

MHBA 16

DILEMMA'S ALS BOUWSTENEN VOOR DE BESTURINGSOPGAVE VAN GROTE ZORGINSTELLINGEN

Ezinga, Ilja

1-5-2020



**Erasmus
Centrum voor
Zorgbestuur**



© Thesis in het kader van de opleiding Master of Health Business Administration aan het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur. Dit betreft een licht bewerkte versie ten behoeve van publicatiedoeleinden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke nadere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Thesis Master of Health Business Administration (MHBA-16)
Erasmus Centrum voor Zorgbestuur
Erasmus University Rotterdam

Ilja Ezinga MSc.

Begeleider: Dr. Wilma van der Scheer

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Management Summary	5
Management Samenvatting	7
1. Inleiding	10
1.1 Probleemstelling	10
1.2 Doel- en vraagstellingen van het onderzoek	12
1.3 Relevantie van het onderzoek	12
2. Onderzoeksopzet	15
2.1 Onderzoeksmethode	15
2.2 Onderzoeksmodel	15
2.3 Dataverzameling	16
2.4 Selectie van de respondenten	17
2.5 Data-analyse	17
2.6 Betrouwbaarheid en validiteit	18
3. Theoretisch kader	21
3.1 Dilemma's	21
3.2 Maatschappelijk perspectief	22
3.2.1 Toegankelijkheid	23
3.2.2 Betaalbaarheid	25
3.2.3 Kwaliteit	27
3.2.4 Maatschappelijke Verantwoording	28
3.2.5 Dilemma's vanuit maatschappelijk perspectief	30
3.3 Bestuurlijk perspectief	32
3.3.1 Dilemma's vanuit bestuurlijk perspectief	35
3.4 Perspectief directeuren	37
3.4.1 Dilemma's vanuit perspectief directeuren	39
3.5 Omgaan met dilemma's	41
3.6 Conceptueel model	41
4. Resultaten van het onderzoek	44
4.1 Profielschets organisaties	44
4.2 Dilemma's maatschappelijk perspectief	46

4.3	Gezamenlijke dilemma's bestuurders en directeuren	53
4.4	Dilemma's bestuurders.....	58
4.5	Dilemma's directeuren	63
4.6	Samenvatting bevindingen	71
5.	Conclusie	76
5.1	Beantwoording deelvragen	76
5.2	Beantwoording hoofdvraag	83
6.	Discussie, reflectie een aanbevelingen.....	88
6.1	Discussie.....	88
6.2	Reflectie	89
6.3	Aanbevelingen	90
	Geciteerde werken	94
	Bijlage I: Organigrammen	100
	Bijlage II: Afkortingenlijst.....	101
	Bijlage III: Topiclijst interviews	102
	Bijlage IV: Coderingsoverzicht interviews.....	103
	Bijlage V: Uitnodiging interview	104

Voorwoord

Deze thesis is de afronding van twee jaar intensief aan de slag zijn met theorie, praktijk en persoonlijke ontwikkeling. Dat deze twee jaar volkomen anders zouden eindigen dan vooraf verwacht, had niemand kunnen bedenken. Vier jaar geleden heb ik gekozen om vanuit KPMG over te stappen naar 's Heeren Loo. Ik wilde mijn ervaring als consultant inzetten op een plek waar ik echt waarde kon toevoegen en waar ik me voor langere tijd aan kon verbinden. Anke ik wil je bedanken voor de kans die je mij als directeur hebt gegeven om deze opleiding te volgen. Het sparren over thema's uit de opleiding en het uitbreiden van mijn verantwoordelijkheden zorgden er voor dat theorie en praktijk prachtig samen opgingen.

Bij KPMG was ik al gefascineerd door besturingsvraagstukken van grote organisaties. Dat ik zelf werkzaam ben bij de grootste GHZ instelling van Nederland maakte het kiezen voor een thema voor deze scriptie relatief eenvoudig. Ik wilde onderzoek doen naar dilemma's en de besturingsopgave van de grootste zorginstellingen in Nederland. Ik ben de RvB van 'sHL dankbaar voor het feit dat ze akkoord hebben gegeven vanuit 'sHL. Een extra woord van dank gaat daarbij uit naar Ernst, als begeleider vanuit 'sHL. In dit onderzoek wordt regelmatig gesproken over 'afstand en nabijheid'. Ik heb ervaren dat je in dit proces erg nabij bent geweest. Altijd was er tijd om even te sparren, had je mijn stukken gelezen, was er waardering en persoonlijke interesse hoe werk, studie en gezin te combineren waren. Daarnaast dank ik de RvB van de Parnassia Groep voor hun bereidheid mee te willen werken aan dit onderzoek.

Wilma ik kan me geen betere begeleider voorstellen dan jij. Je scherpste heb ik zeer gewaardeerd en dat je goed bent in je vak is boven iedere twijfel verheven. Mooier om te benoemen is dat ik onze afspraken steeds meer ben gaan waarderen. Natuurlijk omdat deze momenten me verder hielpen in het onderzoek, ook als ik zelf de draad even kwijt was. Maar nog meer omdat het momenten waren waarin je altijd vroeg naar hoe het met mij en de organisatie ging. Het sparren over lopende zaken en vraagstukken, mijn ambities en frustraties, jouw reflecties en adviezen daarop waren waardevol. Dank daarvoor.

Lieve Karen het waren intensieve jaren. Jouw Orthopedagoog Generalist opleiding, aansluitend mijn MhBA en precies middenin ons derde kindje krijgen. Het is een voorrecht om samen met jou mijn leven door te brengen. We zijn gezegend met onze meiden Isabel, Emily en Juliët en ik zie er naar uit de komende maanden meer tijd voor ons gezin te hebben. Dank voor de ruimte die je me hebt gegeven met name in de laatste paar maanden. Deze waren intensiever dan we vooraf samen gedacht hadden.

Ik begon dit voorwoord met de zin dat deze twee jaar volkomen anders zouden eindigen dan verwacht. Wie kon bedenken dat het Corona virus de zorgsector zo zou beïnvloeden als het gedaan heeft? In de gehandicaptenzorg heeft het virus om zich heen gegrepen en veel gevraagd van onze cliënten, hun verwanten en onze medewerkers. Het was een voorrecht om als voorzitter van ons 'regionale kernteam corona' te doen waarvoor ik in de zorg ben gaan werken; het verschil willen maken voor mensen die dat het hardst nodig hebben. Dat hier veel uren in zijn gaan zitten die anders beschikbaar waren voor deze scriptie heb ik met volle overtuiging gedaan en zou ik zo weer doen. Toch is het een bevrijdend idee dat door het schrijven van deze laatste woorden van het voorwoord deze mooie periode in mijn leven afgesloten kan worden.

Ilja

Management Summary

The healthcare sector is undergoing a great deal of development and this is asking more and more of executives, managers and professionals. The societal challenge is how healthcare can be accessible to all while being affordable and of good quality. This while the need for healthcare is great, the pressure is high and the resources and staff are limited. This indicates that the management of care facilities has become more complex in recent years. Larger care facilities have a special role in the overall landscape of healthcare. External stakeholders demand that these larger facilities take a leadership role. For investors, negotiations with larger facilities are defining and for smaller organisations in need, they can be a lifeline. The management of larger facilities therefore deals with a unique set of issues and dilemmas that the executive board and directors must take into account.

The objective of this research is to gain insight into which dilemmas, from different perspectives, are present in large care facilities and how these dilemmas are resolved in this specific context. The research question therefore is as follows: *“Which dilemmas do executives and directors of care facilities of approximately 500 EUR million and up face, and how do they manage these dilemmas in the context of the societal objective of these facilities?”* To achieve this objective, eleven interviews with executives and directors of the two biggest GGZ and GHZ facilities, ‘the Parnassia Groep’ (PG) and ‘s Heeren Loo Zorggroep’ (sHL), were conducted.

Three different perspectives were used within the theoretical framework while reviewing existing research data and literature regarding the management and dilemmas of larger care facilities. These perspectives are the societal perspective (accessibility, affordability and quality of care), the executive board perspective (executive team) and the directors perspective (middle management). This resulted in discovering sixteen dilemmas that form the foundation of the empirical component of this research.

The empirical research shows that three types of dilemmas can be distinguished with a clear correlation between these dilemmas and the size of the organizations. First, the biggest GGZ and GHZ facilities in The Netherlands have set a societal objective that reaches beyond delivering accessible and affordable health care of good quality, such as ‘taking the psychiatry in the Netherlands to the next level’ and ‘providing care to the most complex clients in The Netherlands.’ The dilemma is that it is a complicated process to fulfil these large societal objectives, as an organisation simply cannot achieve these objectives alone without help. Furthermore, a lot of resources are spent to manage realistic expectations and to set a clear framework outlining the exact responsibilities of the organisation.

A second dilemma for large care organisations is that there is the benefit of economies of scale, however, these benefits are not infinite. The benefits lie in the development of regional chains and centralising support. Furthermore, economies of scale lead to market power that is beneficial when talking to insurance companies, the government and other external parties. However, there is no linear relationship between scale growth and the benefits of scale. Very large support services run the risk to turn inwards and lose their connection with the primary process. And while scale growth leads to an increase in market power, it appears there is a tipping point whereby too much growth leads to a decrease in market power.

For these larger facilities, there seems to be a tipping point where further growth leads to a decrease in the benefits of scale.

A third dilemma is related to the directing, organizing and administration of processes as well as daring to release them within the organisation. This refers to how the executives and directors fill in their respective roles, how frameworks within the organisation have been drafted and to the balance between the allowed professional space to make choices (regelruimte) and the need for professional space to make choices (regelbehoefte). Based on this research, the conclusion can be drawn that sometimes there is role ambiguity or overlap between executives and directors in large care organisations, and this is shown in the way they interpret their roles. The focus areas for directors within 'sHL and PG are often as big as the focus areas of independently run healthcare organisations lead by one or two executives. Directors in these big organisations are not just director of their own areas, must also have executive qualities. However, the final executive responsibility lies with the Board (RvB) who must have sufficient knowledge of what is happening in the organisation to be able to execute this final responsibility. Large organisations seem to continuously struggle with the autonomy of the different departments, the authority of the directors managing these departments and the overarching role the Board plays in all of this.

When looking at dilemmas, the lines between directors and executives seem to blur sometimes within these large organisations. On average, it appears that in organisations at the size of 'sHL and PG, the middle management directors have to be of an exceptionally high level. When operating at this scale, directors are de facto executives of their respective area(s) when compared to organisations in other industries. This leads to a certain amount of tension between the dealings of the directors versus the Board. That means that on one hand, the Board has to hire exceptional people, who might even be more capable than themselves in certain areas. On the other hand, this means that the directors need to accept that the Board has the final executive responsibility and they have to assist the Board in that responsibility. It is imperative that when tension arises, and dilemmas have to be dealt with, that everyone commits to open communication to discuss expectations as well as the allowance for regulation and the need for regulation. This is needed to optimize the collaboration between the Board and the directors to ensure the societal objectives of these larger care organizations can be achieved.

In addition to the above insight, that good contact between directors and directors is essential in dealing with dilemmas, the study has yielded several other insights below in dealing with dilemmas.

Lessons executives	Lessons directors
1. Stay on course and keep focus; 2. Organize your own countervailing power, especially within the Executive Board; 3. Stay in touch with the primary process; 4. Awareness that market power as a large organization can also have adverse effects; 5. Always provide a good substantive story in mergers and acquisitions; 6. Ensure connection between the different regions / healthcare companies.	1. Provide adequate external input; 2. Keep in close contact with fellow directors from other regions / healthcare companies; 3. Continue to discuss centralization / decentralization of activities; 4. Have conversations with the Executive Board about the allowed professional space to make choices, especially when it is tense or a crisis is imminent.

Finally, based on the research, various recommendations have been made of a social, scientific and practical nature.

Management Samenvatting

De zorgsector is volop in ontwikkeling en dit vraagt steeds meer van bestuurders, managers en professionals. De maatschappelijke opgave is hoe de zorg voor iedereen toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit te laten zijn. Dit terwijl de zorgvraag groot is, de verantwoordingsdruk hoog en de middelen en mensen beperkt zijn. Dit geeft aan dat het besturen van zorginstellingen de afgelopen jaren steeds complexer is geworden. Grote zorginstellingen nemen een bijzondere positie in, in het zorglandschap. Van hen wordt vaak een voortrekkersrol verwacht door externe belanghebbenden. Voor financiers zijn de onderhandelingen met de grote partijen zeer bepalend en voor kleinere organisaties in nood zijn ze soms een reddingslijn. Het besturen van grote instellingen kent zo zijn specifieke vraagstukken en dilemma's waar bestuurders en directeuren zich toe te verhouden hebben.

De doelstelling van dit onderzoek is te komen tot inzicht in welke dilemma's, vanuit verschillende perspectieven, zich voordoen bij grote instellingen en hoe wordt omgegaan met deze dilemma's in deze specifieke context. De vraagstelling van dit onderzoek luidt als volgt *“Welke dilemma's ervaren bestuurders en directeuren van zorginstellingen groter dan circa 500 miljoen en hoe hanteren zij deze in het licht van de maatschappelijke opgave van deze organisaties?”*. Om dit doel te bereiken zijn elf interviews met bestuurders en directeuren van de twee grootste GGZ en GHZ instellingen van Nederland, de Parnassia Groep en 's Heeren Loo Zorggroep, afgenomen.

In het theoretisch kader is vanuit drie perspectieven gekeken naar reeds uitgevoerde onderzoeken en beschikbare literatuur over de besturing en dilemma's van grote instellingen. Dit zijn het maatschappelijk perspectief (toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg), het bestuurlijk perspectief (top management) en het perspectief vanuit midden management (directeuren). Op basis van hiervan zijn een zestiental dilemma's gevonden die de basis vormen voor het empirische gedeelte van dit onderzoek.

Op basis van het empirisch onderzoek zijn er drie type dilemma's te onderscheiden waarbij een duidelijke relatie is met de omvang van deze organisaties. Ten eerste formuleren de grootste GGZ en GHZ instellingen van Nederland voor zichzelf een brede maatschappelijke opgave die verder reikt dan het leveren van toegankelijke, kwalitatief goede en betaalbare zorg, zoals *'de psychiatrie in Nederland naar een hoger niveau tillen'* en *'leveren van zorg voor de meest complexe cliënten in Nederland'*. Dilemma hierbij is dat het waarmaken van deze brede maatschappelijke opgave ingewikkeld is, een organisatie kan dit niet alleen. Vervolgens lijkt er veel aandacht besteed te worden aan het temperen van de maatschappelijke verwachtingen en heel helder neerzetten waar een organisatie wel en niet verantwoordelijk voor is.

Een tweede dilemma voor deze grote instellingen is dat schaalgrootte leidt tot schaalvoordelen, maar dat deze schaalvoordelen echter eindig zijn. Voordelen van een toenemende schaalgrootte zijn gelegen in het ontwikkelen van regionale ketens en het centraliseren van ondersteunende diensten. Daarnaast leidt schaalgrootte tot meer marktmacht die behulpzaam is in gesprekken met zorgverzekeraars, overheid en andere partijen. Het behalen van schaalvoordelen is echter geen lineaire lijn omhoog in relatie tot schaalgrootte. Zeer grote ondersteunende diensten hebben het risico in zichzelf gekeerd te raken en de verbinding met het primaire proces kwijt te raken. En hoewel toenemende schaalgrootte leidt tot meer marktmacht lijkt het zo te zijn dat er een punt is waarbij te veel schaalgrootte juist leidt tot een afnemend

voordeel van marktkracht. Er lijkt voor deze grote instellingen een omslagpunt te zitten wanneer nog meer groei juist zorgt voor een afname in de schaalvoordelen.

Een derde dilemma heeft te maken met het richten, inrichten, aansturen en los (durven) laten van processen in de organisatie. Dit heeft betrekking op hoe bestuurders en directeuren hun rol invullen, hoe kaders binnen de organisaties zijn vormgegeven en de balans tussen regelruimte en regelbehoefte. Op basis van dit onderzoek is geconcludeerd dat bestuurders en directeuren in deze grote organisaties soms op elkaars terrein komen, dit komt ook terug in hun roloppvatting. De aandachtsgebieden van directeuren binnen 'sHL en PG zijn vaak even groot als zelfstandig functionerende instellingen, waar één of twee bestuurders leiding aan geven. Directeuren in deze grote instellingen zijn niet alleen directeur van hun onderdeel, maar moeten ook zekere bestuurlijke competenties bezitten. De bestuurlijke eindverantwoordelijkheid ligt echter bij de RvB's en zij moeten voldoende op de hoogte zijn van wat er in de organisatie gebeurt om de eindverantwoordelijkheid te kunnen dragen. Grote organisaties blijken continu aan het worstelen met de autonomie van de verschillende onderdelen, de regelruimte van de directeuren die deze onderdelen aansturen en de rol die de RvB heeft in de aansturing van het geheel.

In het omgaan met dilemma's lijken de grenzen tussen directeuren en bestuurders in deze grote instellingen soms te vervagen. Wat meer dan gemiddeld speelt in organisaties met een schaal als die van 'sHL en PG is dat het midden management (directeuren) van een bijzonder hoog niveau moet zijn. Op deze schaal zijn de directeuren de facto bestuurders van hun onderdeel als je het vergelijkt met de buitenwereld. Dit betekent dat er een zekere spanning is tussen het opereren van de directeuren in relatie tot dat van de RvB. Dat vraagt van de RvB dat ze in staat zijn om hele goede mensen om zich heen te verzamelen, dulden en raadplegen. Mensen die op onderdelen wellicht zelfs beter zijn dan zichzelf. Anderzijds vraagt dit van directeuren dat ze accepteren dat de RvB eindverantwoordelijk is en zij hen moeten helpen deze eindverantwoordelijkheid te kunnen nemen. Juist op de momenten dat het spannend wordt en dilemma's zich voordoen is met elkaar in gesprek blijven over verwachtingen, regelruimte en regelbehoefte van groot belang. Dit om de samenwerking tussen de RvB en directeuren optimaal vorm te geven en gezamenlijk de maatschappelijke opgave die deze grote instellingen hebben waar te maken.

Het onderzoek heeft, naast het inzicht dat goed contact tussen bestuurders en directeuren essentieel is in het omgaan met dilemma's, onderstaande inzichten opgeleverd over het omgaan met dilemma's.

Lessen bestuurders	Lessen directeuren
1. Blijf koersvast en hou focus; 2. Organiseer je eigen tegenmacht, juist binnen de RvB 3. Hou contact met het primaire proces; 4. Bewustzijn dat marktmacht als grote partij ook nadelige effecten kan hebben; 5. Zorg altijd voor een inhoudelijk goed verhaal bij fusies en overnames; 6. Zorg voor verbinding tussen de verschillende regio's/zorgbedrijven.	1. Zorg voor voldoende externe voeding; 2. Blijf goed verbinding houden met collega directeuren van andere regio's/zorgbedrijven; 3. Blijf gesprekken voeren over centraal/decentraal uitvoeren van werkzaamheden; 4. Voer gesprekken met de RvB over regelruimte, juist op de momenten dat het spannend is of er een crisis dreigt.

Op basis van het onderzoek zijn, tot slot, diverse aanbevelingen te geven van maatschappelijke, wetenschappelijke en praktische aard.

The background image is a photograph of a wall. The left side features a mosaic of small, light-colored tiles, some of which are dark red or black. There are some faint, reddish-brown markings on the mosaic, including what looks like a smiley face. The right side of the wall is made of red bricks, framed by a dark blue border. The entire image is overlaid with a dark blue gradient, and the text '1. INLEIDING' is written in white, bold, sans-serif font across the center.

1. INLEIDING

1. Inleiding

1.1 Probleemstelling

De zorgsector is volop in beweging de afgelopen jaren. Met name 2015 was een belangrijk jaar. Toen is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) veranderd en ondergebracht in drie (nieuwe) wetten, te weten: de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet (JW). Ook is de persoonlijke verzorging en de extramurale verpleging over gegaan naar de zorgverzekeringswet (Zvw). Initieel was het idee met deze verandering het verbeteren van de kwaliteit van zorg en ondersteuning, het vergroten van de betrokkenheid in de samenleving (NVVR, 2018) en het realiseren van een besparing op ons zorgstelsel. Dit laatste laat de volgende quote duidelijk zien: “De grote reorganisatie van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) die het kabinet-Rutte II wil doorvoeren, zal alles bij elkaar miljarden euro’s opleveren. Globaal gaat het kabinet uit van een besparing van dik twee miljard euro in de AWBZ en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) voor 2017. Dat heeft het Centraal Planbureau (CPB) berekend” (Zorg en Financiering, 2012). Inmiddels weten we dat dit niet gerealiseerd is en de zorguitgaven de afgelopen jaren juist toegenomen zijn. Het CBS heeft berekend dat de zorgkosten in 2018, 100 miljard Euro waren, hetgeen een stijging is van 3,1% ten opzichte van 2017 (CBS, 2019). Van dit bedrag komt 21.4 miljard Euro ten laste van de Wlz, hetgeen een stijging is van 1 miljard Euro ten opzichte van 2017. Gemeentes (verantwoordelijk voor WMO en JW) hebben tekorten als gevolg van stijgende uitgaven aan zorg (Zorgvisie, 2020). De financiële nood van Gemeenten noopt hen tot een kritisch inkoopbeleid, waarbij kostprijs vaak doorslaggevend is. Deze druk op de tarieven betekent voor zorgaanbieders dat zij moeten werken met zeer kleine, soms negatieve marges op hun producten. Dat bovenstaande ontwikkelingen, aangevuld met een steeds groter wordend probleem op de arbeidsmarkt (Maes, 2019), organisaties voor uitdagende vraagstukken stelt, wordt steeds duidelijker zichtbaar. Inmiddels zijn er regelmatig berichten te lezen waarin vermeld wordt, dat de kosten voor het inhuren van personeel blijft stijgen (NOS, 2019) en het rendement van de hele zorgsector onder druk staat (Skipr, 2019). Dit geldt ook voor het resultaat van de instellingen in de gehandicaptenzorg. Zowel in 2017 als 2018 heeft bijna 20% van de instellingen een negatief resultaat (VGN, 2019). Bovenstaande ontwikkelingen geven duidelijk aan dat het besturen van zorginstellingen de afgelopen jaren steeds complexer is geworden.

In een onderzoek naar wat de effectiviteit van bestuurders bepaalt, geven bestuurders zelf aan dat deze effectiviteit vooral blijkt uit:

- Het vermogen om veranderingen door te voeren;
- Het vermogen om een bindende visie te formuleren;
- Het vermogen om spanningen en dilemma’s te hanteren (Bijloos, van der Scheer, & van Veen-Berkx, Bestuurders in beeld, 2017).

Uit dit onderzoek blijkt dat de omvang van zorginstellingen minstens zo belangrijk voor de uitoefening van de functie van bestuurder is, als de sector waarin de instelling opereert. Het feit dat hierboven verwezen wordt naar het vermogen om met dilemma’s om te gaan maakt het onderzoek van Bijloos, van der Scheer, & van Veen-Berkx (2017) zeer relevant voor dit onderzoek. Het gegeven dat omvang van een organisatie veel invloed heeft op de uitoefening van de rol als bestuurder, legitimeert het doen van onderzoek naar

de wijze waarop bestuurders van grote zorginstellingen omgaan met dilemma's. Om de toename in omvang van zorginstellingen goed te kunnen duiden zijn twee ontwikkelingen van belang.

In de eerste plaats laten diverse onderzoeken (Stoopendaal 2008, Postma 2015) zien dat er sinds de jaren 80 steeds meer fusies plaatsvinden tussen organisaties hetgeen ook geldt voor de zorgsector. Tot de jaren '90 waren fusies in de zorg met name gericht op het overnemen van organisaties tussen soortgelijke instellingen. Na de jaren '90 is er een trend waarneembaar dat fusies ook tussen verschillende soorten zorginstellingen plaatsvonden. Daarmee werden zorginstellingen niet alleen groter, maar ook het productaanbod gedifferentieerder (Stoopendaal, 2008). Deze fusietrend in de zorg heeft er in geresulteerd dat het publieke debat over de wenselijkheid van de schaalvergroting van zorginstellingen steeds meer is gevoerd. Mede omdat de motieven van instellingen om te fuseren beperkt inzichtelijk zijn voor het publiek evenals de invloed van beleidswijzigingen op het aangaan van fusies (Postma, 2015).

Ten tweede is hierboven al beschreven dat het rendement van zorginstellingen onder druk staat vanwege diverse factoren. Gevolg hiervan is dat er regelmatig instellingen failliet gaan. Om de zorg die (kleinere) instellingen leveren toch te kunnen continueren wordt er door deze kleine partijen zelf, sporadisch op verzoek van zorgverzekeraars of het ministerie van VWS, nog wel eens een verzoek gedaan bij grotere instellingen om noodlijdende partijen over te nemen. Zo is 's Heeren Loo de afgelopen twee jaar regelmatig in het nieuws geweest met de overname van kleinere organisaties zoals Arduin (Skipr, 2019), het terrein van de Jade zorggroep in Geeuwenbrug (Benak, 2019) en de overname van Noorderbrug in het noorden van het land (Skipr, 2020). Dit fenomeen doet zich niet alleen voor in de GHZ. In de GGZ en VVT sector zien we dat er grote organisaties ontstaan door de overname van (noodlijdende) collega instellingen. Voorbeelden hiervan zijn de overname van het Leo Kannerhuis door de Parnassia Groep, de overname van Victas door Arkin en de overname van Zorgkompas door Zorggroep Alliade.

Het besturen van grote instellingen kent zo zijn specifieke vraagstukken en dilemma's waar bestuurders en directeuren zich toe te verhouden hebben. Doordat er steeds meer grotere zorginstellingen ontstaan waar een brede dienstverlening vanuit meerdere locaties plaatsvindt neemt de beheersbaarheid vanuit één centraal punt af, zo stelt De Jong (2000). Bestuurders staan voor de opgave om andere besturingsvormen en -vaardigheden te ontwikkelen om organisaties aan te sturen (de Jong, 2000). Daarbij is er de afgelopen jaren duidelijk meer aandacht voor de maatschappelijke verantwoording die zorginstellingen moeten afleggen. In januari 2017 is de nieuwe Governance Code Zorg van kracht geworden, die veel meer uitgaat van sturen op gedrag en cultuur in plaats van op afvinklijstjes waaraan organisaties moeten voldoen. Voor bestuurders en toezichthouders blijft het echter wel een vraagstuk hoe dit heel concreet vertaald moet worden naar de eigen organisatie, zonder daarbij te vervallen in 'oud' governance gedrag (Goverde, 2018).

In Nederland zijn een aantal zeer grote instellingen, waarop bovenstaande trends van toepassing zijn. In dit onderzoek staat de vraag centraal welke dilemma's de grootste organisaties in de GHZ en GGZ ervaren vanuit verschillende perspectieven en hoe bestuurders en directeuren omgaan met deze dilemma's. Deze dilemma's bepalen mede de besturingsopgave waar deze organisaties voor staan. De vraag is of bestuurders en directeuren van grote zorginstellingen in de GHZ en GGZ zich herkennen in de uitkomsten van het onderzoek van Bijloos, van der Scheer, & van Veen-Berkx en hoe zij in hun dagelijkse werk omgaan

met dilemma's die op hun pad komen. In dit onderzoek wordt onderzocht welke dilemma's er vanuit de wetenschappelijke literatuur bekend zijn over het besturen van grote zorginstellingen. Door middel van interviews met bestuurders en directeurs van de grootste GGZ en GHZ instellingen van Nederland wordt onderzocht of de dilemma's vanuit de literatuur herkenbaar zijn voor hen, of er wellicht nog andere dilemma's zijn voor dit type organisaties, wat de impact van de omvang van de organisaties is op deze dilemma's en hoe in de praktijk om wordt gegaan met deze dilemma's.

1.2 Doel- en vraagstellingen van het onderzoek

In Nederland zijn er in de GGZ en GHZ twee grote instellingen die een omzet hebben van EUR. 500 miljoen of meer, dit zijn de 's Heeren Loo Zorggroep en de Parnassia Groep. De doelstelling van dit onderzoek is te komen tot inzicht in welke dilemma's, vanuit verschillende perspectieven, zich voordoen bij grote instellingen en hoe wordt omgegaan met deze dilemma's in deze specifieke context. Door hier meer inzicht in te verkrijgen en te onderzoeken hoe verschillende organisaties hiermee omgaan wil ik een bijdrage leveren aan de besturing van grote zorginstellingen. De drie perspectieven waarvan uit gekeken wordt naar de dilemma's zijn:

- Maatschappelijk perspectief (toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg)
- Perspectief van bestuurders (top management)
- Perspectief vanuit midden management (directeurs)

De centrale vraagstelling voor dit onderzoek is derhalve als volgt geformuleerd:

Welke dilemma's ervaren bestuurders en directeurs van zorginstellingen groter dan circa 500 miljoen en hoe hanteren zij deze in het licht van de maatschappelijke opgave van deze organisaties?

Om te komen tot de beantwoording van de hierboven genoemde vraagstelling zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- Wat is de maatschappelijke opgave van zorginstellingen en specifiek die van grote instellingen (> EUR 500 miljoen)?
- Wat is er vanuit de literatuur bekend over dilemma's bij het aansturen van (grote) instellingen en hoe hier mee om wordt gegaan door bestuurders en directeurs?
- Welke dilemma's worden in de praktijk ervaren door bestuurders en directeurs van grote instellingen en hoe worden deze door hen gehanteerd?
- Welke lessen zijn er te trekken uit de opgedane inzichten hoe bestuurders en directeurs van grote instellingen omgaan met dilemma's in hun organisatie?

1.3 Relevantie van het onderzoek

Wetenschappelijke relevantie

Er is de laatste decennia steeds meer aandacht en onderzoek gedaan naar de rol van bestuurders in de zorg (Grit & Meurs 2005, Putters 2009, van der Scheer 2013, van der Scheer et al. 2017, Bijloos 2019). Uit deze onderzoeken blijkt dat zorginstellingen steeds groter worden, hetgeen onder andere veroorzaakt

wordt door fusies en overnames (Stoopendaal 2008, Postma 2015). Ook de span of control van bestuurders, directeuren en managers wordt steeds groter, wat leidt tot besturingsvragen en dilemma's (van der Scheer 2013, Stoopendaal 2008). Bestuurders geven zelf aan dat het goed om kunnen gaan met dilemma's essentieel is om hun rol als bestuurder goed uit te kunnen voeren (van der Scheer et al. 2017). De wetenschappelijke bijdrage die dit onderzoek levert is gelegen in het bij elkaar brengen van bestaande theorievorming omtrent besturen in de zorg, schaalvergroting en het omgaan met dilemma's. Het onderzoeken in welke mate deze herkenbaar zijn voor en toepasbaar zijn op de grootste zorginstellingen in de GGZ en GHZ van Nederland. Het empirische onderzoek richt zich op de twee grootste instellingen in de GHZ en GGZ. Hiermee wordt op wetenschappelijke wijze inzicht verkregen in de dilemma's die grote zorginstellingen ervaren en hoe hier vanuit verschillende perspectieven mee om wordt gegaan.

Maatschappelijke relevantie

De zorgsector gaat door moeilijke tijden. Tarieven staan onder druk, de lange termijn betaalbaarheid van het stelsel in haar huidige vorm staat ter discussie, de personele schaarste is groot, vraag naar zorg blijft toenemen en periodiek staan er berichten in de media van instellingen die op de rand van faillissement staan. Onderzoeken laten zien dat de afgelopen decennia een trend waarneembaar is van schaalvergroting van zorginstellingen, die gepaard gaat met de nodige opgaves voor bestuurders en directeuren van deze instellingen. De maatschappelijke opgave van zorginstellingen is het bieden van kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg. We zien een toename van grote zorginstellingen in onze maatschappij waarbij er enkele anderen naast 's Heeren Loo en de Parnassia Groep ook richting een omzet van EUR. 500 miljoen gaan. Dit onderzoek levert inzicht op in de specifieke besturingsopgave van grote zorginstellingen, en wat dit vraagt van bestuurders en managers.

Praktische relevantie

De praktische relevantie van dit onderzoek is gelegen in het feit dat er voor zowel bestuurders als directeuren inzichten zijn verworven in welke dilemma's het meest herkenbaar zijn en hoe daarmee om wordt gegaan in de grote zorginstellingen die onderdeel uitmaken van dit onderzoek. In het hoofdstuk over de conclusies en aanbevelingen is de huidige manier van omgaan met dilemma's verrijkt met opgedane inzichten vanuit wetenschappelijk onderzoek. Op basis hiervan zijn concrete suggesties gedaan voor zowel bestuurders als directeuren van grote instellingen in de wijze waarop zij omgaan met dilemma's in het licht van de maatschappelijke opgave waar deze instellingen voor staan. Dit onderzoek is daardoor niet alleen praktisch relevant voor deelnemende bestuurders en directeuren maar ook voor bestuurders, directeuren van andere (grote) instellingen.



2. ONDERZOEKS OPZET

2. Onderzoekopzet

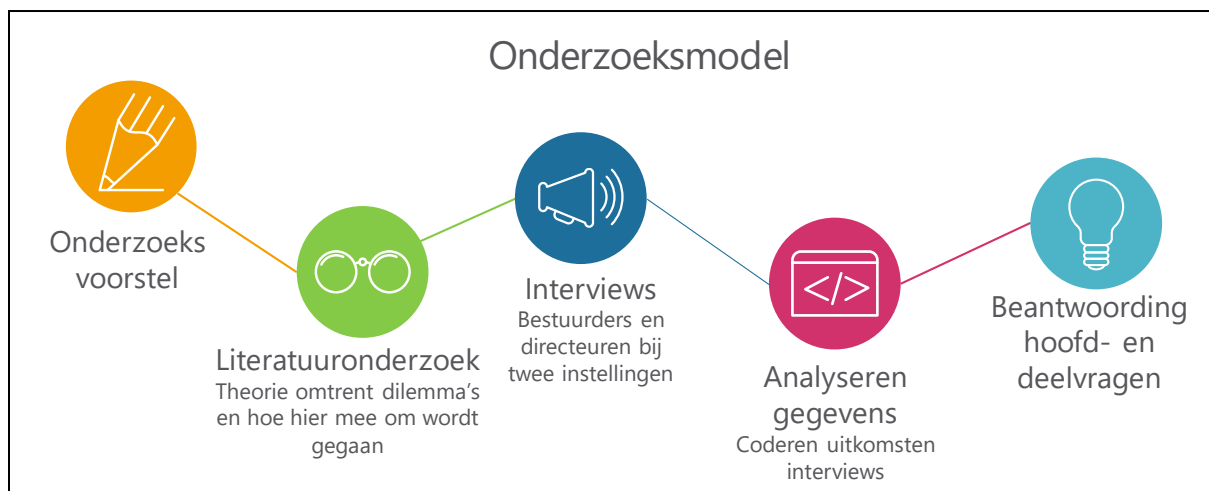
2.1 Onderzoeksmethode

In dit onderzoek is sprake van een exploratief onderzoek, wat ook wel verkennend onderzoek wordt genoemd. Reden waarom er sprake is van een exploratief onderzoek is dat de onderzoeker nog niet zeker weet welke resultaten gevonden gaan worden en welke kant het onderzoek zich op gaat bewegen (Scribbr, 2019) Dit onderzoek is bedoeld om te verkennen welke dilemma's bestuurders en directeuren van zorginstellingen groter dan EUR. 500 miljoen ervaren en hoe zij deze hanteren in het licht van de maatschappelijke opgave van deze organisaties.

Middels twee casestudies is informatie verzameld om de hoofd- en deelvragen te beantwoorden. "Een casestudy is een onderzoek waarbij de onderzoeker probeert om een diepgaand en integraal inzicht te krijgen in één of enkele tijdsruimtelijk begrensde objecten of processen" (Verschuren & Doorewaard, 2016). In dit onderzoek waren er twee onderzoekseenheden groter dan 500 miljoen in de GHZ en de GGZ, te weten 's Heeren Loo en de Parnassia Groep.

2.2 Onderzoeksmodel

Onderstaand is het onderzoeksmodel weergegeven waarin schematisch de belangrijkste stappen van het onderzoek zijn uitgewerkt.



Figuur 1: Onderzoeksmodel

Na akkoord op het onderzoeksvoorstel is gestart met literatuuronderzoek dat heeft geleid tot een theoretisch kader en de topiclijst ten behoeve van de interviews (zie bijlage III). Deze topiclijst bestaat uit verschillende type dilemma's die vanuit de drie perspectieven naar voren zijn gekomen vanuit de literatuur. Specifiek hierbij is op zoek gegaan naar het effect dat omvang van de organisatie heeft op de dilemma's voor bestuurders en directeuren. Tevens is in het literatuuronderzoek aandacht voor een verdere verkenning van het maatschappelijk perspectief. Op basis van de topiclijst zijn interviews afgenomen bij twee instellingen, 'sHL en PG, met bestuurders en directeuren. Deze uitkomsten zijn geanalyseerd en hebben, samen met het literatuuronderzoek, geleid tot de beantwoording van de hoofd- en deelvragen.

2.3 Dataverzameling

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van bronnentriangulatie (meerdere bronnen) die helpen bij de beantwoording van de hoofd- en deelvragen. Onderstaand is hiervan een uitwerking gegeven. Het onderzoek is gestart met verkenning van de onderzoeksonderwerpen door middel van literatuuronderzoek waarbij (wetenschappelijke) documenten zijn geraadpleegd.

Hierbij is gebruik gemaakt van een drietal verschillende methoden. In de eerste plaats is er gebruik gemaakt van de building block methode, het zoeken door zoektermen te gebruiken die samenhangen met de doel- en vraagstelling (dilemma's, grote instellingen, besturingsopgave en maatschappelijke relevantie). Specifieke combinaties van termen die daarbij gebruikt zijn, waren onder andere:

- 'Ontwikkeling, maatschappelijk perspectief, betaalbaarheid, toegankelijkheid, kwaliteit, zorg'
- 'Dilemma's, besturing, grote instellingen'
- 'Samenwerking, top en middel management, directie en management, effectiviteit'
- 'Maatschappelijk debat, dilemma's, governance'
- 'Schaalvergroting, professionele bestuurders, besturingsopdracht'
- 'Afstand en betrokkenheid, besturen, dilemma's'

Ten tweede is gebruik gemaakt van de kennis en kunde van dr. Wilma van der Scheer als expert op het thema 'besturing van zorginstellingen'. Op basis hiervan zijn diverse proefschriften en publicaties ontvangen die inzicht gegeven hebben in de beschikbare literatuur inzake dilemma's en besturingsopgaves van grote zorginstellingen.

Als resultaat van de hierboven doorlopen stappen zijn een vijftal proefschriften en onderzoeken als kerndocumentatie gebruikt voor dit onderzoek, dit zijn:

1. Oldenhof, L. (2015). *Het meervoudige midden: managen in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
2. Postma, J. (2015). *Schaal in de zorg: Een analyse van de structurele, sociale en symbolische dimensies van schaal in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Erasmus universiteit Rotterdam.
3. Stoopendaal, A. (2008). *Zorg met afstand*. Assen: van Gorcum.
4. Van der Scheer, W. (2013). *Onder zorgbestuurders*. Amsterdam: Reed Business.
5. Van der Scheer, W., Bijloos, S., & van Veen-Berkx, L. (2017). *Bestuurders in beeld*. Utrecht: De Tijdstroom.

