbod/ introductie comm. diensten heden	Value	0,022	0,059	-0,061	0,043	0,029	-0,113
		Approx.Sig.	0,699	0,297	0,283	0,454	0,607	0,046
	Reorganisatie medische staf heden	Value	0,224	0,083	-0,056	-0,121	-0,047	-0,091
		Approx.Sig.	0,000	0,170	0,359	0,046	0,436	0,132
	Kwaliteitssysteem heden	Value	0,142	-0,024	-0,055	-0,161	0,175	-0,047
		Approx.Sig.	0,019	0,687	0,365	0,008	0,004	0,439
	Sanering/bezuiniging heden	Value	0,170	-0,047	-0,029	-0,118	0,147	-0,118
		Approx.Sig.	0,005	0,441	0,636	0,051	0,015	0,051
	ICT-structuur heden	Value	0,002	0,012	0,043	0,001	0,047	-0,110
		Approx.Sig.	0,980	0,846	0,479	0,990	0,435	0,069

Tabel 35c Samenhang grootscheepse veranderingen in de organisatie in de nabije toekomst en type instelling, 2010 (Phi)

		ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	
	Nieuwe topstructuur toekomst	Value	-0,067	-0,035	-0,019	0,042	0,152	-0,069
		Approx.Sig.	0,302	0,590	0,769	0,520	0,019	0,287
	(Door)kanteling toekomst	Value	0,143	-0,065	-0,010	-0,106	0,045	0,007
		Approx.Sig.	0,012	0,255	0,865	0,063	0,433	0,902
	Fusie of samenwerking toekomst	Value	-0,005	0,039	-0,043	0,000	-0,033	0,045
		Approx.Sig.	0,931	0,493	0,453	0,998	0,563	0,427
	Nieuwbouw/renovatie toekomst	Value	-0,191	-0,054	0,024	0,107	0,161	-0,038
		Approx.Sig.	0,003	0,406	0,707	0,099	0,013	0,553
	Uitbreiding zorgaanbod/ introductie comm. diensten toekomst	Value	-0,055	-0,030	0,125	0,067	-0,071	-0,058
		Approx.Sig.	0,331	0,596	0,029	0,236	0,212	0,309

>>

>>

		ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders
Reorganisatie medische staf toekomst	Value	0,305	-0,039	-0,056	-0,120	-0,033	-0,088
	Approx.Sig.	0,000	0,552	0,390	0,063	0,609	0,177
Kwaliteitssysteem toekomst	Value	0,045	0,059	0,027	-0,076	-0,068	0,028
	Approx.Sig.	0,483	0,567	0,675	0,241	0,291	0,669
Sanering/bezuiniging toekomst	Value	0,158	0,092	-0,103	-0,148	0,141	-0,114
	Approx.Sig.	0,015	0,157	0,114	0,023	0,030	0,077
ICT-structuur toekomst	Value	0,025	-0,048	0,151	-0,059	-0,027	-0,044
	Approx.Sig.	0,696	0,463	0,020	0,364	0,676	0,500

Tabel 36a Samenhang grootscheepse veranderingen in de organisatie in het verleden en omvang (in bedrijfsopbrengsten in miljoenen euro's, personeel in fte's en professionals in fte's), 2010 (Cramer's V)

		Extern budget	Personeel	Professionals
Nieuwe topstructuur verleden	Value	0,162	0,119	0,100
	Approx.Sig.	0,192	0,554	0,780
(Door)kanteling verleden	Value	0,253	0,211	0,140
	Approx.Sig.	0,001	0,019	0,397
Fusie of samenwerking verleden	Value	0,317	0,263	0,156
	Approx.Sig.	0,000	0,001	0,269
Nieuwbouw/renovatie verleden	Value	0,313	0,218	0,126
	Approx.Sig.	0,000	0,020	0,567
Uitbreiding zorgaanbod/ introductie comm. diensten verleden	Value	0,221	0,201	0,116
	Approx.Sig.	0,011	0,032	0,624
Reorganisatie medische staf verleden	Value	0,187	0,343	0,343
	Approx.Sig.	0,077	0,000	0,000
Kwaliteitssysteem verleden	Value	0,158	0,110	0,069
	Approx.Sig.	0,216	0,635	0,947
Sanering/bezuiniging verleden	Value	0,183	0,128	0,095
	Approx.Sig.	0,091	0,466	0,817
ICT-structuur verleden	Value	0,172	0,108	0,146
	Approx.Sig.	0,134	0,653	0,386

Tabel 36b Samenhang grootscheepse veranderingen in de organisatie in het heden en omvang (in bedrijfsopbrengsten in miljoenen euro's, personeel in fte's en professionals in fte's), 2010 (Cramer's V)

		Extern budget	Personeel	Professionals
Nieuwe topstructuur heden	Value	0,098	0,134	0,088
	Approx.Sig.	0,762	0,438	0,879
(Door)kanteling heden	Value	0,165	0,143	0,083
	Approx.Sig.	0,137	0,282	0,878
Fusie of samenwerking heden	Value	0,117	0,159	0,246
	Approx.Sig.	0,518	0,177	0,007
Nieuwbouw/renovatie heden	Value	0,162	0,190	0,084
	Approx.Sig.	0,210	0,083	0,898
Uitbreiding zorgaanbod/introductie comm. diensten heden	Value	0,082	0,071	0,102
	Approx.Sig.	0,837	0,909	0,743
Reorganisatie medische staf heden	Value	0,211	0,186	0,251
	Approx.Sig.	0,021	0,100	0,013
Kwaliteitssysteem heden	Value	0,220	0,150	0,172
	Approx.Sig.	0,022	0,300	0,234
Sanering/bezuiniging heden	Value	0,237	0,177	0,284
	Approx.Sig.	0,009	0,135	0,002
ICT-structuur heden	Value	0,181	0,219	0,199
	Approx.Sig.	0,113	0,025	0,106

Tabel 36c Samenhang grootscheepse veranderingen in de organisatie in de nabije toekomst en omvang (in bedrijfsopbrengsten in miljoenen euro's, in personeel in fte's en in professionals in fte's), 2010 (Cramer's V)

		Extern budget	Personeel	Professionals
Nieuwe topstructuur toekomst	Value	0,157	0,106	0,124
	Approx.Sig.	0,318	0,758	0,685
(Door)kanteling toekomst	Value	0,131	0,125	0,199
	Approx.Sig.	0,385	0,449	0,065
Fusie of samenwerking toekomst	Value	0,083	0,123	0,085
	Approx.Sig.	0,832	0,463	0,867
Nieuwbouw/renovatie toekomst	Value	0,227	0,211	0,070
	Approx.Sig.	0,032	0,064	0,963
Uitbreiding zorgaanbod/introductie comm. diensten toekomst	Value	0,147	0,087	0,127
	Approx.Sig.	0,246	0,806	0,514

>>

>>

		Extern budget	Personeel	Professionals
Reorganisatie medische staf toekomst	Value	0,178	0,144	0,255
	Approx.Sig.	0,185	0,433	0,022
Kwaliteitssysteem toekomst	Value	0,125	0,184	0,165
	Approx.Sig.	0,592	0,159	0,358
Sanering/bezuiniging toekomst	Value	0,274	0,304	0,300
	Approx.Sig.	0,003	0,001	0,003
ICT-structuur toekomst	Value	0,304	0,225	0,195
	Approx.Sig.	0,001	0,036	0,174

Tabel 37a Leeftijd, per type instelling (gemiddelde in jaren), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. One-Way Anova)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2000	51,5	52,8	51,0	51,2	52,2	52,6	51,6
2005	52,3	53,1	52,5	53,5	54,7	53,4	53,1
2010	53,5	55,1	55,0	54,4	54,8	54,0	54,4

Tabel 37b Leeftijdsklassen, per type instelling (percentage), 2000-2005-2010

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders
2000						
t/m 50 jaar	18%	7%	19%	40%	12%	5%
51 t/m 55 jaar	24%	16%	16%	28%	11%	5%
56 jaar en ouder	21%	14%	13%	32%	13%	6%
Gemiddeld	21%	12%	17%	34%	12%	5%
2005						
t/m 50 jaar	29%	18%	17%	27%	5%	4%
51 t/m 55 jaar	19%	17%	19%	34%	8%	3%
56 jaar en ouder	20%	23%	17%	28%	11%	1%
Gemiddeld	22%	19%	18%	30%	8%	3%
2010						
t/m 50 jaar	30%	8%	10%	28%	11%	13%
51 t/m 55 jaar	16%	15%	16%	29%	14%	12%
56 jaar en ouder	18%	13%	16%	30%	12%	11%
Gemiddeld	19%	13%	14%	29%	12%	12%

Tabel 38 Geslacht, per type instelling (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-Kwadraat)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2000							
Man	88%	88%	93%	83%	92%	63%	89%
Vrouw	12%	13%	7%	17%	8%	38%	11%
2005							
Man	85%	<u>93%</u>	89%	91%	83%	44%	86%
Vrouw	15%	<u>7%</u>	11%	9%	17%	56%	14%
2010							
Man	76%	<u>74%</u>	75%	70%	89%	72%	75%
Vrouw	24%	<u>26%</u>	25%	30%	11%	28%	25%

Tabel 39a Aard universitaire opleiding, per type instelling (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2000							
Bedrijfskunde	9%	10%	7%	11%	10%	5%	10%
Economie	20%	21%	6%	7%	14%	10%	12%
Geneeskunde	43%	23%	7%	19%	31%	20%	24%
Psychologie	1%	15%	13%	3%	8%	15%	7%
Rechten	8%	<u>13%</u>	10%	4%	8%	10%	8%
Sociale wetenschappen	<u>5%</u>	17%	25%	12%	8%	15%	<u>13%</u>
Gezondheidswetenschappen	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ander universitair	22%	23% ¹	19%	<u>22%</u>	18%	20%	<u>21%</u>
2005							
Bedrijfskunde	12%	8%	9%	12%	13%	<u>33%</u>	11%
Economie	19%	12%	11%	9%	17%	0%	12%
Geneeskunde	34%	25%	7%	13%	21%	44%	20%
Psychologie	1%	14%	7%	8%	0%	0%	6%
Rechten	7%	<u>0%</u>	13%	8%	4%	0%	6%
Sociale wetenschappen	<u>15%</u>	20%	27%	18%	17%	44%	<u>20%</u>
Gezondheidswetenschappen	6%	3%	2%	8% ²	8%	0%	5%
Ander universitair	13%	8% ¹	14%	<u>6%</u>	13%	0%	<u>10%</u>

