

Geen toekomst zonder draagvlak



De Nederlandse bevolking blijkt weinig vertrouwen te hebben in zorgbestuurders. In dit artikel bieden Bijloos en Janssen inzicht in de complexe context waarin zorgbestuurders opereren. Zonder vertrouwen of legitimiteit van de omgeving kunnen zorgorganisaties niet functioneren. Hoe kunnen zorgbestuurders deze legitimiteit verhogen?

In de zorgsector en elders in de semipublieke sector zijn de afgelopen jaren tal van maatregelen genomen om 'goed bestuur' te garanderen. Er is een toename aan wet- en regelgeving die de (persoonlijke) aansprakelijkheid van zorgbestuurders oprekken. Ook hun salaris wordt aan banden gelegd. De bestuurders zelf hebben een accreditatiesysteem ontwikkeld dat leidt tot het al dan niet geregistreerd worden in een - sinds 1 januari 2017 - openbaar register; onafhankelijke auditors toetsen de bestuurders op hun professionaliteit. Dat deze maatregelen worden genomen, is niet onlogisch. Uit onderzoek blijkt dat 80 procent van de bevolking weinig tot heel weinig vertrouwen heeft in zorgbestuurders (NIVEL, 2015). Met name de toekomst van de gezondheidszorg baart de Nederlandse bevolking zorgen. Deze zorgen zijn niet onterecht, want vergrijzing leidt tot een steeds grotere groep zorgbehoevenden (SCP, 2015). Velen vragen zich af of op termijn nog wel voldoende zorg beschikbaar en betaalbaar is. Het gebrek aan vertrouwen in zorgbestuurders roept de volgende vragen op: wat is nu eigenlijk de taak van zorgbestuurders? Leiden de hierboven geschetste maatregelen tot een betere vervulling van die functie en een toename in het vertrouwen? Om deze vragen te kunnen beantwoorden, is het van belang te begrijpen hoe het speelveld van zorgbestuurders eruit ziet en hoe vertrouwen wordt opgebouwd. Zorgbestuurders vullen sinds 2000 iedere vijf jaar een enquête in. Uit dit longitudinale onderzoek blijkt dat zorgbestuurders het uitzetten van 'strategische lijnen naar de toekomst' als hun kerntaak zien (Van der Scheer, 2013). Met andere woorden: bestuurders voelen zich verantwoordelijk voor de langetermijnvisie van de organisatie die zij aansturen en de zorg die zij verleent. Een langetermijnvisie formuleren is makkelijker gezegd dan gedaan: omdat de gezondheidszorg een groot publiek belang dient, is de sector in grote mate gereguleerd. Daardoor is er slechts beperkt sprake van een vrije markt. Verder hebben recente stelselwijzigingen

grote invloed op bijvoorbeeld de financiering en het soort zorg dat binnen het publieke stelsel beschikbaar is. Zo heeft de decentralisering, waarin de gemeenten inkoper zijn geworden, voor veel zorginstellingen het speelveld ingrijpend veranderd. Daarbij hebben zorginstellingen als private partijen te maken met stakeholders, zoals banken, verzekeraars en natuurlijk de patiënt.

Context gezondheidszorg, onzekerheid troef!

De Europese regelgeving verplicht banken (Basel III) en verzekeraars (Solvency II) risico's te beperken. Als gevolg hiervan zijn de voorwaarden waaronder banken leningen aan zorginstellingen verstrekken aangescherpt en hebben verzekeraars de neiging de risico's in de contracten te verpakken. Het gevolg is dat de onzekerheden die bij de zorginstellingen terechtkomen zich opstapelen. Patiënten en cliënten zijn proactiever in het laten horen van hun stem, via (formele) medezeggenschapsorganen en andere middelen zoals (sociale) media. Het stelsel van gereguleerde marktwerking zorgt ervoor dat zorgbestuurders voortdurend bezig zijn met eisen en verwachtingen van banken, verzekeraars en gemeenten, en met het afleggen van verantwoording naar de omgeving, zoals de inspectie, cliëntenraden en ondernemingsraden (Putters, 2009).¹ Daarbij komt dat zorg, voor de media, een gewild onderwerp is. De kunst van het framen (afgelopen zomer werd bijvoorbeeld een 'zwarte lijst' van verpleeghuisinstellingen geëist door de politiek en door de media breed uitgelicht, zonder nadere tekst en uitleg) en selectieve verontwaardiging leidden tot meer wet- en regelgeving.