Tot slot is op basis van de vijf bovengenoemde kerndocumenten de sneeuwbalmethode toegepast om te komen tot een beter begrip van dilemma's die zich voordoen bij de besturing van grote zorginstellingen in Nederland. De sneeuwbalmethode wil zeggen, dat het theoretisch 'spoor' van bovengenoemde studies gevolgd is. Relevante studies voor deze onderzoeken bleken veelal ook relevant voor dit onderzoek.

Bronnen die in het literatuuronderzoek zijn gebruikt waren:

- Proefschriften op website Erasmus Centrum voor Zorgbestuur;
- Universiteitsbibliotheek van de Erasmus Universiteit;
- Websites kennisinstituten;
- Google scholar;
- Websites van kennisinstituten in de zorg zoals: Nivel, RIVM, VWS, VGN en Skipr.

2.4 Selectie van de respondenten

In het onderzoek zijn een elftal interviews afgenomen. Respondenten zijn geselecteerd door middel van convenience sampling, een steekproef op basis van bereikbaarheid van respondenten. Hiervoor zijn twee leden RvB van PG en 'sHL benaderd met de vraag of beide organisaties mee wilden werken aan het onderzoek en het verzoek een aantal respondenten aan te dragen. Personen die geïnterviewd zijn hebben tijdens de interviews de rol van respondenten gehad. Dat wil zeggen dat het doel van de interviews was bij de respondenten 'data' over zichzelf te ontsluiten, namelijk welke dilemma's zij zelf ervaren en hoe ze hier mee omgaan in het licht van waar de organisatie voor staat. Uiteindelijk heeft bovenstaand proces geleid tot de volgende respondenten die meegewerkt hebben aan het onderzoek. Binnen 's Heeren Loo zijn de volgende functionarissen geïnterviewd:

- Drie leden raad van bestuur;
- Twee regiodirecteuren;
- Twee concerndirecteuren.

Binnen de Parnassia Groep zijn de volgende functionarissen geïnterviewd:

- Twee leden raad van bestuur;
- Twee bestuurders van een zorgbedrijf binnen de Parnassia Groep.

De interviews hadden een open karakter, waarbij gebruik is gemaakt van een topiclijst op basis van het literatuuronderzoek. Door middel van het literatuuronderzoek is inzicht verkregen in de diverse categorieën van dilemma's die bestuurders en directeuren van grote zorginstellingen mogelijk ervaren. In de interviews is vervolgens onderzocht in welke mate de bestuurders en directeuren deze dilemma's herkennen, of er wellicht nog andere categorieën dilemma's zijn en hoe bestuurders en directeuren vervolgens omgaan met deze dilemma's.

In de uitwerking van de interviews is er bewust voor gekozen om bestuurders van de zorgbedrijven van PG te typeren als 'directeuren'. Dit is gedaan om spraakverwarring te voorkomen met RvB leden, die ook als bestuurders worden geduid in dit onderzoek. Daarnaast zorgt de term 'directeur' ervoor dat uitkomsten van de interviews op het niveau onder de RvB tussen beide instellingen goed met elkaar te vergelijken zijn.

2.5 Data-analyse

Het literatuuronderzoek had tot doel te komen tot meer begripsbepaling en input voor de interviews. Dit heeft onder andere geresulteerd in een algemeen interviewschema dat bestaat uit verschillende thema's die besproken zijn in de interviews, de topiclijst (bijlage III). De topiclijst is tevens richting gevend voor de analyse van de uitkomsten van de interviews.

Van alle interviews is een geluidsopname gemaakt waar respondenten akkoord voor hebben gegeven. Tijdens de interviews zijn notities gemaakt die aangevuld zijn tot volledige transcripties op basis van de geluidsopname. Hierbij is door de onderzoeker geen interpretatie gemaakt van hetgeen respondenten hebben aangegeven tijdens de interviews. Bij het terugluisteren en transcriberen van de interviews zijn eventuele bijzonderheden direct genoteerd door de onderzoeker. Het transcriberen van de interviews volgde zo spoedig mogelijk na het afnemen van de interviews. Er is niet gewacht met transcriberen tot

alle interviews gedaan zijn, waardoor het voor de onderzoeker mogelijk was om nog niet benoemde elementen van de topiclijst in eerdere interviews te bevragen bij respondenten, die nog geïnterviewd moesten komen. Dit was belangrijk om te komen tot voldoende saturatie om conclusies te kunnen trekken.

De uitspraken van de respondenten zijn, door middel van de transcripties, ondergebracht bij de topics uit de topiclijst. Op basis van deze analyse zijn vervolgens codes gekoppeld aan de verschillende uitspraken van respondenten. Op basis hiervan ontstond inzicht in de betekenis en invulling die respondenten gaven aan de dilemma's (topics) die vanuit het literatuuronderzoek naar voren kwamen. Dit vormde de basis voor het bevindingen hoofdstuk. In bijlage IV is een tabel en grafiek opgenomen waarin zichtbaar is gemaakt hoeveel uitspraken er per topic zijn gedaan door de respondenten.

Respondenten hebben vooraf een mail ontvangen met een korte inleiding op het interview zodat zij in staat waren zich enigszins voor te kunnen bereiden op het interview. Een voorbeeld hiervan is opgenomen in de bijlage V van dit onderzoek.

2.6 Betrouwbaarheid en validiteit

In het doen van onderzoek is het belangrijk dat het onderzoek en de uitkomsten betrouwbaar en valide zijn. Zoals reeds eerder vermeld is, is dit onderzoek een kwalitatief onderzoek, waar door middel van een tweetal casestudies geprobeerd is om een diepgaand en integraal inzicht te krijgen in één of enkele tijdruimtelijke begrensde objecten of processen (Verschuren & Doorewaard, 2016). In dit geval de dilemma's van organisaties groter dan EUR. 500 miljoen in de GGZ en GHZ. Betrouwbaarheid gaat over de mate waarin een meting vrij is van willekeurige meetfouten en validiteit gaat over de vraag of de resultaten uit het onderzoek wel kloppen met de werkelijkheid (Scribbr, 2017). Bij validiteit kan onderscheid gemaakt worden tussen interne en externe validiteit. Bij interne validiteit gaat het er om de juiste conclusies te kunnen trekken op basis van de onderzoeksmethode. Met andere woorden, is er gemeten wat er beoogd werd te meten. Bij externe validiteit gaat het om de mate waarin conclusies uit het hele onderzoek te generaliseren zijn naar andere groepen of populaties die zijn onderzocht (Scribbr, 2017).

De betrouwbaarheid van dit onderzoek is geborgd doordat er een duidelijk systemisch proces doorlopen is dat herleidbaar is voor externen. Daarnaast heeft er bronnentriangulatie plaatsgevonden, dat wil zeggen dat er gebruik gemaakt is van meerdere bronnen om te komen tot de beantwoording van de hoofd- en deelvragen (Verschuren & Doorewaard, 2016). In dit geval is er gebruik gemaakt van literatuuronderzoek en zijn meerdere respondenten geïnterviewd van twee instellingen. De gebruikte literatuur bestaat veelal uit wetenschappelijke literatuur en er is bewust zo weinig mogelijk gebruik gemaakt van 'grijze' literatuur.

Zoals hierboven aangegeven richt de interne validiteit zich op de vraag of hetgeen de bedoeling was om te meten daadwerkelijk gemeten is. Om dit te waarborgen is begonnen met een uitgebreid literatuuronderzoek naar dilemma's, die bestuurders en directeurs van zorginstellingen tegenkomen in de praktijk. Daarbij is specifiek gezocht naar dilemma's van grote instellingen en de maatschappelijke opgave van deze grote instellingen. Op basis van dit onderzoek is een topiclijst ontwikkeld, die leidend is

geweest tijdens de interviews. Voorafgaand aan de interviews is besproken, dat resultaten en quotes geanonimiseerd opgenomen zouden worden in het onderzoek. Hierdoor waren respondenten in staat vrij te spreken over de ervaren dilemma's. Dit verhoogt de validiteit van dit onderzoek.

De externe validiteit van dit onderzoek is laag. Vanwege de scoping en tijdsdruk konden elf respondenten geïnterviewd worden. Hoewel de meeste RvB leden van beide instellingen zijn gesproken (vijf van de zes) zijn daarnaast zes directeurs geïnterviewd. Dit aantal is te laag om conclusies op het niveau van directeurs (van regio's binnen 'sHL en zorgbedrijven van PG) te generaliseren. Overigens was dit niet het doel van dit onderzoek. Dit leidt er tevens toe dat uitkomsten van het onderzoek niet te generaliseren zijn naar andere instellingen in Nederland groter dan EUR. 500 miljoen. Dit is überhaupt ingewikkeld omdat er naast 'sHL en PG weinig instellingen in de GGZ en GHZ zijn in Nederland groter dan EUR. 500 miljoen. Espria voldoet formeel wel aan de omvang eisen van dit onderzoek, maar is bewust niet meegenomen als casestudie omdat dit het onderzoek te omvangrijk zou maken om in de gegeven tijdspannen te kunnen voltooien.

A red brick wall with a dark vertical crack running down the center. Diagonal shadows, possibly from window blinds, are cast across the wall. The text '3. THEORETISCH KADER' is overlaid in white.

3. THEORETISCH KADER

3. Theoretisch kader

In dit onderzoek staat de vraag centraal welke dilemma's bestuurders en directeurs van zorginstellingen groter dan EUR 500 miljoen ervaren en hoe zij deze hanteren in het licht van de maatschappelijke opgave van deze organisaties. In dit hoofdstuk worden de relevante begrippen van dit onderzoek uitgewerkt en voorzien van theoretische onderbouwing. Onderstaand wordt aangevangen met een korte uitleg van het begrip 'dilemma'. Vervolgens volgt in paragraaf 3.2 een inhoudelijke verkenning van het maatschappelijk perspectief, waarbij aandacht wordt besteed aan de termen toegankelijkheid, betaalbaarheid, kwaliteit en maatschappelijke verantwoording. Deze paragraaf sluit af met dilemma's die op basis van de onderzochte literatuur gevonden zijn. In paragraaf 3.3 volgt een inhoudelijke verkenning van het bestuurlijk perspectief en wordt afgesloten met dilemma's die vanuit dit perspectief gevonden zijn. In paragraaf 3.4 volgt een inhoudelijke verkenning van het directie perspectief en wordt afgesloten met dilemma's die vanuit dit perspectief gevonden zijn. Paragraaf 3.5 bestaat uit een verkenning over de wijze waarop bestuurders en directeurs om kunnen gaan met dilemma's. In de laatste paragraaf (3.6) wordt afgesloten met een toelichting op het conceptuele model van dit onderzoek.

3.1 Dilemma's

Het begrip dilemma komt veelvuldig voor in dit onderzoek. Oorspronkelijk komt het woord dilemma voort uit het Grieks waar het bestaat uit twee woorden; di- ('twee') en lemmata ('veronderstellingen'). Vrij vertaald geeft dit woord aan dat iemand die te maken heeft met een dilemma moet kiezen tussen twee veronderstellingen of mogelijkheden (Genootschap onze taal, 2011). Daar waar in de Griekse en Romeinse tijd dilemma's positieve uitdagingen waren voor het redeneren (logica) en overtuigen (retorica) is de gevoelswaarde hiervan in onze tijd veranderd (Everts & Olthof, 2017). Dit is duidelijk zichtbaar in de definitie van het woord dilemma in de Van Dale waar het tegenwoordig omschreven wordt als "lastige keus tussen twee onaangename zaken" (van Dale, 2020).

Het zou te makkelijk zijn de beschreven dilemma's waar bestuurders en directeurs van grote instellingen mee te maken krijgen te typeren als een keus tussen twee onaangename zaken. Een verdieping op bovenstaand perspectief van het omgaan met dilemma's wordt gegeven door Putters (Putters, 2009). In zijn oratie 'Besturen met duivelselastiek' (het elastiek dat stukken van ongelijke grootte en dikte bij elkaar houdt) beschrijft hij zorginstellingen als hybride organisaties waar vanuit vier verschillende domeinen aan getrokken wordt, te weten markt, overheid, gemeenschap en medische professie. Daarmee is er sprake van een gelaagd systeem waarin bestuurders en directeurs van zorginstellingen hun werk doen. Het samenkomen van deze vier domeinen in één organisatie zorgt voor vraagstukken waarbij bestuurders en directeurs keuzes moeten maken die effect hebben op alle vier deze domeinen. Hierdoor is geen sprake van een dilemma waar gekozen moet worden tussen twee veronderstellingen, maar een meervoudig dilemma dat effect heeft op meerdere domeinen. Dit effect is ook te zien in de ontwikkeling van het governance regime in de zorg, waarbij er vanuit deze vier domeinen (waardeoriëntaties) getracht wordt bestaande overtuigingen, regels en omgangsvormen te herijken en vermengen met nieuwe wat altijd gepaard gaat met spanningen en tegenstrijdigheden (van der Scheer, 2013). De vraag is op welke manier bestuurders en directeurs van grote zorginstellingen hiermee omgaan in hun dagelijkse praktijk. Het wetenschappelijk verkennen en onderbouwen van deze dilemma's vanuit onder andere bovenstaande perspectieven van Putters en Van der Scheer, om ze vervolgens te beschouwen vanuit de dagelijkse

praktijk van bestuurders en directeuren, levert hopelijk een prikkeling op voor de logica en retorica zoals dilemma's ooit bedoeld waren.

3.2 Maatschappelijk perspectief

Ons zorgstelsel in Nederland is gebaseerd op drie principes, te weten:

1. Zorg is voor iedereen toegankelijk;
2. Solidariteit door middel van een zorgverzekering die voor iedereen verplicht en toegankelijk is (betaalbaarheid);
3. Goede kwaliteit van zorg (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016).

Binnen ons zorgstelsel zijn vier wetten die er samen voor zorgen dat bovenstaande drie principes daadwerkelijk in stand gehouden kunnen worden. Deze vier wetten zijn de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet (JW). De zorg in Nederland wordt hoofdzakelijk gefinancierd uit publieke middelen. Een vraag die hier uit voort komt is vervolgens, wat het perspectief van het publiek (burgers) is, op de wijze waarop vorm en inhoud wordt gegeven aan de drie hier boven genoemde principes. Als het gaat om perspectieven waarvan uit gekeken kan worden naar de zorg, is het logisch om te kijken naar het individuele perspectief van de patiënt of cliënt. Een individu heeft een zorgvraag waarin voorzien dient te worden. In dit onderzoek wordt echter niet getracht het individuele perspectief verder te onderzoeken, maar juist te kijken naar de invloed van het effect van de externe omgeving (de maatschappij) op de besturingsopgave van zorginstellingen groter dan EUR 500 miljoen. Drie elementen spelen een rol. In de eerste plaats dient de zorg een maatschappelijk doel zoals reeds beschreven (toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit). In de tweede plaats kijkt de maatschappij mee en beoordeelt de zorg naar maatschappelijke maatstaven (geldende regels, normen en omgangsvormen). Ten derde moeten zorginstellingen verantwoording afleggen aan de maatschappij. Dat laatste element wordt apart besproken in paragraaf 3.1.4 dat gaat over maatschappelijke verantwoording. De invalshoek van het maatschappelijk perspectief is daarom voordehand liggend om te onderzoeken, welke dilemma's grote zorginstellingen tegenkomen. In economische evaluaties van de zorg wordt het maatschappelijk perspectief veelvuldig gekozen. Vanuit dit perspectief gaat het "dan niet alleen om de waarde voor de burger, voor wie gezondheid als een soort consumptiegoed kan worden gezien, maar ook om de maatschappelijke waarde van gezondheid" (van Baal, et al., 2009). In 2016 heeft het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) onderzoek gedaan naar de publieke opinie over de zorg in Nederland. Dit onderzoek geeft een aantal interessante inzichten in de ontwikkeling van het perspectief van burgers. Een aantal conclusies uit dit onderzoek zijn:

- Mensen hebben zeker zorgen over het zorgstelsel, deze lijken echter meer te ontstaan door berichtgeving over het stelsel, de beleidskeuzes en misstanden die in de media komen dan door negatieve ervaringen die mensen zelf opgedaan hebben;
- De grootste bron van de ervaren onzekerheid bij burgers komt waarschijnlijk door de continue berichtgeving over de betaalbaarheid van ons stelsel en de daarmee samenhangende beschikbaarheid van zorg. Mensen zijn bang dat er in de toekomst geen zorg meer beschikbaar is als het wel nodig is;
- In de periode tussen 2008 en 2015 is het thema 'zorg' steeds vaker genoemd als maatschappelijk probleem;

- Er blijft een groot verschil bestaan tussen beleidstaal en de taal die ‘gewone’ burgers begrijpen. Collectieve middelen en een macro budget zegt mensen over het algemeen weinig terwijl oplossingsrichtingen voor deze thema’s wel betaald moeten worden door de maatschappij. (Dekker, den Ridder, & van Houwelingen, 2016).

Op basis van bovenstaande kan er geconcludeerd worden dat er vanuit maatschappelijk perspectief zeker zorgen zijn over de ontwikkelingen van de zorg. Deze hebben dan met name betrekking op de betaalbaarheid en beschikbaarheid van zorg op de langere termijn en het niet begrijpen van de beleidstaal van beleidsmakers.

Het is hierbij van belang te melden dat de drie begrippen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit wel los van elkaar worden beschreven, maar deze in de praktijk echter overlappen en niet los van elkaar te zien zijn. Dit blijkt tevens uit de onderzoeken die gedaan zijn naar deze drie begrippen. In de volgende paragrafen zijn deze drie maatschappelijke doelen verder geconcretiseerd en is in kaart gebracht waar vraagstukken liggen op deze drie begrippen, waarbij specifiek is gekeken naar de context van grote zorginstellingen.

3.2.1 Toegankelijkheid

Het eerste principe van ons zorgstelsel is toegankelijkheid. Een definitie die hiervoor gebruikt kan worden is de volgende: “alles wat zich afspeelt tussen het moment dat een persoon of een gezin een hulpbehoefte krijgt en het moment dat is bepaald welke zorg of ondersteuning passend is” (RVS, 2019). Toegankelijkheid kan vanuit verschillende invalshoeken benaderd worden. Zo is er financiële toegankelijkheid, die iets zegt over of de zorg in de toekomst nog toegankelijk is in relatie tot betaalbaarheid van het stelsel of in relatie tot persoonlijke middelen die mensen ervoor (over) hebben. Toegankelijkheid kan ook benaderd worden vanuit het perspectief, dat de start van de noodzakelijke zorg zo snel mogelijk moet plaatsvinden. Dan wordt gesproken over toegankelijke zorg zonder wachtlijsten. Toegankelijkheid kan ook benaderd worden vanuit fysieke toegankelijkheid (bereikbaarheid). Met andere woorden, weet ik als hulpbehoevende waar ik moet zijn om de zorg te krijgen die ik echt nodig heb, is deze zorg in mijn regio beschikbaar en kan ik daar komen? In deze paragraaf zijn deze perspectieven op toegankelijkheid verder uitgewerkt. Afgesloten is met de opgave en dilemma’s dat dit thema met zich meebrengt voor de grootste GHZ en GGZ instellingen in Nederland.

Uit onderzoek van het SCP blijkt dat er veel mensen zijn, die zich zorgen maken over de bezuinigingen en steeds hoger wordende zorgkosten en het effect daarvan op de toegankelijkheid van de zorg (Dekker, den Ridder, & van Houwelingen, 2016). Dat deze gedachtegang niet ongegrond is, blijkt uit het rapport van de Sociaal-Economische Raad (SER), waar zij in 2012 concluderen, dat de sterk toegenomen en nog steeds groeiende zorguitgaven de collectieve en individuele betaalbaarheid in het gedrang brengt. Dit heeft vervolgens weer invloed op de toegankelijkheid van zorg (SER, 2012). In ditzelfde onderzoek komt de SER tot de conclusie dat de langdurige zorg in Nederland momenteel hoog scoort ten opzichte van andere landen, wat betreft de toegankelijkheid. Ook andere onderzoeken laten zien, dat de toegankelijkheid van zorg de afgelopen jaren is toegenomen. Een belangrijke graadmeter hiervoor zijn de wachtlijsten. In onder andere de ziekenhuiszorg is een duidelijke afname te zien van het aantal patiënten, die op wachtlijsten staan de afgelopen jaren. De wachtlijsten zoals deze er in het verleden wel waren in de ziekenhuizen zijn

niet meer teruggekeerd (Booz&Co, 2012). Dat dit helaas niet voor alle type zorg geldt, laten diverse andere onderzoeken zien. Zo blijkt dat de wachtlijst in de GGZ voor de adolescentenkliniek nog erg lang is (Hillegers, 2018) en dat voor bepaalde diagnoses in de GGZ nog steeds de Treeknormen niet behaald worden (Nederlandse Zorgautoriteit, 2018). Zeer recent heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport nog aangegeven dat er inmiddels ruim 18.000 mensen wachten op zorg in een verpleeghuis, terwijl dit er ongeveer 10.000 waren toen dit kabinet van start ging (NOS, 2020). Daar waar de wachtlijsten voor ziekenhuizen zijn afgenomen is er duidelijk te zien dat andere sectoren nog te kampen hebben met grote uitdagingen op het gebied van toegankelijkheid.

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) heeft in 2017 onderzoek gedaan naar hun ideeën over de toegankelijkheid van zorg voor complexe problemen, waar ruim 17.000 Nederlanders aan meededen. In december 2019 heeft het RVS een essay opgesteld, waarin de onderzochte problematiek getracht is te ontrafelen en te versimpelen. Het grote verschil tussen complexe en eenvoudige zorgvragen is dat het proces bij eenvoudige zorgvragen vaak lineair is, daar waar bij complexe vragen het proces vaak cyclisch is en er sprake is van meerdere zorgvragen op meerdere levensterreinen (RVS, 2019). Voor veel van deze vragen zijn in Nederland verschillende toegangspoorten, andere betrokken zorgprofessionals en diverse verwijzers en indicatieorganen. Een eerste conclusie uit het onderzoek van de RVS is dat veel mensen de ingang naar de noodzakelijke zorg niet weten te vinden. Dit omdat het stelsel überhaupt te ingewikkeld is om te ontrafelen waar ze precies moeten zijn of doordat ze aangewezen zijn op zorg uit meerdere wetten. Een tweede conclusie op basis van het onderzoek is dat mensen vaak de zorg niet krijgen die ze wel nodig hebben door bijvoorbeeld het te stringent toepassen van toegangsvereisten, hetgeen dus ook effect heeft op de toegankelijkheid van zorg. Een laatste conclusie is dat mensen vaak wel zorg krijgen, maar dit niet altijd goed aansluit bij hun zorgvraag wat veroorzaakt wordt door het onvoldoende laten aansluiten van de wettelijke kaders bij de zorgvraag van mensen. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat er wat betreft de fysieke toegankelijkheid van zorg nog de nodige vraagstukken zijn in de zorgsector. Het onderzoek 'Zorgen voor burgers' van de Nationale ombudsman naar toegankelijkheid van zorg bevestigt de bevindingen uit het hier boven genoemde onderzoek van RVS. Uit dit onderzoek blijkt dat het voor burgers ingewikkeld is toegang te krijgen tot de juiste zorg. Waardoor burgers bijvoorbeeld onnodig lang moeten wachten op het ontvangen van de juiste zorg (de Nationale ombudsman, 2018).

Naast het weten waar je als burger moet zijn voor zorg en er dan niet te lang op hoeven wachten, heeft toegankelijkheid ook een element in zich dat te maken heeft met het beschikbaar zijn. Als de nodige zorg niet beschikbaar is, is er überhaupt geen sprake van toegankelijkheid. Een ontwikkeling die hier veel effect op heeft, is de toenemende personele krapte in de zorg. Adviesbureau KPMG heeft op basis van onderzoek geconcludeerd dat het thema personele schaarste in de GGZ de komende jaren "de grootste uitdaging blijft om de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg op peil te houden" (KPMG, 2019). En ook de VGN heeft in een brief aan de Tweede Kamer aangegeven dat de huidige arbeidsmarktsituatie in de gehandicaptenzorg zorgwekkend is (VGN, 2018). Ook landelijk is dit een thema, dat is opgepakt door het ministerie van VWS met het programma 'Werken in de Zorg'. Uit de meest recente voortgangsrapportage blijkt dat het programma haar vruchten afwerpt, omdat er een stijgende instroom van medewerkers in de zorg zichtbaar is en een hele lichte afname van de uitstroom in de laatste twee

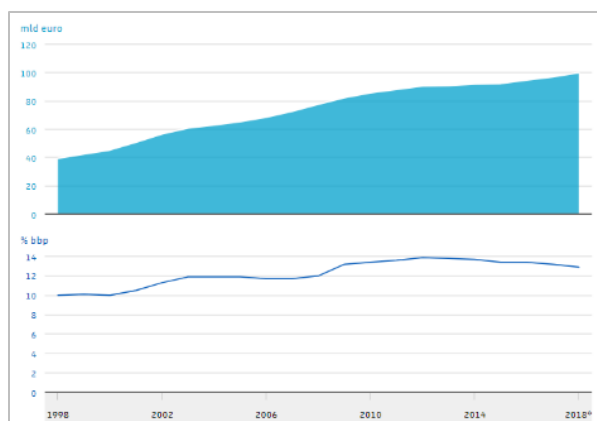
kwartalen van 2019 (VWS, 2019). Hoewel er dus goede initiatieven ontwikkeld worden, blijft het thema personele schaarste een punt van zorg om toegankelijkheid te kunnen waarborgen, temeer omdat volgens ramingen de zorgvraag in Nederland blijft toenemen en de uitgaven aan de gezondheidszorg in 2040 zich zullen verdubbelen ten opzichte van 2015 (RIVM, 2018).

Geconcludeerd kan worden dat er in Nederland nogal wat uitdagingen liggen om de toegankelijkheid van zorg op peil te houden. In het licht van dit onderzoek is het vooral interessant om te kijken hoe grote zorginstelling (EUR. >500 milj.) omgaan met het waarborgen van de verschillen perspectieven op toegankelijkheid van zorg, die zij leveren. Uit het onderzoek van Stoopendaal (2008) blijkt dat zorginstellingen de afgelopen jaren steeds groter zijn geworden, meerdere vestigingen hebben gekregen en ook meerdere soorten zorg leveren. Deze grote instellingen creëren hierdoor meer marktmacht en tevens een integraal zorgaanbod (Stoopendaal, 2008). Vanuit toegankelijkheidsperspectief zou dit een positief effect kunnen hebben. Met een GGZ vraag kan iemand waarschijnlijk voor bijna alles terecht bij PG en met een VG hulpvraag kun iemand altijd terecht bij 'sHL. Leg daarnaast het feit dat beide organisaties bijna een landelijke dekking hebben en wederom is een positieve impuls op te merken wat betreft toegankelijkheid van zorg. De vraag is echter of dit in de praktijk ook zo ervaren wordt door bestuurders en directeurs van deze instellingen.

3.2.2 Betaalbaarheid

Het twee principe van ons zorgstelsel is betaalbaarheid. Een definitie die hiervoor gebruikt kan worden is de volgende “de mate waarin een acceptabel niveau van zorg (kwaliteit, toegankelijkheid) vol valt te houden zonder onwenselijke budgettaire effecten: kunnen we het betalen? Betaalbaarheid is een interdisciplinair vraagstuk voor de (middel-) lange termijn waarin kosten worden afgewogen tegenover (gepercipieerde) waarden, inclusief normatieve grenzen en maatschappelijk draagvlak: willen we het betalen?” (Jeurissen, Steeds meer zorg, een betaalbare oplossing?, 2016).

Er is de afgelopen jaren veel geschreven over de toename van de zorgkosten in ons land alsmede de op lange termijn betaalbaarheid en houdbaarheid hiervan. Zo heeft het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) berekend, dat de zorgkosten in 2018 100 miljard Euro waren, hetgeen een stijging is van 3,1% ten opzichte van 2017 (CBS, 2019). Dat de betaalbaarheid van onze zorg onder druk staat, komt niet alleen door de toegenomen kosten in absolute zin, maar ook door het feit dat het percentage van het bruto binnenlands product (bbp) dat we in Nederland besteden aan de zorg de afgelopen decennia continu is gestegen en te hoog is (Jeurissen & Trienekens, Leidt gereguleerde competitie tot betaalbare zorg?, 2014). Dat er in onderstaande overzicht sprake is van een lichte daling van het percentage bbp vanaf 2015, komt door het feit dat onze economie de afgelopen jaren harder is gegroeid dan onze zorguitgaven. Het ligt echter niet in de lijn der verwachting dat onze zorgkosten zullen afnemen, wanneer onze economie in de toekomst minder hard zal groeien. Daardoor ontstaat er een acuut probleem als onze economie niet meer groeit, terwijl dit voor de zorgkosten wel het geval is, zal het percentage van het bbp dat besteed wordt aan de zorg alleen maar verder toenemen.



Figuur 2: zorguitgaven in EUR en in % bbp (CBS, 2019)

In de ‘Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018’ voorspelt het RIVM dat de uitgaven aan de gezondheidszorg in 2040 zich zullen verdubbelen ten opzichte van 2015. Dit gaat gepaard met een toename van de levensverwachting van gemiddeld 4,5 jaar (RIVM, 2018). Daar waar de betaalbaarheid van de zorg momenteel al een vraagstuk is zal de uitdaging op lange termijn rondom de betaalbaarheid van ons stelsel derhalve alleen maar groter worden. Zoals Jeurissen (2016) al beschrijft in zijn definitie gaat betaalbaarheid niet alleen maar om de vraag of we het kunnen betalen, maar ook om de vraag of we het willen betalen. De beantwoording van deze vraag is ingewikkeld, omdat het niet alleen maar gaat om de beschikbaarheid van geld, maar er veel meer elementen zijn die leiden tot de beantwoording van deze vraag. Dit vraagstuk rondom betaalbare zorg kan daardoor gezien worden als een wicked problem, een vraagstuk dat complex en moeilijk oplosbaar is (Rittel & Webber, 1973), maar waar bestuurders en directeurs van organisaties zich wel toe te verhouden hebben. In het zoeken naar oplossingen om het stelsel betaalbaar te houden zijn er diverse mogelijkheden. Sommigen hebben een groot geloof in gereguleerde concurrentie (van Kleef, Schut, & van de Ven, 2014), anderen staan een nieuw soort budgettair instrumentarium voor dat de spanning tussen betaalbaarheid en doelmatigheid finaal toch in het voordeel van de eerste kan beslechten (Jeurissen, Steeds meer zorg, een betaalbare oplossing?, 2016), weer anderen leggen de nadruk op preventie en op leefstijlinterventies waardoor mensen gezonder gaan leven (KPMG, 2018), of gebruik van eHealth (van Duren, 2019).

Naast bovenstaande suggesties zijn er ook diverse landelijke initiatieven, die insteken op een verdere regionalisering om te voorkomen dat zorgkosten verder toenemen. Een mooi voorbeeld hiervan is ‘de juiste zorg op de juiste plaats’. Een initiatief, ondersteund door VWS, van partijen in de zorg en ondersteuning, waarbij het dagelijks functioneren van de mens centraal staat. Door de mens weer centraal te stellen wordt (duurdere) zorg voorkomen, wordt de zorg weer rondom de mensen georganiseerd en wordt slimme zorg en eHealth ingezet (dejuistezorgopdejuisteplek, 2020) waardoor een verdere stijging van de kosten voorkomen kan worden.

Voor dit onderzoek is van belang hoe bestuurders en directeurs van de te onderzoeken instellingen in de dagelijkse praktijk omgaan met het vraagstuk van betaalbaarheid in de context van de hierboven genoemde oplossingsrichtingen. Als de collectieve betaalbaarheid in het geding is, raakt dat direct het voortbestaan van zorginstellingen en de toegankelijkheid. Voor zorginstellingen is het feit dat collectieve

middelen beperkt zijn en de mogelijkheid van individuele bijbetalingen in ons huidige stelsel ook, omdat dit direct aan de solidariteit raakt. De vraag is hoe grote instellingen omgaan met dit dilemma.

3.2.3 Kwaliteit

Het derde principe van ons zorgstelsel is kwaliteit. Een definitie die hiervoor gebruikt kan worden, is de volgende: “Kwalitatief goede zorg is zorg die patiëntgericht, effectief, veilig en op tijd is en die toegesneden is op de behoeften van de individuele patiënt en cliënt” (Zorgverzekeraars Nederland, 2011).

In de wet zijn verplichtingen vastgelegd wat betreft de kwaliteit van zorg. Per 1 januari 2016 is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) in werking getreden als vervanging van de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZi). Hierin staat dat de zorgaanbieder zorgdraagt voor systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg. En dat hier vervolgens uit voortvloeit dat er:

- Op systematische wijze gegevens over de kwaliteit van zorg verzameld en geregistreerd moeten worden op een manier waardoor mensen de gegevens kunnen vergelijken met andere vergelijkbare instellingen;
- Op basis van de hierboven benoemde gegevens systematisch getoetst moet worden of de uitvoering van zorg leidt tot goede zorg;
- Op basis van deze toetsing mogelijk veranderingen worden doorgevoerd in de manier van zorg leveren om de kwaliteit te verbeteren (Artikel 7 Wkkgz, 2015).

Het hebben van een kwaliteitsmanagementsysteem dat voorziet in bovenstaande drie vereisten is derhalve belangrijk voor zorginstellingen. Hierdoor zijn instellingen in staat op instellingsniveau inzicht te geven in de kwaliteit van zorg en eventuele verbeteracties om de kwaliteit te verhogen.

Uit het al eerder benoemde onderzoek van het SCP komt naar voren, dat mensen in onze samenleving bang zijn, dat de toename van hogere zorgkosten en de toenemende inkomensverschillen in Nederland leiden tot een mogelijke tweedeling in de zorg. Dit houdt in dat kwalitatief goede zorg alleen nog weggelegd is voor mensen, die zich dat kunnen veroorloven en de rest van de mensen met zorgproblemen maar moeten leven met de kwaliteit die beschikbaar is (Dekker, den Ridder, & van Houwelingen, 2016). Deze tweedeling raakt hiermee in de toekomst mogelijk ook de keuzevrijheid die burgers hebben in het vrij kunnen kiezen van de aanbieder van zorg. Vanuit maatschappelijk perspectief kan geconcludeerd worden dat burgers zich in enige mate zorgen maken over de toekomstige kwaliteit van zorg in ons land.

Een ander belangrijk perspectief op kwaliteit van zorg is hoe de individuele zorgontvanger de kwaliteit van zorg ervaart. In het persoonlijke contact met individuele cliënten staan organisaties, of beter gezegd de medewerkers in het primaire proces, voor de uitdaging en opgave het verschil te maken. De vraag is op welke wijze instellingen dit mogelijk maken voor hun medewerkers in tijde van schaarste van personeel, maar ook van financiële middelen. Uit recent onderzoek door Zorgkaart Nederland onder 70.000 bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen blijkt, dat persoonlijke aandacht essentieel is voor hoe mensen de ontvangen zorg waarderen (Zorg voor beter, 2019). Dat er op dit gebied uitdagingen zijn voor zorginstellingen laten diverse onderzoeken ook zien. Onderzoek van Nivel onder begeleiders van dagbesteding voor mensen met een verstandelijke beperking wees uit dat de dagbesteding van deze cliënten nog meer persoonsgericht moet worden vormgegeven, waardoor de activiteiten nog beter passen bij de wensen en mogelijkheden van iedere cliënt. Een grote beperking volgens bijna de helft van de respondenten is de beschikbare tijd, die ontstaat wanneer medewerkers alleen op een grote groep

cliënten staan (Nivel, 2017). Dit stelt organisaties voor de uitdaging deze persoonlijke aandacht en meer persoonsgerichte zorg toch te realiseren zonder dat de financiering stijgt.

Naast kijken naar de kwaliteit van zorg dient zich de afgelopen jaren ook een andere vorm van kwaliteitsdenken aan en dat is kwaliteit van leven. De zorg, die geleverd wordt kan kwalitatief van goede aard zijn, maar dat wil nog niet zeggen dat het ook bijdraagt aan de kwaliteit van leven van patiënten. De Raad voor de volksgezondheid en zorg heeft in 2011 in het rapport 'Sturen op gezondheidsdoelen' al aangegeven dat het "sturen op gezondheidsdoelen leidt tot een betere kwaliteit van de gezondheidszorg en betere zorg voor de patiënt. Bovendien vergroot het de effectiviteit van de ingezette middelen, zowel in menskracht als in geld" (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2011). Koot en Jansen (2012) geven in hun artikel 'Kwaliteit van zorg in een maatschappelijk perspectief' op goede wijze aan welke impact het denken in kwaliteit van leven heeft op zorginstellingen. Daar waar zorginstellingen geneigd zijn te kijken naar de kwaliteit van een zorgproces spreken patiënten, zorgverzekeraars en de overheid over kwaliteit van zorg als deze bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de patiënt of helpt om zo goed mogelijk te participeren in het maatschappelijk leven. Hierdoor kan het voor zorginstellingen soms ook spannend zijn wanneer andere partijen hun ideeën over de kwaliteit van zorg en leven duidelijk naar voren brengen (Koot & Jansen, 2012).

Kijkend naar het thema kwaliteit van zorg ligt de besturingsopgave voor grote zorginstellingen (meer dan EUR. 500 miljoen) op basis van bovenstaande op de volgende thema's. In de eerste plaats is het belangrijk dat organisaties zo ingericht zijn dat ze kunnen doen waarvoor ze bedoeld zijn, het leveren van goede en patiëntgerichte zorg, waarbij de continuïteit voor cliënten en patiënten geborgd is. Daarvoor is het belangrijk om de kwaliteit van zorg te meten, vast te leggen en waar nodig te verbeteren. In de tweede plaats is een trend zichtbaar dat zorg meer persoonsgericht wordt, waarbij persoonlijke aandacht van groot belang is. De vraag is hoe organisaties, dit kunnen realiseren in tijden van beperkte financiële ruimte en krapte op de arbeidsmarkt. Tot slot is voor instellingen van belang de term kwaliteit niet enkel te zien als de kwaliteit van de zorghandeling die verricht is, maar juist te verbreden naar de term kwaliteit van leven. Vanuit dit perspectief kijken naar de zorg die een instelling levert en wat daarin anders kan om de kwaliteit van leven te bevorderen is een prachtige opgave.

3.2.4 Maatschappelijke Verantwoording

Al eerder is in dit onderzoek de ontwikkeling van de governance in de zorg benoemd, waarbij er vier verschillende domeinen zijn die impact hebben op het governanceregime. Dit zijn de markt, overheid, gemeenschap en medische professie. Dat er vanuit deze verschillende domeinen ook kritisch gekeken wordt naar schaalvergroting en de gevolgen daarvan op governance gebied laat het onderstaande citaat duidelijk zien. *"De schaalvergroting en toegenomen complexiteit en hybriditeit hebben in een aantal gevallen tot grote problemen in de governance geleid. De 'concerns' bleken gaandeweg last te krijgen van aansturingsproblemen, de afstand tot het primair proces werd te groot, de specifieke kennis/vaardigheden om te besturen en toezicht uit te oefenen ontbrak hier en daar, en de betrokkenheid van belanghebbenden nam af (een toenemende anonimiteit). Analyses van misstanden wijzen er vooral op dat binnen de grootschalige verbanden de interne besturing vaak niet op orde is. In onderzoek en beschouwingen klinkt steeds vaker de (retorische?) vraag of de governance van de semipublieke organisaties wel voldoende*

meegegroeid is met de ontwikkeling naar grootschaligheid en complexiteit” (Kamerstuk II 2014/15, 33606, nr. 9, p. 53-54). De vraag in dit kader is derhalve op welke manier grote zorginstellingen ervoor zorgen dat hun interne beheersing op orde is en de maatschappij hiervan weten te overtuigen.