>>

>>

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2010							
Bedrijfskunde	24%	10%	11%	18%	5%	11%	15%
Economie	14%	7%	5%	6%	11%	3%	8%
Geneeskunde	37%	29%	5%	11%	16%	22%	20%
Psychologie	2%	12%	11%	6%	3%	0%	6%
Rechten	7%	0%	7%	3%	11%	3%	5%
Sociale wetenschappen	15%	20%	27%	17%	24%	17%	19%
Gezondheidswetenschappen	3%	2%	2%	17% ²	5%	8%	8%
Ander universitair	15%	12%	9%	6%	8%	11%	10%

¹ $\alpha = 0,053$

² $\alpha = 0,054$

Tabel 39b Aard hbo-opleiding, per type instelling (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2000							
Verpleegkunde	5%	2%	9%	17%	8%	0%	<u>9%</u>
Bedrijfskunde	8%	2%	6%	7%	10%	0%	6%
HEAO	1%	0%	4%	4%	4%	0%	3%
SPD/sociale academie	3%	4%	<u>10%</u>	<u>6%</u>	<u>0%</u>	10%	<u>5%</u>
Anders	9%	<u>10%</u>	19%	<u>30%</u>	16%	20%	<u>19%</u>
2005							
Verpleegkunde	7%	8%	14%	23%	8%	0%	<u>13%</u>
Bedrijfskunde	3%	5%	7%	8%	8%	0%	6%
HEAO	4%	0%	2%	4%	4%	0%	3%
SPD/sociale academie	7%	14%	<u>23%</u>	<u>15%</u>	<u>17%</u>	11%	<u>15%</u>
Anders	<u>13%</u>	<u>3%</u>	14%	<u>14%</u>	8%	11%	<u>11%</u>
2010							
Verpleegkunde	10%	20%	14%	28%	16%	11%	18%
Bedrijfskunde	5%	0%	2%	8%	5%	8%	5%
HEAO	3%	2%	5%	3%	3%	0%	3%
SPD/sociale academie	7%	12%	18%	10%	18%	14%	12%
Anders	<u>5%</u>	10%	25%	16%	5%	31%	15%

Tabel 39c Hoogst genoten opleiding, per type instelling (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2000							
Universitaire opleiding	94%	92%	74%	70%	88%	85%	81%
Hbo-opleiding	6%	8%	25%	30%	12%	10%	18%
Geen universitaire of hbo-opleiding	0%	0%	1%	0%	0%	5%	0%
2005							
Universitaire opleiding	<u>91%</u>	85%	<u>73%</u>	<u>73%</u>	83%	89%	81%
Hbo-opleiding	<u>9%</u>	14%	<u>27%</u>	<u>26%</u>	17%	11%	19%
Geen universitaire of hbo-opleiding	0%	2%	0%	1%	0%	0%	1%
2010							
Universitaire opleiding	<u>95%</u>	83%	<u>75%</u>	<u>77%</u>	74%	69%	80%
Hbo-opleiding	<u>5%</u>	15%	<u>25%</u>	<u>22%</u>	26%	31%	20%
Geen universitaire of hbo-opleiding	0%	2%	0%	1%	0%	0%	1%

Tabel 39d Studierichtingen geclusterd, per type instelling (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2000							
Bedrijfskundige/ economische studierichting	36%	31%	24%	25%	37%	16%	29%
Zorgspecifieke studierichting	48%	40%	28%	35%	45%	37%	38%
Andere studierichting	40%	60%	73%	<u>64%</u>	43%	63%	58%
2005							
Bedrijfskundige/ economische studierichting	37%	24%	27%	28%	42%	33%	30%
Zorgspecifieke studierichting	46%	52%	27%	47%	33%	44%	43%
Andere studierichting	44%	45%	66%	<u>52%</u>	50%	56%	51%
2010							
Bedrijfskundige/ economische studierichting	44%	20%	20%	30%	24%	22%	28%
Zorgspecifieke studierichting	49%	60%	30%	56%	37%	39%	47%
Andere studierichting	41%	50%	70%	44%	58%	61%	52%

Tabel 40 Managementervaring (gemiddeld in aantal functies), per type instelling, 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Mann-Whitney)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2000							
Totaal aantal managementfuncties	3,3	<u>3,0</u>	<u>3,5</u>	<u>3,3</u>	<u>3,6</u>	2,8	<u>3,3</u>
Eindverantwoordelijke managementfuncties (directie-/bestuursfuncties)	1,9	1,8	1,8	<u>1,8</u>	2,4	1,4	<u>1,9</u>
Functies binnen gezondheidszorg	2,5	<u>2,1</u>	<u>2,1</u>	<u>2,1</u>	2,8	2,2	<u>2,3</u>
Functies buiten gezondheidszorg	0,8	0,9	1,4	1,2	0,8	0,9	1,0
2005							
Totaal aantal managementfuncties	<u>3,9</u>	<u>4,5</u>	<u>4,3</u>	<u>4,7</u>	<u>5,3</u>	4,9	<u>4,5</u>
Eindverantwoordelijke managementfuncties (directie-/bestuursfuncties)	2,0	2,1	2,0	<u>2,3</u>	<u>2,7</u>	2,8	<u>2,2</u>
Functies binnen gezondheidszorg	2,9	<u>3,2</u>	<u>2,8</u>	<u>3,3</u>	3,9	3,6	<u>3,2</u>
Functies buiten gezondheidszorg	1,0	1,3	1,5	1,4	1,4	1,3	1,3
2010							
Totaal aantal managementfuncties	<u>5,6</u>	4,5	4,8	4,7	6,1	3,9	4,9
Eindverantwoordelijke managementfuncties (directie-/bestuursfuncties)	2,5	1,6	1,7	<u>1,8</u>	<u>2,0</u>	1,4	<u>1,9</u>
Functies binnen gezondheidszorg	3,9	3,5	3,1	3,5	3,8	2,6	3,4
Functies buiten gezondheidszorg	1,7	1,0	1,7	1,2	2,3	1,4	1,5

Tabel 41 Samenhang huidige functie de eerste eindverantwoordelijke directie- of bestuursfunctie en type instelling (percentage), 2010 (Chi-kwadraat)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders
Nee, niet 1 ^e eindverantwoordelijke functie	58%	44%	50%	53%	51%	<u>26%</u>
Ja, 1 ^e eindverantwoordelijke functie	42%	56%	50%	47%	49%	<u>74%</u>

Tabel 42 Managementervaring binnen de gezondheidszorg, per type instelling (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2000							
Ja, één en dezelfde organisatie	10%	8%	29%	15%	16%	6%	15%
Nee, verschillende vergelijkbare organisatie	55%	<u>60%</u>	27%	28%	36%	19%	37%
Nee, verschillende soorten organisaties	35%	<u>33%</u>	45%	57%	49%	75%	<u>48%</u>
2005							
Ja, één en dezelfde organisatie	11%	12%	20%	9%	9%	17%	12%
Nee, verschillende vergelijkbare organisatie	44%	<u>32%</u>	22%	30%	32%*	0%	31%
Nee, verschillende soorten organisaties	46%	<u>56%</u>	58%	61%	59%	83%	<u>57%</u>
2010							
Ja, één en dezelfde organisatie	15%	11%	21%	9%	26%	16%	15%
Nee, verschillende vergelijkbare organisatie	43%	39%	13%	24%	11%*	28%	27%
Nee, verschillende soorten organisaties	42%	50%	66%	66%	63%	56%	58%

* $\alpha = 0,058$

Tabel 43 Belangrijkheid rollen (schaal 1-5, 1 = zeer onbelangrijk, 5 = zeer belangrijk), per type instelling (gemiddelde), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Mann-Whitney)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2000							
Boegbeeld/ambassadeur	4,2	<u>3,9</u>	4,1	4,4	3,9	4,2	4,2
Bestuurder	4,6	4,6	4,7	4,7	4,5	4,5	4,7
Manager	2,9	3,2	<u>3,0</u>	3,2	3,1	3,4	3,1
Regisseur	3,1	3,2	3,0	2,8	3,0	3,3	3,0
Tussenpersoon	<u>3,2</u>	<u>3,2</u>	<u>3,2</u>	<u>3,4</u>	<u>3,2</u>	<u>3,1</u>	<u>3,3</u>
Ondernemer	4,3	4,2	4,4	4,4	4,3	4,1	4,3
2005							
Boegbeeld/ambassadeur	4,2	<u>4,2</u>	<u>4,2</u>	4,2	<u>4,0</u>	4,3	<u>4,2</u>
Bestuurder	4,6	4,7	4,6	4,6	4,5	4,9	4,6
Manager	3,1	3,2	<u>3,3</u>	3,0	3,2	3,6	3,2
Regisseur	3,1	3,2	3,1	<u>2,8</u>	3,3	3,3	<u>3,1</u>
Tussenpersoon	<u>4,1</u>	<u>4,2</u>	<u>4,2</u>	<u>4,2</u>	<u>4,4</u>	<u>4,2</u>	<u>4,2</u>
Ondernemer	4,3	4,2	4,2	4,3	4,4	4,6	4,3

>>

>>

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2010							
Boegbeeld/ambassadeur	4,4	4,2	<u>4,5</u>	4,4	<u>4,5</u>	4,4	<u>4,4</u>
Bestuurder	4,7	4,7	4,5	4,7	4,7	4,5	4,6
Manager	3,3	3,2	3,2	3,2	3,2	3,5	3,3
Regisseur	3,3	3,3	3,1	<u>3,3</u>	3,1	3,6	<u>3,3</u>
Tussenpersoon	4,4	4,3	4,2	4,3	4,3	4,3	<u>4,3</u>
Ondernemer	4,2	4,1	4,0	4,3	4,2	4,2	4,2

Tabel 44 Feitelijke vervulling rollen (schaal 1-5, 1 = zeer zwak, 5 = zeer sterk), per type instelling (gemiddelde), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Mann-Whitney)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2000							
Boegbeeld/ambassadeur	3,9	3,8	3,8	4,2	3,9	3,9	4,0
Bestuurder	4,3	4,4	4,4	4,5	4,3	4,3	4,4
Manager	2,9	<u>3,0</u>	<u>2,9</u>	3,1	3,1	3,3	<u>3,0</u>
Regisseur	2,9	2,8	2,8	2,7	2,9	2,8	2,8
Tussenpersoon	<u>3,4</u>	<u>3,3</u>	<u>3,4</u>	<u>3,4</u>	<u>3,3</u>	3,5	<u>3,4</u>
Ondernemer	3,8	3,7	4,2	<u>4,2</u>	4,0	3,8	<u>4,0</u>
2005							
Boegbeeld/ambassadeur	<u>3,9</u>	4,1	<u>4,1</u>	4,2	4,0	4,3	<u>4,1</u>
Bestuurder	4,3	4,4	4,6	4,5	4,3	4,7	4,4
Manager	<u>3,0</u>	<u>3,6</u>	<u>3,2</u>	3,1	3,1	3,3	<u>3,2</u>
Regisseur	2,9	3,1	3,0	<u>2,7</u>	3,0	3,4	<u>2,9</u>
Tussenpersoon	<u>3,9</u>	<u>4,2</u>	<u>4,3</u>	<u>4,1</u>	<u>4,1</u>	3,9	<u>4,1</u>
Ondernemer	3,7	3,8	3,9	<u>4,0</u>	4,0	4,1	<u>3,9</u>
2010							
Boegbeeld/ambassadeur	<u>4,2</u>	4,2	<u>4,5</u>	4,3	4,2	4,4	<u>4,3</u>
Bestuurder	4,4	4,7	4,5	4,6	4,5	4,4	4,5
Manager	<u>3,3</u>	3,3	3,3	3,2	3,1	3,7	3,3
Regisseur	3,1	3,1	3,1	<u>3,0</u>	3,1	3,4	<u>3,1</u>
Tussenpersoon	<u>4,2</u>	4,3	4,3	4,2	4,3	4,3	<u>4,2</u>
Ondernemer	3,8	3,9	4,0	4,0	4,1	4,0	3,9