Draagvlak reduceert onzekerheid

Dit alles tast niet alleen het vertrouwen in zorgbestuurders aan, maar zet ook de *license to operate* (een

organisatie heeft een *license to operate* wanneer de organisatie voldoet aan de eisen en verwachtingen van lokale stakeholders en de maatschappij als geheel, over hoe een organisatie te werk hoort te gaan (Moffat, 2015)) van zorginstellingen onder druk. Zonder legitimiteit en vertrouwen van de omgeving kunnen zorginstellingen hun *license to operate* verliezen, wat tevens het einde van de instelling kan betekenen. Het winnen van legitimiteit en vertrouwen, en daarmee het verwerven van draagvlak voor een langetermijnvisie op de zorgverlening van de organisatie, is een belangrijke verantwoordelijkheid van zorgbestuurders; het is een kerntaak. Legitimiteit is een samenspel van het vertrouwen in de persoon die beslissingen neemt (inputlegitimiteit), de manier waarop de beslissing genomen wordt (*throughput*-legitimiteit) en de uitkomst van het proces (outputlegitimiteit) (naar analogie van Schmidt (2010), Millenaar (2013) en Derks, (2015)). De inputlegitimiteit richt zich op de persoon van de bestuurder. Bestuurders hebben een bepaalde mate van vertrouwen nodig om hun werk te kunnen doen. Maar waar wordt dat vertrouwen aan ontleend? In de meeste beroepsgroepen is dat de opleiding (denk bijvoorbeeld aan advocaten of artsen). Bij zorgbestuurders kan die achtergrond uiteenlopend zijn. Het is daarom ook niet onlogisch dat de beroepsvereniging voor bestuurders in de zorg (NVZD) met een accreditatiesysteem en een openbaar register voor zorgbestuurders komt. Hiermee kan de professionaliteit van de bestuurder worden getoetst. *Throughput*-legitimiteit gaat bijvoorbeeld over de mate waarin belanghebbenden zich betrokken voelen bij besluitvorming en het gevoel hebben dat er sprake is van wederkerigheid en eerlijkheid. We zien een trend van schaalvergroting (Van der Scheer, 2013). Dit maakt dat bestuurders minder direct leiding kunnen geven en een relatie kunnen opbouwen met medewerkers, cliënten en omgeving. Een logische aanname is dat proceslegitimiteit door de jaren heen belangrijker is geworden nu het besturen te complex

is (geworden) voor het vormen van een persoonlijke relatie met alle belanghebbenden. Dit blijkt ook uit de vijfjaarlijkse enquête: de inbreng van professionals op het organisatiebeleid is geformaliseerd. Zo is het percentage organisaties met een duaal bestuur en management (dus met een vertegenwoordiging vanuit de professionals in het bestuur) gegroeid. Ook de manier van managen is veranderd: van professionals wordt meer zelfmanagement verwacht, net als van managers (Van der Scheer, 2013).

De outputlegitimiteit is in wezen de meest simpele vorm: een koers is legitiem zolang de belanghebbenden er baat bij hebben. Dit blijkt in de praktijk ingewikkelder. Zo verandert door de jaren heen wat wordt gezien als een goed resultaat.