Een andere interessante vraag is hoe organisaties kwaliteit van zorg weten te waarborgen in het licht van dit perspectief. Vanuit externe partijen is er steeds meer aandacht voor kwaliteit van zorg en de wijze waarop zorginstellingen dit vorm moeten geven en zich hierop moeten verantwoorden. Een mooi voorbeeld hiervan is de nieuwe Governancecode zorg die als doel heeft het maatschappelijk vertrouwen te vergroten en dat zorginstellingen hun doelstellingen realiseren. Deze code kan dan ook wel gezien worden als leidraad voor zorgbestuurders hoe te besturen met inachtneming van eisen van toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Eén van de expliciete hoofddoelen van de code is het bijdragen aan het waarborgen van (kwalitatief) goede zorg. In deze code is onder andere het volgende geschreven over de manier waarop de raad van bestuur de kwaliteit en continuïteit van zorg dient te waarborgen: *“De raad van bestuur richt zich bij de vervulling van zijn taak op het belang van de zorgorganisatie op korte en lange termijn, vanuit het perspectief van het realiseren van de maatschappelijke doelstelling van de zorgorganisatie en de centrale positie van de cliënt daarin. De raad van bestuur maakt een zorgvuldige en evenwichtige afweging tussen de belangen van de cliënten, de publieke en maatschappelijke belangen, de belangen van medewerkers en de overige in aanmerking komende belangen van interne en externe belanghebbenden* (Governancecode zorg, 2017)”. Voor zeer grote instellingen ligt een complex dilemma in het bovenstaande citaat. Op welke wijze richt het bestuur van een organisatie de governance zo in, dat er zowel op korte als lange termijn de maatschappelijke doelstellingen gerealiseerd worden, waarbij de belangen van verschillende partijen en belanghebbenden zorgvuldig en evenwichtig worden afgewogen. Uit voorgaande blijkt dat dit van bestuurders een duidelijke visie op de inrichting van de governance van hun organisaties vraagt. Dit op een manier die waarde gedreven is in plaats van toezicht en sturing door middel van regeldrift, controle en afvinklijstjes.

Een laatste gedachte over de ontwikkeling van governance is de opkomst van het begrip ‘shared governance’ wat omschreven kan worden als *“het delen van strategische verantwoordelijkheden tussen beroepsgroepen en organisaties, in tegenstelling tot het verdelen van die verantwoordelijkheid*” (Erasmus Centrum voor Zorgbestuur, 2020). Ons huidige governancemodel is met name ingericht vanuit het perspectief van hiërarchische aansturing van organisaties. Huidige ontwikkelingen in de manier waarop zorg geleverd wordt, door bijvoorbeeld samenwerkingsverbanden van zorgprofessionals, zorgen voor de noodzaak te zoeken naar andere manieren waarop verantwoording afgelegd kan worden over de kwaliteit van zorg. Dit zal in de toekomst effect hebben op de wijze waarop organisaties hun interne governance ingericht hebben evenals de wijze waarop raden van bestuur en toezicht zich momenteel verantwoorden over geleverde zorg. De vraag is op welke wijze dit begrip al is geland binnen de instellingen, die onderdeel zijn van dit onderzoek en of bestuurders en directeuren al beeld hebben wat het effect hiervan is op hun eigen rol in het verantwoordingsproces.

Zoals eerder al beschreven is er de afgelopen jaren steeds meer aandacht voor het verder ontwikkelen van governance in de zorg. De nieuwe governancecode zorg (2017), die als doel heeft om het maatschappelijk vertrouwen in zorginstellingen te verbeteren, is hier een voorbeeld van. Belangrijk is dat er binnen zorginstellingen een cultuur wordt gecreëerd waarin echt gesproken wordt over kwaliteit,

verantwoording en verbetering van geleverde zorg. De vraag daarbij is op welke manier grote instellingen de governancecode zorg onderdeel gemaakt hebben van hun eigen DNA en bestuurders hun omgeving daarvan weten te overtuigen. Een belangrijke vraag daarbij is op welke manier omvang van een organisatie bijdraagt aan het realiseren van de maatschappelijke opgave, dit mede omdat er vanuit verschillende externe domeinen ook kritisch gekeken wordt naar grote instellingen. Een andere uitdaging voor deze instellingen is om voorbereidingen te treffen om klaar te staan voor toekomstige ontwikkelingen, zoals shared governance.

3.2.5 Dilemma's vanuit maatschappelijk perspectief

Vanuit het maatschappelijk perspectief, dat hierboven is uitgewerkt, zijn er diverse dilemma's waar organisaties mee te maken hebben, onderstaand zijn deze kort uitgewerkt. Deze dilemma's hebben als input gediend voor de interviews met bestuurders en directeurs van 'sHL en PG waarbij onderzocht is in hoeverre deze dilemma's herkenbaar zijn en welke invloed de omvang van deze organisaties heeft op de dilemma's en het omgaan daarmee. Alleen al het feit dat toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit onderling verweven zijn met elkaar en kunnen botsen leidt, op zich al tot de nodige dilemma's voor grote zorginstellingen.

1. (On)Toegankelijke zorg

In dit hoofdstuk is beschreven dat toegankelijke zorg meerdere dimensies heeft. Hierbij valt te denken aan fysieke toegankelijkheid, financiële toegankelijkheid en administratieve toegankelijkheid. Onderzoeken laten zien dat grote zorginstellingen meer marktmacht creëren en dat het productaanbod integraler en breder is dan kleine instellingen. Dit zou de toegankelijkheid van zorg positief kunnen beïnvloeden. De vraag is echter of dit ook zo wordt ervaren in de praktijk en of het feit dat deze instellingen ook te maken hebben met een fysiek groot werkgebied, veel verschillende financieringsbronnen, diverse contracten met gemeentes, zorgverzekeraars en zorgkantoren in de praktijk juist nadelig werken in het kader van toegankelijkheid.

2. Sturing vanuit de zorgorganisatie (aanbod) versus sturing vanuit de cliënt (vraag);

Vanuit de verkenning van het CPB naar het maatschappelijk perspectief over de zorg komt duidelijk naar voren, dat burgers zich richting de toekomst zorgen maken over de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Daarbij valt op dat het dan vooral gaat om het individuele perspectief van burgers over wat er in de toekomst mogelijk niet goed gaat, wanneer zij zelf zorg nodig hebben. In dit onderzoek gaat het om grote zorginstellingen die aan zeer veel cliënten zorg leveren. Hierbij is het begrijpelijk, dat bestuurders en directeurs te maken hebben met het dilemma organisatie versus de individuele cliënt. Hoe blijf je als bestuurder in staat de continuïteit van de hele organisatie te waarborgen, zonder daarbij voorbij te gaan aan de individuele belangen van de cliënten. Putters noemt dit het tweede duivelselastiek waarbij geconstateerd wordt dat "de individuele keuzes van zorgvragers steeds meer botsen met collectieve afwegingen" (Putters, 2009). Daarbij laten andere onderzoeken zien dat het meer aandacht hebben voor de persoonlijke belangen en het persoonlijke contact met cliënten een positief effect heeft op de ervaren kwaliteit van zorg. De vraag is hoe met dit dilemma wordt omgegaan in de grootste instellingen van Nederland.

3. Belang van de eigen organisatie versus belang van de zorg als geheel;

De raad van bestuur van zorginstellingen is belast met het besturen van de zorgorganisatie gericht op haar maatschappelijke doelstelling, zo is de omschrijving vanuit de Governance code zorg. Zoals dit hoofdstuk duidelijk heeft gemaakt moeten bestuurders daarin onder andere afwegingen maken tussen het organisatiebelang en het maatschappelijk belang. Met name voor de grootste instellingen van Nederland is dit een belangrijk vraagstuk met veel impact. Zo kan het voorkomen dat het maatschappelijk belang (en externe druk) erg groot is om zorg te leveren aan een bepaalde doelgroep of zelf een reddingslijn te zijn voor kleinschalige instellingen in nood, terwijl dit niet persé in het belang is van de organisatie in termen van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. In de interviews zal onderzocht worden in welke mate dit dilemma herkenbaar is voor bestuurders en directeurs, wat de impact van de omvang van deze organisaties is op dit dilemma en hoe hiermee omgegaan wordt in de dagelijkse praktijk.

4. Betaalbaarheid versus doelmatigheid;

Zoals duidelijk is geworden kent de betaalbaarheid van ons zorgsysteem zijn grenzen. We zullen in Nederland maatregelen moeten treffen om te voorkomen dat het systeem onbetaalbaar wordt. Daarin spelen de vragen 'wat kunnen we nog betalen' en 'wat willen we nog betalen' een belangrijke rol. Zorg kan zeer doelmatig zijn, maar doelmatige zorg kan ook duur of zelfs onbetaalbaar worden. Ook in de huidige werkelijkheid is dit al een dilemma voor zorginstellingen. Het maken van keuzes hoe omgegaan wordt met 'betaalbaarheid' en 'doelmatigheid' van geleverde zorg in instellingen is iets waar bestuurders zich toe te verhouden hebben.

5. Kwaliteit van zorg versus kwaliteit van leven;

De raad van bestuur is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg van de instelling en wordt door de Wkkgz verplicht tot het meten, vastleggen en indien nodig verbeteren van de kwaliteit van zorg. Uit dit hoofdstuk blijkt echter ook dat de term 'kwaliteit van leven' over meer gaat dan alleen maar de kwaliteit van zorg. Dit stelt zorginstellingen voor interessante vraagstukken hoe om te gaan met het leveren van zorg. Het kan zo zijn dat kwalitatief goede zorg niet (meer) bijdraagt aan het goede leven van cliënten. Of dat cliënten bepaalde zorg niet meer willen ontvangen, omdat ze zelf van mening zijn dat het niets toevoegt aan hun kwaliteit van leven, terwijl vanuit het perspectief van de instelling dit wel het geval is. De vraag is waar een instelling zich nog wel en waar niet meer verantwoordelijk voor voelt.

6. Governance: sturing en maatschappelijke verantwoording

Zoals in dit hoofdstuk beschreven is er steeds meer aandacht voor de governance van zorginstellingen. Dit enerzijds om het maatschappelijk vertrouwen in zorginstellingen te verhogen, anderzijds om er voor te zorgen dat hetgeen waarvoor de organisatie op aarde is te kunnen waarborgen. Sommige organisaties kiezen voor een geheel eigen governance-structuur, die beter past bij de complexiteit van hun bedrijf, anderen kiezen voor een traditionelere governance. De vraag is hoe grote instellingen de governance van hun eigen organisatie inrichten op een manier dat er voldoende sturing gegeven kan worden aan het geheel en naar de maatschappij kan worden verantwoord, wat de toegevoegde waarde van de instelling is.

3.3 Bestuurlijk perspectief

Bestuurders reageren op veranderende omstandigheden door aanpassingen in schaal, structuur, management en inrichting van organisaties (van der Scheer 2013, van der Scheer et al. 2017) met als doel het belang van de zorgorganisatie op korte en lange termijn te dienen (Governancecode zorg, 2017). Schaalvergroting is daarmee een uitkomst van bestuurlijke beslissingen om, als het goed is, beter invulling te geven aan de maatschappelijke opgave waar organisaties voor staan. Uit onderzoek blijkt dat er sinds de jaren '80 steeds meer fusies plaatsvinden, ook in de zorgsector. Tot de jaren '90 waren fusies in de zorg met name gericht op het overnemen van organisaties tussen soortgelijke instellingen. Na de jaren '90 is er een trend waarneembaar, dat fusies ook tussen verschillende soorten zorginstellingen plaatsvonden. Daarmee werden zorginstellingen niet alleen groter, maar ook het dienstenaanbod gedifferentieerder (Stoopendaal, 2008). Door deze fusies is ook het publieke debat over de wenselijkheid van de schaalvergroting van zorginstellingen steeds meer gevoerd, mede omdat de motieven van instellingen om te fuseren beperkt inzichtelijk zijn voor het publiek en de invloed van beleidswijzigingen op het aangaan van fusies ook beperkt inzichtelijk zijn (Postma, 2015). Bovenstaande leidt, in het bijzonder voor bestuurders van grote zorginstellingen, tot vraagstukken over de thema's besturingsfilosofie, organisatiestructuur, de manier van leidinggeven, governance en het omgaan met interne en externe krachtenvelden. In dit hoofdstuk is vanuit deze elementen het bestuurlijk perspectief verder uitgewerkt.

Een belangrijk element vanuit bestuurlijk perspectief is omgaan met het vraagstuk van schaalvergroting in relatie tot de governance van organisaties. Een groot risico van schaalvergroting is de verwijdering van de raad van bestuur van het primair proces. Een belangrijke vraag is wat bestuurders van grote instellingen doen om deze afstand, ondanks de schaalvergroting, te overbruggen. We zijn daarbij geneigd om de conclusie te trekken dat de grootte van de organisatie evenredig is aan de afstand tussen het bestuur en de werkvloer. Dit blijkt echter niet zo te zijn, de ervaren afstand wordt niet zozeer beïnvloed door de grootte van de organisatie, maar door de manier waarop het bestuur haar taak uitoefent (Stoopendaal, 2008). Ook blijkt het essentieel dat bestuurders goed weten aan te geven, wat het doel is van de schaalvergroting en dat concreet benoemd moet worden, wat het effect van de schaalvergroting is op de organisatie, de medewerkers en cliënten (Bijloos, Building a License to Lead, 2019). De impact van de wijze waarop individuele bestuurders het proces van schaalvergroting vormgeven is met andere woorden groot en heeft veel effect op de positionering en legitimiteit van bestuurders. Een nadere verkenning van het begrip schaal(vergroting) helpt om bovenstaande vraagstuk te verdiepen.

Als er gesproken wordt over schaalvergroting wordt dit vaak enkelvoudig benaderd als een vergroting van de organisatie en daarmee de omzet en de effecten die dit heeft op lagere kosten, een breder dienstenaanbod en borgen van continuïteit van zorg en de organisatie zelf. Daarmee wordt schaalvergroting een synoniem voor schaal als structuur; iets dat meetbaar of tastbaar is (Postma, 2015). Naast de dimensie structuur zijn er nog twee andere dimensies die iets zeggen over de schaal van organisaties, dit zijn schaal als ruimte voor sociale processen en schaal als symbool. "Schaal als ruimte voor sociale processen benadrukt dat schaal ook een plaats is waar managers, professionals en patiënten interacteren en waar zorg wordt georganiseerd en geleverd en schaal als symbool bevat het spreken over schaal waarmee opvattingen over 'goede zorg' worden gevormd en overgebracht" (Postma, 2015). Dit dwingt ons dan ook anders te kijken naar de schaal van organisaties. Verandering van schaal door fusies

en overnames leidt tot verandering op alle drie de dimensies van schaal. Daarmee is de schaal van organisaties iets wat continu in ontwikkeling is. Deze manier van kijken naar schaal resulteert er ook in, dat er in het publieke debat anders gekeken moet worden naar uitspraken als 'hoe kleiner hoe fijner' of 'groter is beter', omdat hiermee geen recht wordt gedaan aan het driedimensionale karakter van schaal (Postma, 2015). Voor dit onderzoek staat vast dat de organisaties, die onderzocht worden de afgelopen jaren te maken hebben gehad met schaalvergroting. Interessant is echter om in de interviews na te gaan welke elementen van schaal het meest naar voren komen in de benoemde dilemma's in de ontwikkeling van deze organisaties en hoe hier vervolgens mee om is gegaan door de betreffende bestuurders en directeuren. Het besef dat het doorvoeren van veranderingen op één van de dimensies direct effect heeft op de andere dimensies is hierbij van belang.

Een laatste dimensie van schaal is dat er vaak gezocht wordt naar de optimale schaal van organisaties (Postma, 2015). Belangrijk om hierbij aan te geven is, dat de optimale schaal van organisaties lastig te bepalen is. Dit heeft namelijk te maken met de maatschappelijke opgave van zorginstellingen om kwalitatief goede zorg aan te bieden, die tevens toegankelijk en betaalbaar is. Een optimale schaalgrootte om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren is daarbij vaak niet gelijk aan de optimale schaalgrootte vanuit toegankelijkheidsperspectief. Tevens zijn er uitkomsten van onderzoeken die bepleiten dat fusies en overnames in de zorg vooral ingegeven worden door het vergroten van het eigen marktaandeel en creëren van meer marktmacht. Argumenten dat deze fusies noodzakelijk zijn om meer doelmatigheid, betere kwaliteit en toegankelijkheid (bereikbaarheid) te realiseren blijken zeer beperkt geldig (Blank, Haelermans, Koot, & van Putten-Rademaker, 2008). Het omgaan met het dilemma wel of geen schaalvergroting is een belangrijke vaardigheid voor bestuurders van grote zorginstellingen evenals, zoals hierboven ook al beschreven, het goed benoemen wat het doel is, dat met de schaalvergroting wordt nagestreefd.

Een volgend element vanuit bestuurlijk perspectief is de ontwikkeling van de besturingsfilosofie van zorginstellingen. Het is niet verbazingwekkend om te stellen, dat in organisatie van meer dan EUR 500 miljoen meer directeuren aanwezig zijn dan in een kleinere zorginstelling. Een interessante vraag is hoe bestuurders dit bestuurbaar houden. Er wordt binnen de zorg veel gesproken en geëxperimenteerd met zelforganisatie of een verbastering daarvan, de boeken van Wouter 't Hart over 'Werken vanuit de Bedoeling' en 'Anders Vasthouden' zijn razend populair. In 2015 vindt 38% van de bestuurders, dat managers zelfsturend moeten zijn. Dit is een significante toename ten opzichte van 2010 (26%) en 2005 (23%) (Bijloos, van der Scheer, & van Veen-Berkx, Bestuurders in beeld, 2017). De vraag is echter of hierin de oplossing te vinden is voor de dilemma's, waar bestuurders mee te maken hebben als het gaat om de bestuurbaarheid van de organisatie en de vraag is dan ook hoe bestuurders van grote instellingen hiermee omgaan.

In iedere hiërarchische relatie, dus ook tussen bestuurders en directeuren, is in meer of mindere mate sprake van vertrouwen omdat het gewoonweg niet mogelijk is om alles te controleren, wat er in een organisatie gebeurt (Sixt, 2010). De vraag is echter wat het dominante paradigma is, waar vanuit de organisatie gestuurd wordt. Te veel controle kan leiden tot wantrouwen en onnodige regeldruk binnen organisaties, terwijl blind vertrouwen kan leiden tot chaos en onbestuurbaarheid. Sixt (2010) concludeert dat verantwoord vertrouwen naar verwachting tot betere naleving van de regels kan leiden. Belangrijk

daarbij is dat het bij vertrouwen gaat om drie verschillende dimensies die samen bepalen hoeveel onderling vertrouwen er daadwerkelijk is. Deze drie dimensies zijn: gebleken prestaties, aanwezige competenties (vertrouwen op deskundigheid) en onderlinge intenties (vertrouwen in onderlinge goede bedoelingen). Met name deze laatste twee zijn te veel naar de achtergrond geraakt en juist van groot belang om veerkrachtige relaties op te kunnen bouwen tussen partijen (Meurs, 2014). De vraag in het kader van dit onderzoek is hoe bestuurders van grote instellingen met dit dilemma van controle en vertrouwen omgaan. Is vertrouwen slechts gebaseerd op gebleken prestaties of ook op competenties en intenties van directeuren. Of is sturen op vertrouwen of controle een keuze, voortvloeiend uit een gekozen besturingsfilosofie? Daarbij is het ook nog de vraag of er onderscheid gemaakt wordt in de hoeveelheid vertrouwen, dat bestuurders geven aan directeuren door bijvoorbeeld ervaring en zelfstandigheid. De manier, waarop bestuurders omgaan met dit dilemma raakt nauw aan het volgende element vanuit bestuurlijk perspectief en dat is afstand en nabijheid.

Stoopendaal (2008) beschrijft in haar onderzoek het dilemma van afstand en nabijheid waar bestuurders mee te maken hebben. Directeuren hebben ruimte nodig om hun werk goed te kunnen doen (afstand) en tegelijkertijd wordt er van bestuurders verwacht dat zij betrokken zijn bij cliënten en medewerkers en goed op de hoogte zijn van wat er gebeurt in hun organisaties (nabijheid). Directeuren en managers zijn in dit laatste geval ook belangrijke informatiekanalen voor bestuurders. In dit onderzoek geeft Stoopendaal aan, dat deze dubbele opdracht er altijd al geweest is, maar dat deze in deze tijd waarin zorginstellingen opereren nog duidelijker lijkt te worden. Dit komt omdat de steeds duidelijkere trend van sturen op bedrijfsmatige elementen, standaardisatie van dienstverlening en schaalvergroting van instellingen niet altijd verenigbaar lijkt te zijn met de specifieke aard van zorg, die er geleverd wordt binnen de instelling (Stoopendaal, 2008). Voor dit onderzoek naar dilemma's van grote zorginstellingen is het interessant om na te gaan hoe bestuurders invulling geven aan het dilemma 'afstand en nabijheid'

Het laatste element dat in dit hoofdstuk belicht wordt als het gaat om verkenning van het bestuurlijk perspectief gaat om de vraag: hoe kan ik als bestuurder aantonen dat ik de geschikte persoon ben voor deze functie. Er is de afgelopen jaren steeds meer aandacht voor de ontwikkeling van het vak van bestuurder. Dat er steeds meer aandacht is voor kwaliteitsbevordering van zorgbestuurders blijkt onder andere uit het accreditatiesysteem dat in 2013 ontwikkeld is door de Vereniging van bestuurders in de Zorg (NVZD). Doel van dit accreditatiesysteem waarmee een bijdrage wordt geleverd aan de professionalisering en de maatschappelijke legitimatie van het zorgbestuur. In het accreditatietraject wordt getoetst of bestuurders actief werken aan hun professionele ontwikkeling en beschikken over zelfreflectief vermogen, en het vermogen om reflectie ook om te zetten in gedrag en in ander gedrag als dat nodig mocht blijken; essentiële ingrediënten voor goed bestuur (NVZD, 2020). Ook in de Governance code zorg is veel aandacht voor deze kwaliteitsbevordering waarbij het zevende principe gaat over de continue ontwikkeling van de Raad van Bestuur (Governancecode zorg, 2017). Vanuit de politiek wordt er druk uitgeoefend om te komen tot een toets voor zorgbestuurders op het gebied van integriteit en bekwaamheid. Hier heeft Evert Jan Slootweg, tweede kamer lid van het CDA, in november 2019 nog voor gepleit (CDA, 2019). Hoe individuele bestuursleden omgaan met het vraagstuk over hun eigen 'licence to lead' heeft veel invloed in de organisatie, ook geldt hierbij voor bestuurders dat het 'zoeken van draagvlak' een belangrijk element is. Daarmee kan wederom aangesloten worden bij het onderzoek van Bijloos

(2019) waaruit blijkt dat individuele bestuurders maar in zeer beperkte mate invloed hebben op wet- en regelgeving rondom governance en zij derhalve vooral zichzelf moeten inzetten om draagvlak te zoeken in hun eigen organisaties (Bijloos, Building a License to Lead, 2019).

Iets dat vanuit bestuurlijk perspectief effect heeft op de geschiktheidsvraag is dat er geen geaccrediteerde opleiding tot zorgbestuurder bestaat, dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld artsen, fysiotherapeuten en docenten. Daarnaast bepalen bestuurders niet zelf wie er tot de beroepsgroep worden toegelaten en is er geen kwaliteitstoets voor zittende bestuurders. Waarbij dit laatste punt zorgt voor een beperkt zelfreinigend vermogen van deze beroepsgroep (Bijloos, Building a License to Lead, 2019). De vraag is dus hoe bestuurders van grote instellingen blijven werken aan hun eigen ontwikkeling en vakbekwaamheid. Eén van de manieren waarop dit kan is door deel te nemen aan de accreditatie van de NVZD. De NVZD heeft vijf expertisegebieden benoemd, die de basis zijn van de accreditatie voor zorgbestuurders, dit zijn: leiderschap, resultaatgericht sturen, verbindend samenwerken, maatschappelijk bijdragen en continu ontwikkelen. “Deze vijf expertisegebieden vormen de basis van het 360 graden feedback instrument, verplicht onderdeel van de accreditatie” (NVZD, 2020). Naast deze accreditatie zijn er diverse andere manieren waarop bestuurders kunnen werken aan hun eigen ontwikkeling, zoals het volgen van externe opleidingen en het bekleden van RvT/RvC posities. Voor dit onderzoek is het interessant na te gaan wat bestuurders van de grootste GHZ en GGZ instellingen inzetten om zichzelf verder te ontwikkelen.

Op basis van dit hoofdstuk kan geconcludeerd worden dat het beroep dat gedaan wordt op bestuurders in de zorg toeneemt. Het speelveld wordt complexer, organisaties groter en eisen die aan bestuurders gesteld worden hoger. Het opstellen van louter en alleen regels en borging van de naleving hiervan doet geen recht aan wat de Governance code zorg Goed bestuur noemt. “Goed bestuur gaat ook en vooral over goede bestuurders, hun kennis, ervaring, houding, gedrag en het perspectief en de doelen die zij, samen met allen die in de zorg werken, cliëntenorganisaties, belanghebbenden in het werkgebied en Raden van Toezicht stellen. Besturen wordt aldus steeds meer een doorlopend leer- en ontwikkelproces van de bestuurder in samenspraak met alle betrokkenen in de zorg” (NVZD, 2015). De vraag is of bestuurders van grote instellingen zich herkennen in bovenstaande en op welke wijze zij omgaan met onderstaande dilemma’s die hieruit voortkomen.

3.3.1 Dilemma’s vanuit bestuurlijk perspectief

Vanuit het bestuurlijk perspectief dat hierboven is uitgewerkt zijn er diverse dilemma’s waar bestuurders van zorginstellingen mee te maken hebben, onderstaand zijn deze kort uitgewerkt. Deze dilemma’s hebben als input gediend voor de interviews met bestuurders en directeurs van ’sHL en PG waarbij onderzocht is in hoeverre deze dilemma’s herkenbaar zijn en welke invloed de omvang van deze organisaties heeft op de dilemma’s en het omgaan daar mee.

1. Schaalvergroting of niet;

De onderzoekseenheden in dit onderzoek zijn de twee grootste GHZ en GGZ instellingen van Nederland. Dat deze twee organisaties de afgelopen jaren steeds verder zijn gegroeid staat vast, tevens zijn deze instellingen steeds meer verschillen type zorg gaan leveren. De vraag is hoe bestuurders het dilemma van schaalvergroting in de dagelijkse praktijk ervaren. Heeft de schaalvergroting geleid tot betere toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg of was het effect vooral merkbaar op de

marktpositie en marktmacht. Is er een visie opgesteld op het gebied van schaalvergroting, op welke uitgangpunten is deze gebaseerd en hoe wordt er in de organisatie omgegaan met 'kansen', die zich voordoen op het gebied van schaalvergroting?

2. Omgaan met verschillende elementen van schaal

In het hoofdstuk hierboven zijn drie verschillende dimensies van schaal uitgewerkt, te weten schaal als structuur, als ruimte voor sociale processen en als symbool (Postma, 2015). De vraag is vanuit welk perspectief respondenten de schaalvergroting van hun organisatie benaderen en of er herkenning is op de drie dimensies van schaal die Postma geeft. Het feit dat de drie dimensies op elkaar van invloed zijn en ze in gezamenlijkheid tot elkaar bekeken moeten worden, is al een dilemma op zich, hoe gaat een bestuurder hier mee om? Het is hierbij van waarde om te kijken aan welk van de drie dimensies de door de respondenten onderkende dilemma's rondom schaalvergroting het best te koppelen zijn.

3. Vertrouwen versus controle

Bestuurders zijn eindverantwoordelijk voor wat er gebeurt in hun organisaties. Dit betekent dat bestuurders een manier moeten zoeken om hun verantwoordelijkheid voor processen en kwaliteit van zorg, die wordt geleverd binnen de instelling, te kunnen nemen. Er wordt binnen de zorg veel gesproken en geëxperimenteerd met zelforganisatie of een verbastering daarvan, onderzoek laat ook zien dat bestuurders steeds meer verwachten dat managers zelfsturend zijn. De vraag is hoe een bestuurder omgaat met het geven van ruimte en stellen van kaders. Daarnaast is de vraag hoe bestuurders van grote instellingen toch inzicht blijven houden op wat er gebeurt in de organisatie, zonder daarbij directeuren en managers de ruimte te ontnemen die ze nodig hebben om hun werk goed te kunnen doen. Hierbij ontstaat het dilemma 'sturen op controle of op vertrouwen'.

4. Afstand versus betrokkenheid

Van bestuurders van zorginstellingen wordt verwacht dat zij enerzijds besturen op afstand en anderzijds dat zij betrokken zijn bij cliënten en medewerkers en goed op de hoogte zijn van wat er gebeurt in hun organisaties (Stoopendaal, 2008). Stoopendaal geeft in haar onderzoek aan dat deze dubbele opdracht er altijd al geweest is, maar dat deze in de hedendaagse ontwikkelingen nog duidelijker lijkt te worden, omdat bedrijfsmatige aansturing, standaardisatie en schaalvergroting van een organisatie niet altijd verenigbaar lijken te zijn met de specifieke aard van zorg, die er geleverd wordt binnen de instelling. De vraag is hoe bestuurders van grote instellingen het dilemma van 'afstand en nabijheid' ervaren en op welke manier zij hier persoonlijk mee omgaan en de impact die de interne governance en besturingsfilosofie van de organisatie hierop heeft.

5. De bestuurder als professional: een reflectie op de eigen rol en invulling daarvan

In dit laatste dilemma zit geen keus tussen twee elementen, het is een dilemma op zichzelf. Er is de afgelopen jaren steeds meer aandacht voor de ontwikkeling van het vak van bestuurder, ook in de nieuwe governance code is aandacht voor dit thema. Zoals beschreven is er wel een accreditatie van de NVZD voor bestuurders in de zorg, maar een geaccrediteerde opleiding tot zorgbestuurder bestaat, in tegenstelling tot bijvoorbeeld artsen, fysiotherapeuten, advocaten en docenten, niet. Voor bestuurders van zorginstellingen is het steeds belangrijker om ervoor te zorgen dat ze 'fit for the job' zijn. De vraag is dan ook hoe bestuurders van de grootste GHZ en GGZ instellingen van Nederland met dit vraagstuk omgaan.

3.4 Perspectief directeuren

In dit onderzoek worden directeuren van instellingen of regio's ook wel midden-managers genoemd, een term die wellicht vragen oproept. Reden om hiervoor te kiezen is dat deze groep medewerkers geen bestuurlijke eindverantwoordelijkheid draagt voor een gehele zorggroep, dit is namelijk belegd bij de raad van bestuur. Daarmee wordt niets afgedaan aan de positie van deze medewerkers, sterker nog het geeft de complexiteit weer waarin deze mensen zich bevinden. Ze hebben letterlijk een positie in het midden van de organisaties, tussen een raad van bestuur en het primaire proces. Deze middenpositie brengt met zich mee dat directeuren werkzaam zijn op een plek in een organisatie die ook wel het meervoudige midden genoemd wordt. Hier komen conflicterende waarden bij elkaar, hebben directeuren te maken met verschillende rechtvaardigingsgronden, wordt aangelopen tegen organisatorische grenzen en krijgen directeuren te maken met professionele en management discoursen (Oldenhof, 2015). In dit hoofdstuk is een verdieping aangebracht vanuit wetenschappelijke literatuur op het directieperspectief en de dilemma's die ervaren kunnen worden door directeuren bij grote instellingen.

In de vorige paragraaf is beschreven dat er voor bestuurders geen formele 'license to practise' is. Hetzelfde geldt voor directeuren in de zorg, ook voor deze groep functionarissen is er geen formeel geaccrediteerde opleiding of een toelatingstoets (Bijloos, Building a License to Lead, 2019). Voor deze groep medewerkers geldt dus, net zoals voor bestuurders, dat zij zelf hun 'licence to practice' in de praktijk moeten vormgeven. Het perspectief van waaruit zij dit doen is echter wel anders dan die van bestuurder. Een directeur is namelijk niet eindverantwoordelijk, maar legt verantwoordelijkheid af aan de Raad van Bestuur. Maatschappelijk is er veel te doen rondom het beeld van zorgdirecteuren. In het boek 'Verschuivende Verantwoordelijkheden' (Grit en Meurs 2005) wordt de ontwikkeling van het vakgebied management in de zorg beschreven evenals de maatschappelijke reactie hierop. Hierin wordt gestart met een weerspiegeling van een viertal maatschappelijke klachten, die zich voordoen als het gaat om managers/directeuren in de zorg. Dit zijn de volgende:

- 1) Er zijn te veel managers/directeuren in de zorg;
- 2) Managers en directeuren hebben andere doelen dan zorgverleners, zoals fusies, schaalvergroting en reorganisaties;
- 3) Managers/directeuren hebben verkeerde motieven en denken in termen van geld en materie in plaats van zorg voor mensen;
- 4) Managers/directeuren doen niet wat ze zouden moeten doen en falen daarmee in hun opdracht. De kwaliteit van deze mensen zou onvoldoende zijn (Grit & Meurs, 2005).

Ook Van der Scheer (2013) laat in haar proefschrift duidelijk zien dat er nog steeds veel voorbeelden zijn van situaties waarbij alles wat misgaat in zorginstellingen wordt toegewezen aan directeuren, managers en ook bestuurders. Zaken die juist wel goed gaan, worden toegeschreven aan de zorgprofessionals (Van der Scheer 2013). Putters beschrijft in zijn oratie, dat niet alleen bestuurders, maar ook midden-managers (directeuren) te maken hebben met veel verschillende belangen, eisen en wensen uit hun omgeving en dat zij hiervoor gebruik moeten maken van verschillende hulpbronnen uit hun omgeving (Putters, 2009). Dat het gebruik maken van deze hulpbronnen niet alleen nodig is voor de externe omgeving en belanghebbenden bleek al uit eerder onderzoek van Stoopendaal waaruit naar voren kwam dat medewerkers uit verschillende lagen van de organisatie ook niet goed weten wat de taken zijn van

directeuren (Stoopendaal, 2008). Wat door middel van bovenstaande tekst getracht is aan te geven, is dat directeuren van zorginstellingen op een aantal onderdelen te maken hebben met dezelfde vraagstukken als bestuurders, alleen op een andere schaal en met die nuance dat directeuren altijd verantwoording afleggen aan bestuurders. Daar waar bestuurders vaak gezien worden als de 'échte bazen' van de organisatie is het voor medewerkers in de organisatie niet altijd duidelijk wat een directeur precies doet. De vraag in dit onderzoek is hoe directeuren van grote instellingen in de praktijk hun eigen 'licence to lead' opbouwen, welke hulpbronnen ze hierbij inzetten en welke dilemma's ze hierbij tegenkomen.

Zoals hierboven beschreven zijn directeuren belast met het tot uitvoer brengen van het vastgestelde beleid op raad van bestuur niveau in het primaire proces. Belangrijk om hierbij te beseffen is dat directeuren bij het ten uitvoer brengen van dit beleid te maken krijgen met conflicterende waarden. Een voorbeeld hiervan is dat het leveren van kwalitatief goede, persoonsgerichte 24-uurs zorg kan conflicteren met het betaalbaar houden van zorg. Gevolg hiervan is dat besloten wordt in de nacht te werken met een uitluistersysteem waardoor er, middels een compromis, zowel nabijheid als betaalbaarheid gerealiseerd wordt. In de onderzoeksliteratuur wordt dit ook wel 'rechtvaardigingswerk' genoemd, het sluiten van compromissen tussen conflicterende waarden (Postma, 2015). Het feit dat directeuren (middenmanagers) een toenemende spanning ervaren om goede zorg binnen budget te leveren, resulteert in oplossingen waar ze zich ongemakkelijk bij voelen, met name daar waar ze de kwaliteit van zorg negatief beïnvloeden (Oldenhof, 2015). De vraag is of directeuren van grote instellingen dit dilemma ook als zodanig ervaren, het wellicht anders ervaren dan bestuurders die voor eenzelfde dilemma staan alleen op een andere schaal of dat zij door de omvang van hun organisaties wellicht zo ver afstaan van het primaire proces dat zij dit dilemma niet ervaren.

Evenals bestuurders hebben ook directeuren te maken met het proces van afstand en betrokkenheid. De organisatie(onderdelen) waar zij leiding aan geven bevatten ook steeds meer managers en (zorg)professionals, die ruimte willen en nodig hebben, om hun werk goed te kunnen doen. Echter speelt het proces van afstand en nabijheid voor directeuren ook richting de Raad van Bestuur. In het onderzoek 'Bestuurders in Beeld' (2019) wordt een trend opgemerkt dat bestuurders over de jaren heen in toenemende mate van directeuren verwachten, dat ze steeds zelfstandiger worden. "In 2015 vindt 38% van de respondenten dat managers/directeuren zelfsturend zouden moeten zijn, een significante toename ten opzichte van 2005 (26%) en 2010 (23%)" (Bijloos, van der Scheer, & van Veen-Berkx, Bestuurders in beeld, 2017). Op basis hiervan zou het in de praktijk mogelijk zo kunnen zijn dat dit leidt tot een toename van de sociale- en mentale afstand tussen bestuurders en directeuren. De vraag is of respondenten in dit onderzoek dit in de praktijk ook zo ervaren. Dat afstand en nabijheid een belangrijker thema wordt wanneer bestuurders meer zelfstandigheid vragen van directeuren, ligt voor de hand. De vraag is echter hoe directeuren hier in de praktijk van alledag mee omgaan. Het creëren van (de nodige) afstand om je werk te kunnen doen, wordt ook wel discretionaire ruimte genoemd. Vooral voor zorgprofessionals is het erg belangrijk deze ruimte te hebben om zo binnen de kaders van hun eigen beroepsgroep en die van de organisatie waarvoor ze werken goede zorg te kunnen leveren. Dit leidt er echter wel toe dat directeuren en bestuurders zorgprofessionals op afstand aansturen en het daarmee ook lastig is vast te kunnen stellen wat de kwaliteit van dienstverlening is. De term discretionaire ruimte is echter niet alleen op zorgprofessionals van toepassing, maar ook op directeuren en managers uit de

tussenlagen van de organisatie. Voor hen geldt evenzeer dat zij ruimte nodig hebben om hun werk goed te kunnen doen en het vervelend vinden als anderen, zoals de Raad van Bestuur, inbreuk doen op deze ruimte (Stoopendaal, 2008). De vraag voor dit onderzoek is hoe directeuren van de grote zorginstellingen in Nederland omgaan met deze discretionaire ruimte in het licht van de verwachting van Raden van Bestuur dat ze steeds meer zelfstandig moeten opereren.