Tabel 45a Belangrijkheid vs. vervulling rollen (schaal 1-5, 1 = zeer onbelangrijk/zwak, 5 = zeer belangrijk/sterk), per type instelling (gemiddelde), 2000 (vergelijking tussen gepaarde groepen m.b.v. Friedman)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
Belangrijkheid rollen							
Boegbeeld/ambassadeur	<u>4,2</u>	3,9	<u>4,1</u>	4,4	3,9	4,2	<u>4,2</u>
Bestuurder	<u>4,6</u>	4,6	<u>4,7</u>	<u>4,7</u>	<u>4,5</u>	4,5	<u>4,7</u>
Manager	2,9	3,2	3,0	3,2	3,1	3,4	<u>3,1</u>
Regisseur	<u>3,1</u>	<u>3,2</u>	3,0	2,8	3,0	3,3	<u>3,0</u>
Tussenpersoon	<u>3,2</u>	3,2	3,2	3,4	3,2	3,1	<u>3,3</u>
Ondernemer	<u>4,3</u>	<u>4,2</u>	4,4	<u>4,4</u>	<u>4,3</u>	4,1	<u>4,3</u>
Vervulling rollen							
Boegbeeld/ambassadeur	<u>3,9</u>	3,8	<u>3,8</u>	4,2	3,9	3,9	<u>4,0</u>
Bestuurder	<u>4,3</u>	4,4	<u>4,4</u>	<u>4,5</u>	<u>4,3</u>	4,3	<u>4,4</u>
Manager	2,9	3,0	2,9	3,1	3,1	3,3	<u>3,0</u>
Regisseur	<u>2,9</u>	<u>2,8</u>	2,8	2,7	2,9	2,8	<u>2,8</u>
Tussenpersoon	<u>3,4</u>	3,3	3,4	3,4	3,3	3,5	<u>3,4</u>
Ondernemer	<u>3,8</u>	<u>3,7</u>	4,2	<u>4,2</u>	<u>4,0</u>	3,8	<u>4,0</u>

Tabel 45b Belangrijkheid vs. vervulling rollen (schaal 1-5, 1 = zeer onbelangrijk/zwak, 5 = zeer belangrijk/sterk), per type instelling (gemiddelde), 2005 (vergelijking tussen gepaarde groepen m.b.v. Friedman)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
Belangrijkheid rollen							
Boegbeeld/ambassadeur	<u>4,2</u>	4,2	4,2	4,2	4,0	4,3	<u>4,2</u>
Bestuurder	<u>4,6</u>	<u>4,7</u>	4,6	<u>4,6</u>	4,5	4,9	<u>4,6</u>
Manager	3,1	<u>3,2</u>	3,3	3,0	3,2	3,6	3,2
Regisseur	3,1	3,2	<u>3,1</u>	2,8	3,3	3,3	<u>3,1</u>
Tussenpersoon	<u>4,1</u>	4,2	4,2	4,2	4,4	4,2	<u>4,2</u>
Ondernemer	<u>4,3</u>	<u>4,2</u>	<u>4,2</u>	<u>4,3</u>	<u>4,4</u>	4,6	<u>4,3</u>
Vervulling rollen							
Boegbeeld/ambassadeur	<u>3,9</u>	4,1	4,1	4,2	4,0	4,3	<u>4,1</u>
Bestuurder	<u>4,3</u>	<u>4,4</u>	4,6	<u>4,5</u>	4,3	4,7	<u>4,4</u>
Manager	3,0	<u>3,6</u>	3,2	3,1	3,1	3,3	3,2
Regisseur	2,9	3,1	<u>3,0</u>	2,7	3,0	3,4	<u>2,9</u>
Tussenpersoon	<u>3,9</u>	4,2	4,3	4,1	4,1	3,9	<u>4,1</u>
Ondernemer	<u>3,7</u>	<u>3,8</u>	<u>3,9</u>	<u>4,0</u>	<u>4,0</u>	4,1	<u>3,9</u>

Tabel 45c Belangrijkheid vs. vervulling rollen (schaal 1-5, 1 = zeer onbelangrijk/zwak, 5 = zeer belangrijk/sterk), per type instelling (gemiddelde), 2010 (vergelijking tussen gepaarde groepen m.b.v. Friedman)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
Belangrijkheid rollen							
Boegbeeld/ambassadeur	<u>4,4</u>	4,2	4,5	4,4	<u>4,5</u>	4,4	<u>4,4</u>
Bestuurder	<u>4,7</u>	4,7	4,5	4,7	4,7	4,5	<u>4,6</u>
Manager	3,3	3,2	3,2	3,2	3,2	<u>3,5</u>	3,3
Regisseur	3,3	3,3	3,1	<u>3,3</u>	3,1	3,6	<u>3,3</u>
Tussenpersoon	<u>4,4</u>	4,3	4,2	4,3	4,3	4,3	4,3
Ondernemer	<u>4,2</u>	<u>4,1</u>	4,0	<u>4,3</u>	4,2	<u>4,2</u>	<u>4,2</u>
Vervulling rollen							
Boegbeeld/ambassadeur	<u>4,2</u>	4,2	4,5	4,3	<u>4,2</u>	4,4	<u>4,3</u>
Bestuurder	<u>4,4</u>	4,7	4,5	4,6	4,5	4,4	<u>4,5</u>
Manager	3,3	3,3	3,3	3,2	3,1	<u>3,7</u>	3,3
Regisseur	3,1	3,1	3,1	<u>3,0</u>	3,1	3,4	<u>3,1</u>
Tussenpersoon	<u>4,2</u>	4,3	4,3	4,2	4,3	4,3	4,2
Ondernemer	<u>3,8</u>	<u>3,9</u>	4,0	<u>4,0</u>	4,1	<u>4,0</u>	<u>3,9</u>

Tabel 46 Invulling ondernemerschap in de zorg (schaal 1-5, 1 = geheel niet van toepassing, 5 = zeer van toepassing), per type instelling (gemiddelde), 2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Mann-Whitney)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2005							
Creatief omgaan met middelen	3,8	3,6	3,7	3,9	3,7	3,2	3,8
Optimaliseren werkprocessen	3,8	3,6	3,5	<u>3,4</u>	3,4	3,4	3,5
Initiëren commerciële activiteiten	3,0	2,7	<u>2,3</u>	3,2	3,0	2,0	2,8
Stimuleren professionals	4,0	3,8	3,7	3,9	4,1	3,6	3,9
Aangaan samenwerkingsrelaties	3,7	4,1	3,8	4,1	3,9	3,9	3,9
Aanboren nieuwe markten	3,1	3,2	3,2	<u>3,8</u>	3,6	3,0	3,4
2010							
Creatief omgaan met middelen	3,9	3,8	3,9	4,1	3,7	3,6	3,9
Optimaliseren werkprocessen	3,8	3,9	3,5	<u>3,8</u>	3,4	3,7	3,7
Initiëren commerciële activiteiten	2,7	2,6	<u>2,8</u>	3,1	2,8	3,0	2,9
Stimuleren professionals	4,0	4,0	3,8	3,8	3,7	3,9	3,8
Aangaan samenwerkingsrelaties	4,0	3,9	3,8	3,9	4,0	4,2	3,9
Aanboren nieuwe markten	3,1	3,3	3,3	<u>3,4</u>	3,4	3,3	3,3

Tabel 47 Waarop dienen bestuurders afgerekend te worden (max. 2 antwoorden aankruisen), per type instelling (percentage), 2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2005							
Voldoen aan opdracht	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Optimalisatie proces	12%	2%	0%	0%	8%	0%	4%
Economische gezondheid	50%	56%	54%	52%	67%	44%	53%
Concurrentie vermogen	40%	20%	27%	29%	29%	22%	29%
Kwaliteit van de zorg	72%	78%	80%	71%	71%	56%	74%
Maatschappelijke functie	26%	54%	45%	47%	29%	56%	42%
2010							
Voldoen aan opdracht	0%	2%	0%	2%	3%	11%	3%
Optimalisatie proces	7%	5%	2%	0%	3%	3%	3%
Economische gezondheid	69%	71%	66%	79%	82%	61%	72%
Concurrentie vermogen	21%	2%	9%	8%	16%	11%	11%
Kwaliteit van de zorg	91%	93%	86%	85%	82%	81%	87%
Maatschappelijke functie	22%	37%	41%	26%	26%	44%	31%

Tabel 48 Waaruit blijkt de effectiviteit van de bestuurder (max. 3 antwoorden aankruisen), per type instelling (percentage), 2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2005							
Spanningen en dilemma's hanteren	38%	38%	46%	27%	38%	22%	36%
Veranderingen doorvoeren	72%	67%	64%	72%	63%	78%	69%
Bedrijfseconomische resultaten	40%	45%	38%	43%*	54%	44%	43%
Formuleren bindende visie	51%	53%	63%	68%	58%	78%	60%
Medewerkers stimuleren	35%	38%	23%	39%	58%	33%	36%
Besluitvaardigheid	24%	17%	25%	23%	13%	11%	21%
Eigen stijl aanpassen	26%	31%	29%	16%	13%	33%	24%
Anders	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2010							
Spanningen en dilemma's hanteren	47%	41%	41%	28%	58%	42%	41%
Veranderingen doorvoeren	61%	51%	57%	61%	63%	58%	59%
Bedrijfseconomische resultaten	39%	54%	48%	57%*	47%	36%	48%
Formuleren bindende visie	58%	63%	73%	63%	63%	61%	63%
Medewerkers stimuleren	42%	29%	45%	38%	26%	44%	38%
Besluitvaardigheid	22%	12%	11%	22%	21%	17%	18%
Eigen stijl aanpassen	15%	37%	16%	17%	21%	33%	22%
Anders	3%	2%	5%	5%	5%	6%	4%