De figuur laat zien dat de veranderingen die voor de toekomst belangrijk lijken, niet de veranderingen zijn die achteraf ook belangrijk waren. In een snel veranderende en onzekere omgeving is het niet makkelijk om duurzame strategieën te ontwikkelen en uit te voeren. We weten wel dat betaalbare, effectieve en door de cliënt gewaardeerde zorg aspecten zijn van een duurzame strategie. Deze strategie ontwikkelen is alleen mogelijk wanneer er wordt geïnnoveerd en op de toekomst wordt geanticipeerd. Initiatieven zoals Buurtzorg en andere nieuwkomers in de geestelijke gezondheidszorg doen dat en dwingen zo zorginstellingen tot vernieuwing.

De drie vormen van legitimiteit beïnvloeden elkaar: bij een gunstig resultaat is het bijvoorbeeld minder relevant wie de beslissing genomen heeft. En een ongunstig resultaat wordt sneller geaccepteerd als er een basisvertrouwen is in de persoon die de beslissing heeft genomen.

Hoe vertaalt zich dit naar bestuurders en hun adviseurs?

De ongekende veranderingen in de zorg en het bijzondere van de context maken het voor leidinggevendenden cruciaal om vanuit een gelegitimeerde visie

	Verandering afgelopen vijf jaar	Heden	Toekomst
2000	Nieuwe topstructuur Nieuwbouw/renovatie Kanteling	Nieuwbouw/renovatie Nieuwe topstructuur Horizontale fusie	Nieuwbouw/renovatie Horizontale fusie (1/3e) Uitbreiding zorgaanbod
2005	Kwaliteitssysteem Nieuwe topstructuur/ Nieuwbouw/renovatie	Nieuwbouw/renovatie Kwaliteitssysteem Samenwerking/ICT-structuur	Nieuwbouw/renovatie Commerciële diensten Uitbreiding zorgaanbod
2010	Kwaliteitssysteem Nieuwbouw renovatie Topstructuur	Nieuwbouw/renovatie Samenwerking ICT-structuur	Nieuwbouw/renovatie Samenwerking ICT-structuur
2015	Nieuwbouw/renovatie Kwaliteitssysteem ICT-structuur	Samenwerking ICT-structuur Doorkanteling	Nieuwbouw/renovatie ICT-structuur Samenwerking

Top drie van belangrijkste veranderopgaven in de afgelopen vijf jaar, het heden en de komende vijf jaar, vergelijking tussen de jaren (Van der Scheer, Bijloos)

leiding te geven. Om de impact van de toegenomen onzekerheid te verkleinen, moeten bestuurders de belanghebbenden uitdagen om betrokken te zijn bij het beleid en daarmee het draagvlak voor de beslissingen en de uitvoering ervan te vergroten. Was voorheen de uniforme regelgeving een kader waarbinnen veranderopgaven de richting bepaalden, nu vraagt de eigen specifieke context om een bewerkelijk legitimeringsproces met alle cruciale stakeholders. Deze situatie vraagt om scherpe analysekwaliteiten en om hoge throughput. Daarnaast vraagt het in sommige fasen, zoals de implementatie, juist om een volhardende en motiverende houding (input). Alleen een positief resultaat (output) is de afgelopen jaren niet voldoende gebleken. Ook zonder ‘zwaar weer’ is het cruciaal voor het succes van zorgorganisaties dat er een gedragen toekomstvisie is. Oog hebben voor langetermijndoelen en hiervoor bewust

draagvlak zoeken via de drie vormen van legitimiteit is het adagium.

Noot

1. In 2006 is het zorgstelsel ingrijpend gewijzigd waarbij het ziekenfonds is afgeschaft en er een verplichte verzekering voor alle Nederlanders is gekomen. Verzekeraars onderhandelen met zorginstellingen over zorginkoop. Hierdoor zou de kwaliteit van zorg moeten worden bevorderd middels concurrentie. Dit heeft geleid tot een ingewikkeld krachtenveld tussen het publieke en private domein.