Een ander vraagstuk waar directeuren van grote zorginstellingen mee te maken hebben is 'waar ben ik van?'. Er kan zelfs gesproken worden van het feit dat directeuren een tussenpositie hebben tussen de werkvloer en het bestuurlijke echelon en er daardoor sprake is van dubbele loyaliteit (Stoopendaal, 2008). Daar waar bestuurders zichzelf makkelijk vrij kunnen spelen om op diverse plekken in de organisatie te kijken en hiermee op een mooie manier contact kunnen houden met het primair proces geeft Stoopendaal in haar onderzoek aan dat dit voor zittende directeuren veel complexer is. Gevolg hiervan is ook dat er in de praktijk vaak minder contact is met de werkvloer, waardoor ook het directe persoonlijke contact met medewerkers afneemt. De ervaren afstand tussen directeuren en zorgmanagers en medewerkers neemt dan toe, hetgeen vaak verweten wordt aan de toegenomen schaalgrootte van de organisatie. In de praktijk blijkt deze afstand vooral te ontstaan door het gebrek aan persoonlijk contact tussen deze lagen (Stoopendaal, 2008). In de organisaties, die als casus dienen in dit onderzoek zijn directeuren vaak verantwoordelijk voor regio's of instellingen, waar meer dan 1.000 medewerkers werken en aan evenzoveel cliënten zorg wordt geleverd. De span of control voor deze directeuren is daarmee enorm en wordt ook steeds groter. Dit sluit aan bij de bevinding van Van der Scheer dat er binnen de zorgsector duidelijk sprake is van toename van de span of control voor directeuren in de zorg (van der Scheer, 2013), uit recenter onderzoek blijkt dat deze trend zich doorzet (Bijloos, van der Scheer & van Veen – Berkx, 2017). Er zijn instellingen waar op deze orde van grootte een tweehoofdige Raad van Bestuur is aangesteld met meerdere directeuren. Dit doet de vraag rijzen hoe directeuren in deze grote zorginstellingen omgaan met het dilemma 'waar ben ik van' en 'voor wie ben ik er'. De wederzijdse afhankelijkheid tussen de RvB en directeuren is groot. Directeuren hebben een belangrijke signaleringsfunctie en RvB's hebben directeuren nodig om beleid te realiseren. De vraag in dit onderzoek is hoe directeuren van grote instellingen voldoende contact en afstand houden ten opzichte van de Raad van Bestuur enerzijds en anderzijds ook voldoende betrokkenheid bij het primaire proces hebben waar de zorg geboden wordt.

Dit hoofdstuk heeft duidelijk gemaakt dat de positie van midden-manager bij grote zorginstellingen vele uitdagingen kent. Het is een positie waarin beleid echt vertaald wordt naar de praktijk waar het verschil gemaakt wordt in de individuele levens van cliënten, maar ook van medewerkers. Het is ook duidelijk dat dit een plek is waar men te maken krijgt met botsende waarden, perspectieven en belangen. Dit leidt tot dilemma's waar directeuren mee te maken hebben in hun dagelijkse werk, die onderstaand verder zijn uitgewerkt.

3.4.1 Dilemma's vanuit perspectief directeuren

Vanuit het perspectief van directeuren dat hierboven is uitgewerkt zijn er diverse dilemma's waar directeuren van zorginstellingen mee te maken hebben, zoals reeds eerder beschreven vertonen deze deels overlap met de dilemma's waar bestuurders mee te maken hebben in hun werk. Onderstaand zijn deze kort uitgewerkt. Deze dilemma's hebben als input gediend voor de interviews met bestuurders en

directeuren van 'sHL en PG waarbij onderzocht is in hoeverre deze dilemma's herkenbaar zijn en welke invloed de omvang van deze organisaties heeft op de dilemma's en het omgaan daar mee.

1. De directeur als professional: een reflectie op de eigen rol en invulling daarvan
Evenals bestuurders geldt voor directeuren ook dat er geen formele 'licence to lead' is en dit stelt directeuren ook voor het dilemma hoe aangetoond kan worden dat zij 'fit for the job' zijn. De vraag is dan ook hoe een directeur dit doet, het opbouwen van een 'licence to lead' in een regio of organisatieonderdeel, dat vaak net zo groot is als andere instellingen waar een Raad van Bestuur samen met directeuren verantwoordelijkheid voor dragen. Enerzijds vraagt dit bestuurlijke competenties, anderzijds is een directeur niet bestuurlijk eindverantwoordelijk. De vraag is hoe directeuren van PG en 'sHL dagelijks omgaan met dit vraagstuk.

2. Omgaan met conflicterende waarden
Zoals beschreven leidt het tot uitvoer brengen van beleid tot waarden die in de praktijk met elkaar botsen. Financiële budgetten zijn bijvoorbeeld niet toelatend om altijd fysieke zorg in nabijheid te leveren. Directeuren moeten daarom compromissen maken om deze conflicterende waarden tot elkaar te brengen op de werkvloer. De vraag is op welke manier directeuren van grote instellingen in hun dagelijks werk omgaan met dit dilemma en of de omvang van hun organisatieonderdeel hier invloed op heeft.

3. Afstand versus betrokkenheid
Van directeuren wordt net zoals bij bestuurders verwacht dat zij enerzijds sturen op afstand en dat zij tegelijkertijd ook betrokken zijn bij cliënten en medewerkers en goed om de hoogte zijn van wat er gebeurt in hun organisaties (Stoopendaal, 2008). De vraag is of directeuren van grote instellingen dit dilemma herkennen en op welke manier zij hier persoonlijk mee omgaan. Dit is een vraagstuk in de relatie tussen directeuren en RvB, maar ook in relatie tussen directeuren en medewerkers waarvoor zij verantwoordelijk zijn.

4. Regelruimte en regelbehoefte
Dit vierde dilemma gaat in een andere vorm ook over 'afstand en betrokkenheid', echter in de dynamiek tussen directeuren en bestuurders. Zoals in dit hoofdstuk beschreven hebben ook directeuren enige vorm van discretionaire ruimte nodig om hun werk als professional goed te kunnen uitvoeren. Temeer omdat zij in dit onderzoek verantwoordelijk zijn voor een onderdeel van de totale organisatie, dat wat betreft omvang overeenkomt met de totale omvang van andere organisaties. Regelruimte gaat in dit dilemma over de ruimte die een directeur heeft om zelf sturing te kunnen geven aan het organisatieonderdeel waar hij/zij verantwoordelijk voor is. Regelbehoefte gaat over de ruimte die een directeur wenst te hebben om zelf sturing te kunnen geven aan het organisatieonderdeel waar hij/zij verantwoordelijk voor is. In dit onderzoek is het van belang te kijken naar de balans tussen de twee thema's regelruimte en regelbehoefte en op welke manier invulling gegeven wordt aan het dilemma dat ontstaat wanneer deze twee niet in balans zijn.

5. Waar ben ik van: het geheel versus mijn eigen onderdeel
Dit laatste dilemma heeft betrekking op de dubbele loyaliteit waar sprake van kan zijn op het niveau van directeuren (Stoopendaal, 2008). Enerzijds is een directeur onderdeel van het strategische MT onder leiding van de RvB, anderzijds is een directeur onderdeel van de regio/organisatie waaraan zelf leiding

wordt gegeven. In dit onderzoek is het interessant na te gaan of de uitkomsten uit het onderzoek van Stoopendaal in de praktijk herkend worden door directeuren en hoe dit dilemma in de praktijk vorm krijgt.

3.5 Omgaan met dilemma's

Van der Scheer (2013) toont in haar onderzoek al aan dat bestuurders van grote, gecombineerde instellingen van mening zijn dat hun effectiviteit als bestuurder in belangrijke mate afhangt van het vermogen te kunnen omgaan met spanningen en dilemma's (van der Scheer, 2013). Deze trend lijkt zich door te zetten want ook in het onderzoek van Bijloos et al. (2017) is duidelijk zichtbaar dat het om kunnen gaan met spanning en dilemma's volgens bestuurders zelf een belangrijk onderdeel is van hun effectiviteit als bestuurder (Bijloos, van der Scheer, & van Veen-Berkx, Bestuurders in beeld, 2017).

Aspect	2005	2010	2015
Veranderingen doorvoeren	69%	59%	64%
Formuleren van een bindende visie	60%	63%	60%
Spanningen en dilemma's hanteren	36%	41%	42%
Bedrijfseconomische resultaten	43%	48%	37%
Medewerkers stimuleren	36%	38%	35%
Eigen stijl aanpassen	24%	22%	22%
Besluitvaardigheid	21%	18%	15%

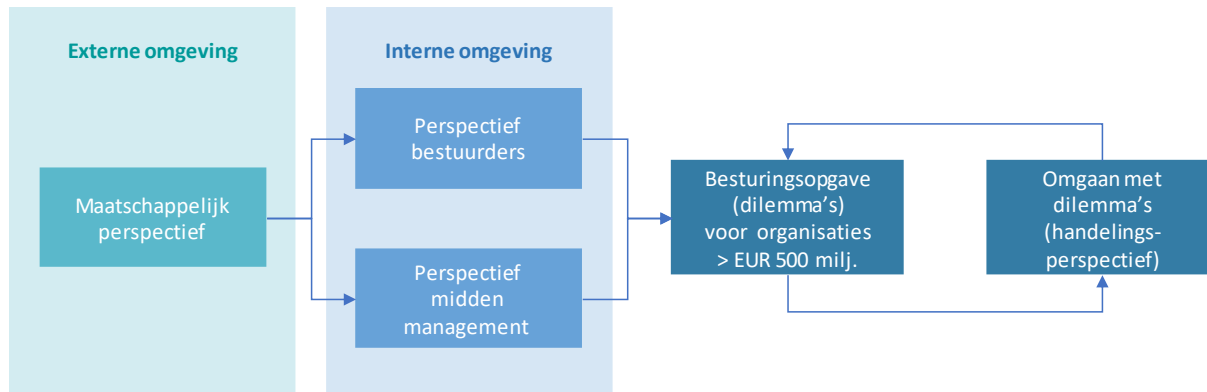
Figuur 3: maatstaven voor effectief bestuur

Het is echter van belang om inzicht te krijgen in hoe bestuurders en directeuren van grote instellingen omgaan met dilemma's. Wat zijn mechanismen, die bestuurders en directeuren aanwenden om de dilemma's waarmee ze te maken hebben te beslechten. Goeje (2017) schrijft hierover dat de waarden en principes van de professional en de ethische norm in de organisatie bijdragen aan de manier waarop omgegaan wordt met dilemma's door professionals (de Goeje, 2017). Putters benoemt 4 'i's' die hulpbronnen zijn als ingrediënten voor het omgaan met duivelselastiek te weten: "de institutionele vormgeving (zoals rechtsvormen), de interacties met de omgeving (zoals samenwerking), de informatie en kennis die gebruikt worden (bijvoorbeeld ervaringsdeskundigheid), en de intuïties van bestuurders zelf (zoals het al dan niet inzetten op winst oogmerk)" (Putters, 2009).

De vraag in dit onderzoek is hoe bestuurders en directeuren van grote instellingen omgaan met de dilemma's die ze tegenkomen en welke impact de omvang van de organisatie hierop heeft.

3.6 Conceptueel model

Een conceptueel model is een model waarin relaties worden gelegd tussen een set kernbegrippen (Verschuren & Doorewaard, 2016). Onderstaand is het conceptuele model toegevoegd, dat voor dit onderzoek gehanteerd zal worden.



Figuur 4: Conceptueel model

Uit dit conceptuele model blijkt dat er verschillende perspectieven zijn waarvan uit gekeken kan worden naar de besturingsopgave en daarbij horende dilemma's van grote instellingen. In dit onderzoek is het maatschappelijk perspectief en de dilemma's die daaruit voortkomen, het startpunt. Onder het maatschappelijk perspectief wordt de maatschappelijke opgave verstaan, die zorginstellingen waar dienen te maken, namelijk zorgdragen voor het feit dat zorg in Nederland toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit is. Hiernaast is ook gekeken naar veranderende maatschappelijke verwachtingen van zorgbestuurders (het burgerperspectief) en naar de manier waarop bestuurders zich maatschappelijk verantwoorden over hun werk en functioneren. De andere twee perspectieven, waarvan uit gekeken kan worden naar organisaties en dilemma's komen voort uit de interne omgeving van de organisatie zelf, in dit geval het perspectief van de bestuurders (tweede perspectief) en directeurs (derde perspectief). Vanuit deze drie perspectieven wordt de besturingsopgave van grote zorginstellingen beschreven en getypeerd. Als laatste element wordt in dit onderzoek gekeken naar de wijze waarop bestuurders en directeurs omgaan met deze besturingsopgave (dilemma's), het handelingsperspectief. Daarbij is de veronderstelling dat de wijze waarop omgegaan wordt met de dilemma's ook weer van invloed is op de besturingsopgave van deze organisaties. Tussen deze elementen is dus sprake van een wederkerige invloed.



4. RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

4. Resultaten van het onderzoek

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van het empirisch onderzoek beschreven. Het empirisch onderzoek bestond uit het afnemen van een elftal kwalitatieve interviews. Tijdens de interviews is gebruik gemaakt van een topiclijst. De interviews zijn uitgewerkt en uitspraken van respondenten zijn gekoppeld aan de verschillende dilemma's uit de topiclijst. Vervolgens is aan de verschillende uitspraken een codering toegevoegd. Op deze wijze is er per topic een overzicht gemaakt van meest voorkomende codes (onderwerpen), die door respondenten genoemd zijn. Op basis hiervan is dit hoofdstuk tot stand gekomen. De uitspraken van respondenten zijn geanonimiseerd opgenomen. De respondenten worden aangeduid met RvB PG/'sHL of Directeur PG/'sHL. Er is bewust gekozen voor een uniforme manier van benoemen respondenten. Wanneer er gesproken wordt over directeur, heeft dit betrekking op een regiodirecteur of concern directeur van 'sHL of op een bestuurder van een zorgbedrijf binnen PG. Alle drie de respondenten worden in dit onderzoek aangeduid als directeur.

Dit hoofdstuk start met een korte profielschets van beide organisaties die deel hebben genomen aan het onderzoek. De verdere opbouw van dit hoofdstuk volgt de beschrijving van het conceptueel model. In de eerste plaats wordt vanuit het maatschappelijk perspectief beschreven welke dilemma's respondenten ervaren in hun organisatie. Daarna zijn vanuit bestuurlijk perspectief de dilemma's weergegeven en vervolgens is hetzelfde gedaan vanuit directie perspectief. Omdat op basis van de interviews bleek dat er dilemma's zijn, die zowel bestuurders als directeuren raken is er na de paragraaf over dilemma's vanuit maatschappelijk perspectief een paragraaf opgenomen over gezamenlijke dilemma's bestuurders en directeuren. Hierin wordt afgeweken van het theoretisch kader. Het hoofdstuk eindigt met enkele bevindingen ten aanzien van het omgaan met dilemma's vanuit het perspectief van directeuren en bestuurders. Bij het beschrijven van de bevindingen is onderscheid gemaakt tussen beide organisaties, 'sHL en PG.

4.1 Profielschets organisaties

Onderstaand is een korte profielschets opgenomen van beide organisaties die deel uitmaakten van dit onderzoek. In bijlage I is zijn daarnaast de organigrammen van beide organisaties opgenomen.

's Heeren Loo ('sHL)

In 1891 kwam de 9-jarige Geurt als eerste kind bij 's Heeren Loo wonen in Ermelo. In 1934 vond de eerste fusie binnen 'sHL plaats en gingen 's Heeren Loo en Lozenoord als één instelling verder. Een aantal jaar later, in 1939, kocht 'sHL in Soest drie paviljoens van de Gerharda Sebilla Verhoeven Stichting, een rustoord voor dames. Eind jaren veertig vroeg de Stichting voor de Verpleging van Geestesgestoorden aan 'sHL om het leegstaande complex van het Israëlitisch Krankzinnigengesticht Het Apeldoornsche Bosch te exploiteren. 'sHL startte daarop in 1952 Groot Schuylenburg in Apeldoorn ('s Heeren Loo, 2020). In de jaren '60 en '70 werden vervolgens nog een aantal instellingsterreinen geopend, vanwege de toenemende vraag. Meer recente fusies en overnames zijn die van Opmaat in Bedum (2001), Stichting Waalborg in Druten (2005) en Arduin in Zeeland (2019). Tegenwoordig wordt er aan meer dan 13.000 cliënten zorg geleverd door ruim 14.000 medewerkers in heel Nederland. 's Heeren Loo bestaat inmiddels ruim 128 jaar en is groot geworden doordat andere instellingen zich bij de oorspronkelijke organisatie hebben

aangesloten. Van oorsprong waren dit met name intramurale terreinvoorzieningen waar cliënten 24 uren zorg ontvingen. Na de fusies bleven deze voorzieningen redelijk zelfstandig opereren.

Inmiddels zijn er ook diverse regio's binnen 'sHL waar geen sprake meer is van een instellingsterrein, maar die veelal ambulante zorg en behandeling leveren, zowel vanuit de Wlz, JW als WMO en waar kleinschalige woonvoorzieningen in wijken zijn. Deze regio's bestaan vaak minder lang dan de regio's die ontstaan zijn vanuit een intramurale voorziening. De afgelopen jaren heeft 'sHL haar zorgaanbod verder verbreed, vanuit de visie dat er voor alle mensen met een (verstandelijke) beperking een integraal zorgaanbod moet zijn in Nederland. Dit is gedaan door een overname van een organisatie met veel kennis op het gebied van NAH en het overnemen van een GGZ instelling. Tevens is er meer aandacht voor de ontwikkeling van forensische zorg en gesloten jeugdzorg. Deze snelle groei brengt ook de nodige vragen met zich mee, zo blijkt uit de gehouden interviews.

'sHL heeft er bewust voor gekozen om te werken met regio's die allemaal onder de naam 'sHL vallen en daardoor *“een heel duidelijk merk in de markt te zetten”* (RvB 'sHL). Elke regio heeft een regiodirecteur die wordt aangestuurd door de RvB. Binnen de regio's zijn er managers en medewerkers. Daarmee kent 'sHL een sturingslaag, die bestaat uit drie hiërarchische niveaus. Naast de regio's heeft 'sHL concerndiensten en een shared service center (SSC). In totaal zijn er drie RvB leden, zeventien regiodirecteuren en negen Concern en SSC directeuren.

Parnassia Groep (PG)

De Parnassia Groep (hierna: PG) is ontstaan vanuit een fusie tussen zeven GGZ instellingen in en rondom den Haag. Parnassia psychomedisch centrum ging in Den Haag van start op 1 januari 1999. Per die datum gingen de drie Haagse Riaggs en psychiatrisch centrum Schroeder van der Kolk samen met RBC, dat een jaar eerder ontstond door de fusie van de psychiatrische ziekenhuizen Rosenberg en Bloemendaal en Centrum voor verslavingszorg Zeestraat. Inmiddels bestaat de organisatie uit verschillende zorgmerken met ieder een eigen specialisme. Er wordt zowel zorg geleverd in de basis GGZ als de specialistische GGZ. Hierdoor kan iedereen met psychische problemen terecht bij de ruim 12.500 professionals die werken bij PG. PG behandelt en begeleidt jaarlijks ruim 170.000 patiënten. Dit gebeurt door heel Nederland, in meer dan 330 gemeenten en vanuit meer dan 500 locaties. Deze verschillende zorgbedrijven hebben eigen bestuurders. Samen met de RvB vormen zij de bestuursraad van PG.

De verschillende zorgmerken zijn ondergebracht in zorgbedrijven die allemaal een aparte BV zijn. De oorspronkelijke gedachte achter het opzetten van BV's ontstond toen er meer aansluitingen ontstonden met andere instellingen. Dat was de makkelijkste manier om samen met andere partijen nieuwe bedrijven op te starten, andere bedrijven onder de holding te hangen bij overnames en zo te kunnen consolideren. Tevens zou dit het mogelijk maken om een niet succesvol merk makkelijker af te stoten. Dit bleek onjuist omdat de bank alles aan elkaar verbonden heeft met betrekking tot de kredietlijnen van de BV's. In sommige zorgbedrijven zit één zorgmerk, in andere zorgbedrijven zitten meerdere zorgmerken. Alle merken tezamen vormen PG. Naar buiten toe voeren de merken allemaal hun eigen naam. Hier is bewust voor gekozen omdat elk merk in de GGZ hulp voorziet van een andere doelgroep.

Elke zorgbedrijf heeft eigen bestuurders, die worden aangestuurd door de RvB. Binnen de zorgbedrijven zijn er naast de bestuurders nog directeuren, managers en medewerkers. De zeven zorgbedrijven tellen samen twaalf bestuurders. Daarnaast zijn er drie ondersteunende bedrijven. De directies bestaan naast de bestuurders uit in totaal 45 directeuren. De Parnassia Groep kent een driehoofdige RvB. De RvB vormt samen met de bestuurders van de zorgbedrijven de bestuursraad van de Parnassia Groep, alle belangrijke besluiten worden in de bestuursraad genomen. Zoals eerder beschreven worden de bestuurders van de zorgbedrijven van PG in dit onderzoek geciteerd als 'directeuren'.

4.2 Dilemma's maatschappelijk perspectief

Zorginstellingen staan voor de opgave om zorg toegankelijk, kwalitatief goed, en betaalbaar aan te bieden. In dit onderzoek staat centraal welke dilemma's bestuurders en directeuren van de grootste GGZ en GHZ instellingen van Nederland ervaren in de dagelijkse praktijk.

(On)toegankelijke zorg

Eén van de kerntaken van zorginstellingen is het aanbieden van toegankelijk zorg. Uit het theoretische hoofdstuk bleek dat toegankelijke zorg meerdere dimensies heeft zoals fysieke toegankelijkheid, financiële toegankelijkheid en administratieve toegankelijkheid. In deze paragraaf wordt duidelijk gemaakt in hoeverre het dilemma van (on)toegankelijke zorg herkenbaar is voor 'sHL en PG en hoe hier in de praktijk mee om wordt gegaan.

Uit de interviews blijkt, dat het thema toegankelijke zorg voor PG een pregnanter dilemma is dan voor 'sHL. In alle vier de interviews met PG is gesproken over de drempel, die patiënten vaak ervaren om toegang te krijgen tot de benodigde hulp. Het verlagen van deze drempel en daarmee ook de maatschappelijke aanvaarding van psychische hulp is onderdeel van de specifieke maatschappelijke opdracht die PG voor zichzelf ziet. Zo geeft een RvB lid van PG hierover het volgende aan: *“de GGZ had een heel groot stigma en ik ben trots dat het iets makkelijker is geworden om over je psychische problemen te praten en dat je niet helemaal wordt afgewezen als je daarover vertelt. We zijn er nog lang niet als samenleving, als je kanker hebt vertel je het zo, maar over je psychische problemen is het altijd lastig.* (RvB PG)”. PG heeft er bewust voor gekozen om verschillende merken in de markt te zetten om toegankelijkheid van de GGZ te verbeteren. Indigo biedt bijvoorbeeld alledaagse GGZ en Ipsy is het merk, dat zich richt op bi culturele mensen met GGZ vragen.

Een ander element in het dilemma van toegankelijke zorg, dat in drie van de vier interviews bij PG is besproken, zijn de wachtlijsten. Respondenten zien een duidelijke maatschappelijke opgave om deze terug te brengen. Een van de respondenten omschrijft dit vraagstuk als volgt: *“De meest belangrijke maatschappelijke opgave voor nu is het oplossen van de wachtlijsten. Ik werk nu bijna 6 jaar in de GGZ en dat hangt al die tijd al boven de markt. Dat voelen wij in ieder geval als onze belangrijkste opdracht”* (directeur PG).

Binnen 'sHL wordt er, wanneer er door respondenten gesproken wordt over de toegankelijkheid van zorg, veel gesproken over de veranderende doelgroep waaraan zorg en ondersteuning wordt geboden. 'sHL is de afgelopen jaren hard gegroeid en heeft zich landelijk toegelegd op zware en complexe zorg voor mensen met een verstandelijke beperking geven respondenten aan: *“We hebben een*

aantal jaren geleden gezegd, dat we beste zijn in de meest complexe zorg” (directeur sHL). Dit enerzijds vanwege de lange historie en ervaring van de organisatie en anderzijds vanwege de grote hoeveelheid specialismen die de organisatie in huis heeft met ruim 1.000 verschillende behandelaren. Jezelf als organisatie deze brede maatschappelijke opgave toe-eigenen, brengt ook vragen met zich mee, zo blijkt uit de interviews. Wat is precies complexe zorg, hoe rusten we onze medewerkers hier voldoende in toe en voor welke doelgroepen willen we wel of niet de brede toegankelijkheid bieden in Nederland? Eén van de RvB leden van ‘sHL verwoordt het als volgt: “We moeten het onderwerp complexe zorg zes tanden dieper uitdiepen, waar gaat dit nou eigenlijk over. Anders word je een soort afvalput, waarvan iedereen denk ‘o ja die zijn van de complexe zorg, we vinden het ingewikkeld en hup naar ‘sHL toe” (RvB ‘sHL). Dit zijn vragen waar binnen ‘sHL veel aandacht voor is om de zorg voor deze groepen toegankelijk te houden.

Uit de interviews blijkt dat toegankelijkheid van zorg andere elementen in zich heeft in het geval van PG (GGZ) en ‘sHL (GHZ). Daar waar bij PG toegankelijkheid zowel te maken heeft met het terugbrengen van de wachtlijst problematiek als wel de drempel om überhaupt GGZ zorg te vragen, zit het dilemma van toegankelijkheid bij ‘sHL meer in de vraag, waar zijn we wel en niet van.

Sturing vanuit de zorgorganisatie (aanbod) versus sturing vanuit de cliënt (vraag);

Vanuit het theoretisch kader is duidelijk gemaakt, dat bestuurders en directeuren te maken hebben met het dilemma ‘organisatie versus de individuele cliënt’. Een belangrijke vraag hierbij is, hoe je als bestuurder in staat blijft de continuïteit van je hele organisatie te waarborgen, zonder daarbij voorbij te gaan aan de individuele belangen van de cliënten. Onderstaand is beschreven wat bestuurders en directeuren hierover benoemd hebben in de interviews, welke dilemma’s hierbij optreden en hoe hier in de praktijk mee om wordt gegaan.

Uit de interviews blijkt dat de PG voor een grote opgave staat wat betreft het aanpakken van de wachtlijsten, hetgeen bij het voorgaande dilemma ‘toegankelijkheid’ ook al genoemd werd door respondenten. Om deze wachtlijsten op te kunnen lossen wordt door meerdere respondenten benoemd, dat het werken in de GGZ veel kenmerken heeft van aanbodgericht werken. Een echte slag richting vraaggericht werken, in de context van cliënten, moet nog gemaakt worden. De rol van behandelaren is daarbij essentieel volgens respondenten *“Je moet behandelaren meekrijgen die veelal denken vanuit ‘wat kan ik’ in plaats van ‘wat heeft die patiënt nodig’, die redeneert vanuit zijn aanbod”* (directeur PG).

Vanuit het perspectief van ‘sHL wordt hetzelfde dilemma ervaren, echter vanuit een andere context. ‘sHL is van oudsher een Wlz aanbieder, die langzaam maar zeker steeds meer in het sociaal domein zorg is gaan leveren. Daar zijn processen en type zorgvragen anders evenals de manier van werken. Op organisatieniveau vraagt dit nog aanpassingen in de manier van organiseren van dienstverlening en ondersteunende processen. Dit wordt als volgt omschreven in één van de interviews: *“We organiseren heel klassiek, wat we doen in het sociaal domein is eigenlijk Wlz werk. Het vertalen van Wlz direct naar het sociaal domein. Dat is transitie geen transformatie. Ik denk dat we veel meer vanuit de nieuwe klantvraag en maatschappelijke ontwikkelingen moeten organiseren”* (RvB ‘sHL). Respondenten geven aan dat de achtergrond en geschiedenis van de verschillende regio’s binnen ‘sHL veel impact heeft op de manier waarop omgegaan wordt met dit dilemma. Voor een regio die veelal intramurale Wlz cliënten

heeft, is het lastig om echt de stap richting vraaggericht werken te maken. Regio's die echter relatief jong zijn en met name zorg leveren aan cliënten binnen het sociaal domein (JW en WMO) lukt dit makkelijker.

Het dilemma van aanbodgericht en vraaggericht werken wordt door beide organisaties herkend in de praktijk. Binnen de PG lijkt hier een sleutelpositie te liggen voor de behandelaar. Echt vraaggericht werken vraagt, dat we wat minder naar de DSM vijf moeten kijken, maar wat meer naar de context van een patiënt. Eén van de respondenten omschreef dit als volgt: *“Veel onderzoeken laten zien dat we in de sociale context van mensen onze specialismen moeten inzetten en niet andersom. Voor professionals betekent dit dat we echt naar een werkwijze moeten (red. minder aanbodgericht) en dat is voor professionals een enorme opgave. We moeten een beetje van de DSM5 weg”* (directeur PG). Binnen de 'sHL lijkt de lange historie van de instellingsterreinen en de manier van werken aldaar echt vraaggericht werken in de weg te staan. Voor regio's die hun oorsprong niet in de intramurale zorg hebben liggen, lijkt het makkelijker te zijn de stap naar vraaggericht werken te maken, zo geven respondenten aan.

Belang van de eigen organisatie versus belang van de zorg als geheel

De raad van bestuur van zorginstellingen is belast met het besturen van de zorgorganisatie gericht op haar maatschappelijke doelstelling, zo is de omschrijving vanuit de Governance code zorg. Bestuurders moeten daarin de afwegingen maken tussen het organisatiebelang en het maatschappelijk belang. In deze paragraaf is opgenomen in welke mate dit dilemma herkenbaar is en hoe hiermee omgegaan wordt in de dagelijkse praktijk.

Uit de interviews blijkt dat de RvB en directeurs van PG vinden dat zij een brede maatschappelijke opgave hebben. Meerdere keren is echter gesproken over de ambiguïteit van deze opgave *“Wat je ziet is dat de maatschappij verschillende dingen aan ons vraagt: betaalbare zorg, goede zorg, niet te veel enge mensen op straat, liefst zo goed mogelijk behandelen. De verzekeraar vindt dat de zorg betaalbaar moet zijn, huisartsen die vinden ook weer iets. Die dingen zijn niet goed met elkaar in overeenstemming te brengen”* (RvB PG). De maatschappij heeft verwachtingen van GGZ instellingen, die niet allemaal te realiseren zijn door de GGZ instellingen alleen. Er zijn hierbij meerdere belanghebbenden betrokken, die allemaal hun stukje van de maatschappelijk opgave moeten oppakken. De omvang van de organisatie heeft volgens respondenten een positief effect op de kwaliteit van zorg en daarmee op de zorg als geheel. Dit doordat een grote partij in staat is een goede zorgketen op te bouwen of echt de weg te banen voor bepaalde innovaties in de sector. Een mooi voorbeeld, dat één van de respondenten hiervan geeft is dat zorgverzekeraars inmiddels bereid zijn te betalen voor behandelingen die verlopen via beeldbellen. *“We waren de eerste met online poli's maar nu schieten ze overal uit de grond. Toen we daar twee jaar geleden mee begonnen moest ik de blaren op mijn tong praten om zorgverzekeraars te overtuigen, dat contact met beeldbellen hetzelfde effect had als in een spreekkamer. We plaveien de weg voor heel veel andere aanbieders om via beeldbellen behandeling aan te bieden”* (directeur PG). Hierbij moet echter niet onderschat worden, dat het goed inrichten van processen in de eigen organisatie ook veel aandacht vraagt.

Het feit, dat de organisatie zo groot is kan ook tegenwerken om de doelen van de zorg als geheel te dienen. Uit de interviews blijkt namelijk ook wel dat andere organisaties het bedreigend kunnen vinden wanneer

ze te maken krijgen met een grote partij als PG of 'sHL. Het beeld kan ontstaan, dat de kans groot is om overgenomen te worden, wanneer samengewerkt wordt met deze grote organisaties. Dit bemoeilijkt soms juist de samenwerking om de zorg als geheel te dienen zo geven respondenten meerdere malen aan: *Mensen wilden 'sHL soms bewust buiten houden of juist meenemen vanwege de kennis die je dan binnen haalt. Maar ook dat spanningsveld straks nemen ze het over*" (directeur 'sHL). *"Blijkbaar percipieert de buitenwereld ons zo, als een grote partij die als je niet oplet je ook nog opeet. Daarin zijn wij anders dan anderen"* (RvB PG). Het vinden van de juiste toon als grote instelling luistert erg nauw.

Zoals eerder beschreven is 'sHL de afgelopen jaren erg sterk gegroeid door fusies en overnames. Dit vanuit de overtuiging dat de zorg hier als geheel mee gediend is waardoor continuïteit van zorg geboden kon worden waar deze anders in het gedrang zou zijn. Respondenten geven aan dat het gevolg hiervan is dat er binnen 'sHL momenteel veel aandacht is voor de inrichting van de eigen organisatie. Dit zorgt voor veel interne focus, waarbij diverse respondenten aangeven, dat de stip op de horizon verder weg mag liggen in het belang van de zorg als geheel. Dit wordt op bestuurlijk niveau als thema onderkent *"We zijn met z'n allen wel verantwoordelijk om de horizon wat verder weg te leggen. Je moet daar voldoende over nadenken en ook dit soort scenario's waarin zaken minder vanzelfsprekend (red. hoe ziet onze sector er over 10 tot 15 jaar uit) zijn door moet nemen met elkaar. Dat vraagt een hele andere oriëntatie en attitude"* (RvB 'sHL). Ook onder directeuren is dit een vraagstuk: *"De buitenwereld is heel erg bezig met het nieuwe zorglandschap, maar intern hebben we het gesprek hier onvoldoende over. We pakken dingen niet integraal op, maar doen dingen in een vak kolom"* (directeur 'sHL)

Uit de interviews blijkt, dat het dilemma van het eigen belang versus het belang van de zorg als geheel, vanwege de omvang van de organisaties zich zeker voordoet. Samenwerking met andere aanbieders in het belang van de gehele sector is positief, vanwege de brede kennis en kunde en mogelijkheden tot innovatie bij instellingen als PG en 'sHL. Respondenten van beide instellingen geven in de interviews aan, dat de omvang voor andere instellingen ook intimiderend kan zijn. Het gegeven, dat beide instellingen groot zijn geworden door overnames en fusies zorgt er voor, dat andere instellingen soms terughoudend kunnen reageren op samenwerking. Een ander dilemma, dat raakt aan het vraagstuk van de gehele zorg is dat in de publieke opinie grote GGZ instellingen zoals PG de oplossing zijn voor alle brede GGZ vragen, die er leven in de maatschappij. Dit is niet haalbaar voor GGZ instellingen alleen en is een breder maatschappelijk vraagstuk. Tot slot blijkt uit de interviews bij 'sHL, dat het groter worden van de organisatie leidt tot interne vraagstukken rondom processen in de eigen organisatie. Het dilemma is hoe voldoende tijd en focus te hebben op wat er in veld gebeurt en hierop voldoende te anticiperen in het belang van de zorg als geheel.

Betaalbaarheid versus doelmatigheid

Zoals duidelijk is geworden in voorgaande hoofdstukken kent de betaalbaarheid van ons zorgsysteem zijn grenzen. We zullen in Nederland maatregelen moeten treffen om te voorkomen, dat het systeem onbetaalbaar wordt. Het maken van keuzes hoe om te gaan met 'betaalbaarheid' en 'doelmatigheid' van zorg is noodzakelijk voor instellingen en leidt in de praktijk tot vragen. Onderstaand is weergegeven welke dilemma's uit de interviews naar voren zijn gekomen met betrekking tot dit thema.

Het thema doelmatigheid is in meerdere interviews bij PG ter sprake gekomen. Uit de Vektis gegevens blijkt dat PG in staat is de zorg doelmatiger te leveren dan andere, kleinere aanbieders: *“Uit Vektis gegevens blijkt dat we in 2017 50 miljoen goedkoper waren op onze doelgroepen dan anderen geïntegreerde instellingen, dat is toch heel veel geld”* (RvB PG). Toch zijn er recent situaties voorgevallen waarbij geleverde zorg niet volledig vergoed is door verzekeraars. Het leidt in de organisatie tot vragen en frustraties dat PG als grootste instelling goed in staat is te sturen op doelmatigheid, maar het toch voorkomt dat geleverde zorg niet betaald wordt. Een respondent zegt hierover: *“Dat zou betekenen dat wij eigenlijk de meest doelmatige instelling zijn. Als je daar dan 3 tot 4 procent niet van betaald krijgt dan wordt het natuurlijk een soort grote onmogelijkheid. [...] Het systeem deugt echt voor geen millimeter”* (RvB PG).

Uit de interviews blijkt ook dat het kostenbewustzijn en de link met het inrichten van de zorgketens in de haarvaten van PG zit, zo laat de volgende quote duidelijk zien: *“We moeten dus geld vrijspelen door de grote groep effectiever te doen, korter behandelen, sneller afsluiten en een betere verbinding met het maatschappelijk veld en geld vrij blijven spelen om specialistische zorg te kunnen leveren”* (directeur PG). Dit beeld is anders bij 'sHL, daar wordt nog weinig gesproken over doelmatigheid van zorg en veel meer over de betaalbaarheid. Het bewustzijn dat de betaalbaarheid van de langdurige zorg onder druk staat komt in diverse interviews naar voren. Op bestuurlijk niveau wordt deze urgentie duidelijk ervaren: *“Die opgave ligt in het voorzien van continuïteit in zorg voor een grote groep mensen die onze zorg nodig hebben, maar wel met het oog voor betaalbaarheid van zorg want dat wordt echt een issue”* (RvB 'sHL). En ook op directieniveau is dit een vraagstuk dat wordt ervaren en onderkend: *“We moeten zorg dat mensen met een verstandelijke beperking/handicap zorg en begeleiding krijgen zodat ze een goed leven hebben/krijgen, en dat in de context van de beperkte hoeveelheid geld. Dat is volgens mij onze maatschappelijk uitdaging”* (directeur 'sHL). Dat doelmatigheid een manier is om zorg betaalbaarder te maken komt, veel minder dan bij de PG, ter sprake.

In de interviews van beide instellingen is duidelijk naar voren gekomen dat de betaalbaarheid van dienstverlening onder druk staat vanwege de niet toereikende tarieven, met name in het gemeentelijke domein zo blijkt uit de volgende quote *“Een van die dilemma's waar we heel erg tegenaan lopen is dat we in de jeugdzorg, wat inhoudelijk niet eens een hele slechte transitie is geweest, maar tarieven waren slecht en we worstelen met onze maatschappelijk opgave”* (RvB PG).

Op basis van de antwoorden van respondenten kan verondersteld worden, dat doelmatigheid van zorg met name een thema is bij PG en veel minder bij 'sHL. Bij 'sHL is wel veel aandacht voor de betaalbaarheid van de langdurige zorg op de lange termijn. Beide organisaties worstelen met de tarieven, die vanuit het sociaal domein gelden voor geleverde zorg.

Kwaliteit van zorg versus kwaliteit van leven

De raad van bestuur is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg van de instelling en wordt door de Wkkgz verplicht tot het meten, vastleggen en indien nodig verbeteren van de kwaliteit van zorg. Uit het theoretisch kader blijkt ook dat de term 'kwaliteit van leven' steeds meer z'n intrede doet in de zorg en

over meer gaat dan alleen maar de kwaliteit van zorg. De vraag is waar de instelling zich nog wel en waar niet meer verantwoordelijk voor voelt en tot welke dilemma's dit leidt.

Op basis van het theoretisch kader was het aannemelijk om te veronderstellen, dat kwaliteit van leven een dilemma voor bestuurders en directeurs zou zijn in relatie tot kwaliteit van zorg. Dit dilemma is echter in geen van de interviews duidelijk naar voren gekomen. Wel is het thema kwaliteit ter sprake gekomen waarbij een mooi voorbeeld vanuit PG is dat de grootschaligheid wordt gebruikt om zorginnovaties uit het primair proces naar voren te laten komen die de kwaliteit van zorg verhogen: *“Elke twee jaar hebben we de Parnassia prijs voor beste ideeën die een prijs verdienen. Dat zijn echt top weken als de inzendingen langskomen”* (RvB PG). Daarnaast is er veelvuldig gesproken over het verbeteren van kwaliteit van zorg door een toename van schaalgrootte. Dit thema is later in dit hoofdstuk verder uitgewerkt.