* $\alpha = 0,053$

Tabel 49 Opvatting bestuurders over het managen van professionals (percentage, slechts één antwoord mogelijk), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2000							
Zelfmanagement	4%	16%	8%	14%	4%	12%	10%
Meevoelend management	26%	14%	24%	29%	27%	18%	25%
Geduld management	<u>21%</u>	9%	3%	9%	17%	24%	<u>13%</u>
Actief sturend management	<u>46%</u>	61%	60%	48%	52%	41%	51%
Confronterend management	4%	0%	5%	<u>0%</u>	0%	6%	<u>2%</u>
2005							
Zelfmanagement	4%	16%	20%	<u>16%</u>	9%	33%	<u>14%</u>
Meevoelend management	27%	21%	20%	24%	41%	22%	25%
Geduld management	<u>3%</u>	5%	4%	3%	5%	0%	<u>4%</u>
Actief sturend management	<u>63%</u>	53%	49%	<u>52%</u>	45%	33%	<u>53%</u>
Confronterend management	3%	5%	7%	<u>4%</u>	0%	<u>11%</u>	<u>5%</u>
2010							
Zelfmanagement	13%	27%	30%	<u>28%</u>	16%	29%	<u>24%</u>
Meevoelend management	27%	20%	28%	32%	26%	29%	28%
Geduld management	2%	0%	0%	5%	5%	6%	3%
Actief sturend management	55%	49%	42%	<u>28%</u>	50%	35%	<u>42%</u>
Confronterend management	3%	5%	0%	7%	3%	<u>0%</u>	4%

Tabel 50 Hoe laat u zich gelden in het publieke debat (meerdere antwoorden mogelijk), per type instelling (percentage), 2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2005							
Politici bestoken	32%	47%	48%	57%	41%	44%	46%
Problemen aan de kaak stellen	26%	33%	25%	<u>47%</u>	41%	44%	35%
Melden als bestuurslid van branche/koepelver.	36%	55%	45%	26%	45%	44%	39%
Kwesties agenderen	14%	10%	14%	12%	14%	0%	12%
Gelijkgezinden mobiliseren	32%	53%	36%	53%	45%	22%	44%
Ik doe dat niet	26%	7%	16%	12%	14%	11%	15%
Anders	14%	16%	18%	10%	14%	11%	13%
2010							
Politici bestoken	32%	54%	36%	55%	42%	38%	44%
Problemen aan de kaak stellen	32%	31%	27%	<u>26%</u>	44%	24%	30%
Melden als bestuurslid van branche/koepelver.	35%	64%	32%	30%	44%	32%	38%

>>

>>	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
Kwesties agenderen	18%	8%	14%	9%	11%	9%	11%
Gelijkgezinden mobiliseren	46%	59%	55%	41%	50%	47%	48%
Ik doe dat niet	18%	8%	16%	20%	19%	29%	18%
Anders	19%	5%	7%	8%	6%	3%	9%

Tabel 51 Verdeling werkzaamheden gemiddelde werkweek (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Anova)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2000							
Interne zaken	70%	64%	64%	<u>65%</u>	67%	62%	66%
Externe zaken	30%	36%	36%	<u>35%</u>	33%	38%	34%
Zorginhoudelijke zaken	44%	37%	39%	34%	41%	38%	38%
Beheersmatige zaken	57%	63%	61%	66%	59%	62%	62%
Bestuurlijke/strategische zaken	56%	52%	58%	57%	56%	48%	56%
Tactische/operationele zaken	44%	48%	42%	43%	44%	52%	44%
2005							
Interne zaken	71%	63%	66%	<u>60%</u>	66%	<u>70%</u>	<u>65%</u>
Externe zaken	29%	37%	34%	<u>40%</u>	34%	<u>30%</u>	<u>35%</u>
Zorginhoudelijke zaken	41%	32%	36%	36%	35%	43%	<u>37%</u>
Beheersmatige zaken	59%	68%	64%	64%	65%	57%	<u>63%</u>
Bestuurlijke/strategische zaken	53%	56%	54%	59%	<u>64%</u>	52%	56%
Tactische/operationele zaken	47%	44%	46%	41%	<u>36%</u>	48%	44%
2010							
Interne zaken	72%	63%	69%	<u>68%</u>	68%	<u>59%</u>	<u>67%</u>
Externe zaken	28%	37%	31%	<u>32%</u>	32%	<u>41%</u>	<u>33%</u>
Zorginhoudelijke zaken	47%	38%	41%	38%	41%	36%	<u>40%</u>
Beheersmatige zaken	53%	62%	59%	62%	59%	64%	<u>60%</u>
Bestuurlijke/strategische zaken	51%	59%	55%	57%	<u>52%</u>	55%	55%
Tactische/operationele zaken	49%	41%	45%	43%	<u>48%</u>	45%	45%

Tabel 52 Interne contacten tijdens een gemiddelde werkweek, per type instelling (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Mann-Whitney)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2000							
Medische professionals	<u>22%</u>	9%	<u>7%</u>	5%	14%	13%	<u>11%</u>
Overige professionals	5%	6%	7%	<u>7%</u>	5%	4%	6%
Patiënten	<u>3%</u>	<u>6%</u>	<u>7%</u>	<u>6%</u>	<u>5%</u>	4%	<u>5%</u>
Collega-bestuurders	19%	22%	<u>18%</u>	16%	22%	13%	<u>18%</u>
Raad van toezicht	<u>4%</u>	<u>5%</u>	5%	5%	<u>5%</u>	5%	<u>5%</u>
Ondergeschikte managers	<u>30%</u>	<u>34%</u>	<u>34%</u>	<u>40%</u>	31%	28%	<u>35%</u>
Ondernemingsraad	<u>8%</u>	<u>9%</u>	<u>10%</u>	<u>9%</u>	<u>10%</u>	<u>8%</u>	<u>9%</u>
Cliëntenraad	<u>0%</u>	<u>0%</u>	<u>1%</u>	<u>1%</u>	<u>0%</u>	0%	<u>0%</u>
Medewerkers							
Anders							
Overig	8%	8%	11%	11%	8%	25%	10%
2005							
Medische professionals	<u>18%</u>	7%	<u>3%</u>	4%	13%	14%	<u>8%</u>
Overige professionals	6%	6%	9%	<u>4%</u>	6%	8%	6%
Patiënten	<u>2%</u>	<u>3%</u>	<u>6%</u>	<u>4%</u>	<u>2%</u>	5%	<u>3%</u>
Collega-bestuurders	<u>17%</u>	17%	<u>9%</u>	13%	17%	5%	<u>14%</u>
Raad van toezicht	<u>3%</u>	<u>3%</u>	4%	<u>5%</u>	<u>3%</u>	5%	<u>4%</u>
Ondergeschikte managers	<u>22%</u>	<u>27%</u>	<u>24%</u>	<u>26%</u>	27%	20%	<u>25%</u>
Ondernemingsraad	<u>4%</u>	<u>4%</u>	<u>5%</u>	<u>6%</u>	<u>5%</u>	<u>4%</u>	<u>5%</u>
Cliëntenraad	<u>2%</u>	<u>2%</u>	<u>5%</u>	<u>4%</u>	<u>2%</u>	1%	<u>3%</u>
Medewerkers	15%	21%	21%	21%	18%	25%	19%
Anders (zelf invullen)							
Overig	<u>12%</u>	<u>11%</u>	<u>13%</u>	<u>14%</u>	8%	12%	<u>12%</u>
2010							
Medische professionals	21%	8%	3%	3%	8%	10%	9%
Overige professionals	7%	7%	6%	5%	5%	8%	6%
Patiënten	1%	4%	7%	4%	4%	2%	4%
Collega-bestuurders	<u>12%</u>	15%	11%	10%	15%	10%	12%
Raad van toezicht	3%	4%	4%	<u>4%</u>	4%	5%	4%
Ondergeschikte managers	21%	25%	26%	27%	27%	28%	25%
Ondernemingsraad	3%	4%	5%	<u>4%</u>	4%	4%	<u>4%</u>
Cliëntenraad	2%	3%	5%	4%	<u>4%</u>	2%	4%
Medewerkers	17%	22%	19%	23%	16%	22%	20%
Anders (zelf invullen)	6%	3%	7%	7%	7%	5%	7%
Overig	<u>6%</u>	<u>6%</u>	<u>7%</u>	<u>7%</u>	5%	4%	<u>6%</u>

Tabel 53 Interne contacten samengevat, per type instelling (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Mann-Whitney)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2000							
Interne management contacten	54%	61%	57%	61%	59%	46%	58%
Interne contacten met uitvoerenden	35%	24%	24%	22%	28%	25%	26%
Interne contacten met afnemers (patiënten/cliënten)	3%	6%	8%	6%	5%	4%	6%
interne overige contacten	8%	9%	11%	11%	8%	25%	10%
2005							
Interne management contacten	57%	68%	59%	65%	65%	55%	62%
Interne contacten met uitvoerenden	28%	16%	17%	14%	23%	26%	19%
Interne contacten met afnemers (patiënten/cliënten)	4%	5%	11%	8%	3%	6%	7%
interne overige contacten	12%	11%	13%	14%	8%	12%	12%
2010							
Interne management contacten	53%	65%	61%	65%	62%	64%	61%
Interne contacten met uitvoerenden	31%	19%	14%	12%	18%	23%	19%
Interne contacten met afnemers (patiënten/cliënten)	4%	7%	12%	8%	8%	4%	7%
interne overige contacten	13%	9%	14%	15%	13%	9%	13%

Tabel 54 Externe contacten tijdens een gemiddelde werkweek, per type instelling (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Mann-Whitney)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2000							
Met directeuren van vergelijkbare instellingen	25%	26%	25%	27%	22%	22%	25%
Met directeuren van andersoortige instellingen	16%	14%	11%	19%	17%	12%	16%
Met patiëntenorganisaties							
Met zorgverzekeraars	13%	10%	11%	10%	14%	12%	11%
Met brancheorganisaties	10%	13%	8%	9%	12%	9%	10%
Met politici en ambtenaren	7%	11%	11%	9%	12%	10%	10%
Anders (zelf invullen)							
Overig	30%	26%	34%	26%	23%	35%	28%
2005							
Met directeuren van vergelijkbare instellingen	25%	23%	21%	27%	24%	17%	24%
Met directeuren van andersoortige instellingen	17%	14%	13%	17%	13%	22%	16%