Literatuur

Bijl, R., Boelhouwer, J., Pommer, E. en Andriessen, I. (2015). *De sociale staat van Nederland 2015*. Sociaal en Cultureel Planbureau, december 2015.
Brabers, A.E.M., Reitsma-van Rooijen, M. en De Jong, J.D.: *Barometer Vertrouwen in de gezondheidszorg*. NI-

VEL: Utrecht. [<http://www.nivel.nl/consumentenpanel>], bezocht op april 12, 2016.

Brancheorganisaties Zorg, Governancecode Zorg, Utrecht, 2017.

Derks, M. en Grit, K. (2015). *Een zorgbestuurder benoemen: een gewaagde beslissing*. Erasmus Centrum voor Zorgbestuur, 2015.

Gunningham, N., Kagan, R. en Thornton, D. (2004). *Social license and Environmental protection: Why businesses go beyond compliance*. Law and Social Inquiry, 29: 2, 307-341

Hoefman, R.J., Brabers, A.E.M. en De Jong, J.D. (2015). *Vertrouwen in zorgverzekeraars hangt samen met opvatting over taken zorgverzekeraars*. Utrecht: NIVEL, 2015.

Hoek, H. (2007). *Governance & Gezondheidszorg: private, publieke en professionele invloeden op zorgaanbieders in Nederland*. Erasmus Universiteit Rotterdam.

Hout, E. van, Van der Scheer, W. en Putters, K. (2007). *Managers en professionals in de zorg: over verschuivende verantwoordelijkheden en hybridiseren*. Bestuurskunde, 2007.

Meurs, P.L. (1997). *Nobele wilden: over verantwoordelijkheden van directeuren van instellingen in de gezondheidszorg*. Erasmus Universiteit Rotterdam, 1997.

Millenaar, L., Graamans, E. en Ten have, W. (2015). *Rechtvaardigheid als bepalende factor bij organisatieverandering*. De Psycholoog: 3, 10-18.

Moffat, K, Lacey, J., Zhang, A. en Leipold, S. (2015). *The social license to operate: a critical review*. Forestry: An international Journal of Forest Research, November 22, 2015, 1-12.

Noordegraaf, M., Van der Meulen, M. (2008). *Professional power play: organizing management in health care*. Public Administration 2008, Vol. 86, No. 4.

Putters, K. (2009). *Besturen met duivelselastiek*. Erasmus Universiteit Rotterdam (oratie).

Ridder, den J., Dekker, P. en Van Houwelingen, P. (2015). *Zorgen over de zorg: bevindingen in recent onderzoek naar de publieke opinie over de gezondheidszorg*. Sociaal Cultureel Planbureau, september 2015.

Schee, E. van der, De Jong, J. en Groenewegen, P. (2012) *The influence of a local, media covered hospital incident on public trust in health care*. European Journal of Public Health: 2012, 22:4, 459-464.

Scheer, W. van der, (2008). *Legitiem Leiderschap*. ZM Magazine Themanummer Leiderschap.

Scheer, W. van der, (2013). *Onder zorgbestuurders*.

Scheer, W. van der, Bijloos, J.S.M. (nog niet gepubliceerd). *15 jaar onderzoek naar zorgbestuurders*.

Schmidt, V. (2010). *Democracy and legitimacy in the European Union Revisited*. KFG Working Paper No. 21, november 2010.

Suchman, M.C. (1995). *Managing legitimacy: strategic and institutional approaches*. Academy of Management Review. 1995: 20, 571-610.

Sophie Bijloos is als beleidsmedewerker verbonden aan de beroepsvereniging voor bestuurders in de zorg (NVZD) en doet promotieonderzoek naar de legitimiteit en het vertrouwen in zorgbestuurders bij het Instituut Beleid en Management in de Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Richard Janssen is bijzonder hoogleraar Bestuur en Management van Instellingen in de Gezondheidszorg bij het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam en hoogleraar Economie en Organisatie van de Gezondheidszorg bij de Tranzo aan de Universiteit van Tilburg.