Binnen 'sHL wordt kwaliteit van zorg wel als een dilemma ervaren, maar dan in de context van de arbeidsmarktproblematiek. De organisatie is erg gegroeid de afgelopen jaren en heeft zich steeds meer toegelegd op zware en complexe zorg. De huidige arbeidsmarktproblematiek stelt de organisatie daarbij wel voor de uitdaging om de beloofde kwaliteit van zorg aan hele specifieke doelgroepen waar te kunnen maken zo wordt aangegeven door respondenten: *“De populatie die we binnenkrijgen verandert en aan de andere kant hebben we een zeer krappe arbeidsmarkt. Mensen krijgen we met moeite binnen en ze hebben ook niet altijd geleerd om met de nieuwe populatie moet gaan. Daar zit veel spanning in het primair proces”* (RvB 'sHL). Ook bleek uit één van de interviews, dat het thema kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven juist veel vaker besproken mag worden, ook met andere partijen zonder direct bang te zijn voor consequenties als iets niet goed is gegaan: *“Ook vanuit bestuurlijk en directie perspectief moeten we hier nog meer het gesprek over voeren met bijvoorbeeld zorgkantoren. Kunnen we hier open het gesprek over voeren zonder bang te zijn voor kortingen op tarieven?”* (directeur 'sHL).

Zoals uit bovenstaande alinea's blijkt is het thema kwaliteit zeker onderwerp van gesprek voor instellingen, echter wordt er geen dilemma ervaren, waarbij kwaliteit van zorg op gespannen voet staat met kwaliteit van leven.

Governance: maatschappelijke verantwoording en aantoonbare toegevoegde waarde van omvang

In het theoretisch kader is beschreven, dat er de afgelopen jaren steeds meer aandacht voor de interne sturing en verantwoording van zorginstellingen is ontstaan. De nieuwe governancecode zorg (2017) is hier een goed voorbeeld van. Enerzijds is de doelstelling van deze verantwoording, dat het publieke vertrouwen in de zorg weer toeneemt, anderzijds kan dit in de praktijk leiden tot allerlei verantwoordingslijstjes die opgeleverd moeten worden door instellingen. In deze paragraaf wordt duidelijk gemaakt welke dilemma's PG en 'sHL ervaren met betrekking tot hun externe verantwoording en de wijze waarop dit intern georganiseerd is.

In de interviews met beide organisaties is veel gesproken over de maatschappelijke verantwoording, ook in relatie tot de omvang van beide organisaties. Voor beide organisaties geldt dat zij als grootste speler in hun sectoren marktmacht hebben en invloed kunnen uitoefenen op specifieke thema's in de sector. Wat opvalt zijn de verschillende manieren waarop beide organisaties daarmee omgaan. Daarbij is er wel een

duidelijk verschil tussen de GGZ en de GHZ. De GGZ heeft te maken met sterke verwachtingen die de maatschappij heeft. Hierbij valt te denken aan tal van problematiek rondom verwarde personen, verslaving, psychiatrie en ander afwijkend gedrag. Al eerder in dit hoofdstuk is geschreven dat de maatschappij dusdanige verwachtingen heeft van de GGZ, die de sector alleen niet waar kan maken. Een grote landelijke speler als PG heeft dus ook de rol om de maatschappelijke verwachtingen over wat de GGZ wel en niet kan te temperen zo wordt aangegeven in de volgende quote door een respondent: *“In plaats van hele hoge verwachtingen die de GGZ nooit kan waarmaken naar een meer realistische verwachting van wat de GGZ wel en niet kan”* (directeur PG).

Uit een interview met één van de RvB leden van PG bleek dat het een bewuste keus is om heel terughoudend te zijn met het ‘gebruiken’ van marktmacht vanwege de omvang als organisatie, zo blijkt uit de volgende quote *“Als grote jongen is het aantrekkelijk om macht te hebben, maar je moet er heel voorzichtig en prudent mee omgaan. Als je daar misbruik van maakt ben je weg in het politieke en gemeentelijke domein”* (RvB PG). Dit werd dan ook genoemd als reden dat PG er momenteel bewust voor kiest om niet heel actief te zijn op social media. Meerdere malen werd aangegeven dat de druk op de maatschappelijke verantwoording juist groter is vanwege de omvang van de organisatie. De externe omgeving verwacht dan namelijk ook dat de organisatie een hele keten heeft en dat de zorg kwalitatief beter is dan bij kleinere aanbieders. Als er dan ergens toch iets mis gaat, en vervolgens ook veel media aandacht krijgt, heeft dit veel impact op de publieke opinie over de GGZ en over PG. Het niet laten voor staan op omvang is een bewuste keus van PG, de volgende uitspraak van één van de respondenten vat dit mooi samen *“Hoe groter je wordt hoe voorzichtiger je moet zijn met je laten voorstaan op je grootte”* (RvB PG).

Uit de gesprekken binnen ‘sHL blijkt heel duidelijk dat men vindt dat ‘sHL een grote impact zou moeten hebben op de hele gehandicaptenzorg vanwege haar omvang. Respondenten geven ook aan dat deze impact nog niet voldoende gemaakt wordt en dat het voor de organisatie ook nog zoeken is op welke manier dat gedaan moet worden zo blijkt uit de volgende quote *“Ik vind dat ‘sHL als grote organisatie nog onvoldoende smoel heeft in het veld, daar bedoel ik mee dat we nog onvoldoende naar buiten toe de lobby vormgeven”* (directeur sHL). Enerzijds is de organisatie nog veel te bescheiden in het drukken van een stempel, anderzijds is ook nog niet voor iedereen duidelijk op basis waarvan het stempel gedrukt moet worden. Uit de volgende quote blijkt dat binnen ‘sHL er momenteel veel aandacht is voor het innemen van een duidelijke en eenduidige positie in het veld: *“Het externe veld is zo ingewikkeld en daar moet je naar mijn visie een hele eenduidige propositie in hebben als organisatie”* (RvB ‘sHL). Op basis hiervan is het vervolgens makkelijker om het bestaansrecht naar de maatschappij te verantwoorden.

Op basis van de interviews lijkt het er op dat, als het gaat om de maatschappelijke verantwoording van waarom deze grote organisaties er zijn, er meer elementen meespelen dan alleen de taak waar je als organisatie formeel voor bent opgesteld. De maatschappij heeft bredere verwachtingen en deze hebben invloed op de publieke opinie en de wijze waarop deze organisaties zich positioneren. De maatschappij verwacht meer van grote instellingen, maar de organisaties zelf ook, zo blijkt uit de interviews. Kijkend naar de maatschappelijke positie lijkt, op basis van de interviews, dat de positie en zorgpropositie van PG reeds meer uitgekristalliseerd is in de maatschappij. De maatschappelijke verwachtingen die hierbij ontstaan zijn echter ook veel explicieter zo blijkt uit de interviews. PG lijkt hierdoor te worstelen met het

kunnen waarmaken van de maatschappelijke verwachtingen die er zijn. Dit is voor 'sHL een thema dat veel minder naar voren kwam tijdens de interviews.

4.3 Gezamenlijke dilemma's bestuurders en directeurs

Uit de interviews bleek dat er diverse dilemma's zijn, die zowel door bestuurders als directeurs ervaren worden. Vanuit het theoretisch kader was de verwachting, dat deze dilemma's met name op bestuurlijk niveau ervaren zouden worden. Uit de interviews blijkt dat ook directeurs te maken hebben met deze dilemma's. Daarom is ervoor gekozen deze gezamenlijke dilemma's onderstaand verder uit te werken.

Schaalvergroting of niet?

Zowel 'sHL als PG zijn de afgelopen jaren enorm gegroeid en daarmee de grootste GHZ en GGZ instellingen van Nederland geworden. De vraag is hoe het dilemma van schaalvergroting in de dagelijkse praktijk ervaren wordt door de respondenten. Heeft het geleid tot betere toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg of was het effect vooral merkbaar op de marktpositie en marktmacht. En hoe wordt überhaupt omgegaan met mogelijkheden, die zich voordoen met betrekking tot schaalvergroting? In deze paragraaf is uitgewerkt hoe bestuurders en directeurs omgaan met dit dilemma.

Vanuit de interviews met PG zijn er twee thema's die duidelijk naar voren komen als er gesproken wordt over het dilemma wel of geen schaalvergroting. Dit zijn 'kwaliteit door schaalgrootte' en 'marktmacht', ook in deze volgorde. Doel van PG is om de psychiatrie naar een hoger peil te tillen en deze ambitie reikt verder dan de eigen organisatie. Bij elke overname, of verzoek daartoe, heeft de RvB zich de vraag gesteld of het zou leiden tot het behalen van de inhoudelijke doelen die PG zich gesteld had, zo wordt aangegeven door respondenten *"Wat wij belangrijk vinden is dat we de psychiatrie naar een hoger peil willen trekken, dat was de oorsprong van de PG groep, kennis en kunde bundelen"* (RvB PG). In de praktijk kwam het vaak voor dat er veel kleine specialismen waren, die afhankelijk waren van bijvoorbeeld één psychiater. Als deze persoon zou vertrekken zou het specialisme ook niet meer aanwezig zijn en daarmee ten koste gaan van continuïteit van zorg en daarmee ook de kwaliteit van het zorgaanbod van PG. Dit is de reden waarom schaalvergroting noodzakelijk was om de kwaliteit van zorg te verhogen zo blijkt uit de volgende quote: *"Als er één psychiater weg zou gaan zouden we ook het specialisme kwijt zijn, toen zeiden we dat we meer volume moesten krijgen"* (RvB PG). Daarnaast zorgt de toenemende schaalgrootte ervoor, dat PG in de kernregio's zelf zorgketens kan ontwikkelen, die de kwaliteit van zorg en toegankelijkheid voor cliënten positief beïnvloeden. Respondenten geven daarnaast aan, dat de toename in schaalgrootte ook leidt tot innovaties die de kwaliteit van zorg bevorderen vanwege de vele kennis en kunde, die aanwezig is binnen de organisatie zo blijkt uit de volgende quote *"een team dat zelf een dagbehandeling bedenkt voor LVB doelgroep omdat ze hiermee te maken krijgen in hun dagelijks werk, dit is toch fantastisch"* (RvB PG). Gevolg van deze schaalvergroting is dat er steeds meer marktmacht ontstaat. Deze marktmacht kan behulpzaam zijn in de gesprekken en onderhandelingen met zorgverzekeraars. Respondenten geven aan dat deze macht zeer prudent wordt ingezet en dit alleen serieus genomen wordt, wanneer de kwaliteit van zorgverlening ook hoger is dan bij andere organisaties zo blijkt uit de volgende quote: *"Door onze omvang hebben we een soort machtsfactor naar verzekeraars en justitie toe, want die contracteren natuurlijk landelijk. Maar die krijg je alleen gegund als je het beter doet dan gemiddeld. Dan heb je een factor, anders niet"* (RvB PG). Dat groei niet onbeperkt door kan gaan, wordt heel duidelijk door beide RvB

leden genoemd in de interviews. PG heeft vooralsnog besloten voorlopig niet verder te groeien door overnames van andere partijen zo blijkt uit de volgende uitspraak: *“Daarvan hebben we zelf nu gezegd in deze periode na de laatste aansluiting 'nu is het wel genoeg'.* (RvB PG).

Ook uit de interviews van 'sHL blijkt dat de toegenomen omvang leidt tot meer marktmacht in de sector, waarbij sommige respondenten aangeven dat er nog meer gedaan kan worden met deze macht om een stempel te drukken op de sector. Dit blijkt duidelijke uit de volgende quote: *“De impact die we nu hebben is nog niet voldoende [...]. Er is een enorme potentie om de omvang meer uit te nutten, iedereen kent KPN en weinigen kennen 'sHL. Impact die je vanuit een merk kan hebben kan groot zijn”* (directeur 'sHL). Een ander perspectief, dat in meerdere interviews bij 'sHL terug kwam, is dat toename van omvang ook kan leiden tot het minder scherp hebben waar de organisatie in haar kern voor is. Dit ontstaat omdat de dienstverlening breder wordt, er met meerdere financiers afspraken gemaakt worden (zorgkantoor, zorgverzekeraar, gemeentes en justitie) en er daarbij ook veel focus op de interne organisatie komt te liggen. Het feit dat een organisatie zo groot is zorgt, naast het vager worden van je kernpropositie, soms ook dat er een gevoel van onoverwinnelijkheid ontstaat volgens respondenten *“En dat is het ingewikkelde van heel groot zijn, dinosaurussen waren ook heel groot, maar ook dat is niet helemaal goed afgelopen. Je loopt het risico dat je bij gebrek aan natuurlijke vijanden niet meer helemaal scherp bent”* (RvB 'sHL). Dit draagt niet bij aan het scherp bezig zijn met de ontwikkelingen in de sector en continu bezig zijn met de vraag wat de externe omgeving vraagt. Hier ligt een dilemma waar bestuurders van grote instellingen dagelijks mee te maken hebben.

Respondenten uit beide organisaties geven in de interviews aan dat een voordeel van vergroten van schaal niet alleen leidt tot een verhoging van de kwaliteit van zorg, maar ook tot het verhogen van kwaliteit van ondersteunende diensten. Dit omdat de organisatie in staat is specialisten aan zich te binden vanwege de omvang en de dynamiek van de omvang van de organisatie. Tevens maakt dit de organisatie minder afhankelijk van externe partijen. Respondenten verwoorden dit als volgt in de interviews: *“Grootte en omvang leidt ook wel tot kansen. Bijvoorbeeld arbeidsjuristen die je kan verdelen over 17 regio's. Het geeft juist ook veel mogelijkheden om dingen zelf te doen als organisatie die je anders moet inhuren”* (directeur 'sHL). En *“Schaalgrootte helpt dan wel omdat we kennis in huis kunnen halen omdat we de salarissen voor ICT mensen kunnen betalen, we halen de goede mensen in huis en zijn daardoor niet helemaal afhankelijk van externe partijen”* (RvB PG).

Zoals blijkt uit dit hoofdstuk leidt een toename in schaalgrootte in potentie tot een verhoging van kwaliteit van zorg en neemt de marktmacht van grote organisaties toe. Op basis van de interviews lijkt het er op dat PG momenteel erg voorzichtig omgaat met hun marktmacht en dat 'sHL nog aan het zoeken is hoe de organisatie nog meer een stempel kan drukken op de sector. Beide organisaties geven aan, dat een toename in omvang ook voordelen heeft met betrekking tot het werven van specialisten in ondersteunende diensten, waarmee de kwaliteit van ondersteunende diensten ook verbeterd kan worden. Beide geven ook aan, dat er grenzen zijn aan de meerwaarde van schaalgrootte. Organisaties worden op een zeker moment juist ook kwetsbaarder doordat er meer wordt verwacht. Financiers en samenwerkingspartners worden kritischer. Ook is de organisatie kwetsbaar voor negatieve publiciteit. PG voelt hierin ook een verantwoordelijkheid naar de hele GGZ sector. Als een grote organisatie het niet goed doet, straalt dit af op de hele sector.

Omgaan met verschillende elementen van schaal (centraal/decentraal, sociale systemen, cultuur en gedrag)

In het theoretisch kader zijn drie verschillende dimensies van schaal uitgewerkt, te weten schaal als structuur, als ruimte voor sociale processen en schaal als symbool. In de interviews is gevraagd tegen welke vraagstukken bestuurders en directeuren aanlopen als het gaat om schaalvergroting van hun organisaties. Onderstaand is uitgewerkt, welke dilemma's daarin worden ervaren binnen PG en 'sHL.

Het dilemma hoe om te gaan met de verschillende elementen van schaal is één van de meest uitvoerig besproken thema's tijdens de interviews geweest. Uit de gesprekken blijkt dat op elk niveau in de organisatie geworsteld wordt met deze vraag. De eenheden waaraan directeuren van zorgbedrijven of regiodirecteuren leiding geven zijn vaak net zo groot als op zichzelf staande GGZ en GHZ instellingen elders in het land zo geven respondenten aan *"Het ingewikkelde is dat de zorgbedrijven zelf de omvang hebben van een gemiddelde GGZ instelling. Dus het zijn hele grote entiteiten. Waar we mee worstelen is de mate van autonomie van de zorgbedrijven"* (RvB PG). Dit geldt overigens ook voor de shared service centers, waarin ondersteunde diensten zijn samengebracht, die zowel PG als 'sHL hebben. Voor de leden RvB blijft het de vraag hoe om te gaan met werkzaamheden, die wel of niet gecentraliseerd worden, zo wordt duidelijk in deze quote *"Je moet goed nadenken over wat je centraliseert en wat juist niet. [...] Bij elk bedrijfsonderdeel en taak moet je nadenken waar het evenwicht ligt. En kun je dat centraal organiseren en decentraal inzetten, dat zijn we nu aan het doen en is echt wel een experiment"* (RvB PG).

Uit de gesprekken met PG blijkt dat een tweetal thema's nadrukkelijk naar voren komen als het gaat om dit dilemma. Dit zijn centraal/decentraal organiseren en het feit dat omvang leidt tot een toename in complexiteit. De toename in complexiteit kent verschillende aspecten. In de eerste plaats is het de vraag op welke manier de organisatie wordt ingericht. Bij PG is er een eindverantwoordelijke RvB en worden de verschillende zorgbedrijven geleid door bestuurders. Het bestuur van de zorgbedrijven zijn veelal dual ingericht, dat wil zeggen dat zorginhoud en bedrijfsvoering verdeeld zijn over twee personen. De RvB en de bestuurders van de zorgbedrijven vormen samen de bestuursraad. Er is bewust gekozen voor het aanstellen van bestuurders (op anderen plekken in dit onderzoek benoemd als directeuren) in de verschillende zorgbedrijven, omdat deze de bedrijven extern vertegenwoordigen. Vanwege de omvang van de zorgbedrijven is dit ook noodzakelijk, omdat uit ervaring blijkt dat er anders continu naar de RvB gevraagd wordt door wethouders, verzekeraars en bestuurders van andere instellingen. Een van de bestuurders geeft aan: *"Als ze geen bestuurders waren hadden ze alleen maar naar ons gevraagd en waren ze geen gesprekspartners geweest"* (RvB PG). Door het aanstellen van bestuurders ontstaat wel een gesprek over hoe zij zich wat betreft regelruimte en regelcapaciteit verhouden tot de RvB van de hele PG. Over dit dilemma wordt later in dit hoofdstuk meer geschreven. Respondenten geven hierbij aan dat de gekozen structuur met verschillende BV's complex is om te doorgronden zo blijkt uit de volgende quote: *"De BV's en structuur maken het soms wel complex"* (directeur PG). Een ander element, dat hiermee te maken heeft is hoe nieuwe bestuurders zich verhouden tot de structuur binnen PG en collega bestuurders en RvB zo is aangegeven in de interviews *"hoe land je als nieuwe bestuurder en vind je je rol in deze toch wel complexe organisatie. Hou verhoud je, je tot RvB en collega bestuurders en benut je dat op een effectieve manier"* (directeur PG).

Zowel de RvB als directeuren erkennen dat het centraal organiseren van activiteiten leidt tot schaalvoordelen zo blijkt uit de volgende quote *“we hebben een heel groot ondersteuningscentrum. Is handig voor ICT en Facturatie, zijn allemaal processen die veel geld kosten en de massa maakt dit wel beter”* (directeur PG). Ook binnen ‘sHL wordt het gesprek over centralisatie van werkzaamheden gevoerd, waarbij er scherpte wordt gebracht in de discussie door aan te geven dat de organisatie ook de verantwoordelijkheid heeft om efficiency voordelen te behalen, omdat dit anders ten koste gaat van de cliëntzorg zo blijkt uit de volgende quote: *“We voeren het gesprek over centraliseren en decentraliseren en het omslagpunt met directeuren. [...] We moeten het gesprek met elkaar voeren dat hetgeen we laten liggen (red. extra kosten die gemaakt worden omdat niet gecentraliseerd wordt) bewust ten koste gaat van de cliëntenzorg”* (RvB ‘sHL). Uit deze quote blijkt duidelijk, dat er gesprekken gevoerd worden met directeuren, dat wanneer niet gecentraliseerd wordt, er extra kosten gemaakt worden, waardoor er minder geld voor de directe cliënt zorg aanwezig is. Risico van te veel centraliseren is dat ondersteunende diensten te veel in zichzelf gekeerd raken en daarmee de verbinding met het primair proces kwijtraken. Dat dit een vraagstuk is binnen PG blijkt uit de volgende uitspraak van één van de respondenten *“Ze (red. servicecentrum in Den Haag) werken heel hard, maar het is wel de vraag of er echt nog verbinding is met de (interne)klant”* (directeur PG). Daarnaast wordt ook op RvB niveau erkent, dat te veel centralisatie kan leiden tot regeldruk in het primair proces. Hierdoor worden ondersteunende diensten niet meer als ondersteunend ervaren door mensen in de zorgbedrijven *“die zeiden ‘wat hebben we nou eigenlijk aan die Parnassia Groep, alleen maar een set regels die ik over me uitgestort krijg’. Dus dat proberen we meer terug te brengen”* (RvB PG). Wanneer ondersteunende werkzaamheden te veel gecentraliseerd worden, zorgt dit ervoor dat er decentraal, in de zorgbedrijven, weinig invloed meer is op hoe de ondersteunde processen ten uitvoer worden gebracht. Daar zijn respondenten het over eens met elkaar. De vraag is echter hoe je als organisatie de juiste balans zoekt hierin. Eén van de kijkrichtingen voor het omgaan met dit dilemma wordt duidelijk in de volgende quote, waarbij gerefereerd wordt aan de werkwijze die adviesbureau Atos Origin hanteerde: *“In de sturing intern geloof ik heel erg in een cellenstructuur. Marktpositie moest de cel (red. bij Atos Origin) zelf doen, de ondersteuning deden ze centraal”* (RvB PG). Respondenten geven hierbij aan dat het gesprek over dit thema steeds meer gevoerd wordt en hier ook een positieve ontwikkeling in merkbaar is zo blijkt uit de volgende quote *“Gelukkig merk ik wel dat het gesprek goed gaat, met name op de basis ondersteuning die er echt is ter ondersteuning van het zorgbedrijf. [...] Daar hebben we echt hele mooie stappen in gezet en zijn er goede gesprekken over gevoerd”* (directeur PG).

In de gesprekken bij ‘sHL over dit thema zijn een aantal onderwerpen vaker genoemd. Dit zijn; dat omvang complex maakt, cultuur en gedrag, wendbaarheid en betekenisgeving. Uit de gesprekken blijkt, dat het proces van richten en inrichten van de organisatie de afgelopen jaren veel aandacht heeft gehad. Dit was ook noodzakelijk omdat eenheid in doen, denken en handelen onvoldoende aanwezig was een aantal jaren geleden, zo wordt aangegeven door respondenten *“Toen ik hier aantrad vier jaar geleden werkte de organisatie niet als één organisatie. De buitenkant (red. cliënten, financiers en verwijzers) ontwikkelt en stelt ‘sHL de vraag waar zijn jullie nou van en wat kunnen jullie, maar dat stellen ze niet op een hoofdkantoor maar op zoveel honderd locaties. En dan krijgen ze heel veel verschillende antwoorden en dan ben je meteen zoek gespeeld”* (RvB ‘sHL). Ook binnen PG is dit een dilemma zo blijkt uit de volgende quote: *“Waar we mee worstelen is de mate van autonomie van de zorgbedrijven. De kracht van de groep*

ligt er niet in dat we acht losse zorgbedrijven hebben, de kracht ligt er in dat we zo goed mogelijk samenwerken, gemeenschappelijke waarden delen, maar ook gemeenschappelijke zaken delen zoals salarisadministratie” (RvB PG). Daarbij dient opgemerkt te worden, dat dit thema echter veel minder prominent is benoemd door respondenten van PG dan in de interviews bij ‘sHL. Een groot dilemma, volgens één van de respondenten, bij organisaties van deze omvang is, voor elkaar krijgen dat mensen ook echt dat gaan doen wat met elkaar is afgesproken. Een directeur omschreef dit dilemma als volgt in het interview. “sHL is echt een eilandenrijk, een samensmelting van verschillende soorten dienstverlening aan elkaar gesmeed op basis van fusies. Dat maakt wie we zijn” (directeur ‘sHL). Dit wordt onderschreven door de RvB: “Het grootste dilemma is hoe krijg je een uitgelijnde cultuur en uitgelijnd gedrag” (RvB ‘sHL).

Daarin maakt de omvang van de organisatie zaken complex. Er worden afspraken gemaakt door de RvB en directeuren en vervolgens moet dit in de praktijk landen. Directeuren gaan er mee aan de slag met managers en teams in de regio’s en dan ontstaan toch altijd verschillende werkwijzen bij de uitvoering. Hierdoor corresponderen uitkomsten niet meer met hetgeen beoogd werd met het maken van de afspraak. Dat dit een duidelijk dilemma is, blijkt uit de volgende quote van één van de respondenten van “sHL: *“Als je 1.200 teams hebt rondlopen kun je in Amersfoort wat besluiten maar dat garandeert op geen enkele manier dat die teams het ook gaan doen”* (RvB ‘sHL). De vraag waarmee geworsteld wordt, is hoe er voor gezorgd wordt dat mensen allemaal de bereidheid, de wil en het vermogen hebben om te doen wat we belangrijk vinden met elkaar. Dit is anders dan bij andere organisaties vanwege omvang en spreiding van de organisatie over het land. Deze spreiding over het land en het feit dat veel regio’s hun eigen cultuur ontwikkeld hebben, maar de organisatie ook op het gebied van cultuur complex. Dit maakte dat het bespreken van zaken waar collega’s het oneens over waren vaak ingewikkeld was en ten koste ging van de onderlinge relatie en samenwerking. Dit wordt door één van de RvB leden als volgt omschreven *“Van oudsher is er een sterke familiecultuur, je wordt snel opgenomen. Maar als je het met iemand oneens bent wordt dat heel snel de relatie in getrokken, alsof je niet meer met elkaar mag praten als je het oneens bent”* (RvB ‘sHL). Vanuit RvB perspectief is het een dilemma om hier goed mee om te gaan en een juiste weg te vinden om meer te kunnen werken aan de samenwerking in de hele organisatie. Hierbij gaat het over aanspreekbaarheid, in hoeverre mag vanuit centraal iets gevonden worden van wat er lokaal gebeurt?

Een laatste thema dat een aantal keer ter sprake kwam in een interview over dit dilemma is de wendbaarheid van de organisatie. Omdat ‘sHL zo groot is, is deze ook lastig van koers te veranderen. In de interviews is vaker de metafoor van een tanker op zee gebruikt. Dit heeft veel voordelen, maar ook nadelen volgens respondenten. Eén respondent zei hierover het volgende *“Dan is schaalgrootte juist een probleem omdat je juist die wendbaarheid kwijt bent. Eigenlijk is het dilemma of schaalgrootte ons op termijn gaat helpen of tegenwerken in het meer flexibel zijn”* (directeur ‘sHL). Het vraagstuk over wendbaarheid is iets waar grote zorginstellingen zich op een andere manier toe te verhouden hebben, dan kleine instellingen, maar wel belangrijk wordt geacht om snel in te kunnen spelen over veranderingen in de omgeving.

Wat betreft het dilemma omgaan met verschillende elementen van schaal is duidelijk dat dit voor grote organisaties een vraagstuk is. Beide instellingen erkennen dat het centraal organiseren en uitvoeren van ondersteunende werkzaamheden efficiency voordelen biedt. Risico hiervan is echter dat deze

ondersteunende afdelingen, mede door hun omvang, te veel loskomen van het primair proces en daardoor de onderlinge verbinding verloren gaat. Vanuit PG is dit het meest besproken thema als het gaat om het dilemma omgaan met de verschillende elementen van schaalgrootte. Respondenten vanuit 'sHL geven aan, dat er de afgelopen jaren veel tijd is besteed aan het richten van de organisatie. Dit omdat er vanuit het verleden nog sprake was van 'een eilandenrijk' doelend op de diversiteit en het gebrek aan verbinding tussen de regio's. Bij de implementatie van beleid wordt in de praktijk nog vaak ervaren, dat er regionale variatie ontstaat, die vooraf niet gewenst was. Tot slot is er met betrekking tot dit thema gesproken over de wendbaarheid van een grote organisatie als 'sHL. In dat verband wordt gesproken over een tanker, doelend op de metafoor dat deze niet snel van koers te veranderen is.

4.4 Dilemma's bestuurders

Onderstaand is uitgewerkt tegen welke dilemma's bestuurders van grote instellingen in Nederland aanlopen en hoe ze hier in de praktijk omgaan met deze dilemma's.

Kaders, zelfsturing: Vertrouwen versus controle

Bestuurders zijn eindverantwoordelijk voor wat er gebeurt in hun organisaties. Dit betekent, dat bestuurders een manier moeten zoeken om hun verantwoordelijkheid voor processen en kwaliteit van zorg, die wordt geleverd binnen de instelling, te kunnen nemen. De vraag is hoe je als bestuurder omgaat met het geven van ruimte en stellen van kaders en hoe je inzicht blijft houden op wat er gebeurt in de organisatie, zonder daarbij directeuren en managers de ruimte te ontnemen, die ze nodig hebben om hun werk goed te kunnen doen. In deze paragraaf is uitgewerkt op welke manier bestuurders dit dilemma in hun dagelijkse werk tegenkomen en hoe hiermee wordt omgegaan.

De interviews doen vermoeden dat de besturing van PG een hoge mate van controle en sturing vanuit de RvB heeft. De lijnen zijn erg helder en bestuurders van de zorgbedrijven weten goed op welke indicatoren ze moeten rapporteren. Daarbij wordt heel duidelijk gestuurd op de integraliteit tussen zorginhoud en bedrijfsvoering. De hele verantwoordingscyclus is hierop aangepast, zodat deze ook niet meer los van elkaar te bezien zijn. Een vraagstuk daarbij is wel hoeveel autonomie de zorgbedrijven zelf moeten hebben, zoals in voorgaande paragraaf ook al duidelijk werd gemaakt. Een mooi moment tijdens de interviews was dat één RvB lid iets vertelde over een ervaring van vele jaren geleden, toen hij zelf nog in de uitvoerende zorg zat, waarbij er in een team iets fundamenteel niet goed ging, zonder dat daar op ingegrepen werd door het bestuur *"Ik weet nog dat ik zelf hier verpleegkundige was op een afdeling als leerling. Was een grote afdeling met veel cliënten in een te groot gebouw met te weinig vaste bezetting. Als leerling liep ik daar en dacht, waarom doet het hoofdkantoor nou niets, die weten toch dat het hier een bende is. Toen ik directeur werd dacht ik, zo dat moet dus niet gebeuren"* (RvB PG). Dit moment is erg bepalend geweest, waarbij hij zichzelf heeft voorgenomen dat dit onder zijn leiding nooit zou gebeuren, zoals blijkt uit voorgaande quote. Deze ervaring is mede bepalend geweest voor de huidige besturingsfilosofie van deze bestuurder die er op gericht is dat de RvB moet weten wat er in de afdelingen speelt, zowel zorginhoudelijk als financieel, om echt goede besluiten te kunnen nemen. Dit kan niet door alleen maar hoog over betrokken te zijn bij de zorgbedrijven. Uit de volgende quote blijkt hoe PG dit momenteel in de praktijk vorm heeft gegeven: *"Iedere afdeling moet zelf duurzaam gezond zijn. Onze rapportage van een zorgbedrijf bestaat uit 40 afdelingen, die moeten individueel goed draaien. Of een*

zorgbedrijf een miljoen overhoudt interesseert mij geen worst, is natuurlijk wel mooi. Maar het is veel interessanter of het daaronder goed gaat, dan toevallige consolidatiecijfers te laten zien. [...] Die sturing op die afdelingen is dus ook ingezet op zorgen, dat je weet dat je geen veenbranden hebt die je gewoon een hele tijd laat bestaan” (RvB PG).

Een mooie reflectie vanuit de RvB van PG op bovenstaande manier van sturen is dat de RvB er voor moet waken niet te veel directeur te zijn in de eigen organisatie. Het goede gesprek voeren over de ontwikkeling van de besturingsfilosofie waarbij de RvB wat meer op afstand zou kunnen komen en wat meer gaat besturen, en dus wat minder directeur zijn, is iets waar de afgelopen tijd meer ruimte voor ontstaat zo blijkt uit de volgende quote *“Zouden we meer naar een model kunnen gaan dat de RvB wat meer op afstand zou kunnen komen en wat meer gaan besturen en wat minder directeur zijn. [...] Bij het ene bedrijf zullen we veel meer boven op de bal zitten dan bij de anderen. [...] Ook daar kijken we natuurlijk naar de context”* (RvB PG). Dit zou helpend kunnen zijn in het omgaan met bovenstaande dilemma. Vanuit RvB perspectief wordt ook aangegeven dat het duale leiderschap binnen de zorgbedrijven juist goed werkt, zowel in de onderlinge taakverdeling als het contact houden met bestuurders vanuit de RvB *“Zorgbedrijven hebben vaak twee bestuurders en dat maakt het voor mij ook overzichtelijk omdat ik vaak contact heb met de zorginhoudelijk bestuurder van de zorgbedrijven. En ik ken natuurlijk al die directeuren en spreek ze ook met enige regelmaat”* (RvB PG).

Uit de interviews bij 'sHL blijkt dat er behoefte is aan duidelijke kaders waarbinnen directeuren zich kunnen bewegen evenals het feit dat er de afgelopen tijd veel aandacht is besteed aan het besturen van de organisatie. Het duidelijk neerzetten van de besturingsfilosofie is een thema dat veel aandacht heeft gehad van de RvB zoals blijkt uit de volgende quote: *“Als je binnen komt, zeker als voorzitter, zijn de missie, visie, besturingsfilosofie en kernwaarden erg belangrijk. De besturingsfilosofie is echt essentieel. De besturingsfilosofie daar moet je lezen hoe je het doet in een organisatie”* (RvB 'sHL). Daarnaast wordt door zowel RvB leden als directeuren aangegeven dat de urgentie om strakker te sturen ook toeneemt omdat de financiële resultaten van de organisatie onder druk staan zo blijkt: *“De afgelopen periode heb ik gezien dat de resultaten van de regio's erg onder druk staan, dat gaat hard de verkeerde kant op. Dat leidt er toe dat de gevoelde onfeilbaarheid die we als organisatie voelden wel aan het kwijtraken zijn. We zullen hier dus echt actie op moeten ondernemen”* (RvB 'sHL). Uit deze quote blijkt dan ook dat de gedachte dat grote instellingen 'to big to fail' zijn in de ogen van de RvB geen correcte weergave van de werkelijkheid is.

Regio's functioneren redelijk zelfstandig binnen 'sHL. De directeuren, die leiding geven aan een regio zijn voor de RvB een essentieel scharnierpunt voor het op de werkvloer laten landen van gemaakte afspraken. Als de directeuren met elkaar op één lijn liggen en allemaal doen wat is afgesproken, is dit voor de RvB van groot belang om de organisatie te kunnen sturen zo blijkt uit de volgende quote: *“Op die hele schaal heb ik een relatief klein stuurkje in handen. Hefboom is als die mensen met z'n allen echt op één lijn zitten dan is het ineens heel hard”* (RvB 'sHL). Een cruciale vraag is echter hoe wordt bereikt dat al deze mensen op één lijn komen. Daarvan heeft de RvB geconcludeerd, dat de vraagstukken waarmee de organisatie aan de slag moet te groot en veelomvattend zijn om alleen via de directeuren te laten landen in de regio's. Er moet ondersteuning zijn in de regio's, die er voor zorgen, dat de zorgteams hun werk goed kunnen uitvoeren. Daarom is er voor gekozen om in de regio's contactpersonen te positioneren, die regio's helpen om vastgesteld beleid eenduidig te implementeren en zorgteams goed te ondersteunen zo wordt

aangegeven in de interviews: *“Als je alles door die flessenhals van een beperkt aantal directeuren gaat persen, dat werkt niet. [...] Daarom hebben wij echt heel bewust gekozen voor de rol van contactpersonen. Om iedere directeur zit gewoon een hele batterij ondersteuning die samen helpt in een regio, [...] zodat teams op een goede manier kunnen acteren”* (RvB ‘sHL). Contactpersonen zijn medewerkers van ondersteunende diensten vanuit het concern en het shared service center. Hierbij valt te denken aan regiocontrollers, HR adviseurs, managers facilitair en adviseurs vastgoed.

Een ander vraagstuk in het kader van sturing van de organisatie is de wijze waarop men elkaar aanspreekt wanneer blijkt dat afgeweken wordt van afgesproken kaders. We hebben het dan over cultuur en gedrag in de organisatie en dit wordt door één van de respondenten als volgt verwoordt: *“Het andere vraagstuk is dat als je in principe hebt gekozen voor een besturingsmodel waarbij de verantwoordelijkheden stevig zijn gedelegeerd en je aan de andere kant constateert dat de cumulatie van wat er in de regio’s allemaal gebeurt de verkeerde kant op rolt, hoe zorg je er dan voor dat je mensen voldoende aanspreekt op hun verantwoordelijkheden en daar mogelijk misschien ook consequenties aan verbindt zonder daarin meteen zelf ook aan de handrem te trekken”* (RvB ‘sHL). Een vraag die hierbij wellicht voorliggend is, is hoe je überhaupt van elkaar weet dat afgeweken wordt van gestelde kaders. Het feit dat er veel verantwoordelijkheden zijn gedelegeerd zorgt ervoor, dat er veel regelruimte is in de regio’s. Deze regioruimte is in het verleden echter onvoldoende begrensd en gemonitord zo wordt aangegeven: *“Voordeel hiervan is dat er veel regelruimte is, maar daar deze niet gekaderd is en ook niet gemonitord wordt. Daardoor kunnen mensen iets doen wat ze zelf goed vinden”* (RvB ‘sHL). Uit de interviews blijkt dan ook dat volgens respondenten een goede combinatie van data en monitoring van de data belangrijk is om met elkaar te constateren dat er wordt gedaan wat is afgesproken. Dit wordt bekrachtigd in de volgende quote van één van de respondenten: *“We nemen vaak een besluit en dan denken we dat 17 mensen precies gaan uitvoeren wat we besloten hebben met elkaar. Dat is natuurlijk niet zo en dit moeten we beter gaan monitoren in de planning en control”* (RvB ‘sHL).

Op de vraag hoe om te gaan met dit dilemma van ‘controle en vertrouwen’ wordt ook een duidelijke kijkrichting gegeven door respondenten, naast de reeds ingezette beweging van het positioneren van contactpersonen in de regio’s. Deze kijkrichting heeft te maken met de wijze waarop directeuren hun rol in de organisatie invullen. Er wordt een appél gedaan op het meer strategisch in positie brengen van directeuren waarmee een grote stap gemaakt kan worden als organisatie. Dit blijkt uit de volgende quote: *“Er loopt te veel via de RvB en ik vind dat we een groter appél op directeuren kunnen doen om die meer in de tactisch en strategische positie te krijgen. [...] Er zit in deze organisatie nog heel veel ruimte voor ontwikkeling waar we nog niet goed bij komen. [...] Als je die slag gaat maken komt er nog veel energie en kracht vrij, dat geloof ik echt* (RvB ‘sHL).