>>

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
Met patiëntenorganisaties	3%	4%	5%	<u>3%</u>	<u>2%</u>	2%	<u>4%</u>
Met zorgverzekeraars	<u>17%</u>	12%	<u>13%</u>	11%	12%	8%	<u>13%</u>
Met brancheorganisaties	<u>14%</u>	<u>16%</u>	<u>17%</u>	11%	15%	10%	<u>14%</u>
Met politici en ambtenaren	<u>13%</u>	<u>12%</u>	<u>19%</u>	<u>18%</u>	15%	<u>23%</u>	<u>16%</u>
Anders (zelf invullen)							
Overig	<u>11%</u>	<u>19%</u>	<u>12%</u>	<u>13%</u>	<u>20%</u>	17%	<u>14%</u>
2010							
Met directeuren van vergelijkbare instellingen	26%	22%	24%	<u>23%</u>	20%	24%	23%
Met directeuren van andersoortige instellingen	15%	13%	14%	14%	13%	17%	14%
Met patiëntenorganisaties	5%	6%	7%	<u>6%</u>	<u>7%</u>	4%	<u>6%</u>
Met zorgverzekeraars	<u>14%</u>	14%	12%	12%	13%	11%	13%
Met brancheorganisaties	15%	18%	14%	11%	15%	14%	14%
Met politici en ambtenaren	14%	<u>18%</u>	14%	16%	18%	15%	16%
Anders	8%	4%	6%	8%	11%	9%	8%
Overig	<u>3%</u>	<u>6%</u>	8%	10%	<u>4%</u>	6%	<u>7%</u>

Tabel 55 Externe contacten samengevat, per type instelling (percentage), 2000-2005-2010 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Mann-Whitney)

	ZKH	GGZ	GHZ	VVT	Combi	Anders	Gem.
2000							
Externe management contacten	41%	41%	36%	46%	39%	34%	41%
Externe contacten met het veld	<u>22%</u>	<u>23%</u>	<u>19%</u>	<u>19%</u>	26%	21%	<u>21%</u>
Externe politieke/ambtelijke contacten	<u>7%</u>	11%	<u>11%</u>	<u>9%</u>	12%	<u>10%</u>	<u>10%</u>
Externe overige contacten	<u>30%</u>	<u>26%</u>	<u>34%</u>	<u>26%</u>	23%	35%	<u>28%</u>
2005							
Externe management contacten	42%	38%	34%	<u>44%</u>	37%	39%	40%
Externe contacten met het veld	<u>34%</u>	<u>32%</u>	<u>35%</u>	<u>25%</u>	29%	20%	<u>30%</u>
Externe politieke/ambtelijke contacten	<u>13%</u>	<u>12%</u>	<u>19%</u>	<u>18%</u>	15%	<u>23%</u>	<u>16%</u>
Externe overige contacten	<u>11%</u>	<u>19%</u>	<u>12%</u>	<u>13%</u>	20%	17%	<u>14%</u>
2010							
Externe management contacten	41%	35%	38%	<u>37%</u>	33%	41%	38%
Externe contacten met het veld	34%	37%	34%	29%	34%	29%	32%
Externe politieke/ambtelijke contacten	14%	<u>18%</u>	14%	16%	18%	15%	16%
Externe overige contacten	11%	10%	14%	18%	15%	15%	13%

Samenvatting

Onder zorgbestuurders

Bestuurders van zorgorganisaties doen hun werk in een veranderlijke omgeving. Het governanceregime – de gehele set van omstandigheden, activiteiten en overtuigingen die in een bepaalde periode het gedrag van partijen in een bepaald beleidsveld stuurt – is voortdurend in beweging en vele partijen spelen daarin een rol.

In veel westerse landen is de introductie van marktprincipes en zelfsturing een van de belangrijkste veranderingen in de gezondheidszorg. In Nederland spreken we over een verandering van een centraal gestuurd systeem van aanbodregulering naar een meer decentraal gestuurd en vraaggericht systeem. In het licht van dit beleid is sinds 2000 een scala aan wetwijzigingen doorgevoerd, wordt meer inzicht geëist in bereikte resultaten en zijn de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van verschillende toezichthouders versterkt. Steeds meer partijen zijn betrokken bij de zorg, en aan die partijen worden steeds meer eisen gesteld. Dit roept vragen op over rollen en verantwoordelijkheden van partijen. Zorgbestuurders zijn een van de partijen over wie het dan gaat. Aan hen wordt een belangrijke rol toegedicht bij de verandering en vernieuwing van het governanceregime.

Tegelijkertijd wordt zorgbestuurders veel verweten. In de politiek en media moeten zij het geregeld ontgelden. Tegen de achtergrond van verandering en vernieuwing van het zorgstelsel is het functioneren van zorgbestuurders ook betwist geraakt. Wat gepast en goed bestuur is, is niet duidelijk. Of het nu gaat om incidenten in de bedrijfsvoering of de zorgverlening; zorgbestuurders hebben wat uit te leggen. Dit onderzoek gaat over de betwiste governance van zorg en vooral de rol die bestuurders hier zelf in spelen. Zij zijn een van de *governing agents* en aldus subject én object van governance.

De centrale onderzoeksvraag is: *hoe gaan zorgbestuurders om met het veranderende governanceregime van de zorg en welke factoren zijn daarop van invloed?*

Een praktijkgerichte benadering van governance

Het theoretische kader combineert inzichten uit institutionele theorieën met inzichten uit interpretatieve theorieën. Volgens institutionele theorieën handelen mensen op grond van bewuste en onbewuste regels, gebruiken en opvattingen. Deze instituties kunnen formeel van aard zijn, normatief of cognitief (Scott 2001). Ze zijn vervat

in wetten en regels (formele instituties), in het moreel gezien juiste gedrag (morele instituties), vanzelfsprekende omgangsvormen, gewoontes en tradities (cognitieve instituties). De ontwikkeling van governanceregimes is in dat licht een proces van institutionele verandering, waarin bestaande instituties worden herijkt en vermengd met nieuwe. Dit proces gaat altijd gepaard met spanningen en tegenstrijdigheden. Wanneer de spanningen te groot worden kan het regime zelf ter discussie komen te staan (Helderman 2007). In die situatie van institutionele ambiguïteit is niet langer duidelijk hoe veranderende omstandigheden begrepen moeten worden, wie welke rol heeft en wat op dat moment juist en gepast is. Dit kan verwarring en strijd tot gevolg hebben, maar kan ook ruimte bieden voor nieuwe denk- en handelwijzen. Actoren die het beste toegerust zijn om in een sterk geïnstitutionaliseerde omgeving verandering te realiseren worden *embedded agents* genoemd: agents die enerzijds goed verankerd zijn in de sector en anderzijds voldoende afstand hebben om zich te kunnen losmaken van bestaande denk- en handelwijzen. Ook zorgbestuurders kunnen we zien als *embedded agents*, die ondanks de sturende werking van instituties ruimte zoeken voor een eigen strategische koers (Leca en Naccache 2006; Shehata 2006). De paradox is dat *embedded agency* veronderstelt dat het mogelijk is datgene te veranderen wat je houvast biedt. Wanneer de houvast (het institutionele kader) zelf ter discussie staat is de vraag hoe nieuwe grip kan worden gevonden en hoe die valt te legitimeren. Interpretatieve theorieën bieden hier een goede aanvulling. In interpretatieve theorieën staan niet de instituties centraal, maar de manier waarop agents – door eigen praktijken van governance – betekenis geven aan hun wereld. De overtuigingen, activiteiten en omstandigheden van zorgbestuurders zelf komen centraal te staan.

De veranderende omstandigheden, activiteiten en overtuigingen kunnen ons tonen hoe bestuurders, onderhevig aan allerlei institutionele krachten, het veranderende governanceregime van de zorg hanteren en mede invullen. Wat hun in deze situatie van institutionele ambiguïteit houvast en stabiliteit biedt, wat niet (meer), op welke wijze zij verandering en vernieuwing realiseren en wat hen legitimeert. Deze praktijkgerichte benadering van governance geeft bovendien niet alleen inzicht in bewuste strategieën waarmee zorgbestuurders het veranderende governanceregime van de zorg hanteren, maar ook in onbedoelde en impliciete strategieën en factoren die daarbij een rol spelen.

Onderzoeksaanpak

De onderzoeksvraag is beantwoord met behulp van acht deelvragen, die zijn onderzocht door middel van literatuurstudie, bronnenonderzoek en enquêteonderzoek. Het onderzoek heeft betrekking op de periode 2000 tot en met 2010. In deze jaren vond een aantal belangrijke ontwikkelingen plaats op het gebied van de gezondheidszorg, zoals een verschuiving van verantwoordelijkheden van de overheid naar het veld, de introductie van gereguleerde concurrentie, de intrede van het begrip *health care governance* en governancecodes, groeiende aandacht in de media en de politiek voor het functioneren

en de beloning van zorgbestuurders, en ontwikkelingen binnen de beroepsvereniging van bestuurders gericht op versterking van hun professionaliteit en legitimiteit.

Het enquêteonderzoek onder zorgbestuurders kent drie meetmomenten: 2000, 2005 en 2010, met wisselende respondenten. Het voordeel van enquêteonderzoek is dat een groot aantal kenmerken van een groot aantal respondenten tegelijk in kaart gebracht kan worden. Het meerjarenperspectief biedt een uniek inzicht in de verandering van zorgbestuurders als groep van 2000 tot en met 2010. Het maakt bovendien mogelijk om geleidelijke veranderingen in de overtuigingen en activiteiten van deze agents zichtbaar te maken en de krachten en machten die daarin een rol spelen. Duidelijk wordt hoe sommige kwesties geleidelijk opkomen en weer verdwijnen, zoals de aandacht voor resultaatverantwoordelijke eenheden en voor bepaalde kwaliteitssystemen. Terwijl andere kwesties continu aandacht vragen, zoals het zoeken naar de juiste *span of control*, het realiseren van een bindende visie, de noodzaak tot samenwerking en het realiseren van verbeteringen in de bedrijfsvoering. Door het cross-sectionele element – de dwarsdoorsneden van zorgbestuurders binnen één onderzoeksjaar – zijn daarnaast verschillen te zien tussen deelgroepen. Zo blijkt dat jongere bestuurders, bestuurders met minder of andersoortige werkervaring en vrouwen hun functie deels anders definiëren dan oudere, ervaren, mannelijke collega's. De combinatie met bronnenonderzoek helpt de uitkomsten in perspectief te plaatsen. Het bronnenonderzoek bestaat uit een analyse van het overheidsbeleid en het politieke debat over de besturing van de gezondheidszorg in de periode 2000 tot en met 2010 en een analyse van het beleid en debat binnen de beroepsvereniging van bestuurders in de gezondheidszorg (NVZD) in dezelfde periode. Het maakt duidelijk hoe het veranderende governanceregime en de bijdrage van zorgbestuurders door verschillende agents verschillend wordt ervaren en beleefd. Het enquêteonderzoek laat zien hoe de overtuigingen en activiteiten van bestuurders zelf zijn veranderd in deze periode en welke ontwikkelingen plaatsvonden in zorgorganisaties.

Het onderzoek is geordend naar vier arena's: de politieke arena, de beroepsarena, de bestuurdersarena en de organisatiearena.

Uitkomsten

De praktijkgerichte benadering van governance blijkt een goede aanvulling op bestaande theorieën. De gekozen benadering heeft niet alleen inzicht gegeven in bewuste strategieën, maar ook in de onbedoelde en impliciete factoren die een rol spelen in het veranderende governanceregime. Zo is er de kracht van incidenten, het specifieke socialisatieproces van zorgbestuurders, demografische ontwikkelingen en de praktische opgave om politieke vergezichten te verbinden met lokale praktijken.

In de **politieke arena** zien we, in weerwil van de wens meer ruimte te laten aan het veld, een veelheid aan activiteiten. De overheid investeert in een betere informatievoorziening

en maakt afspraken over te behalen prestaties: een strategie van rationalisering. Daarnaast werkt ze aan een gezond tegenspel tussen partijen. Een goede maatschappelijke inbedding moet spelers responsief maken voor wat maatschappelijk gezien aanvaardbaar is en wat niet: een strategie van politisering. Een scala aan nieuwe wetten en regels, codes en richtlijnen ondersteunt het beleid: juridisering op allerlei manieren. Er vinden vele politieke debatten plaats over het ‘juiste’ ondernemerschap en morele grenzen: een strategie van moralisering. Incidenten spelen hierbij een belangrijke rol. Bij het ontbreken van consensus vooraf over goede zorg en goed bestuur, wordt achteraf – aan de hand van incidenten – bepaald wat acceptabel is en vooral wat niet. Voor parlementariërs bieden incidenten bovendien de mogelijkheid de regie over de zorg weer meer naar zich toe te trekken. Zij trekken het oordeelsvermogen en de integriteit van zorgbestuurders in twijfel en proberen bewindspersonen aan te zetten tot ingrijpen.

In de **beroepsarena** besteedt de NVZD aanvankelijk veel aandacht aan de eigenheid aan het vak van besturen in de zorg. Wanneer zorgbestuurders onder vuur komen te liggen, gaat de aandacht van het bestuur steeds meer uit naar versterking van het imago van de vereniging en haar leden. De aandacht verschuift van professionalisering naar politisering. Het bestuur gaat lobbyen bij politici en spreekt de leden aan op hun maatschappelijke rol. Hun inspanningen worden echter overschaduwd door de discussie over de bestuurderssalarissen. Hoewel veel leden zich niet herkennen in het nieuwe beeld van de zorgbestuurder als private ondernemer die evenzeer eigen belangen nastreeft als publieke, besteden zij zelf ook buitengewoon veel aandacht aan een goede beloning. Deze patstelling maakt dat de beroepsvereniging als governing agent weinig verschil kan maken. Waar de politiek valt aan te merken als een *overacting agent*, is de beroepsvereniging te typeren als een *underacting agent*, die er niet in slaagt een eigen verhaal te zetten tegenover het dominante discours van falend management in de zorg.

Uit de **bestuurdersarena** komt een gelaagder beeld van het besturen van zorgorganisaties naar voren dan uit het debat in de politieke arena. Enquêtes onder zorgbestuurders in 2000, 2005 en 2010 laten een opmerkelijke continuïteit zien in hun persoons- en functiekenmerken, alle externe dynamiek ten spijt. Respectievelijk 410, 309 en 308 bestuurders hebben de vragen beantwoord.

Zorgbestuurders zijn veelal in de zorg opgeleid en gesocialiseerd. Dit gegeven, in combinatie met een jarenlange werkzaamheid in de sector, bevordert een bestendige functie-interpretatie en vergroot de binding met collega-bestuurders. Door ervaring, socialisatie en door eigen handelen te toetsen aan *knowledgeable others* – collega’s met verstand van zaken – vergaren zorgbestuurders de *practical knowledge* die nodig is om zorgorganisaties te besturen. De continuïteit in de functie-interpretatie van zorgbestuurders hangt naast hun socialisatie ook samen met de homogene demografische

samenstelling van de beroepsgroep. De meeste bestuurders zijn mannen van een bepaalde generatie. Wel is het aantal relatief jonge vrouwelijke bestuurders in tien jaar tijd gegroeid. Die gedeelde functie-interpretatie kan stabiliserend werken en voorkomen dat zorgbestuurders al te lichtvaardig veranderingen doorvoeren zonder rekening te houden met de specifieke aard van het primaire proces, de professionals en de cliënten. Ze kan echter ook stagnerend werken, als denk- en handelwijzen routineus worden waardoor er te weinig oog is voor alternatieven. Bij het socialisatieproces hoort echter de traditie mee te doen aan intervisie en (bij)scholing, wat weer nieuwe impulsen kan geven. Ook de toenemende demografische diversiteit kan vernieuwing teweegbrengen.

De eerder omschreven politiek-bestuurlijke dynamiek is terug te zien in de externe oriëntatie van zorgbestuurders en hun gerichtheid op resultaten en ondernemerschap. 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 bestuurders zowel intern als extern aan legitimiteit.

In de **organisatiearena** vallen de vele veranderprojecten op: aanpassingen in de structuur, de omvang en de huisvesting van de organisatie. Het lijkt erop dat reorganiseren voor zorgbestuurders dé manier is om ontwikkelingen in het (landelijke) beleid en de praktijk op elkaar aan te laten sluiten. Veranderen gaat voor zorgbestuurders samen met verbinden. Veranderen en verbinden zien zij zelf als de belangrijkste maatstaven voor de effectiviteit van een bestuurder. Zonder intern én extern draagvlak hebben veranderingen weinig kans van slagen. Bovendien moet de winkel tijdens de verbouwing open blijven. Dit betekent dat zorgbestuurders voor de opgave staan tegelijkertijd veranderingen te realiseren en continuïteit te garanderen.

De manier waarop bestuurders hun functie interpreteren kan per sector verschillen. Bestuurders van verschillende typen organisaties verdelen hun aandacht anders over partijen en ondernemen andersoortige veranderingen. Bovendien ondervinden zij uiteenlopende beperkingen bij de invulling ervan. Ziekenhuisbestuurders ervaren een sterke tegenkracht van professionals en besteden veel tijd aan de aansturing van medisch specialisten. In de gehandicaptenzorg zijn cliënten(vertegenwoordigers) de belangrijkste *countervailing power*; zij hebben vaak levenslang met de zorgorganisatie te maken. In de geestelijke gezondheidszorg voelen bestuurders zich het meest beperkt door de politiek, reden waarom zij zich het vaakst mengen in het publieke debat. Bestuurders van verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT) lopen vooral tegen financiële grenzen aan. Zij zijn het meest bedrijfsmatig en commercieel georiënteerd. Bestuurders van kleine organisaties ervaren vooral de beperking van

de geringe omvang en vinden samenwerkingsverbanden cruciaal. Bij instellingen die verschillende soorten zorg combineren – anders dan VVT – vormt de complexiteit van de organisatie het voornaamste hoofdbreken.

Zorgbestuurders hebben te maken met verschillende interne en externe stakeholders tegenover wie zij zich moeten legitimeren, naast de overheid en politiek. Professionals, cliënten en andere belanghebbenden hechten waarde aan heel andere zaken dan de overheid en politici, bijvoorbeeld een prettige omgeving, autonomie of aandacht. Bovendien zijn zij niet altijd gebaat bij veranderingen. Bestuurders voeren aanpassingen door maar waken er tegelijk voor dat veranderingen niet te zeer indruisen tegen andere legitieme waarden. Zo kan het zijn dat ondernemerschap in de ene organisatie en sector een heel andere betekenis krijgt dan in een andere. Juist door het verbinden van verschillende werelden en waarden geven bestuurders mede invulling aan het veranderende governanceregime van de zorg, en bepalen zij mede de richting en het tempo van vernieuwingen.

Conclusies

De meeste zorgbestuurders zijn als echte *embedded agents* stevig verankerd in de gezondheidszorg. Zij zijn gesocialiseerd in de zorg en voelen zich sterk verbonden met het primaire proces. Dat stelt hen in staat verbindingen te leggen tussen verschillende partijen en belangen. Het stelt hen bovendien in staat veranderingen door te voeren en tegelijkertijd continuïteit van zorg te garanderen.

In het werk van zorgbestuurders is verbinding een sleutelwoord. Veranderingen zijn niet te realiseren zonder samenwerking met andere lokale en regionale betrokkenen zoals zorgverzekeraars, gemeenten en cliënten. Bestuurders verbinden als *embedded agents* groepen, ontwikkelingen en omstandigheden binnen en buiten de organisatie. De rol die daarbij het beste past is die van tussenpersoon. Deze rol heeft voor zorgbestuurders het meest aan belang gewonnen in de periode 2000 tot en met 2010. De institutionele verandering in de zorg is daarmee eerder een proces van continue onderlinge aanpassing en beïnvloeding dan een grote omwenteling. Er is veel dynamiek, maar er blijft ook veel bij het oude. Aan de ene kant zagen we volop verandering en toenemende diversiteit in schaal, structuur en inrichting van organisaties. Aan de andere kant zagen we een opmerkelijke stabiliteit in de socialisatie en de functie-interpretatie van bestuurders. Door de combinatie van veranderlijkheid en voorspelbaarheid zijn zorgbestuurders in staat mede de richting en het tempo van vernieuwingen te bepalen.

De combinatie van veranderlijkheid en voorspelbaarheid weerspiegelt ook de opgave van de *embedded agent* om verandering te realiseren zonder zich te zeer te vervreemden van de eigen omgeving. Zorgbestuurders kunnen hierbij zowel als institutionele ondernemer als institutionele bewaker getypeerd worden. Dit laatste is een aspect

van embedded agency dat zowel in de theorievorming als het beleid op het gebied van governance van de gezondheidszorg onderbelicht is. Embedded agents worden in de theorievorming vooral als *change agents* gezien. Veel minder aandacht is er voor het feit dat embedded agents veranderingen die te zeer indruisen tegen datgene waarvoor zij staan ook kunnen tegenhouden en organisaties kunnen behoeden voor te veel verandering tegelijkertijd.

Niet alleen verankering in de sector is onmisbaar voor zorgbestuurders, maar ook externe verankering: hun maatschappelijk draagvlak en maatschappelijke positie. Een verandering maakt weinig kans op succes als ze binnen en buiten de organisatie niet begrepen wordt. Legitimiteit hangt niet alleen af van de rechtmatigheid van het handelen van zorgbestuurders, de maatschappelijke of morele aanvaardbaarheid ervan of de resultaten die zij behalen, zij wordt ook verkregen door het aangaan en onderhouden van relaties. Legitimering is ook een proces. Door verbindingen te leggen tussen verschillende werelden kunnen verschillende zienswijzen dichter bij elkaar komen en kunnen nieuwe gedeelde werkwijzen ontstaan. Met de komst van nieuwe partijen en verschuivende taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen partijen groeit het belang van deze legitimeringsgrond. Legitimering is in de zorg bij uitstek een relationele bezigheid.