Op basis van bovenstaande kan geconstateerd worden, dat het voor de RvB’s van beide organisaties een vraagstuk blijft hoe er enerzijds ruimte gegeven kan worden aan regio’s en zorgbedrijven, maar er toch voldoende inzicht is om te kunnen sturen op het geheel. Binnen PG lijkt er daarbij veel sturing plaats te vinden, waar een zeker detailniveau van de zorgbedrijven gevraagd wordt. Risico hiervan, zo wordt aangegeven, is dat je als RvB te veel op de stoel van directeuren komt te zitten en er wellicht wat meer afstand genomen zou kunnen worden van de zorgbedrijven. Binnen ‘sHL speelt dit vraagstuk ook, maar veel meer vanuit het perspectief, dat er heel veel verschillende werkwijzen zijn tussen de regio’s waardoor

er nu meer behoefte is aan uniformiteit om goed te kunnen sturen als RvB. Binnen beide organisaties is de ontwikkeling van de besturingsfilosofie een thema dat regelmatig besproken wordt in de RvB.

Afstand versus nabijheid

Stoopendaal (2008) beschrijft in haar onderzoek het dilemma van afstand en nabijheid waar bestuurders mee te maken hebben. Directeuren hebben ruimte nodig om hun werk goed te kunnen doen en tegelijkertijd wordt er van bestuurders verwacht dat zij betrokken zijn bij cliënten en medewerkers en goed op de hoogte zijn van wat er gebeurt in hun organisaties (Stoopendaal, 2008). De vraag is hoe bestuurders van grote instellingen het dilemma van 'afstand en nabijheid' ervaren en op welke manier zij hier persoonlijk mee omgaan in de dagelijkse aansturing van hun organisaties. Dit is verder uitgewerkt in deze alinea.

Bij de beantwoording hoe RvB leden omgaan met dit dilemma blijkt dat er weinig onderscheid is tussen beide organisaties. De positie die bestuurders hebben binnen de RvB is wel van invloed op het omgaan met dit dilemma. Voorzitters van de RvB van 'sHL en PG leggen net andere nuances ten opzichte van de andere leden RvB. Het thema afstand en nabijheid wordt door de beide voorzitters vaak voorzien van een verwijzing naar momenten waarop directeuren van zorgbedrijven en regiodirecteuren tegen een probleem aanlopen. Nabijheid gaat er vanuit voorzitters perspectief om dat op momenten dat het moeilijk is, de RvB aanwezig is voor de directeuren en heel duidelijk aangeeft wat er moet gebeuren om een situatie het hoofd te bieden. Daarnaast is de RvB er niet om zomaar het probleem van de ondergeschikte collega (directeur) op te lossen, maar is het van belang dat hij/zij wel goed heeft nagedacht over hetgeen de voorzitter RvB op zo'n moment komt doen. Het gaat er bij dit soort momenten niet om, om aardig gevonden te worden door de mensen aan wie leiding wordt gegeven, maar om de juiste dingen te doen voor de organisatie. Ook al heeft dit tot gevolg dat de bestuurder even niet aardig wordt gevonden. Eén respondent omschrijft dit als volgt: *"Dat is een competentie waar veel bestuurders moeite mee hebben, ook willen ook wel aardig gevonden worden. Je moet verbinding maken, maar ook streng zijn"* (RvB 'sHL).

De perspectieven van de RvB leden op het omgaan met dit dilemma gaan met name over 'er gewoon te zijn' voor de medewerkers en betekenis te geven aan besluiten die door de RvB genomen zijn. Er zijn wordt dan vertaald in op bezoek komen en beschikbaar zijn wanneer directeuren de bestuurder nodig hebben zoals blijkt uit de volgende quotes: *"Naar directeuren toe regelmatig even spreken en bellen, niet alleen maar mailen. Zodat ze veel meer het gevoel hebben dat ik er ben"* (RvB PG). Ook de volgende uitspraak vanuit 'sHL bevestigt het beeld van nabij zijn: *"Ik denk de combinatie van nabijheid en communicatie, mensen gaan dingen doen als ze het begrijpen waarom ze het moeten doen en waarom het goed is om te doen. Als je dingen over de schutting mikt zonder goed toe te lichten gaan ze zich afvragen waarom het moet"* (RvB 'sHL). Het creëren van een sfeer van transparantie en vertrouwen waarin directeuren de RvB echt durven te benaderen met zaken waar ze tegenaan lopen of fouten, die ze gemaakt hebben is een belangrijk thema zoals als volgt verwoordt door één van de respondenten: *"Ik vind het veel prettiger als een directeur eerlijk op de tafel gooit dat er wat mis is gegaan in de regio. Waar het dan om gaat is dat je transparant bent, dus open, dat je je veilig voelt om dit soort dingen op tafel te leggen en niet het idee hebt dan wordt mijn kop er af gehakt en word ik bij het oud vuilnis gezet, maar dat je ook wel probeert er samen echt iets mee te doen"* (RvB 'sHL).

Samenvattend kan worden gesteld dat bestuurders het van belang vinden er te zijn voor hun directeuren. Zowel in de momenten dat er problemen zijn, maar ook als zaken wel goed lopen. Uit de interviews blijkt, dat het nabij zijn niet alleen betrekking heeft op bellen, appen of fysiek aanwezig zijn, maar ook door betekenis te geven aan genomen besluiten en een sfeer van vertrouwen en openheid te creëren waarbij directeuren ook echt naar een RvB toe durven komen als er wat speelt.

De bestuurder als professional: een reflectie op de eigen rol en invulling daarvan

Dit dilemma gaat over de wijze waarop bestuurders invulling geven aan hun rol en zichzelf blijven ontwikkelen. In het theoretisch kader is beschreven dat er geen geaccrediteerde opleiding is voor zorgbestuurders, maar dat de maatschappij wel steeds kritischer is op de uitvoering van deze functie. De vraag is hoe RvB leden in deze functies zelf invulling geven aan dit vraagstuk en tegen welke dilemma's zij in de praktijk aan lopen.

Om als bestuurder goed je werk te kunnen doen, geven RvB leden van beide organisaties aan, is het hebben van focus belangrijk. Dit wordt door meerdere bestuurders als volgt omschreven in de gesprekken: *“En dan volhouden en na een half jaar, negen maanden of een jaar er op ingrijpen, dat moet echt gebeuren”* (RvB PG). En *“Misschien wel het allerbelangrijkste in besturen is dat je klip en klaar bent, consistent, voorspelbaar in het punt op de horizon waar je naar toe gaat. Dat is voor ieder mens belangrijk en is voor mij de kern”* (RvB 'sHL)

Een ander element dat door meerdere bestuurders werd genoemd, was het hebben van zelfinzicht. Werken als RvB bij de grootste GHZ en GGZ instellingen van Nederland ontstaat niet zonder een gezonde dosis competitie. Het is daarbij volgens één van de bestuurders essentieel om jezelf hierop continu scherp te houden. Met name in het dilemma van het wel of niet overnemen van andere instellingen. Doe je dit omdat de sector of de organisatie er echt beter van wordt of zit er ook wel een beetje prestatiedrang onder om de grootste te willen zijn. Elkaar hierop bevragen en durven aanspreken, organiseren van gezonde tegenkracht, is essentieel om goed met dit dilemma om te kunnen gaan. Dit wordt als volgt omschreven door één van de respondenten: *“Ik vind het echt wel een dilemma, ben ik nog zuiver in mijn afwegingen over wat we moeten doen of komt het omdat ik graag gezien wil worden, wat is van mezelf”* (RvB 'sHL).

In de interviews bij 'sHL kwam daarnaast duidelijk naar voren, dat het creëren van een eenduidig beeld naar de buitenwereld toe belangrijk is en dat bestuurders daar grotendeels voor staan opgesteld zo blijkt uit de volgende quote: *“Dat geloof ik heel erg, maar dat is hoe je er als bestuurder in zit, in dat we een gezamenlijke opdracht hebben om dat doel van een eenduidig 'sHL op zorginhoud, geld en performance te creëren”* (RvB 'sHL). Dit sluit aan bij een eerdere bevinding dat dit proces voor 'sHL momenteel belangrijk is om een nadrukkelijke maatschappelijke positie te hebben als grootste instelling in de gehandicaptenzorg.

Wat opvalt tijdens de interviews is dat de voorzitters van de RvB's van beide organisaties vaak terug gaan naar het narratief van hun organisatie. Ze vertellen bij meerdere vragen waar hun organisatie vandaan komt, waar de organisatie voor staat en wat hierin belangrijk en nodig is vanuit de RvB, maar ook wat directeuren en bestuurders van de zorgbedrijven zouden moeten doen. Deze interviews verlopen ook

anders dan bij de collega RvB leden. Er wordt meer gesproken vanuit de maatschappelijke opdracht van de organisatie en de bestuurlijke dilemma's en vraagstukken, die dat met zich meebrengt. Er wordt minder gesproken vanuit persoonlijke dilemma's en vraagstukken waar bestuurders als persoon tegenaan lopen. Een ander element, dat door voorzitters vaker benoemd wordt in de interviews is het hebben van autoriteit en het inzetten daarvan. Hierbij wordt aangegeven dat dit een belangrijk element is van de functie zo blijkt uit de volgende uitspraak: *"Dan loop je tegen een cultuur element aan. STOP zo gaan we dit niet doen, als dit jouw verhaal is gaan we een ander op jouw plek zitten. Zo gaan we het niet halen, dan moet je klip en klaar zijn en daar zijn een paar pittige gesprekken bij geweest"* (RvB 'sHL).

In de gesprekken met de overige leden RvB, niet zijnde voorzitters, komen veel vaker thema's naar voren als afstemming en in verbinding staan met het primair proces, organisatie sensitiviteit en organiseren van tegenmacht. Een mooi voorbeeld hiervan is de volgende quote van één van de bestuurders: *"Als je dit (bezoeken aan regio's) verliest omdat je te druk bent of er een collega vertrekt dan neemt de kwaliteit van je werk en je beslissingen af"* (RvB 'sHL). In de beantwoording van de vragen lijkt dat leden RvB meer vanuit het perspectief van de (interne) organisatie spreken. Op basis hiervan kan geconstateerd worden dat de rol van voorzitter van een RvB, binnen de grootste GGZ en GHZ instellingen van Nederland, ook echt een specifieke functie heeft in het overbrengen van het verhaal van de organisatie naar de buitenwereld. De overige leden RvB lijken op basis van de interviews meer hun focus op de interne organisatie gericht te hebben, waardoor er mogelijk een natuurlijke verdeling van aandachtsgebieden is.

Samenvattend kan gesteld worden dat RvB's van grootste GGZ en GHZ instellingen van Nederland het belangrijk vinden om focus en koers te houden voor hun organisatie. Een ander belangrijk element is dat het houden van verbinding met het primaire proces van groot belang is om gevoel te houden bij wat er speelt in de organisatie en dit essentieel is om kwalitatief goede keuzes te maken als bestuurder. Het hebben van zelfinzicht en creëren van gezonde tegenkracht binnen een RvB is volgens respondenten van belang om scherp te kunnen blijven op het nemen van de juiste beslissingen. Tot slot is de waarneming gedaan dat voorzitters van een RvB veel aandacht besteden aan het narratief van hun organisatie bij de beantwoording van vragen tijdens de interviews. Dit zou toeval kunnen zijn, maar zou mogelijk ook te verklaren zijn vanuit hun voorzittersrol.

4.5 Dilemma's directeuren

Onderstaand is uitgewerkt tegen welke dilemma's directeuren van grote instellingen in Nederland aanlopen en hoe ze hier in de praktijk mee omgaan.

De directeur als professional: een reflectie op de eigen rol en invulling daarvan

Dit dilemma gaat over de wijze waarop directeuren zichzelf blijven ontwikkelen in hun rol en daar ook voldoende in gefaciliteerd worden. In het theoretisch kader is beschreven dat er geen geaccrediteerde opleiding is voor zorgdirecteuren en bestuurders, maar dat de maatschappij wel steeds kritischer is op de uitvoering van deze functie. De vraag is hoe mensen in deze functies zelf invulling geven aan dit vraagstuk.

In de interviews bij PG kwam naar voren dat het hebben van externe voeding belangrijk is om je rol als directeur van een zorgbedrijf goed invulling te kunnen geven en ook belangrijk is om de ingezette koers van het zorgbedrijf vast te kunnen houden. Iets wat hierin helpend is, zo geven respondenten aan, is

frequenter contact met de RvC. Momenteel is het zo dat elk RvC lid tenminste eens per jaar één bestuur/directeur van een zorgbedrijf bezoekt. Uit de interviews blijkt de behoefte dit te intensiveren. Dit geldt overigens ook voor contacten met zorgverzekeraars, wat veelal concern breed wordt opgepakt en niet primair de verantwoordelijkheid is van de directeurs van de zorgbedrijven. Meer aandacht voor deze contacten zou volgens respondenten goed zijn voor de ontwikkeling als directeur zo blijkt uit de volgende uitspraak: *“Wat ik ook wel een dilemma vind is dat ik geen directe link heb met een RvC. [...] Ikzelf vind het wel prettig om te sparren met mensen die wat op afstand kijken, maar wel een directe verantwoordelijkheid hebben. Die kunnen met een iets frissere blik naar een organisatie kijken”* (directeur PG).

Voor zowel PG als 'sHL is er veel vrijheid om te werken aan je eigen ontwikkeling. Directeuren hebben veel vrijheid in het kiezen van opleidingstrajecten en andere vormen die bijdragen aan de professionele ontwikkeling. Respondenten geven aan, dat er in beide organisaties geen opleidingsprogramma is dat op dit niveau voorziet in een structurele ontwikkeling en aanbod van activiteiten om als directeur ook te blijven ontwikkelen, zo blijkt uit de volgende quote: *“Alles mag maar het is niet georganiseerd. Als we kijken naar een organisatie met dit volume mag je je afvragen of we dit niet meer kunnen faciliteren en organiseren voor mensen”* (directeur 'sHL). Vanwege de omvang die beide instellingen hebben zou het zeker tot de mogelijkheden behoren om hierin bijvoorbeeld samen te werken met erkende opleidingsinstituten in de zorg zo wordt aangegeven *“Als grote organisatie kunnen we hier meer het voortouw in nemen met bijvoorbeeld het Erasmus dan kunnen hier hele mooie programma's uit ontstaan. Is goed voor boeien en binden”* (directeur 'sHL).

Uit de interviews bij 'sHL over dit dilemma komt duidelijk het aspect naar voren dat gaat over jezelf op een goede manier verhouden tot de rest van de organisatie. Een mooi voorbeeld hiervan is de volgende uitspraak van één van de respondenten: *“Soms wordt er nog wel een beroep gedaan op je alwetendheid, ook een RvB die vraagt waar we nou op moeten inzetten. Ik ben er wel voorzichtig in, ik heb er zeker wel een opinie en mening over wat er goed niet goed en anders moet, maar laten we dat aub samen doen”* (directeur 'sHL). De organisatie is zo groot dat je overal wat van kan vinden als directeur. Thema's als het kiezen van de momenten waarop je echt ergens voor gaat staan, het niet verrassen van de RvB, vragen stellen aan collega's en zaken onderling bespreekbaar maken worden genoemd als het gaat om het zijn van professional als directeur bij 'sHL.

Samenvattend lijkt dit dilemma bij PG meer te gaan over welke professionele ruimte de directeur heeft ten opzichte van de RvB en bij 'sHL lijkt dit dilemma meer te gaan over de wijze waarop de verschillende niveaus zich tot elkaar verhouden. Een subtiel verschil in het omgaan met dit dilemma.

Omgaan met conflicterende waarden

In het theoretisch kader is toegelicht, dat in de regio's en zorgbedrijven beleid geïmplementeerd wordt dat op bestuurlijk niveau bedacht is. Dit kan leiden tot conflicterende waarden, de vraag is of dit in de praktijk wordt herkend door directeurs en hoe hier dan mee wordt omgegaan. Dit dilemma bleek in de empirie niet prominent aanwezig, wel zijn enkele voorbeelden gegeven die onderstaand zijn opgenomen.

Deze voorbeelden vertonen echter overlap met de dilemma's 'vertrouwen versus controle' en 'regelruimte versus regelbehoefte'.

In het geval van PG komt dit thema in de interviews met name naar voren als het gaat over de samenwerking met en invloed van de RvB op de zorgbedrijven. Er is daarbij dus sprake van overlap met het dilemma 'regelruimte en regelbehoefte'. De waarden, die de RvB heeft op het gebied van regelruimte en regelbehoefte conflicteren met die van de directeuren, doordat de RvB zich op het terrein begeeft waarvan de directeuren van de zorgbedrijven vinden dat dit juist hun werkgebied betreft. Uit de interviews blijkt dat het noodzakelijk is dat gesprekken hierover gevoerd worden tussen directeuren en de RvB. Deze gesprekken zijn niet altijd makkelijk, maar hebben veel toegevoegde waarde zo blijkt uit de volgende quote: *"De eerste keer is echt super spannend, maar we merkten wel dat het geaccepteerd werd, het kan"* (directeur PG). Het feit, dat deze gesprekken gevoerd worden is een positief gegeven.

Een thema dat uit de interviews bij 'sHL directeuren naar voren komt, is het dilemma van omgaan met concern brede projecten en implementaties van nieuwe systemen. Hierbij wordt vooraf vanuit een gezamenlijk belang een plan van aanpak opgesteld. Uit de interviews blijkt dat het vaker voorkomt dat er bij de daadwerkelijke implementatie een soort druk ontstaat waarbij medewerkers in de regio onvoldoende meerwaarde zien en ervaren van deze implementaties. Tegelijkertijd neemt de druk op een snelle implementatie gedurende het proces steeds meer toe. Dit blijkt duidelijk uit de volgende uitspraak van één van de respondenten: *"Wat voor mij toch echt wel een dilemma is, is de afstand tussen de regio en wat er hier soms op het concern bedacht wordt. Hebben we al wel een slag in gemaakt en is soms echt wel lastig. Toetsen we hier eigenlijk altijd wel wat de toegevoegde waarde is voor de regio's en vanuit welk belang kijken we met elkaar?"* (directeur 'sHL). Waarden die lijken te botsen in bovenstaande voorbeeld zijn 'snelheid versus zorgvuldigheid' en 'betaalbaarheid versus toegevoegde waarde'.

Uit de gesprekken blijkt ook dat bovenstaande kan leiden tot een soort wantrouwen tussen regio's en concerndiensten in plaats van het vertrouwen op elkaars kennis, kunde en juiste intenties. Dit wordt duidelijk in de volgende quote: *"Ik trek me dit altijd wat persoonlijk aan want er zit iets van wantrouwen onder. Ik zit er niet om de boel te frustreren, maar juist om het beter te maken, daar ben ik heilig van overtuigd [...] wat heb ik dan ooit gedaan om dat wantrouwen te verdienen"* (directeur 'sHL). Ook hier lijken waarden te botsen zoals 'samenwerking versus wantrouwen'.

Daarnaast lijkt er soms ook sprake te zijn van conflicterende waarden op het niveau van directeuren zelf. Vanuit de RvB wordt gevraagd om samen te werken om 'sHL als geheel te kunnen besturen, echter zijn directeuren ook uitgekozen op hun kwaliteiten om solistisch te werken en besluiten te nemen in hun eigen regio. Dat hierin sprake is van conflicterende waarden blijkt uit de volgende quote: *"Het is ook wel ingewikkeld, we vragen samenwerking maar je wordt bevraagd op dat je soms regie durft te nemen, besluiten durft te nemen en strategie weet te bepalen. Er zit een soort discrepantie in [...] Het bestuur bestuurt, maar eigenlijk willen we allemaal besturen. We zijn er deels ook op uitgekozen omdat we solistisch moeten werken"* (directeur 'sHL). De waarden, die in bovenstaande voorbeeld lijken te botsen zijn 'autonomie versus onderlinge afhankelijkheid'.

Op basis van bovenstaande kan geconcludeerd worden dat er binnen de organisatie sprake is van conflicterende waarden en dat directeuren in hun dagelijks werk bezig zijn om compromissen tussen deze conflicterende waarden te sluiten en deze te rechtvaardigen zoals Postma (2015) dit omschrijft.

Afstand versus nabijheid

Zoals beschreven in het theoretisch kader hebben directeuren (middelmanagement) van regio's en zorgbedrijven te maken met afstand en betrokkenheid richting hun RvB en ook richting hun eigen medewerkers. In deze paragraaf wordt inzicht gegeven op welke manier directeuren zelf op afstand betrokken blijven bij de organisatie-eenheden, waarvoor zij verantwoordelijk zijn. Tevens wordt beschreven hoe zij ervaren, dat de RvB invulling geeft aan dit dilemma in de aansturing van de directeuren.

Vanuit PG wordt aangegeven dat de RvB betrokken is bij de dagelijkse gang van zaken en tevens probeert contact met de werkvloer te behouden. Dit doen zij onder andere door een variant op 'college tour' te organiseren waarbij medewerkers vragen mogen stellen aan de RvB in speciale bijeenkomsten. Bij de bespreking van dit dilemma werd door één van de respondenten aangegeven dat de omvang van de organisatie het voor de RvB erg complex maakt contact te houden met de werkvloer. Daarbij is het ook de vraag of zij dit als RvB moeten doen zo blijkt uit de volgende quote: *"Het is voor ons al moeilijk om de verbinding met de werkvloer te houden maar zij (RvB) staan daar nog verder vandaan. We moeten echt nadenken over wie nou welke rol heeft"* (directeur PG).

Wat betreft de directeuren van de zorgbedrijven zelf wordt er veelal contact gehouden met de medewerkers zelf door 'er gewoon te zijn' en gesprekken te plannen met medewerkers over de koers van de organisatie zo blijkt uit de volgende quote: *"Wat ik zelf nog wel doe zijn één op één gesprekken met managers als reflectie op invulling eigen rol en invulling daarvan. Vragen wat mensen daarvan verwachten en vinden"* (directeur PG). Wat daarbij helpt is dat in het duale leiderschap er één directeur is, die ook nog actief is als behandelaar in het zorgbedrijf. Dit maakt dat het makkelijker is om te weten wat er op de werkvloer speelt, omdat de directeur daar zelf dan nog actief is en dan ook nog veel medewerkers persoonlijk kent: *"Mijn voordeel is dat ik zelf op veel plekken gewerkt heb en veel mensen ken"* (directeur PG). Een leuk gegeven is, dat aangegeven werd door een respondent dat van de werkbezoeken die zij als directeuren doen een vlog wordt gemaakt, die voor de rest van de organisatie beschikbaar is *"Wij doen dat door regelmatig teambezoeken te doen. Dat doen wij eens per maand en niet samen maar om en om en we maken daar ook een vlog van"* (directeur PG). Daarnaast wordt aangegeven dat het voor de ontwikkeling van de koers van het zorgbedrijf ook prettig zou zijn om de RvC meer nabij te hebben. Dit om echt gespiegeld te worden en de lange termijn strategie ook met hen te bespreken.

Uit de interviews bij 'sHL blijkt, dat het voor concerndirecteuren een uitdaging is om contact te houden met het primair proces. Dit is enerzijds ingewikkeld, omdat de organisatie zo groot en verspreid is en anderzijds omdat je als concerndirecteur wel regio's bezoekt, maar ook niet zomaar even binnenstapt in woningen of op andere locaties. Dit blijkt wel uit de volgende quote: *"Wat er bij mij oppopt is dat ik natuurlijk gewoon naar de teams toe zou kunnen gaan, ik zou mezelf gewoon kunnen uitnodigen om met teams in gesprek te gaan [...] Het kan en mag vaak niet om echt achter de deur te kijken in de regio's. Overdag zijn teams er niet en als ze wel samen zijn, zijn ze bezig met cliënten of teamreflectie. Wat doe je*

er dan als directeur? Teams zijn ook een soort van spook die niet echt in zijn geheel zichtbaar zijn" (directeur 'sHL). Op basis van bovenstaande uitspraak lijkt de ervaren afstand tussen concernafdelingen en de teams in het primair proces groot. Deze ervaren afstand lijkt te resulteren in een soort handelingsverlegenheid om daadwerkelijk op bezoek te gaan. Binnen PG zijn ook directeuren die verantwoordelijk zijn voor ondersteunende diensten. Omdat deze directeuren in dit onderzoek niet geïnterviewd zijn kan geen uitspraak gedaan worden over de ervaren afstand tussen primair proces en ondersteunende diensten bij PG.

De regiodirecteuren van 'sHL ervaren de RvB enerzijds als nabij en laagdrempelig wanneer ze nodig zijn. Anderzijds is er behoefte aan meer persoonlijke visie van de RvB leden, waarmee zij laten zien wat zij belangrijk vinden. Ook dit is een vorm van nabijheid. De organisatie is echter zo groot en het is belangrijk deze goed te besturen, de rust te bewaken en ervoor te zorgen dat er geen gekke dingen gebeuren. Uiteraard gaat hier bestuurlijke energie en tijd in zitten zo wordt aangegeven door één van de directeuren tijdens het interview. Vanuit de regio's wordt de uitnodiging gedaan aan de RvB leden om nog meer te gaan vertellen wat hun persoonlijke visie en toekomstperspectieven zijn, zo wordt aangegeven in de volgende uitspraak: *"Zijn open, laagdrempelig en toegankelijk en stellen hun netwerk ter beschikking, zou graag meer van henzelf willen horen en zien. Wie zijn we, waar zijn we van en waar gaan we voor"* (directeur 'sHL). Hier meer over delen en samen over in gesprek gaan zou, volgens de directeuren, een positieve impuls zijn voor de ervaren nabijheid.

Regiodirecteuren zelf geven aan dat nabijheid en afstand niet alleen maar gaat om fysieke nabijheid, maar ook over dat medewerkers weten dat een directeur beschikbaar en bereikbaar is. Dat kan ook zijn via mail, telefoon of WhatsApp. Een ander aspect dat ingebracht werd tijdens de gesprekken was de professionele afstand en nabijheid die een directeur geeft. Dit kan een dilemma zijn, helemaal op zorgparken waar cliënten lang wonen en medewerkers vaak al tientallen jaren werken. Gevolg hiervan kan zijn dat de professionele waarden soms in het gedrang komen en hoe een directeur hiermee omgaat. Medewerkers worden soms vrienden met verwanten en familiale en vriendschappelijke relaties tussen personeel zijn aan de orde van de dag zo blijkt uit de volgende quote: *"Nu heb ik het heel erg over de nabijheid als mens, maar je hebt ook nog de professionele afstand en nabijheid. Door het werken met mensen, waarbij sommige mensen al zo lang met de doelgroep werken, is dat soms nog wel een thema"* (directeur 'sHL).

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat directeuren, zowel bij PG als 'sHL, nabijheid proberen te bieden aan hun medewerkers door er gewoon te zijn, gesprekken te voeren en bereikbaar te zijn via whatsapp of telefoon. Daarnaast wordt ook door respondenten aangegeven, dat belangrijk is dat medewerkers weten dat ze directeuren altijd mogen benaderen als dit nodig is. Het feit dat medewerkers weten dat de directeur beschikbaar is voor hen, is dus ook een manier van nabijheid tonen geven respondenten aan. Directeuren geven daarnaast aan dat ook de RvB's van beide organisaties nabij zijn en ook laagdrempelig toegankelijk. Wel wordt aangegeven door respondenten dat deze nabijheid vaak functioneel is in relatie tot organisatievraagstukken. Er wordt aangegeven, dat directeuren soms ook wel meer benieuwd zijn naar de persoonlijke visie van bestuurders en echte investering in de directeuren zelf. Op basis hiervan lijkt het zo te zijn, dat behoorlijke schaalgrootte van een organisatie de behoefte voedt om de persoonlijke visie van bestuurders meer te horen in plaats van het verhaal van de organisatie. Uit

de interviews bij 'sHL blijkt, dat concerndirecteuren enige afstand ervaren tot teams in het primaire proces die drempelverhogend werkt om daar op bezoek te gaan. Als het gaat om de ervaren afstand tussen regio's en ondersteunende diensten versus de behoefte aan verbinding lijkt er een link te zijn met schaalgrootte. In organisaties waar de activiteiten meer geconcentreerd zijn op één of enkele locaties is deze verbinding fysiek makkelijker te maken. Dat is bij PG en 'sHL ingewikkelder.

Regelruimte en regelbehoefte

In het theoretisch kader is beschreven dat directeuren van regio's en zorgbedrijven enige vorm van discretionaire ruimte nodig om hun werk als professional goed te kunnen uitvoeren. Regelruimte gaat in dit dilemma over de ruimte die een directeur heeft om zelf sturing te kunnen geven aan het organisatieonderdeel waar hij/zij verantwoordelijk voor is. Regelbehoefte gaat over de ruimte die een directeur wenst te hebben om zelf sturing te kunnen geven aan het organisatieonderdeel waar hij/zij verantwoordelijk voor is. In dit hoofdstuk is uitgewerkt hoe directeuren dit dilemma in de praktijk ervaren en hier vervolgens mee omgaan.

Uit de interviews blijkt dat er soms een discrepantie is tussen de regelbehoefte die directeuren van de zorgbedrijven willen hebben en de regelruimte die zij vanuit de RvB ervaren. De governance van PG heeft invloed op deze discussie. Directeuren van zorgbedrijven zijn ingeschreven als volwaardig bestuurder bij de kamer van koophandel en dragen als zodanig de eindverantwoordelijkheid voor hun bedrijf. Helemaal eindverantwoordelijk zijn ze niet, dit ligt namelijk bij de RvB van de PG. Er zijn zaken die buiten hun invloedssfeer liggen, omdat deze centraal worden opgepakt zoals zorgverkoop terwijl de behoefte er wel is hier meer invloed op te hebben zo blijkt uit de volgende quote: *"We staan ingeschreven in de KvK met bestuurlijke verantwoordelijkheid, maar zitten in een groep met een RvB die ook bestuurlijke verantwoordelijkheid hebben. Dat loopt niet altijd synchroon"* (directeur PG). De RvB (als orgaan) staat overigens ook ingeschreven als bestuurder bij de KvK om zorg te dragen voor goede 'checks en balances' binnen de organisatie. Soms is een goed gesprek nodig met de RvB om samen vast te stellen, wie nou eigenlijk waarvoor verantwoordelijk is. Uit de interviews blijkt dat de hierboven genoemde gesprekken intensief en ook erg leerzaam zijn. Kenmerkend is dat deze gesprekken er mogen zijn binnen de organisatie en ook helpend zijn in je persoonlijke groei als directeur van een zorgbedrijf binnen PG.

De governance binnen 'sHL is anders dan die van PG, omdat er binnen 'sHL een RvB is en daar onder (regio)directeuren. De lijnen zijn daardoor erg helder en één van de respondenten gaf daarbij aan dat gevolg hiervan wel is, dat er heel erg veel besluiten langs het bureau van de RvB gaan zo is te lezen in de volgende uitspraak: *"RvB bestuurt en neemt besluiten, gaat best ver zijn hele gedetailleerde stukken. In die zin puzzelt mij of je niet meer delegeren kunt en in je governance de samenhang kunt bewaken door bepaalde subgroepen ook verantwoordelijkheden te geven"* (directeur 'sHL). Gevolg hiervan kan daarbij zijn dat een organisatie soms wacht op besluiten in plaats van proactief aan de slag te gaan met zaken die voorbij komen. Uit de andere interviews kwam daarbij ook naar voren, dat er juist op het gebied van strategische positionering in de regio's veel vrijheid zit in de kaders die worden gegeven door de RvB. Hierdoor is het mogelijk zelf keuzes te maken en uit te voeren in de regio, wat blijkt uit de volgende quote: *"Er zit heel veel ruimte in de acht strategische doelen en dat vind ik ook fijn. Ik voel dus ook de ruimte om die keuzes zelf te maken. Of dat ten dienste is van het geheel van 'sHL, ik denk het wel want ik denk dat ik*

daarin vernieuwend ben en hoop een antwoord te geven op het toekomstige zorglandschap. Weet ik het zeker, nee maar er is niemand die mij vertelt dat het niet zo is” (directeur ‘sHL). Wat hierbij echter lastig is, is dat de gesprekspartners vaak bestuurders zijn van andere instellingen. Deze instellingen zijn wat betreft omvang echter vaak kleiner dan de regio’s van ‘sHL, maar kunnen vaak sneller besluiten nemen met bestuurlijke consequenties. Wanneer het echt om strategische beslissingen gaat, moet de regiodirecteur toch vaak schakelen met de RvB om er zeker van te zijn dat de juiste keus is gemaakt zo blijkt uit de volgende quote: “Dat is wel eens een dilemma omdat je sneller wilt schakelen en mee wilt bewegen met de bestuurders in het veld, terwijl je soms niet altijd de bewegingsvrijheid hebt om snel te kunnen schakelen” (directeur ‘sHL).

Op basis van bovenstaande kan geconcludeerd worden, dat het vraagstuk rondom het dilemma van regelruimte en regelbehoefte zich in beide organisaties voordoet. De uiting van dit dilemma in beide instellingen is wel anders. Bij PG zijn directeuren van de zorgbedrijven (formeel bestuurders) ingeschreven in de KvK als volwaardig bestuurder. Er wordt echter wel gerapporteerd aan de RvB van PG die eindverantwoordelijk zijn voor de gehele groep. De vraag is derhalve waar welke bestuurlijke verantwoordelijkheid ligt, wat is van de RvB en wat is van de directeuren (bestuurders) van de zorgbedrijven. Binnen ‘sHL zijn directeuren verantwoordelijk voor een regio. Gesprekspartners in deze regio’s zijn veelal bestuurders van andere instellingen, die overigens vaak kleiner zijn dan de regio van ‘sHL. Bestuurlijke besluitvorming moet door een directeur echter wel afgestemd worden met de RvB van ‘sHL. Vanuit directeuren perspectief wordt aangegeven, dat er enerzijds wel verwacht wordt dat directeuren bestuurlijke kwaliteiten laten zien in de regio, echter de regelruimte is hier nog niet altijd naar. Dit zorgt soms voor vertraging in de besluitvorming. Dit lijkt een typisch dilemma, dat met schaalgrootte van organisaties te maken heeft. De vraag is voor de directeuren wie hun gelijken zijn, omdat ze zelf leiding geven aan zeer grote onderdelen.

Waar ben ik van: het geheel versus mijn eigen onderdeel

In het theoretisch kader is het dilemma uitgewerkt dat gaat over de vraag ‘waar hoor ik bij’ als middel manager in een grote organisatie. Is de directeur onderdeel van het team van de RvB of van de organisatie-eenheid waaraan leiding wordt gegeven. In deze paragraaf is uitgewerkt hoe directeuren dit dilemma in de praktijk ervaren en hiermee omgaan.

Uit de interviews bij PG blijkt dat de directeuren zich verbonden voelen met de hele Parnassia Groep en daar ook echt aan willen bijdragen. Echter de directeuren staan wel opgesteld om hun eigen zorgbedrijf verder te ontwikkelen. Het vasthouden van de koers, die uitgezet is in het zorgbedrijf is daarbij in hun ogen van groot belang en tevens uitdagend. Het feit onderdeel te zijn van een groter geheel maakt ook dat er vanuit het grotere geheel vraagstukken voorbij komen met een hoge urgentie. Vanuit het perspectief van de zorgbedrijven kan dit echter ten koste gaan van de beschikbare tijd voor het werken aan de eigen koers. Om de gekozen koers van het zorgbedrijf in de totale organisatie ook te laten beklijven is het van belang duidelijk aan te kunnen geven, waar deze bijdraagt aan de gehele groepsdoelstellingen en of de andere zorgbedrijven er ook profijt van hebben zo wordt aangegeven door respondenten *“Alle regio’s waarin we werken betrekken we ook bij wat wij doen. De koers sluit mooi aan bij wat we willen als totale groep en er op andere plekken bedacht wordt”* (directeur PG).

In de gesprekken met de directeuren van 'sHL zijn ook twee concerndirecteuren gesproken. Voor de volledigheid is het goed aan te geven dat er bij PG geen directeuren van ondersteunende afdelingen zijn gesproken. Uit de gesprekken met de directeuren van ondersteunende afdelingen bij 'sHL kwam duidelijk naar voren, dat ze zich zeer verbonden weten met de hele organisatie zo blijkt uit de volgende quote: *"Ik voel me meer dan ooit uitgenodigd om deel van het geheel te zijn en voel me direct gecooëpereerd daarin. Ik ervaar dat ik mezelf kan zijn"* (directeur 'sHL). De afstand tussen concern en de regio's wordt soms nog wel ervaren als groot. Een positieve trend is dat er steeds meer verbinding komt tussen concerndirecteuren en regiodirecteuren. Een van de bestuurders geeft daarbij aan dat in sommige gevallen de socialisatie van regiodirecteuren wel erg in de regio ligt, maar dat hier de afgelopen tijd mooie stappen in gemaakt zijn. Uit de interviews bleek ook dat de afstand concern en regio's voor directeuren, die net in de organisatie werkzaam zijn veel minder merkbaar was dan voor mensen die er al langer werken. Een belangrijk gegeven hierbij is dat er de afgelopen twee jaar ook zeer veel nieuwe directeuren zijn aangesteld wat wellicht een positief effect heeft gehad op de verdere ontwikkeling van de onderlinge samenwerking. Dit wordt ook expliciet genoemd door respondenten: *"We vragen echt ander gedrag van mensen en nemen ook nieuwe mensen aan die op dit gebied (red. onderlinge samenwerking) veel meer gesocialiseerd zijn"* (RvB 'sHL).

Vanuit de regiodirecteuren wordt het beeld herkend dat er mooie stappen gemaakt worden in de samenwerking en dat zij samen staan voor het geheel. Wel is een punt van aandacht dat het formele overleg met alle directeuren en RvB niet voldoende vaak plaatsvindt en een dusdanig volle agenda heeft, dat dit niet voldoende is om echt in verbinding te staan met elkaar. Dit wordt door één van de respondenten als volgt onder woorden gebracht: *"Als je echt sec kijkt heb je eens per vier weken dat je elkaar echt ziet. En dat is op een R&R dag waar de agenda erg vol zit. Het is aan jezelf als directeur om te participeren in werkgroepen en stuurgroepen en daarin die verbinding tot stand te brengen. En door af en toe gewoon hier te zijn"* (directeur 'sHL). Zelf extra tijd investeren in werkgroepen en het aanwezig zijn op het hoofdkantoor zijn belangrijke bouwstenen om echt aangehaakt te blijven bij het geheel.

Samenvattend kan gesteld worden dat zowel bij PG als 'sHL directeuren zich echt onderdeel voelen van de gehele organisatie. Directeuren bij PG geven daarbij wel aan dat de koers van hun eigen zorgbedrijf essentieel is om goed vast te houden, juist omdat dit voordelen biedt voor de hele groep. Vanuit gesprekken met directeuren van 'sHL blijkt dat er de afgelopen jaren mooie stappen zijn gemaakt in de onderlinge verbinding en samenwerking aan de doelen van heel 'sHL. De grote hoeveelheid directeuren en de beperkte ontmoetingsmomenten worden door respondenten wel ervaren als een dilemma om echt verder te werken aan de onderlinge verbinding op het niveau van directeuren.