Tot slot kunnen legitimering en professionalisering niet los van elkaar worden gezien. Goed bestuur is niet alleen een zaak van de eigen beroepsgroep. Om effectief te zijn als verbindingspersoon is het van belang ook door anderen als zodanig herkend en erkend te worden. Dat dit niet altijd het geval is blijkt uit de vele kritische noten aan het adres van zorgbestuurders. Zij worden als beroepsgroep als naar binnen gekeerd ervaren en weinig responsief. Het zelfreferentiële karakter van veel professionaliseringsactiviteiten versterkt dit beeld. Voor zorgbestuurders betekent dit dat het belangrijk is de wijze waarop zij hun functie opvatten en uitoefenen breder uit te leggen, en zich meer moeite te getroosten de eigen toegevoegde waarde zichtbaar te maken. Legitimering is een onderdeel van professionalisering dat permanent aandacht verdient. In een veld waarin de onderlinge afhankelijkheden zo groot zijn, ben je voor je eigen slagkracht zeer afhankelijk van anderen. De ruimte om een eigen strategische koers te varen moet je als bestuurder ook gegund worden.

Summary

Among health care executives

Managers of health care organisations do their work in a changing environment. The governance regime – the entire set of circumstances, activities and convictions that guide the behaviour of parties in a certain policy field over a given period of time – is in a continuous state of flux and many parties have a role in that.

In many Western countries, the introduction of market principles and self-management is a central theme in changes in the area of health care. In the Netherlands there has been a change from a centralised, supply-driven system to a more decentralised and demand-driven system of health care. Since 2000, in the light of this policy, a range of legislative amendments have been implemented, a better understanding of the results achieved is demanded, and the responsibilities and competencies of various inspectors have been strengthened. A growing number of parties are involved in health care and they need to meet an increasing number of requirements. This elicits questions about the roles and responsibilities of the parties concerned. Health care managers are one of the parties involved and they have been ascribed an important role in the change and renewal of the governance regime.

At the same time health care managers also receive a lot of blame. In political circles and the media they regularly have to take the brunt of it. Against the background of change and renewal in the health care system the functioning of health care managers has also become disputed. It is not clear what appropriate and good management are. Whether we are talking about incidents in the operational management or the provision of health care; health care managers have a lot to explain. This research concerns the disputed governance of health care and, in particular, the role that end-responsible managers (executives) play in this. They are one of the *governing agents* and therefore a subject and object of governance.

The main research question is: *How do health care managers deal with the changing governance regime of health care and which factors influence this?*

A practice-oriented approach to governance

The theoretical framework combines insights from the institutional theory with insights from interpretive theories. According to institutional theories, people act on the basis of conscious and unconscious rules, habits and opinions. These institutions can be formal in nature, normative or cognitive (Scott 2001). They are contained in laws and rules (formal institutions), in what is morally considered to be correct behaviour (moral institutions), and in self-evident manners, customs and traditions (cognitive institutions). In that light the development of governance regimes is a process of institutional change, in which existing institutions are recalibrated and mixed with new ones. This process is always associated with tensions and conflicts. If the tensions become too large then the regime itself can be called into question (Helderman 2007). In this situation of institutional ambiguity, it is no longer clear how changing circumstances must be understood, who has which role and what is correct and appropriate at that moment. This can lead to confusion and conflict, but can also provide opportunities for new ideas and approaches. Actors who are the best equipped to realise change in the strongly institutionalised environment are called *embedded agents*: agents who on the one hand are well anchored in the sector and on the other have sufficient distance to be able to free themselves from existing ideas and approaches. Health care managers can also be viewed as embedded agents, who despite the guiding effect of institutions seek opportunities for their own strategic course (Leca and Naccache 2006; Shehata 2006). The paradox in this is that *embedded agency* presumes it is possible to change the very thing that gives you support. If the support (the institutional framework) is subject to discussion then the question arises as to how new footholds can be found and how these can be legitimised. Interpretive theories are a useful additional tool in this respect. In interpretive theories the institutions do not take central stage but instead the manner in which agents – through own practices of governance – give meaning to their world. The convictions, activities and circumstances of health care managers then take centre stage.

Changing circumstances, activities and convictions can show us how managers, subject to a range of institutional forces, deal with and help to shape the changing governance regime of health care. What provides them with support and stability in this situation of institutional ambiguity what does not (or no longer does), how do they realise change and renewal and what legitimises them. Furthermore, this practice-oriented approach to governance provides not only insights into the conscious strategies that health care managers use to deal with the changing governance regime of care, but also in the unintended and implicit strategies and factors that play a role in this.

Research approach

The research question is answered with the help of eight sub questions, which have been investigated by means of literature study, document review and questionnaire research. This research covers the period 2000 up to and until 2010. In this period,

several important developments took place in the area of health care, such as a shift of responsibilities from the government to the field of practice, the introduction of regulated competition, the introduction of the term *health care governance* and governance codes, a growing attention in the media and in political circles for the functioning and rewarding of health care managers, as equally developments within the professional association of health care managers aimed at strengthening the professionalism and legitimacy of managers.

The questionnaire research among health care managers had three measurement points: 2000, 2005 and 2010, with different respondents. The advantage of questionnaire research is that a large number of characteristics from a large number of respondents can be described at once. The longitudinal perspective provides a unique insight into how health care managers have changed as a group between 2000 and 2010. Furthermore, it allows gradual changes to be detected in the convictions and activities of these agents and which forces and powers play a role in this. It becomes clear how some issues gradually emerge and disappear again, such as the attention for decentralised models of organising with self-responsible units, or for certain quality systems, whereas other issues demand continuous attention such as searching for the correct span of control, the realisation of a binding vision, the need for collaboration and the realisation of improvements in the operational management. Through the cross-sectional element – the cross sections of health care managers within a single research year – differences between subgroups can also be seen. For example, it was found that young managers, managers with less or a different type of work experience, and women defined their position differently to a certain extent than older, experienced, male colleagues. Combining the findings with document review helped to place the outcomes in perspective. The document review consists of an analysis of the government policy and the political debate about the management of health care in the period 2000 up to and until 2010 and an analysis of the policy and debate within the professional association of managers in health care (NVZD) in the same period. It makes clear how the changing governance regime and the contribution of health care managers is experienced and perceived differently by different agents. Questionnaire research reveals how the convictions and activities of managers have changed in this period and which developments occurred in health care organisations.

The research is arranged around four arenas: the political arena, the professional arena, the managers' arena, and the organisation arena.

Outcomes

The practice-oriented approach to governance was found to be a good addition to existing theories. The approach chosen has not only provided insights into the conscious strategies, but also into the unintended and implicit factors that play a role in the changing governance regime. For example, the power of incidents, the specific

socialisation process of health care managers, demographic developments and the practical exercise of linking political outlooks with local practices.

In the **political arena** we can see a large number of activities, in spite of the wish to give more room to health care managers. The government is investing in a better provision of information and is making agreements about the performance indicators to be achieved: a strategy of rationalisation. In addition, it is working on a healthy competition between parties. A good societal embedding must make players responsive to what is and is not acceptable from a societal viewpoint: a strategy of politicisation. A wide range of new laws and rules, codes and guidelines is supporting the policy: legislating in all different forms. Many political debates are taking place about correct entrepreneurship and moral boundaries: a strategy of moralisation. Incidents play an important role in this. Where there is a lack of consensus in advance about good care and good management then in retrospect – based on incidents – it is determined what is acceptable and, in particular, what is not. For parliamentarians incidents also provide the possibility to reassume more responsibility for the management of care. They call into doubt the integrity of health care managers and their ability to form judgements and try to encourage members of the cabinet to intervene.

In the **professional arena** the NVZD initially devoted a lot of attention to the specific character of the discipline of management in health care. When health care managers are under fire then the attention of the NVZD board is increasingly directed at strengthening the image of the association and its members. The attention is shifting from professionalisation to politicisation. The board is lobbying politicians and drawing its members' attention to their role in society. However, the board's efforts are overshadowed by the discussion about managers salaries. Although many members do not recognise themselves in the new image of the health care manager as a private entrepreneur who pursues his own interests just as much as the public interest, they nevertheless devote an exceptional amount of attention to a good salary. This stalemate means that the professional association as a governing agent can make little difference. Whereas politics can be described as an *overacting agent*, the professional association can be typified as an *underacting agent*, which fails to effectively make its own story heard against the dominant discourse of failing management in health care.

From the **managers' arena** a more nuanced picture of health care organisations emerges than from the debate in the political arena. Questionnaires distributed among health care managers in 2000, 2005 and 2010 – with different respondents – revealed a striking continuity in their personal and job-related characteristics in spite of all the external dynamics taking place. The questionnaire was completed by 410 managers in 2000, 309 in 2005 and 308 and 2010.

Health care managers have frequently been trained and socialised in the health care sector. This fact, in combination with many years of working in the sector, facilitates a stable interpretation of the job and increases the connection with fellow managers. Due to experience and socialisation and by testing their own actions with *knowledgeable others* – colleagues who understand the issues – health care managers gain the practical knowledge needed to manage health care organisations. The continuity in the interpretation of the job of health care managers depends, besides their socialisation, on the homogenous demographic composition of the professional group. The majority of managers are men from a certain generation. However the number of relatively young female managers has grown over the ten-year period studied. This shared interpretation of the job can have a stabilising effect and can ensure that health care managers do not implement changes too easily without considering the specific nature of the primary process, the professionals and the clients. Yet it can also have a stagnating effect, ways of thinking and acting can become routine and as a result of this there can be insufficient openness towards alternatives. However, part of the socialisation process is the tradition of participating in reflection sessions, training and continued professional development, which can lead to new impulses. Also the increasing demographic diversity can facilitate innovation.

The previously described political-managerial dynamics can be seen in the external orientation of health care managers and their focus on results and entrepreneurship. Health care managers increasingly see their own role as that of an intermediary who connects different worlds, interests and parties with each other. The embedded agent is mainly a connecting agent who makes links between the internal and external worlds of the organisation and between broad political concepts on the one hand and local customs and manners on the other. With this managers build up both internal and external legitimacy.

In the **organisation arena** the large number of change projects is striking: changes in the structure, size and accommodation of the organisation. It seems that for health care managers, reorganisation is the way to connect developments in national policy with health care practice. For health care managers change goes hand in hand with connection. They see change and connection as the most important effectiveness measures for a manager. Without internal (and increasingly external) support, changes have little chance of success. Furthermore, during the reconstruction the ‘shop’ must stay open. This means that health care managers face the task of realising changes whilst at the same time guaranteeing continuity.