4.6 Samenvatting bevindingen

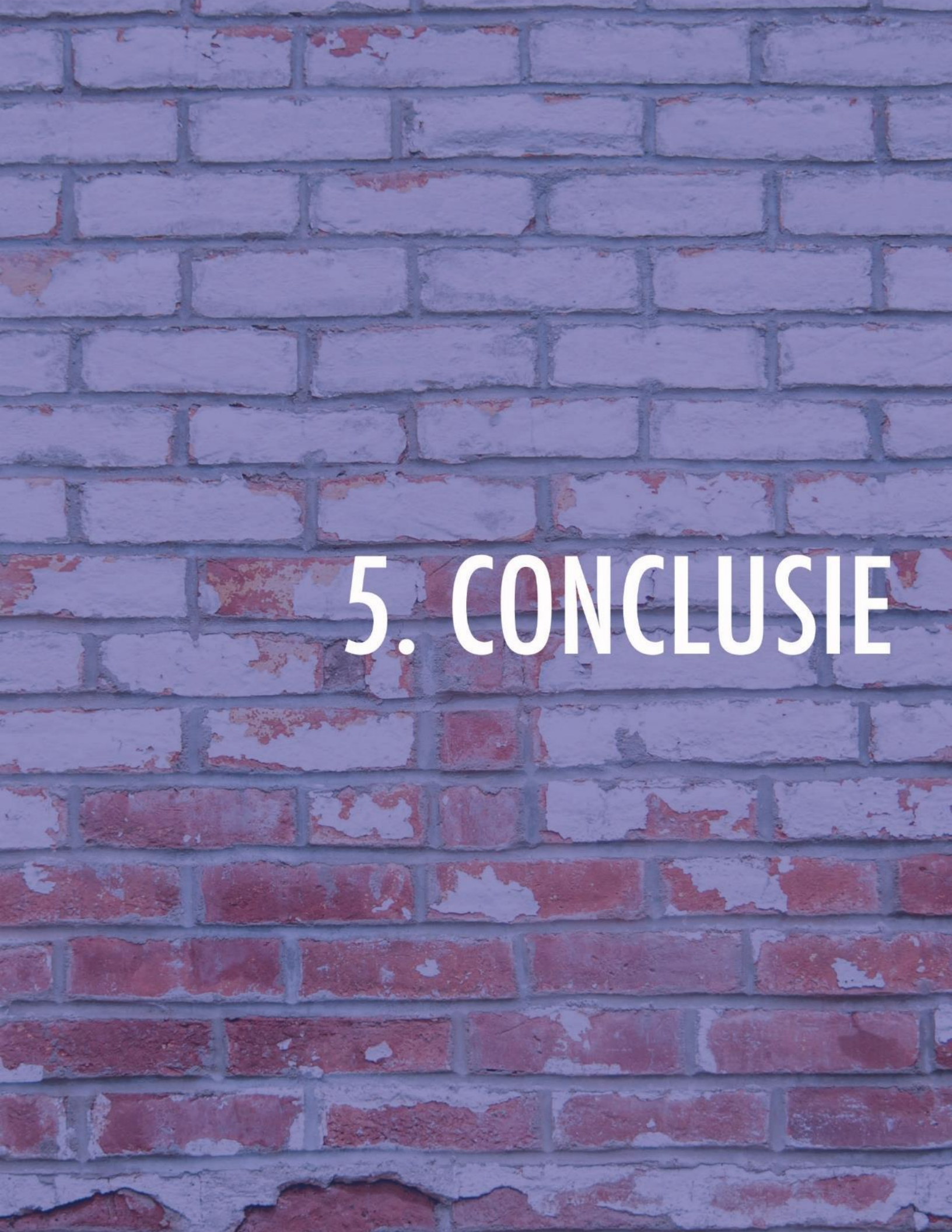
In onderstaande tabel is een samenvatting opgenomen van dit hoofdstuk. Hierin is opgenomen welke dilemma's er in het theoretisch kader zijn opgenomen. Vervolgens is uitgewerkt welke overlap er is vanuit PG en 'sHL wat betreft de dilemma's en waar beide organisaties juist in verschillen.

Dilemma's theorie	Overlap PG & 'sHL	Specifiek PG	Specifiek 'sHL
Maatschappelijke dilemma's			
1. (On)Toegankelijke zorg	- Toegankelijke zorg is voor beide organisaties een vraagstuk. De invulling hiervan is echter verschillend.	- Verkleinen van de wachtlijsten heeft de focus. - Werken aan maatschappelijke acceptatie GGZ problematiek maakt GGZ zorg toegankelijk	- 'sHL heeft zich geprofileerd op de complexe zorg. De vraag is echter wat hier precies onder valt. Dit verder uitwerken is van belang om te bepalen voor wie 'sHL toegankelijk moet zijn
2. Sturing vanuit de zorgorganisatie (aanbod) versus sturing vanuit de cliënt (vraag);	- Voor beide organisaties geldt dat de noodzaak om vraaggericht te werken gezien wordt. Er zit daarbij wel verschil tussen hoe beide organisaties dit willen bereiken.	- Zorg wordt nog veel aangeboden vanuit wat de behandelaar kan in plaats vanuit de vraag van patiënt. Noodzakelijk om meer in de context van patiënten te gaan werken en wat weg te raken bij de DSM5.	- 'sHL is zich steeds meer gaan begeven in het sociaal domein. Deze zorg is vanuit Wlz optiek aangeboden. Dit is meer transitie terwijl er transformatie van dienstverlening nodig is.
3. Belang van de eigen organisatie versus belang van de zorg als geheel;	- Zowel PG als 'sHL geven aan vanwege hun omvang ook een belangrijk rol te zien voor de hele sector waarin zij werken. - Wat lastig is, is het perspectief bij anderen dat zowel PG als 'sHL met name gericht zijn op overnames van andere organisaties. Daarom zijn partijen soms terughoudend om samen te werken met hen.	- De vragen en verwachtingen die er zijn omtrent waar de GGZ (en daarmee ook PG) allemaal van is zijn vaak te hoog en daarnaast ook ambigu. Vanuit PG is een belangrijk vraagstuk hoe de verwachtingen van wat er wel en niet bereikt kan worden door PG helder neer te zetten.	- 'sHL is de afgelopen decennia flink gegroeid. Ook de afgelopen jaren zijn er organisaties overgenomen. Vanuit de RvB is veel aandacht voor een uniforme manier van inrichten en werken van de organisatie. Hier gaat veel tijd in zitten waardoor de focus op de hele sector niet de meeste aandacht heeft.
4. Betaalbaarheid versus doelmatigheid;	- Tarieven voor zorg in sociaal domein (JW en WMO) staan onder druk waardoor de vraag ontstaat of deze zorg op termijn nog wel geleverd kan worden voor de huidige tarieven.	- Doelmatigheid is een belangrijk thema voor PG. Uit benchmarks (Vektis) blijkt ook dat PG de zorg zeer doelmatig weet te leveren. Het deels niet betaald krijgen van geleverde zorg leidt tot vragen over het stelsel.	- Betaalbaarheid in relatie tot organiseren van langdurige zorg is een actueel vraagstuk. Doelmatigheid wordt nog niet actief benoemd als het gaat om leveren van zorg.
5. Kwaliteit van zorg versus kwaliteit van leven;	- In beide organisaties wordt veel gesproken over de kwaliteit van dienstverlening en de verbetering daarvan. - Voor PG en 'sHL is het thema 'kwaliteit van leven' niet iets dat veel besproken is in de interviews.	- Omvang leidt tot mooie initiatieven om kwaliteit van zorg te verbeteren.	- Kwaliteit van zorg is een vraagstuk vanwege de veranderende doelgroep. De vraag is hoe 'sHL goed opgeleid personeel weet te binden voor de complexe doelgroepen in relatie tot de krappe arbeidsmarkt.
6. Governance: sturing en maatschappelijke verantwoording	- Voor beide organisaties geldt dat op basis van de interviews gesteld kan worden dat het gebruik maken van je positie,	- Uit de interviews blijkt dat PG bewust kiest om momenteel minder expliciet gebruik te maken van hun omvang en	- Respondenten geven aan dat 'sHL nog te weinig smool heeft in de sector.

	omvang en marktmacht een zoektocht is. - Respondenten geven aan dat de maatschappij hoge verwachtingen heeft van de grote instellingen die niet altijd reëel zijn. Het lijkt er op dat bestuurders zelf ook vinden dat deze instellingen een brede maatschappelijke opgave hebben vanwege hun omvang.	marktmacht. Deels wordt dit veroorzaakt door de hoge maatschappelijke verwachtingen die er zijn rondom wat PG als GGZ instelling allemaal zou moeten doen. - De propositie van PG als GGZ instelling in de sector lijkt meer uitgekristalliseerd te zijn dan het geval is bij 'sHL.	- In tegenstelling tot PG is het voor 'sHL nog wel de vraag wat de zorg propositie is. De GHZ is minder zichtbaar in het maatschappelijk veld en daarnaast is 'sHL zelf druk bezig zich meer toe te leggen op de vraag 'waar zijn we nou echt van'.
Gezamenlijke dilemma's RvB en directeuren			
7. Schaalvergroting of niet;	- Beide organisaties geven aan dat een toename in omvang voordelen heeft voor het verhogen van de kwaliteit van ondersteunende diensten omdat specialisten aan je gebonden kunnen worden. - Beide organisaties geven ook aan dat er grenzen zijn aan de meerwaarde van schaalgrootte. Organisaties worden op een zeker moment juist ook kwetsbaarder doordat er meer van je wordt verwacht door diverse belanghebbenden.	- Binnen PG is het expliciete doel van schaalvergroting altijd geweest om de kwaliteit van de psychiatrie te verhogen. Bijv. door kleine specialismen te laten groeien en daardoor minder kwetsbaar te zijn. - Schaalvergroting leidt ook tot marktmacht en dit gebruiken is een precare kwestie zo is aangegeven. De organisatie moet niet te koop lopen met omvang en marktmacht, maar deze moet verdiend worden door dienstverlening beter te laten zijn dan bij anderen.	- Uit de interviews bij 'sHL blijkt dat de omvang van de organisatie ook kan leiden tot een soort 'wie kan mij wat maken' gevoel. Dit is gevaarlijk en aangegeven wordt dat 'sHL moet kijken naar hoe de organisatie over 10 tot 15 jaar nog steeds van toegevoegde waarde is in de GHZ sector. - De potentiële marktmacht die 'sHL heeft, vanwege omvang, wordt nog niet voldoende gebruikt voor de sector als geheel. De organisatie mag nog meer haar stempel drukken volgens de geïnterviewden.
8. Omgaan met verschillende elementen van schaal	- In beide organisaties is het vraagstuk van de autonomie van zorgbedrijven/regio's actueel. - Daarnaast geven respondenten aan dat centraliseren van ondersteunende diensten schaalvoordelen biedt. De vraag is echter wat je wel en niet centraliseert. - Ook wordt door respondenten aangegeven dat omvang en structuur van beide organisaties zaken soms complex maakt.	- Een belangrijk vraagstuk voor PG uit de interviews is (de)centraal organiseren. Hoe behaalt de organisatie wel de schaalvoordelen door centralisatie, maar gaat de verbinding tussen het ondersteund apparaat en de interne klanten (de zorgbedrijven) niet verloren. - PG heeft gekozen voor bestuurders binnen de zorgbedrijven. Zij rapporteren aan de RvB van PG. Deze keuze leidt tot vraagstukken over regelruimte en regelbehoefte.	- Uit de gesprekken bij 'sHL blijkt dat de historie van de organisatie, veel regio's met een eigen cultuur, effect heeft om de manier van werken. Er is nog veel diversiteit in de regio's die ervoor zorgt dat er nog weinig uniformiteit in de organisatie is. Hier is momenteel veel aandacht voor. - Aangegeven wordt dat de organisatie beperkt wendbaar is. Omvang, grote (intramurale) regio's en het vele vastgoed in eigen beheer worden genoemd als oorzaken hiervan.
Dilemma's RvB			
9. Vertrouwen versus controle	- Voor beide organisaties is dit een vraagstuk, hoe hiermee om wordt gegaan verschilt.	- Op basis van de interviews lijkt PG een duidelijke sturingsstructuur te hebben waarbij veel aandacht is voor controle. Rapportages van de	- Verantwoordelijkheden zijn bij 'sHL stevig gedelegeerd naar de regio's. Dit zorgt voor veel verschillende werkwijzen. Met de 'koers' wordt getracht een

		zorgbedrijven vinden plaats op afdelingsniveau - De RvB geeft ook aan dat door deze manier van sturen ook een risico bestaat dat je te veel op directie niveau werkt en er mogelijk meer ruimte zou moeten zijn om wat meer op afstand te kunnen sturen.	besturingsfilosofie te creëren die leidt tot meer uniformiteit. - Aanspreken van elkaar wanneer afspraken niet na worden gekomen is iets waarin de afgelopen jaren veel verbeterd is. Toch kan dit nog beter. - Contactpersonen in regio's zijn belangrijk om zorgteams te ontlasten en de directeuren te ondersteunen bij eenduidige ondersteunende processen.
10. Afstand versus betrokkenheid	Bij dit dilemma zijn er met name overeenkomsten tussen beide organisaties. Vandaar dat ervoor gekozen is geen verschillen te benoemen - In de voorbeelden die voorzitters RvB geven blijkt dat nabijheid vooral nodig is op de momenten dat zaken niet goed gaan. Ze willen er dan zijn om directeuren te ondersteunen en samen te zoeken naar oplossingen. - Daarnaast geven voorzitters aan dat ze in hun rol soms ook duidelijk moeten zijn naar collega's. Het gaat er om dat de juiste keuzes voor de organisatie worden gemaakt, niet om aardig gevonden te worden. - Leden RvB geven aan dat het vooral belangrijk is om er te zijn voor je medewerkers en dat ook fysiek te doen waar mogelijk. - Daarnaast geven leden RvB ook specifiek aan dat ze het belangrijk vinden dat ze een sfeer van openheid en vertrouwen creëren waarbij medewerkers iets bespreekbaar durven te maken wanneer dat nodig is.		
11. De bestuurder als professional: een reflectie op de eigen rol en invulling daarvan	Ook bij dit dilemma zijn er met name overeenkomsten tussen beide organisaties. Vandaar dat ervoor gekozen is geen verschillen te benoemen. - Focus hebben in waar de organisatie voor staat en mee bezig is, is een belangrijke taak voor de RvB. Goed weten wat er speelt, dat kunnen vasthouden en zaken niet loslaten, maar er juist op terugkomen is belangrijk in het zijn van bestuurder. - Het hebben van zelfinzicht is essentieel om deze functie goed te kunnen vervullen. Belangrijk is dat er in de RvB voldoende tegenkracht is om te voorkomen dat bestuurders vooral zichzelf willen laten gelden in de organisatie en daarbuiten. - Een laatste punt dat is benoemd door respondenten is dat het als RvB belangrijk is om een eenduidig beeld naar de buitenwereld neer te zetten van de organisatie. - Wat tevens opvalt is dat de voorzitters van de RvB vaak terug gaan naar het narratief van hun organisatie. Ze vertellen bij meerdere vragen waar hun organisatie vandaan komt, waar de organisatie voor staat en wat hierin belangrijk en nodig is vanuit de RvB, maar ook wat directeuren en bestuurders van de zorgbedrijven zouden moeten doen. Dit komt minder terug in de interviews met leden RvB.		
Dilemma's Directeuren			
12. De directeur als professional: een reflectie op de eigen rol en invulling daarvan	- Bij zowel PG als 'sHL ervaren directeuren veel vrijheid om te werken aan hun eigen ontwikkeling. In beide organisaties is geen sprake van een opleidingsprogramma dat structureel voorziet in de ontwikkeling van directeuren.	- Directeuren geven aan dat externe voeding belangrijk is om je rol binnen de zorgbedrijven goed te kunnen vervullen. Frequenter contact met de RvC om te spiegelen wordt hierin gemist.	- Binnen 'sHL wordt door diverse respondenten gesproken over het zoeken naar je positie in de organisatie. Waar moet je wel bij betrokken zijn en wanneer moet je dingen even laten gaan. De omvang van 'sHL maakt dit complex.
13. Omgaan met conflicterende waarden	- Het dilemma hoe om te gaan met conflicterende waarden is niet in veel interviews heel expliciet besproken. Wel zijn er enkele voorbeelden genoemd die hiernaast zijn opgenomen.	- Bij PG gaat het in dit dilemma vooral om het perspectief dat directeuren vinden dat de RvB zich in de praktijk echt op het terrein begeeft waar zij als directeur zelf voor	- Conflicterende waarden bij 'sHL hebben met name betrekking op de concern brede projecten die uitgerold worden in de regio's. Bij de implementatie ontstaat druk waardoor het lijkt

		verantwoordelijk zijn. Daarmee is er veel overlap met het dilemma regelruimte en regelbehoefte.	alsof de toegevoegde waarde van het project voor het primaire proces van ondergeschikt belang is aan een snelle implementatie.
14. Afstand versus betrokkenheid	- Voor beide organisaties geldt dat er gesproken is over de afstand en nabijheid ten opzichte van de RvB. Deze wordt echter wel anders geduid door respondenten. - De overeenkomst is dat in beide instellingen de directeuren wel aanwezig proberen te zijn voor hun medewerkers. Daarvan zijn diverse voorbeelden genoemd.	- De RvB probeert vanuit het perspectief van directeuren zeker verbinding te houden met het primaire proces. De vraag is echter of dit echt iets is waarmee zij zich bezig zouden moeten houden vanuit directie perspectief. - De directeuren van de zorgbedrijven doen locatie-bezoeken en maken hier ook vlogs van. Ook worden er één op één gesprekken gedaan met medewerkers waarin reflectie wordt gevraagd op het eigen handelen.	- Eén respondent geeft aan dat het lastig is aanwezig te zijn in de regio's. De omvang van de organisatie is daarin beperkend en zij vraagt zich af of de teams wel op hen zitten te wachten. - De directeuren ervaren dat de RvB nabij en laagdrempelig toegankelijk is. Wel wordt er verteld dat er behoefte is om inhoudelijk meer van hen te zien. Wat is hun visie op de zorg en waar 'sHL naar toe beweegt. - Regiodirecteuren geven zelf aan vooral ook nabij te willen zijn voor hun medewerkers. Niet alleen fysiek, maar ook dat medewerkers weten dat ze altijd kunnen bellen, appen en mailen wanneer nodig.
15. Regelruimte en regelbehoefte	- In beide organisaties is sprake van een spanningsveld tussen de regelruimte die directeuren daadwerkelijk krijgen vanuit de RvB in de praktijk en graag zouden willen hebben. - De governance van beide organisaties is anders en heeft veel invloed op deze discussie tussen RvB en directeuren.	- In de praktijk is er discrepantie in de regelruimte die directeuren willen hebben en de ruimte die gegeven wordt door de RvB. Het feit dat de directeuren van zorgbedrijven als volwaardig bestuurder ingeschreven zijn bij de KvK heeft effect op deze discussie. - Tevens wordt aangegeven dat er nog veel sprake is van controle in de wijze waarop de verantwoording binnen PG is ingericht.	- Veel besluiten binnen 'sHL gaan via de RvB. Hierdoor komt het regelmatig voor dat regio's wachten op besluiten in plaats van al aan de slag te zijn. - Regiodirecteuren geven aan dat er ruimte is om strategische keuzes te maken in de regio's. - Wat soms lastig is, is dat gesprekspartners bestuurders zijn en dat directeuren soms eerst nog langs hun eigen RvB moeten om echt zaken toe te kunnen zeggen.
16. Waar ben ik van: het geheel versus mijn eigen onderdeel	- Vanuit beide organisaties wordt aangegeven dat directeuren zich primair verantwoordelijk voelen voor hun eigen regio/zorgbedrijf, maar ook zeker voor heel PG of 'sHL. Hoe hiermee om wordt gegaan in de praktijk verschilt wel tussen beide organisaties.	- Directeuren van zorgbedrijven geven aan zich erg verbonden te voelen met heel PG. Echter ze staan wel opgesteld voor hun eigen zorgbedrijf. Hierbij wordt aangegeven dat het van belang is dat de koers van het eigen zorgbedrijf goed aansluit op de doelstelling van heel PG.	- Vanuit 'sHL wordt aangegeven dat er de afgelopen jaren veel geïnvesteerd is in het meer vanuit gezamenlijkheid werken. De resultaten hiervan worden steeds meer zichtbaar. - Er wordt opgemerkt dat alleen de formele overleggen niet voldoende zijn om elkaar echt te leren kennen. Deelnemen aan werkgroepen en aanwezig zijn op het hoofdkantoor is hierbij ook erg belangrijk.



5. CONCLUSIE

5. Conclusie

In dit hoofdstuk volgt de beantwoording van de deel- en hoofdvragen. Hiervoor is gebruik gemaakt van de inhoud van voorgaande hoofdstukken. Allereerst worden de deelvragen beantwoord waarna afgesloten wordt met de beantwoording van de hoofdvraag.

5.1 Beantwoording deelvragen

Wat is de maatschappelijke opgave van zorginstellingen en specifiek die van grote instellingen (> EUR 500 miljoen)?

Zoals het geldt voor alle zorginstellingen geldt het ook dat de grootste GHZ en GGZ instellingen van Nederland hun zorg van goede kwaliteit, toegankelijk en betaalbaar moet zijn. Dat omvang effect heeft op de manier waarop PG en 'sHL hun maatschappelijke opgave duiden, blijkt duidelijk uit de interviews.

Voor PG geldt dat de ambitie niet alleen is om goede zorg te bieden, maar juist om de psychiatrie in Nederland naar een hoger niveau te brengen zo wordt aangegeven door respondenten. Omvang is hierin helpend doordat kleine specialismen in stand gehouden kunnen worden, er meer ruimte is voor innovatie van dienstverlening en hele duidelijke zorgketens te kunnen ontwikkelen in regio's. Daarnaast wordt aangegeven dat het een belangrijk doel is van PG om een bijdrage te leveren aan het bespreekbaar maken van psychische problemen in Nederland zonder dat patiënten zich hiervoor hoeven te schamen. Een laatste element, dat besproken is in de interviews, is het doelmatig leveren van zorg. Uit benchmarks van Vektis blijkt dat PG in staat is zorg doelmatiger aan te bieden dan kleinere instellingen. Door respondenten wordt aangegeven, dat dit belangrijk is om de maatschappelijk toegevoegde waarde van PG aan te tonen.

'sHL heeft zich steeds meer toegelegd op de complexe en specialistische zorg in de gehandicaptenzorg. Dit geldt zowel voor de zorg gefinancierd vanuit de Wlz, Jw en de WMO. Als grote instelling binnen de GHZ wil 'sHL de instelling zijn, die voor cliënten met een complexe zorgvraag een goed antwoord heeft en bij andere instellingen niet terecht kunnen.

Op basis van bovenstaande lijkt het er op dat de maatschappelijke opgave van grote zorginstellingen twee elementen in zich heeft. In de eerste plaats is de maatschappelijke opgave voor deze grote instellingen niet anders dan die van kleine instellingen, namelijk het leveren van kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg. Een tweede element is dat deze grote instellingen, juist vanwege hun omvang, zich een bredere maatschappelijke opgave aan lijken te meten dan kleinere instellingen. Dit bijvoorbeeld in termen van 'de kwaliteit van de psychiatrie in Nederland verhogen' en 'er zijn voor de meest complexe doelgroep in de GHZ'. Op basis van de interviews kan geconcludeerd worden, dat omvang klaarblijkelijk een relatie heeft met het verbreden van de maatschappelijke opgave van deze instellingen. Hoe groter de omvang van de organisatie hoe groter de verwachtingen die anderen en de organisaties zelf hebben van wat zij moeten en kunnen betekenen voor de maatschappij.

Wat is er vanuit de literatuur bekend over dilemma's bij het aansturen van (grote) instellingen en hoe hier mee om wordt gegaan door bestuurders en directeuren?

Uit het theoretisch kader blijkt dat er onderscheid gemaakt kan worden in een drietal verschillende dilemma's bij de aansturing van grote instellingen. In de eerste plaats zijn er dilemma's die relateren aan de maatschappelijke opgave van organisaties en de maatschappelijke verwachtingen die er zijn over

hetgeen een organisatie doet of zou moeten doen. Een groot effect op deze dilemma's is dat zorginstellingen hybride organisaties zijn waar vanuit vier verschillende domeinen aan getrokken wordt. Dit zijn de markt, overheid, gemeenschap en medische professie. Daarmee is er sprake van een gelaagd systeem waarin bestuurders en directeurs van zorginstellingen hun werk doen (Putters, 2009). Het samenkomen van deze vier domeinen in één organisatie zorgt voor vraagstukken, waarbij bestuurders en directeurs keuzes moeten maken, die effect hebben op alle vier deze domeinen. Op basis hiervan zijn de volgende dilemma's beschreven vanuit maatschappelijk perspectief:

1. (On)toegankelijke zorg;
2. Sturing vanuit de zorgorganisatie (aanbod) versus sturing vanuit de cliënt (vraag);
3. Belang van de eigen organisatie versus de zorg als geheel;
4. Betaalbaarheid versus doelmatigheid;
5. Kwaliteit van zorg versus kwaliteit van leven;
6. Governance: maatschappelijke verantwoording en aantoonbare meerwaarde omvang organisatie.

Ten tweede zijn er bestuurlijke dilemma's die betrekking hebben op de inrichting van een organisatie en de rol die een bestuurder daar zelf in heeft en de wijze waarop de bestuurder daarin acteert. Bestuurders reageren op veranderende omstandigheden door aanpassingen in schaal, structuur, management en inrichting van organisaties (van der Scheer 2013, van der Scheer et al. 2017) met als doel het belang van de zorgorganisatie op korte en lange termijn te dienen (Governancecode zorg, 2017). Schaalvergroting is daarmee een uitkomst van bestuurlijke beslissingen om, als het goed is, beter invulling te geven aan de maatschappelijke opgave waar organisaties voor staan. Dilemma's waar bestuurders, op basis van theoretisch onderzoek, mee te maken krijgen zijn:

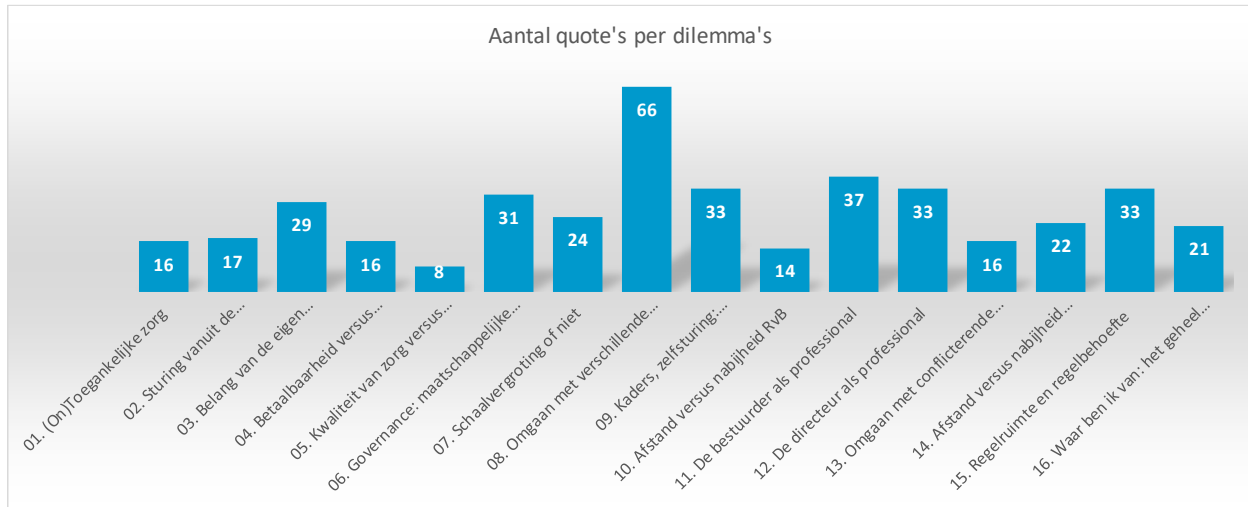
7. Wel of geen schaalvergroting;
8. Omgaan met verschillende elementen van schaal;
9. Kaders en zelfsturing; vertrouwen versus controle;
10. Afstand versus nabijheid;
11. De bestuurder als professional; een reflectie op de eigen rol invulling daarvan.

Tot slot is er het perspectief vanuit het midden management. Directeuren dragen geen bestuurlijke eindverantwoordelijkheid voor een gehele zorggroep zoals PG en 'sHL, dit is namelijk belegd bij de raad van bestuur. Wel begeven deze functionarissen zich in een complexe positie. Je hebt letterlijk een positie in het midden van de organisaties, tussen een raad van bestuur en het primaire proces. Deze plek wordt ook wel het meervoudige midden genoemd (Oldenhof, 2015). Enerzijds worden bestuurlijke kwaliteiten verwacht vanwege de omvang van de regio/zorgbedrijf waarvoor de directeur verantwoordelijk is, anderzijds heeft de directeur zich te verhouden tot beleid dat is vastgesteld door de RvB. Dilemma's waar directeurs, op basis van theoretisch onderzoek, mee te maken krijgen zijn:

12. De directeur als professional; een reflectie op de eigen rol invulling daarvan
13. Omgaan met conflicterende waarden
14. Afstand versus nabijheid
15. Regelruimte en regelbehoefte
16. Waar ben ik van; deel of geheel

Welke dilemma's worden in de praktijk ervaren door bestuurders en directeurs van grote instellingen en hoe worden deze door hen gehanteerd?

Uit de interviews blijkt dat de meerderheid van de respondenten in meerdere of mindere mate herkenning hebben op de dilemma's uit het theoretisch kader. Sommige dilemma's zijn minder relevant gebleken, andere dilemma's vertonen veel overlap, die zijn te clusteren tot kernvraagstukken typisch voor deze grote zorginstellingen. In onderstaande figuur is duidelijk weergegeven hoeveel quotes van respondenten per dilemma zijn gegeven. In bijlage IV is het coderingsoverzicht van de interviews opgenomen, evenals een overzicht van het aantal quotes per organisatie.



Figuur 5: aantal quotes per dilemma

Op basis hiervan is duidelijk zichtbaar dat er drie dilemma's zijn die in de interviews minder naar voren zijn gekomen en dat betreffen de dilemma's

- Over het dilemma 'kwaliteit van zorg versus kwaliteit van leven' is in het bevindingen hoofdstuk geschreven dat dit dilemma niet prominent aanwezig was tijdens de interviews. Er is wel veel gesproken over kwaliteit van zorg, het thema kwaliteit van leven kwam veel minder expliciet ter sprake. Dat er sprake is van een dilemma tussen kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven, zoals aangenomen werd vanuit het theoretisch kader is niet duidelijk gebleken uit de interviews.
- Afstand versus nabijheid RvB is een dilemma dat niet veelvuldig is besproken tijdens de interviews, maar waar bestuurders wel van aangeven, dat dit een vraagstuk is. In het bevindingen hoofdstuk is hierover reeds opgemerkt dat ook voor bestuurders geldt, dat ze het belangrijk vinden er te zijn voor hun medewerkers, specifiek ook op de momenten dat er moeilijkheden zijn.
- Het dilemma omgaan met conflicterende waarden bleek in de empirie niet prominent aanwezig. Het meest concrete voorbeeld, dat één van de respondenten hierbij aangaf, had betrekking op snelheid versus zorgvuldigheid van implementatietrajecten die vanuit concern worden uitgerold in regio's. Verder lijken thema's, die gaan over conflicterende waardes in de praktijk veel overlap te vertonen met 'vertrouwen versus controle' en 'regelruimte versus regelbehoefte'.
- Het dilemma 'Betaalbaarheid versus doelmatigheid' is ook beperkt benoemd in de interviews. Uit gesprekken met bestuurders kwam het thema doelmatigheid expliciet naar voren bij PG en ging het bij 'sHL veel meer over betaalbaarheid. Dit kenmerkende verschil is daarom wel duidelijk opgenomen in het bevindingen hoofdstuk.

Dilemma's die het meest herkenbaar zijn in de praktijk en waar tevens het meest over gesproken is tijdens de interviews zijn, in volgorde van aantal quotes:

- 'Omgaan met verschillende elementen van schaal' is het dilemma dat verreweg het meest ter sprake is gekomen in de interviews. Drie elementen die zowel voor PG als 'sHL gelden hierbij is het vraagstuk over de autonomie van zorgbedrijven en regio's ten opzichte van de hele organisatie, het dilemma in hoeverre ondersteunende diensten wel of niet (de)centraal georganiseerd moeten worden en het feit dat omvang en structuur van beide organisaties zaken ook complex maakt. Specifiek voor PG geldt, dat één manier van omgaan met de verschillende elementen van schaal het opzetten van verschillende zorgbedrijven is. Deze zorgbedrijven worden aangestuurd door bestuurders (in dit onderzoek directeurs genoemd) die rapporteren aan de RvB. Dit leidt in de praktijk tot vraagstukken op het gebied van afbakening van verantwoordelijkheden en taakgebieden. Hierbij is dus een duidelijke link met het dilemma 'regelruimte en regelbehoefte'. Voor 'sHL geldt dat de organisatie bestaat uit een aaneenschakeling van fusies en overnames van de afgelopen 100 jaar, waarbij naast een rijke historie regio's ook allemaal een eigen cultuur met eigen werkwijzen hebben. De afgelopen jaren is stevig ingezet op een eenduidige besturingsfilosofie en meer uniformiteit in de manier van werken tussen regio's en het concern. De effecten hiervan zijn steeds meer zichtbaar, maar dit blijft een uitdaging vanwege de omvang en de landelijke dekking van regio's.
- In zowel de gesprekken met bestuurders als directeurs is veel gesproken over het 'invullen van deze rollen in de organisaties en een reflectie daarop'. Vanuit RvB perspectief wordt duidelijk aangegeven dat het hebben van focus, zelfinzicht en creëren van gezonde tegenkracht belangrijk is om deze grote instellingen aan te kunnen sturen. Tevens is aangegeven, dat het creëren van een eenduidig beeld naar de buitenwereld een belangrijk onderdeel is van de taken van een RvB. Vanuit directeurs perspectief is in de interviews nog meer nadruk gelegd op de eigen professionele ontwikkeling, dit is veel minder prominent besproken in de gesprekken met de RvB leden. Directeurs geven aan dat er veel ruimte is om opleidingen te doen en aan te geven wat je zelf nodig hebt in je eigen ontwikkeling. Voor beide organisatie geldt echter dat er geen centraal georganiseerd opleidingsprogramma, al dan niet in samenwerking met andere grote GGZ en GHZ instellingen, wordt aangeboden op dit niveau. In de gesprekken bij PG werd expliciet aangegeven dat het creëren van externe voeding, om zelf scherp te blijven en de koers van het eigen zorgbedrijf te kunnen toetsten, belangrijk is voor de directeurs van de zorgbedrijven. Uit de gesprekken bij 'sHL blijkt, dat het voor directeurs soms nog een zoektocht is naar de eigen positie in de organisatie. Vragen die hierbij horen zijn bijvoorbeeld; waar moet je wel wat van vinden en wanneer niet en wanneer moet je zaken even laten lopen of juist actief betrokken zijn?
- In gesprekken met de bestuurders is veel gesproken over het dilemma 'kaders, zelfsturing: vertrouwen versus controle'. Voor beide organisaties is dit een dilemma. De wijze waarop hier mee om wordt gegaan, lijkt op basis van de input van respondenten wel te verschillen. PG lijkt een duidelijke sturingsstructuur te hebben waarbij veel aandacht is voor controle en sturing vanuit de RvB. Dit blijkt onder andere uit het feit dat rapportages van de zorgbedrijven op afdelingsniveau aangeleverd en besproken worden met de RvB door directeurs van de zorgbedrijven. De RvB geeft zelf aan dat hier ook een risico in zit dat er te veel op directie niveau gewerkt wordt en er mogelijk meer ruimte zou moeten zijn om wat meer op afstand te kunnen sturen als RvB. Echter het zorgt er ook voor dat de RvB goed zicht heeft op wat er in de bedrijven gaande is. Bij 'sHL zijn verantwoordelijkheden stevig gedelegeerd naar de regio's. Dit zorgt voor veel verschillende werkwijzen en verschillende vraagstukken. Temeer nu de financiële resultaten van de zorggroep onder druk staan. Door middel van 'de koers' wordt getracht een besturingsfilosofie te creëren die leidt tot meer uniformiteit tussen regio's en concern.

- Het dilemma 'regelruimte en regelbehoefte' relateert nauw aan het hierboven genoemde dilemma vanuit RvB perspectief. In beide organisaties is sprake van een spanningsveld tussen de regelruimte die directeuren daadwerkelijk krijgen vanuit de RvB in de praktijk en graag zouden willen hebben. De governance van beide organisaties is anders en heeft invloed op deze discussie. Vanuit PG perspectief is de vraag hoe de regelruimte van de directeuren van de zorgbedrijven, die als volwaardig bestuurder ingeschreven zijn in de KvK, zich verhoudt tot die van de RvB. Het feit dat respondenten aangeven dat de organisatie nadrukkelijk vanuit controle gestuurd wordt, heeft ook invloed op het omgaan met dit dilemma. Vanuit 'sHL komt een meer ambigu beeld naar voren op basis van de interviews. Veel besluiten binnen 'sHL gaan via de RvB. Hierdoor komt het regelmatig voor dat regio's wachten op besluiten in plaats van al aan de slag te zijn met vraagstukken. Anderzijds geven respondenten wel aan, dat er in de regio's ruimte is om strategische keuzes te maken wat betreft dienstverlening en positionering.
- Een laatste dilemma dat in zowel de gesprekken met RvB's als directeuren veel ter sprake is gekomen betreft 'governance: maatschappelijk verantwoording'. Voor beide organisaties geldt, dat op basis van de interviews gesteld kan worden dat het gebruik maken van je positie, omvang en marktmacht een zoektocht is. Respondenten geven aan dat de maatschappij hoge verwachtingen heeft van de grote instellingen die niet altijd reëel zijn. Op basis van de interviews wordt echter ook zichtbaar dat bestuurders zelf ook vinden dat deze instellingen een brede maatschappelijke opgave hebben vanwege hun omvang. Hier lijkt dus sprake te zijn van een contradictio in terminis. Grote instellingen vinden zelf dat ze een brede maatschappelijk opgave hebben, als de maatschappij dit echter concreet maakt en instellingen hier aan gaat houden leidt dit tot onrealistische verwachtingen over wat wel en niet gevraagd kan worden van deze instellingen. Op basis van de interviews lijkt het er op dat de propositie van PG als GGZ instelling in de sector meer uitgekristalliseerd is dan die van 'sHL in de GHZ. 'sHL is aan het zoeken naar de manier waarop meer maatschappelijk impact gemaakt kan worden voor de GHZ sector als geheel en PG kiest er momenteel juist voor om publiek veel minder gebruik te maken van hun marktmacht en omvang in het publieke debat.

In het omgaan met dilemma's zijn door respondenten verschillende zaken benoemd, waarvan een aantal elementen ook benoemd zijn in het theoretisch kader. Enerzijds geven respondenten aan dat persoonlijke waarden, overtuigingen en principes helpen dilemma's te hanteren. Hierbij wordt bevestigd wat de Goeie (2017) schrijft over het omgaan met dilemma's. Naast deze meer persoonlijke elementen wordt door respondenten ook aangegeven dat bij het omgaan met dilemma's andere elementen een belangrijke rol spelen. Voorbeelden hiervan zijn de structuur (interne governance) van de eigen organisatie. Het feit dat PG bestaat uit BV's en 'sHL uit één stichting en dat PG verschillende zorgbedrijven heeft met een eigen focus en 'sHL veel regio's waar min of meer dezelfde zorg wordt geboden, heeft veel impact op het omgaan met dilemma's. Andere elementen die volgens respondenten van invloed zijn op het omgaan met dilemma's zijn de relatie en samenwerking met andere partijen in de sector, de samenwerkingsrelatie met collega's van andere onderdelen binnen de eigen organisatie en de kennis en ervaring die bestuurders en directeuren zelf hebben opgedaan in het primaire proces. Daarmee zijn de vier 'I's' van Putters die benoemd zijn in het theoretisch kader, te weten: "de institutionele vormgeving (zoals rechtsvormen), de interacties met de omgeving (zoals samenwerking), de informatie en kennis die gebruikt worden (bijvoorbeeld ervaringsdeskundigheid), en de intuïties van bestuurders zelf (zoals het al dan niet inzetten op winstoogmerk)" (Putters, 2009) op onderdelen ook duidelijk zichtbaar in de wijze waarop bestuurders en directeuren omgaan met dilemma's. Een andere opmerking die goed is om te plaatsen in dit kader is dat veel van de voorbeelden die in het kader van dit onderzoek benoemd zijn als dilemma, in de praktijk

door respondenten niet als zodanig gezien worden. Een dilemma wordt dan niet zozeer gezien als een dilemma, maar meer als gegeven waar bestuurders en directeurs mee te maken hebben en hun weg in moeten zien te vinden en daarmee horen bij hun functie als RvB/directeur in een grote organisatie als 'sHL en PG.