How managers interpret their job can differ per sector. Managers of different types of organisations devote different amounts of attention to various parties and undertake

different types of changes. Furthermore, they experience different limitations in realising the task. Hospital managers experience a strong opposing force from professionals and devote a lot of time to directing the medical specialists. In disability care the clients (representatives) are the most important countervailing power; they have often had to deal with the health care organisation for their entire lives. In mental health care managers feel the most limited by politicians, which is why they become involved in the public debate most often. Managers of nursing homes and care homes and home care are mainly confronted by financial limits. They have the strongest operational and commercial focus. Managers of small organisations mainly experience a limitation of the small size and consider partnerships to be vital. For organisations that combine different types of care – other than nursing homes, care homes, and home care – the complexity of the organisation is the greatest challenge.

Besides the government and politicians, there are many other internal and external stakeholders for who health care managers must demonstrate their legitimacy. Professionals, clients and other interested parties find completely different issues important than the government and politicians, for example a pleasant environment, autonomy or attention. Furthermore changes are not always in their interest. Health care managers implement changes but at the same time ensure that changes do not clash too much with other legitimate values. For example, entrepreneurship might receive a completely different meaning in one organisation and sector than in another. By connecting different worlds and values, managers contribute to realising the changing governance regime of health care and partly determine the direction and speed of change.

Conclusions

Most health care managers are strongly anchored in health care as genuine embedded agents. They have been socialised in health care and have a strong affinity with the primary process. That enables them to make connections between different parties and interests. Furthermore, it enables them to realise changes whilst at the same time ensuring the continuity of care.

Connection is a keyword in the work of health care managers. Changes cannot be realised without the collaboration of other local and regional parties such as health insurers, municipalities and clients. Managers as embedded agents connect groups, developments and circumstances within and outside of the organisation. The role best suited to this is that of an intermediary. For health care managers this role has gained most ground in the period 2000 up to and until 2010. The institutional change in health care is therefore more a process of continuous internal change and influencing than a large upheaval. There is a lot of dynamism and yet at the same time a lot remains unchanged. On the one hand we saw a lot of change and

increasing diversity in scale, structure and design of organisations. On the other hand we saw striking stability in the socialisation and the interpretation of the job of managers. This combination of changeability and predictability enables health care managers to help determine the direction and rate of innovation.

The combination of changeability and predictability also reflects the huge task for the *embedded agent* to realise change without becoming too estranged from its own environment. In this respect health care managers can be typified as both institutional entrepreneurs and institutional custodians. The latter is an aspect of *embedded agency* that has not been studied enough in either health care governance theory or policy. From a theoretical perspective, *embedded agents* are mainly seen as *change agents*. There is far less attention for the fact that *embedded agents* can also resist changes that clash too much with what they stand for and can also protect organisations from too much change at once.

For health care managers not only is embedding in the sector vital but equally external embedding: the societal support and societal position of health care managers. A change has little chance of success if it is not understood within and outside of the organisation. Legitimacy depends not only on the legality of how health care managers act and the societal or moral acceptability of the results they achieve but it is also acquired through entering into and maintaining relationships. Legitimation is also a process. By making connections between different worlds, different perspectives can be brought closer together and new shared perspectives can arise. With the emergence of new parties and shifts in tasks, responsibilities and competencies between parties, the importance of a legitimising basis is growing. In health care, legitimisation is first and foremost a relational activity.

Finally legitimisation and professionalisation cannot be seen independently of each other. Good management is not solely an issue for the own professional group. To be effective as a connecting person it is also important that others recognise and acknowledge this. However, this is not always the case, as is evident from the many critical comments directed towards health care managers. They are perceived to be an inward looking professional group who are not responsive enough. The self-referential character of many professionalisation activities only strengthens this image. This means that health care managers need to more broadly explain how they view and practice their job and make a greater effort to demonstrate the added value of what they do. Legitimation is an aspect of professionalisation that requires ongoing attention. In a field where the various parties are highly dependent on each other you are dependent on others for your own success. Others need to grant you the space as a manager to realise your own strategic course.

Dankwoord

Een proefschrift mag dan een individuele proeve van bekwaamheid zijn, dit proefschrift was er niet gekomen zonder de medewerking en steun van vele mensen. Ik wil een ieder hartelijk danken daarvoor, een aantal mensen in het bijzonder.

Allereerst de bestuurders die hun medewerking hebben verleend aan de enquêteonderzoeken. Zonder hun tijdsinvestering en openhartigheid had ik dit onderzoek niet kunnen uitvoeren. In één adem door noem ik de bestuurdersvereniging, de NVZD. Naast toegang tot hun leden, tot het archief van de vereniging en veel van hun activiteiten, heeft de NVZD ook zorggedragen voor financiële ondersteuning. Ik hoop van harte dat zowel de leden als de vereniging van bestuurders hun voordeel kunnen doen met de uitkomsten. De uitvoering van het onderzoek is daarnaast mede mogelijk gemaakt door PGGM en Pfizer.

Pauline Meurs en Mirko Noordegraaf waren mijn promotoren. Zonder hen was deze ‘onderneming’ niets geworden. Pauline, het is een eer en plezier om met jou samen te werken. Met raad en daad heb je mij door de jaren heen ter zijde gestaan. Nooit verloor je je geduld of je vertrouwen. Ook niet wanneer ik het zoveelste zijpaadje insloeg, me weer eens verloor in andere activiteiten of als er gezinsuitbreiding kwam. Mirko, jij liet je niet van de wijs brengen door het geoliede samenspel van Pauline en mij. Je was onafhankelijk, kritisch en altijd vol goede suggesties: van literatuurtips, hoofdstukindeling tot titel. Pauline en Mirko, dank jullie wel voor de vele waardevolle gesprekken.

Waardevol was ook de feedback die ik kreeg van collega’s van de sectie Health Care Governance. Verschillende keren hebben zij commentaar gegeven op papers, artikelen en hoofdstukken. Altijd was het weer spannend en nuttig. Een speciaal woord van dank gaat uit naar de verschillende assistenten die mij bij de uitvoering van het onderzoek hebben geholpen. Dung Ngo en Danny van der Duin wil ik in het bijzonder noemen. Dung hielp bij de verwerking van de enquêtes uit 2005. Danny hielp bij de verwerking van de enquêtes uit 2010. Gillian, dank voor je ondersteuning bij de literatuursearch. Krista Kroon, dankzij jou is dit boek een stuk leesbaarder geworden. Dank voor je correcties.

Lieve collega's van het Erasmus CMDz, het is heerlijk om met jullie samen te werken. Dank voor jullie collegialiteit en gezelligheid.

Lieve papa en mama, geregeld vroegen jullie je af waar het onderzoek ook alweer over ging en hoe lang zo'n promotie eigenlijk duurt. Ik realiseer me goed dat dat mede komt omdat ik er al die jaren maar weinig over heb verteld. Desondanks hebben jullie altijd meegeleefd, geïnformeerd of het onderwerp juist wijselijk vermeden. Dank jullie wel daarvoor.

Lieve vrienden en (schoon)familie, ook voor jullie was het wel eens onduidelijk hoe tegen mijn promotie aan te kijken. Was dat nou werk, een bijbaantje, hobby of cor-vee? Laat ik het erop houden dat zowel de status als het plezier dat ik eraan beleefde wisselde, maar dat ik altijd blij ben geweest met de afleiding en gezelligheid die jullie boden.

Liefste Pieter, ook voor jou was het een hele zit. Gelukkig liet je dat zelden merken. Jij weet als geen ander dat promoveren – voor een resultaatgericht persoon als ik – vooral een mentale uitdaging was, maar dat één ding tegelijk doen ook geen optie is en dat opschieten soms betekent dat er eerst een gedicht geschreven moet worden. Daar ben ik heel blij om.

Lieve Jacob, lieve Annika, wat fijn dat jullie er zijn! Wie weet is het volgende boek inderdaad een kinderboek.

Over de auteur

Wilma van der Scheer (1974) heeft Beleid en Management Gezondheidszorg gestuurd aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Daarna heeft zij een postdoctorale opleiding gevolgd voor organisatieontwikkeling en -verandering aan het Sioo.

Zij begon haar loopbaan als organisatieadviseur in de gezondheidszorg. Sinds 2002 werkt zij aan de Erasmus Universiteit Rotterdam als wetenschappelijk onderzoeker en zakelijk directeur van het Erasmus CMDz, dat zij mede oprichtte. Het Erasmus CMDz is een onderdeel van het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam en verzorgt postacademische opleidingen voor bestuurders en managers van gezondheidszorgorganisaties.

Als onderzoeker houdt zij zich bezig met vraagstukken over governance van de zorg, in het bijzonder de besturing van zorgorganisaties. Zij is auteur van diverse (internationale) publicaties en boekhoofdstukken op het gebied van governance en besturing van de zorg.

Als zakelijk directeur van het Erasmus CMDz heeft zij de dagelijkse leiding over de organisatie en draagt bij aan de ontwikkeling van (nieuwe) onderwijsprogramma's. Zij was programmaleider van de Top Class en de leergang Financieel Bestuur in de Zorg. Als docent levert zij een bijdrage aan meerdere programma's van het Erasmus CMDz.

Naast haar functie voor Erasmus CMDz en haar werkzaamheden als onderzoeker is Wilma van der Scheer actief als toezichthouder in de zorg. Sinds 2010 is zij jurylid van de verkiezing Zorgmanager van het jaar (Zorg Excellence Trofee) en het Talent van het jaar.

Dit boek is een uitgave van Reed Business Education. Een van de grootste aanbieders van wetenschappelijke uitgaven en (studie)boeken in Nederland en Vlaanderen. Met onze (digitale) boeken, e-books en apps dragen wij kennis over aan studenten en professionals in de volgende vakgebieden: medisch, paramedisch, verpleging en verzorging, zorgmanagement, kinderopvang, basisonderwijs, welzijn, overheid en politie.

Onze redacties en auteurs hebben een goede naam binnen het eigen vakgebied en zijn bedreven in het overdragen van hun kennis aan studenten en de diverse beroepsgroepen.

Reed Business Education besteedt de grootste zorg aan het beschikbaar stellen van deze kennis in een vorm die aansluit bij uw informatiebehoefte.

Reed Business Education is onderdeel van Reed Elsevier en geniet grote bekendheid met belangrijke titels voor het basiscurriculum geneeskunde, leerboeken verpleegkunde, Stapel & De Koning, Coelho, Pedagogisch Kader en de serie Medische beeldvorming en radiotherapie.

Wij wensen u veel plezier met het verrijken van uw kennis met dit boek.

Met vriendelijke groet,

Het team van Reed Business Education
www.reedbusinesseducation.nl