Welke lessen zijn er te trekken uit de opgedane inzichten hoe bestuurders en directeurs van grote instellingen omgaan met dilemma's in hun organisatie?

In het onderzoek is verschil gemaakt tussen raden van bestuur en de directeurs. In het omgaan met dilemma's door raden van bestuur zijn de volgende lessen te trekken:

1. Blijf koersvast en hou focus.

Bovenstaande les heeft met name betrekking op het dilemma 'de bestuurder als professional' en laat zien welke elementen belangrijk zijn in het uitvoeren van deze functie. Uit de interviews blijkt dat meerdere bestuurders aangeven, dat koersvast zijn en het blijven houden van focus essentieel is voor het aansturen van hun organisatie en de dilemma's die hierbij komen kijken. Ook is hierbij aangegeven dat het een zoektocht blijft, hoe je focus kan blijven houden, zonder daarbij als RvB te veel op uitvoerend niveau te komen en daarmee gedeeltelijk op de stoel van directeurs te gaan zitten.

2. Organiseer je eigen tegenmacht

Een tweede les die van toepassing is op het dilemma 'de bestuurder als professional' staat hierboven beschreven. RvB's binnen de grootste GGZ en GHZ instellingen van Nederland staan opgesteld voor een zware taak om hun organisaties zowel op korte als langere termijn in staat te stellen hun maatschappelijke opgave waar te maken. Dit kan alleen als er sprake is van een echt team waar je elkaar kan aanspreken, de scherpste soms opzoekt en echt gebruik maakt van elkaars kwaliteiten, kennis en kunde zo geven respondenten aan. Het organiseren van je eigen tegenmacht (ook in brede zin binnen bijvoorbeeld de bestuursraad, met directeurs, stafmedewerkers en een RvT) is daarbij van grote waarde om te voorkomen dat je elkaar niet meer kritisch kan bevragen op beslissingen.

3. Hou contact met het primaire proces

Het contact houden met het primair proces is een belangrijk element in het hanteren van het dilemma 'afstand versus betrokkenheid'. Respondenten geven aan dat het essentieel is voor RvB's om contact te blijven houden met de werkvloer om goede beslissingen te kunnen nemen. Eén van de respondenten gaf daarbij aan dat de kwaliteit van beslissingen zelfs afneemt als hier geen tijd meer voor is.

4. Bewustzijn dat marktmacht als grote partij ook nadelige effecten kan hebben

In het omgaan met de dilemma's 'governance: maatschappelijke verantwoording' en 'schaalvergroting of niet' is het goed dat organisaties zich beseffen dat marktmacht zich ook tegen organisaties kan keren. Met name bij PG is een aantal keer gesproken over het feit dat het hebben van veel marktmacht als grote partij ook nadelige effecten kan hebben. Het is een dilemma hoe hier als organisatie mee om te gaan, wanneer wordt gebruik gemaakt van deze marktmacht en wanneer bewust niet. Dit vraagt wijsheid en gevoeligheid in onderhandelingen en gesprekken met externe partijen. Respondenten geven daarbij aan dat het essentieel is om de kwaliteit van dienstverlening dusdanig op orde te hebben om recht te hebben van spreken als grootste instelling van Nederland.

5. Zorg altijd voor een inhoudelijk goed verhaal bij fusies en overnames.

Een tweede les aangaande het dilemma 'schaalvergroting of niet' gaat over het goede verhaal bij fusies en overnames. Zowel PG als 'sHL zijn de afgelopen decennia sterk gegroeid door fusies en overnames. Uit de interviews blijkt echter duidelijk, dat in organisaties op een gegeven moment de draagkracht voor nog meer niet autonome groei op is. Als deze draagkracht er niet meer is, moet een RvB pas op de plaats maken en weer voldoende aandacht hebben voor het creëren van een goed evenwicht tussen de interne organisatie en de externe omgeving.

6. Zorg voor verbinding tussen de verschillende regio's/zorgbedrijven

Een laatste les vanuit RvB perspectief heeft betrekking op het dilemma 'omgaan met verschillende elementen van schaal'. In meerdere interviews is aangegeven, dat deze grote instellingen meer zijn dan alleen maar hun gecumuleerde omvang. Het creëren van verbinding tussen de regio's/zorgbedrijven/ondersteunende diensten is belangrijk om samen de doelstellingen van de organisatie te behalen. Hier kan ook op gestuurd worden wanneer deze entiteiten onder één organisatie vallen. Het blijft wel een vraagstuk hoe dit in deze grote instellingen gefaciliteerd kan worden.

In het omgaan met dilemma's door directeurs zijn onderstaande lessen te trekken. Ook hierbij is een koppeling gemaakt met het dilemma waarop deze les betrekking heeft.

1. Zorg voor voldoende externe voeding

Deze externe voeding heeft betrekking op het dilemma 'de directeur als professional'. Directeurs geven aan dat ze het nodig hebben om voldoende externe voeding te krijgen om hun taak goed uit te kunnen voeren met alle dilemma's, die daarbij op hun pad komen. Hierbij valt te denken aan contact met de RvT/RvC, intervisie en externe trainingen en opleidingen. Opvallend hierbij is dat dit thema bij directeurs veel vaker genoemd wordt, dan bij RvB leden.

2. Blijf goed verbinding houden met collega directeurs van andere regio's/zorgbedrijven

Het dilemma 'waar ben ik van; het geheel versus mijn eigen onderdeel' werd duidelijk herkend in de interviews. In deze grote instellingen hebben directeurs een groot verantwoordelijkheidsgebied, waarin het echte contact met 'peers' kan worden verloren en beperkt wordt tot de formele overleggen. Juist het echte samenwerken aan de realisatie van de doelen van de organisatie geeft energie, houdt directeurs scherp en is van belang om verbonden te blijven met andere organisatieonderdelen.

3. Blijf gesprekken voeren over centraal/decentraal uitvoeren van werkzaamheden

Vanuit het perspectief van directeurs is deze les belangrijk in het omgaan met het dilemma 'omgaan met verschillende elementen van schaal'. Respondenten geven aan, dat het van belang blijft om het gesprek te blijven voeren met zowel de RvB als met concerndirecteurs over de wijze waarop ondersteunende diensten worden georganiseerd. Het idee, hier geen invloed op te hebben zorgt voor verwijdering tussen primair proces en ondersteunende diensten. Samen het gesprek aangaan over wat nodig is ten behoeve van ondersteuning van het primaire proces en hoe dit gerealiseerd kan worden, zorgt voor verbinding en een goede samenwerking.

4. Voer gesprekken met de RvB over regelruimte, juist op de momenten dat het spannend is of er een crisis dreigt

Zoals uit de beschrijving al blijkt heeft deze les betrekking op het hanteren van het dilemma 'regelruimte en regelbehoefte'. Directeur zijn van een regio bij 'sHL of zorgbedrijf bij PG is een zeer verantwoordelijke baan. Deze organisatieonderdelen zijn vaak even groot als, of groter dan, zelfstandig functionerende GHZ of GGZ instellingen. Het gesprek voeren met de RvB over wie waar nou precies verantwoordelijk voor is, blijkt belangrijk te zijn voor een goede samenwerking. Dit juist op die momenten dat het spannend is en er een crisis dreigt of je daar middenin zit.

5.2 Beantwoording hoofdvraag

De hoofdvraag van dit onderzoek luidde als volgt: *Welke dilemma's ervaren bestuurders en directeurs van zorginstellingen groter dan circa 500 miljoen en hoe hanteren zij deze in het licht van de maatschappelijke opgave van deze organisaties?*

Op basis van dit onderzoek en de beantwoording van de deelvragen zijn er diverse dilemma's uitgewerkt, die specifiek lijken te zijn voor PG en 'sHL. Deze dilemma's komen in de diverse interviews op verschillende manieren terug en relateren ook heel specifiek aan de omvang van deze instellingen. Bij de beantwoording van deelvraag drie '*Welke dilemma's worden in de praktijk ervaren door bestuurders en directeurs van grote instellingen en hoe worden deze door hen gehanteerd?*' kwam duidelijk naar voren dat de volgende vijf dilemma's het meest prominent besproken zijn tijdens de interviews:

1. 'Omgaan met verschillende elementen van schaal'
2. 'De bestuurder en directeur als professional: een reflectie op de eigen rol en invulling daarvan'
3. 'Kaders, zelfsturing: vertrouwen versus controle'
4. 'Regelruimte en regelbehoefte'
5. 'Governance: maatschappelijk verantwoording'

Al eerder is aangegeven dat er enige mate van overlap is tussen de dilemma's die bestuurders en directeurs ervaren en verschillende elementen in de diverse dilemma's terugkomen. Bij de beantwoording van de hoofdvraag van dit onderzoek worden de uitkomsten van dit onderzoek teruggebracht naar die type dilemma's, die ervaren worden door bestuurders en directeurs en een duidelijk verband hebben met de omvang van de organisaties.

Dilemma 1: Formuleren en waarmaken van de brede maatschappelijke opgave

Voor zowel PG als 'sHL geldt dat zij als maatschappelijke opgave hebben om voor hun cliënten de geleverde zorg van goede kwaliteit, toegankelijk en betaalbaar te laten zijn. Dit geldt echter ook voor kleinere instellingen in Nederland. Wat echter opvalt is dat beide instellingen hun maatschappelijke opgave verbreden naar 'er zijn voor de meest complexe en zware GHZ vragen' en 'de psychiatrie in Nederland naar een hoger peil brengen'. Daarmee lijkt het er op alsof deze grote instellingen een zwaarwegender maatschappelijke opgave op zich nemen, dan het enkelvoudig vermenigvuldigen van het leveren van zorg aan een groter aantal cliënten, dan bij kleine instellingen.

De keerzijde hiervan is dat een organisatie door de maatschappij aansprakelijk kan worden gehouden, wanneer er in de zorgverlening iets niet goed gaat. Hoewel hier in de praktijk vaak meerdere partijen bij betrokken zijn zoals gemeentes, politie, huisartsen en justitie, bestaat in de maatschappij het beeld alsof

het probleem van de instelling alleen is. Specifiek voor PG geldt bijvoorbeeld dat een ernstig incident met een cliënt snel kan leiden tot conclusies over de gehele GGZ of de dienstverlening van PG als geheel, terwijl dit niet reëel is, omdat hier veel meer partijen bij betrokken zijn. Resultaat hiervan is vervolgens dat een ander doel van PG wordt om de maatschappelijke verwachting omtrent de GGZ bij te stellen naar een realistisch niveau. Hier lijkt een tegenstrijdigheid in te zitten. In het geval van 'sHL blijkt uit de interviews dat het inmiddels nodig is om de term 'complexe zorg' verder te operationaliseren. Dit omdat het maar zo kan zijn dat de organisatie een plek wordt voor cliënten die door anderen betiteld worden als complex, zonder dat deze echt passen binnen het dienstenaanbod van 'sHL, zoals het bedoeld is vanuit de maatschappelijke belofte.

Geconcludeerd kan worden dat deze twee grootste instellingen van Nederland er voor kiezen een bredere maatschappelijke opdracht te formuleren dan alleen het leveren van goede, toegankelijk en betaalbare zorg. Deze verbreding resulteert echter ook weer in vraagstukken, die te maken hebben met haalbaarheid van deze brede opgave.

Dilemma 2: Schaalgrootte leidt tot schaalvoordelen, deze schaalvoordelen zijn echter eindig.

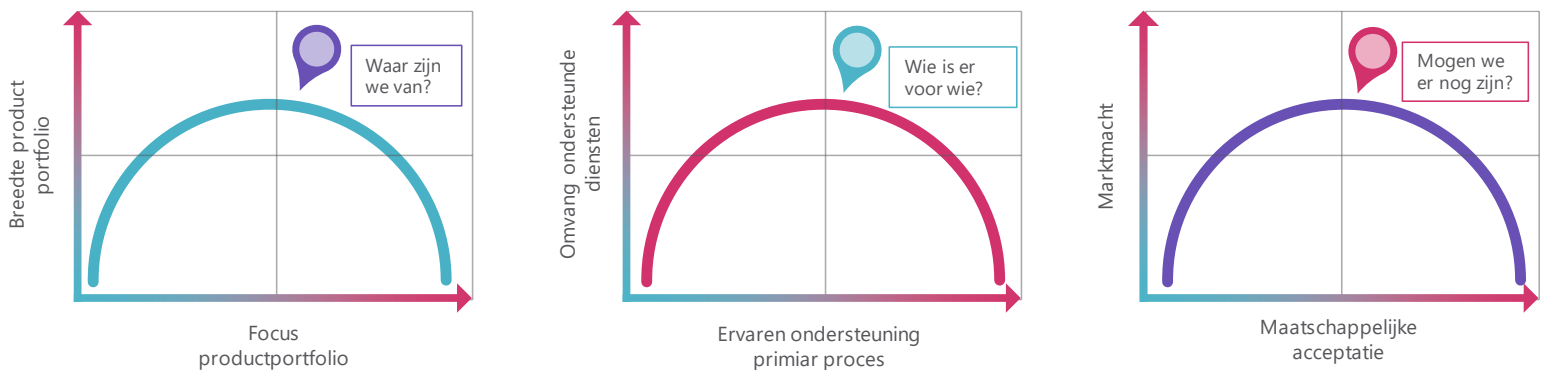
Respondenten geven aan dat schaalvoordelen van grote instellingen op onderdelen veel toegevoegde waarde heeft. Zo is het mogelijk om regionale zorgketens te ontwikkelen binnen de eigen organisatie, waardoor toegankelijkheid van zorg voor cliënten toeneemt. Daarnaast worden er schaalvoordelen behaald door het centraliseren van ondersteunende diensten en administratieve processen. Omvang maakt het daarbij ook makkelijker om echte specialisten op ondersteunende diensten te kunnen binden aan de organisatie. Daarnaast leidt schaalgrootte ook tot meer marktmacht, die behulpzaam kan zijn in gesprekken met zorgverzekeraars, overheid en andere partijen.

Uit de interviews blijkt ook dat het behalen van schaalvoordelen geen lineaire lijn omhoog is in relatie tot schaalgrootte. Met andere woorden, het is niet zo dat groei leidt tot steeds meer schaalvoordelen. Op basis van de interviews kan geconcludeerd worden, dat er sprake lijkt van een optimum in schaalgrootte in relatie tot schaalvoordelen, een verdere groei leidt er toe dat er juist allerlei organisatorische dilemma's ontstaan die schaalvoordelen weer doen afnemen. Een aantal voorbeelden hiervan zijn als volgt. Hoe groter een organisatie wordt en daarmee ook verbreding van het zorgaanbod, hoe lastiger het is om concreet focus te houden op de kernpropositie van de organisatie. Waar is een organisatie wel van, waarvan ook niet zijn dan belangrijke vragen. PG heeft dit vraagstuk opgelost door verschillende zorgbedrijven te creëren die tezamen een keten vormen en individueel een duidelijke marktpositie innemen. Binnen 'sHL ligt de focus op complexe zorg in de GHZ. Uit de interviews blijkt dan ook dat het risico ontstaat, dat door toename in omvang het voor andere organisaties makkelijker wordt om ingewikkelde cliënten aan te melden bij 'sHL, zonder dat deze wellicht passen in de precieze typering van cliënten met een echte complexe zorgvraag.

Alle respondenten erkenden dat centralisatie van ondersteunende diensten en processen schaalvoordelen oplevert voor grote instellingen. Hier zit echter ook een keerzijde aan. Wanneer deze ondersteunde afdelingen toenemen in omvang en hier ook meer vakspecialisten aan verbonden worden bestaat het risico dat deze afdelingen in zichzelf gekeerd raken, ondersteunende werkprocessen nog verder opgedeeld worden tussen medewerkers en de verbinding met het primaire proces wordt kwijtgeraakt. Het blijft een dilemma hoe hier mee om te gaan als grote instellingen. Welke

werkzaamheden worden (de)centraal uitgevoerd en hoe wordt voldoende verbinding gehouden met het primaire proces.

Wat betreft marktmacht zijn respondenten het er ook over eens dat schaalgrootte leidt tot een toename van marktmacht. Ook voor dit element lijkt het zo te zijn dat er een punt is waarbij schaalgrootte echter niet leidt tot meer marktmacht, maar tot een afnemend voordeel van marktkracht. Het beeld bij externe partijen dat instellingen ‘to big to fail’ zijn en alleen maar bezig zijn met overnames bemoeilijkt de samenwerking en onderhandelingen met financiers. Daarnaast zorgt dit besef er ook voor dat instellingen zelf ook terughoudender zijn met de publieke profilering, juist vanwege het bewustzijn van de maatschappelijke impact van de instellingen. Onderstaand is op deze drie elementen visueel weergegeven hoe schaalgrootte zich verhoudt tot schaalvoordelen.



Figuur 6: Omslagpunt schaalvoordelen

Op basis van bovenstaande kan geconcludeerd worden dat schaalgrootte onder andere voordelen biedt voor het ontwikkelen van zorgketens, efficiency in ondersteunde diensten, terugbrengen van duur en kosten van behandeltrajecten en een toename van de toegankelijkheid. De toenemende schaalgrootte leidt echter niet alleen maar tot behalen van meer schaalvoordelen. Er lijkt een omslagpunt te zitten wanneer nog meer groei juist zorgt voor een afname in de schaalvoordelen. Dit omdat er dan weer meer georganiseerd moet worden in de processen die zorgen voor schaalvoordelen.

Dilemma 3: Richten, inrichten, aansturen en los (durven) laten

Dit laatste dilemma is een samenvoeging van drie reeds eerder beschreven dilemma's die betrekking hebben op hoe bestuurders en directeuren hun rol invullen, hoe kaders binnen de organisaties zijn vormgegeven (vertrouwen versus controle) en of er balans is tussen regelruimte en regelbehoefte. Op basis van interviews is duidelijk te concluderen, dat bestuurders en directeuren in deze grote organisaties soms op elkaars terrein komen. Dit komt ook terug in hun rolopvatting. Van belang is dat beide partijen hier goed mee om moeten kunnen gaan. Onderstaand volgt een korte uitwerking van de verschillende elementen en perspectieven op dit dilemma.

Een dilemma dat in de interviews meerdere keren terugkwam is het vraagstuk rondom de interne governance van zeer grote instellingen. Zowel vanuit RvB perspectief als vanuit directeuren perspectief is de vraag hoe om te gaan met de autonomie van zorgbedrijven en regio's en de individuele regelruimte van directeuren. De RvB's van PG en 'sHL zijn verantwoordelijk voor de totale organisatie, die bestaat uit

vele duizenden cliënten en medewerkers en bijna 1 miljard euro omzet. 'sHL heeft gekozen voor een governancemodel waarin er regio's zijn die allemaal onder de naam 'sHL werken en aangestuurd worden door een regiodirecteur. De omvang van deze regio's varieert wat omzet betreft van circa. EUR 30 Miljoen tot bijna 100 miljoen. Daarnaast zijn er concerndirecteuren, die verantwoordelijk zijn voor een afdeling binnen het concern of het SSC van 'sHL. PG heeft ervoor gekozen te werken met verschillende zorgmerken, die allemaal een eigen naam en uiting hebben en samen PG vormen. De zorgbedrijven worden aangestuurd door een tweetal bestuurders (in dit onderzoek directeuren genoemd ten behoeve van de vergelijking met 'sHL) die statutair ook ingeschreven staan bij de KvK als bestuurder van het betreffende zorgbedrijf. Deze zorgbedrijven kunnen ook een omvang tot EUR 200 miljoen hebben.

Zoals hierboven duidelijk is gemaakt zijn de aandachtsgebieden van directeuren in deze twee instellingen vaak even groot als zelfstandig functionerende instellingen, waar één of twee bestuurders leiding aan geven. Dit zorgt ervoor dat directeuren in deze instellingen niet alleen directeur zijn van hun onderdeel, maar ook zekere bestuurlijke competenties moeten bezitten om de regio's en zorgbedrijven aan te kunnen sturen. De keerzijde hiervan is dat de bestuurlijke eindverantwoordelijkheid in deze instellingen bij de RvB's ligt en zij ook voldoende op de hoogte willen zijn van wat er in de organisatie gebeurt om de eindverantwoordelijkheid te kunnen dragen. In de praktijk leidt dit tot dilemma's op het gebied van regelruimte en regelbehoefte, in de gesprekken met RvB's en directeuren is dit meermaals aangegeven als dilemma. Hierbij is ook aangegeven, dat het aangaan van het professioneel discours hierover van groot belang is om een goede verstandhouding met elkaar te hebben en houden. Respondenten hebben aangegeven dat deze gesprekken helpen bij de professionele ontwikkeling als directeur.

Op basis van bovenstaande blijkt dat deze grote instellingen continu aan het worstelen zijn met de autonomie van de verschillende onderdelen (regio's en zorgbedrijven) en de vrijheid en autonomie van de directeuren, die deze onderdelen aansturen en de rol die de RvB heeft in de aansturing van het geheel. Enerzijds zijn er eigenlijk bestuurders nodig voor de aansturing van deze organisatieonderdelen vanwege hun omvang en positie in de regio waar ze werken. Anderzijds is het vanuit RvB perspectief niet wenselijk dat deze organisatieonderdelen helemaal hun eigen gang gaan, de verbinding verliezen met het geheel en directeuren zich gaan gedragen als eindverantwoordelijk bestuurders. Op papier kan de governance van een organisatie er mooi uit zien, maar het wordt pas duidelijk als er spannende situaties ontstaan. Bestuurders en directeuren begeven zich regelmatig op elkaars terrein, hier moet je tegen kunnen en mee om kunnen gaan zowel als bestuurder en als directeur. Wat misschien wel meer dan gemiddeld speelt in organisaties met een schaal als die van 'sHL en PG is dat het middel management van een bijzonder hoog niveau moet zijn. Op deze schaal zijn de directeuren namelijk de facto bestuurders van hun onderdeel in vergelijking met de buitenwereld. Dit betekent dat er ook een zekere spanning is tussen het opereren van de directeuren in relatie tot dat van de RvB. Dat vraagt ook van de RvB dat ze in staat zijn om hele goede mensen om zich heen te verdragen, mensen die op onderdelen wellicht zelfs beter zijn dan zijzelf. Juist op de momenten dat het spannend wordt met elkaar in gesprek blijven over verwachtingen, regelruimte en regelbehoefte is van groot belang in de samenwerking tussen de RvB en directeuren en het gezamenlijk waarmaken van de maatschappelijke opgave die deze grote instellingen hebben.



6. DISCUSSIE, REFLECTIE EN AANBEVELINGEN

6. Discussie, reflectie en aanbevelingen

6.1 Discussie

In dit onderzoek is gekeken naar de dilemma's die bestuurders en directeurs van de grootste GGZ en GHZ instellingen ervaren en hoe deze dilemma's gehanteerd worden in het licht van de maatschappelijke opgave waar deze instellingen voor staan. Dat er een verband is tussen omvang en dilemma's voor deze twee instellingen is zowel vanuit de theorie als empirie bevestigd. Echter bleek in het empirisch gedeelte van dit onderzoek ook dat er meer elementen zijn dan omvang alleen die er voor zorgen dat er dilemma's ontstaan voor deze instellingen. Naast omvang blijkt uit de interviews ook dat de verschillende sectoren waarin beide instellingen werkzaam zijn, GGZ en GHZ, veel invloed hebben op de dilemma's die ontstaan en hoe hiermee wordt omgegaan door bestuurders en directeurs. Daarnaast heeft ook de ontstaansgeschiedenis en de wijze waarop instellingen gegroeid zijn de afgelopen decennia veel invloed op de dilemma's die ervaren worden en hoe hiermee wordt omgegaan.

Bovenstaande noopt dan ook tot de conclusie, dat de gedane bevindingen vanuit beide instellingen niet zomaar met elkaar vergeleken kunnen worden. Achtergrondkennis over de sector waarin geopereerd wordt is essentieel om de beschreven dilemma's en de wijze waarop hiermee omgegaan wordt goed te kunnen duiden. Het feit dat PG opereert in de GGZ waar veel meer concurrentie is tussen aanbieders en schaarste van behandelaren en 'sHL als GHZ aanbieder in een sector werkt waar marktwerking en onderlinge concurrentie nog veel minder invloed heeft op de bedrijfsvoering van een organisatie, is hier een voorbeeld van. Daarnaast dient ook rekening gehouden te worden met de historie van beide instellingen en het effect daarvan op de cultuur. De historie heeft veel effect op de uitdagingen waar de instellingen nu voor staan. Historie gaat, in het kader van dit onderzoek, niet alleen om de geschiedenis van de instellingen, maar ook over de wijze waarop de omvang van beide instellingen tot stand is gekomen. Een voorbeeld hiervan is dat 'sHL in 1934 een eerste fusie heeft gedaan en sindsdien meerdere instellingsterreinen heeft opgericht of andere organisatie heeft overgenomen, die tot een aantal jaar geleden redelijk zelfstandig konden opereren. Het beeld van de Parnassia Groep is daarentegen heel anders, de eerste fusie vond plaats in 1999 en deze organisatie is de afgelopen 20 jaar zeer snel gegroeid waarbij altijd strak gestuurd is op uniforme processen en een scherpe bedrijfsvoering.

Een ander vraagstuk, dat zich voordoet naar aanleiding van het empirisch onderzoek is de overlap tussen de ervaren dilemma's bij bestuurders en directeurs. Als onderzoeker heb ik scherp onderscheid gemaakt tussen dilemma's die gelden voor bestuurders en die gelden voor directeurs. Op basis van de empirie blijkt dat dit onderscheid veel minder scherp is dan verwacht. In het hoofdstuk 5 'conclusies' is al aangegeven dat dit deels verklaard kan worden door de omvang van de verantwoordelijkheidsgebieden van directeurs van regio's en zorgbedrijven. In de praktijk worden bestuurlijke competenties van directeurs gevraagd vanwege de omvang van de eenheden waarvoor zij verantwoordelijkheid dragen. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat het kenmerkend is voor grote zorginstellingen dat het onderscheid tussen bestuurders en directeurs klein(er) is dan bij andere instellingen. Dit is tevens een verklaring voor de discussies over vertrouwen versus controle; en regelruimte en regelbehoefte.

Een belangrijke beperking van dit onderzoek is, dat op basis van de bevindingen niet gegeneraliseerd kan worden door conclusies te trekken over de hele GGZ of GHZ sector of over alle grote zorginstellingen in

Nederland. Hiervoor is het aantal respondenten dat gesproken is te klein. Een andere belangrijke beperking is dat er ook geen vergelijking met kleinere instellingen heeft plaatsgevonden. Tevens moet voorzichtig worden omgegaan met het komen tot conclusies voor heel 'sHL en PG. De beschreven perspectieven zijn gebaseerd op elf individuele gesprekken van circa anderhalf uur. De uitkomsten van deze gesprekken kunnen daarmee moeilijk beschouwd worden als representatief voor de beide organisaties als geheel, maar wel als exemplarisch. Ze geven een indicatie van welke dilemma's zich kunnen voordoen bij bestuurders en directeurs van grote zorginstellingen, ze geven een dieper inzicht in hoe zij hier mee omgaan en wat volgens hen aandacht vraagt.

6.2 Reflectie

Inhoudelijke reflectie

Dit onderzoek betrof een exploratief onderzoek waarbij gebruik is gemaakt van twee casestudies, 'sHL en PG. Op basis van het literatuuronderzoek is gekomen tot een topiclijst welke leidend is geweest voor de interviews. Bij de uitwerking van de interviews is de procedure om te komen tot codering van de antwoorden van respondenten zorgvuldig gevolgd. Het beoordelen van de betrouwbaarheid van de gebruikte data is complex omdat het proces van codering plaats heeft gevonden door één onderzoeker. De mogelijkheid bestaat dat een andere onderzoeker met dezelfde data tot andere conclusies was gekomen. Het feit dat de interviews zijn getranscribeerd, deze transcriptie is gebruikt voor codering en dat citaten van respondenten zijn gebruikt als onderbouwing in het resultatenhoofdstuk vergroot de betrouwbaarheid van de uitkomsten van dit onderzoek.

De beschikbare tijd heeft mij als onderzoeker gedwongen tot een duidelijke scoping waarbij expliciet gekozen is voor twee organisaties en elf interviews. Aanvullend onderzoek bij meerdere respondenten en organisaties, zoals Espria, zijn wenselijk om conclusies te kunnen trekken over de dilemma's die instellingen groter dan EUR. 500 miljoen ervaren in de praktijk.

Persoonlijke reflectie

Zoals reeds beschreven in het voorwoord van dit onderzoek leven we anno 2020 in bijzondere tijden. Het corona virus, waarvan slechts weinigen hadden kunnen bedenken welke impact dat zou hebben, heeft veel effect gehad op de beschikbare tijd voor dit onderzoek. Desalniettemin bleek het, met de nodige praktische en mentale ondersteuning van de scriptiebegeleider, mogelijk de vooraf bedachte stappen in het onderzoek te doorlopen en te komen tot het gewenste eindresultaat.

Het doen van wetenschappelijk onderzoek behoort niet tot het standaard handelingsrepertoire van mij als manager. Het scherp volgen van de daarvoor geldende richtlijnen evenals de continue feedback van de begeleider hebben dit tot een leerzaam proces gemaakt. Als achtergrond in de consultancy was het een oefening om niet zelf tot conclusies en adviezen te komen, maar vooral de literatuur en respondenten te laten spreken.

Een laatste punt van reflectie is het doen van onderzoek in de organisatie waar je zelf werkzaam bent. Doordat je als onderzoeker de organisatie van binnenuit kent bestaat het risico meer zaken in te vullen of vanuit je eigen ervaring op te schrijven. Het vele werken met quotes en een duidelijk onderscheid maken

tussen meningen en bevindingen van respondenten en van de onderzoeker zelf heeft de betrouwbaarheid van het onderzoek goed gedaan.

6.3 Aanbevelingen

In het inleidende hoofdstuk van dit onderzoek is beschreven dat de relevantie van dit onderzoek uit drie onderdelen bestaat te weten de wetenschappelijke, maatschappelijke en praktische relevantie. In deze laatste paragraaf van dit onderzoek worden aanbevelingen gedaan hoe de resultaten uit dit onderzoek op deze drie onderdelen verder gebracht kunnen worden.

Wetenschappelijke aanbevelingen

De wetenschappelijke bijdrage die dit onderzoek heeft geleverd is gelegen in het bij elkaar brengen van bestaande theorievorming omtrent besturen in de zorg, schaalvergroting en het omgaan met dilemma's en te onderzoeken in welke mate deze herkenbaar zijn voor en toepasbaar zijn op de grootste zorginstellingen in de GGZ en GHZ van Nederland. Hiermee is op wetenschappelijke wijze inzicht verkregen in de dilemma's die grote zorginstellingen ervaren en hoe hier vanuit verschillende perspectieven (bestuur en directie) mee om wordt gegaan.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek zijn om de waarneming van dit onderzoek uit te breiden naar andere instellingen in Nederland groter dan EUR. 500 miljoen, zoals Espria. Hierdoor wordt het mogelijk uitspraken te kunnen doen over de ervaren dilemma's en hoe hier mee omgegaan wordt door alle instellingen groter dan EUR 500 miljoen in Nederland. Aanvullend zou ook onderzoek gedaan kunnen worden naar (academische) ziekenhuizen die een omzet hebben groter dan EUR 500 miljoen. Hoewel deze ziekenhuizen veelal geconcentreerd zijn op één locatie en niet de landelijke spreiding hebben die 'sHL en PG wel hebben, is het aannemelijk dat ook hier sprake is van vergelijkbare dilemma's.

Een vervolgonderzoek zou tevens kunnen plaatsvinden bij organisaties kleiner dan EUR 500 miljoen om vast te stellen of in deze instellingen dezelfde dilemma's worden ervaren. De grens van EUR 500 miljoen is arbitrair omdat deze door de onderzoeker is vastgesteld en er zeer weinig GGZ en GHZ instellingen zijn die groter zijn dan deze omzet. Door dit onderzoek uit te voeren zou meer inzicht verkregen kunnen worden in welke mate toename in omvang leidt tot herkenning op dilemma's zoals beschreven in dit onderzoek.

Maatschappelijke aanbevelingen

De maatschappelijke relevantie van dit onderzoek is gericht op het inzicht geven in de specifieke besturingsopgave van grote zorginstellingen en wat dit vraagt van bestuurders en managers. Zoals eerder beschreven is er een toename te zien van grote instellingen door fusies en overnames in de zorg, daarnaast is ook zichtbaar dat zorginstellingen het financieel zwaar hebben en resultaten onder druk staan. Dit is overigens ook bevestigd door de respondenten die deel hebben genomen aan dit onderzoek.

Dit onderzoek laat zien met welke dilemma's grote instellingen te maken krijgen en hoe hiermee wordt omgegaan. Opgedane inzichten zijn hiermee niet alleen voor PG en 'sHL van toegevoegde waarde, maar

ook voor andere instellingen die met dilemma's te maken hebben vanwege de omvang of toenemende omvang van de organisatie.

Praktische aanbevelingen

De praktische relevantie van dit onderzoek is gelegen in het feit dat er voor zowel bestuurders als directeuren inzichten zijn verworven in welke dilemma's het meest herkenbaar zijn en hoe daarmee om wordt gegaan in de grote zorginstellingen die onderdeel uitmaken van dit onderzoek. Op basis van het onderzoek worden de volgende aanbevelingen gedaan voor beide organisaties en respondenten die mee hebben gewerkt aan het onderzoek. Hiervoor is geput uit het theoretisch kader, empirische bevindingen en de persoonlijke werkervaring van de onderzoeker.

1. Wees je bewust van het feit dat afstand en nabijheid van twee kanten komt.

Uit onderzoek van Stoopendaal (2008) blijkt dat bestuurlijke afstand vaak toegeschreven wordt aan het feit dat bestuurders zich distantiëren van het zorgproces. In de praktijk blijkt dit, zoals reeds beschreven in het theoretisch kader, genuanceerder te liggen. Zorgprofessionals, managers en directeuren hebben enige discretionaire ruimte nodig om hun werk goed uit te kunnen voeren. Het bewust op afstand houden van bestuurders kan daarbij een manier zijn om deze discretionaire ruimte te bewaken, hetgeen ook leidt tot het op afstand brengen van de RvB. Het creëren van afstand tussen RvB en directie is dus een spel dat door twee partijen gespeeld wordt, waar twee partijen belang bij kunnen hebben en wat twee partijen ook kunnen doorbreken.

2. Persoonlijk contact als oplossing voor het overbruggen van afstand

Vaak wordt schaalgrootte genoemd als oorzaak voor de ontstane afstand tussen RvB en directeuren, tussen directeuren en management en tussen management en medewerkers. Stoopendaal (2008) laat in haar onderzoek echter zien dat niet schaal, maar de strijd om schaarse middelen zorgt voor afstand. Het schaarse persoonlijk contact veroorzaakt daarbij afstand, niet de schaalgrootte van de organisatie. Zorgdragen voor voldoende persoonlijk contact is makkelijker gezegd dan gedaan, maar iets dat van grote waarde is. Hoewel dit niet prominent blijkt uit de empirie van dit onderzoek, geven respondenten wel aan dat er behoefte is om meer van de bestuurder zelf te weten en te horen. Hier gaat het dan om de bestuurder als persoon en hun visie op de organisatie. Het zou kunnen zijn dat bij organisaties met een behoorlijke schaalgrootte de behoefte om de mens achter de directeur en bestuurder te kennen groter is, om daarmee meer persoonlijke nabijheid of verbinding te voelen. De aanbeveling is om binnen deze organisaties hier een open gesprek over te voeren en op basis hiervan vast te stellen of er voldoende tijd wordt besteed aan persoonlijk contact tussen RvB en directie en hoe de behoeftes van eenieder hierin zijn.

3. Schaal heeft meerdere dimensies, maak daar meer gebruik van

Schaalvergroting wordt vaak gezien als een synoniem voor schaal als structuur; iets dat meetbaar of tastbaar is. Postma (2015) geeft aan dat er naast de dimensie structuur er nog twee andere dimensies zijn die iets zeggen over de schaal van organisaties, dit zijn schaal als ruimte voor sociale processen en schaal als symbool. "Schaal als ruimte voor sociale processen benadrukt dat schaal ook een plaats is waar managers, professionals en patiënten interacteren en waar zorg wordt georganiseerd en geleverd en

schaal als symbool bevat het spreken over schaal waarmee opvattingen over ‘goede zorg’ worden gevormd en overgebracht” (Postma, 2015). In het omgaan met dilemma’s is schaal als structuur dominant gebleken in de interviews. De aanbeveling luidt dan ook te onderzoeken hoe de andere elementen van schaal PG en ‘sHL nog beter in staat stellen hun brede maatschappelijk opgave als grote instelling waar te maken. Zo zou bijvoorbeeld meer aandacht besteed kunnen worden aan de uitwisseling van opvattingen over goede zorg tussen managers en medewerkers van verschillende organisatieonderdelen om te komen tot innovaties en nog meer verbinding binnen de organisaties.

4. Besteed aandacht aan meerdere dimensies van vertrouwen

Meurs (2014) geeft aan dat vertrouwen meerdere dimensies heeft, te weten: gebleken prestaties, aanwezige competenties (vertrouwen op deskundigheid) en onderlinge intenties (vertrouwen in onderlinge goede bedoelingen). Uit dit onderzoek blijkt dat er weinig is gesproken over sturen en vertrouwen op competenties en intenties. Een praktische aanbeveling is om hier meer over in gesprek te gaan als RvB en directie, omdat juist deze twee elementen van groot belang zijn om veerkrachtige relaties op te kunnen bouwen tussen partijen, hetgeen nodig is om deze grote instellingen in Nederland te kunnen besturen – zo blijkt uit dit onderzoek.

5. Besteed nog meer aandacht aan het thema ‘kwaliteit van leven’

Het thema kwaliteit van leven is weinig ter sprake gekomen in de interviews, terwijl dit maatschappelijk een thema is dat steeds meer aandacht krijgt. Er kan worden aangesloten bij Koot & Jansen (2012) die stellen dat zorginstellingen geneigd zijn te kijken naar de kwaliteit van een zorgproces (kwalitatief goede zorg leveren) daar waar anderen partijen spreken over kwaliteit van zorg als deze bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de patiënt of helpt om zo goed mogelijk te participeren in het maatschappelijk leven. De nuancering van dit advies kan liggen in het feit, dat in dit onderzoek gekeken is naar het dilemma ‘kwaliteit van zorg versus kwaliteit van leven’ en wellicht niet de functionarissen gesproken zijn die binnen deze instellingen belast zijn met het thema ‘kwaliteit van leven’. Desalniettemin zou het mooi zijn om als grootste GHZ en GGZ instellingen van Nederland op dit thema een voortrekkersrol te vervullen.

6. Ontwikkeling van het ‘meervoudige midden’

In dit onderzoek is meermaals geschreven over het midden management en de complexiteit waarin deze medewerkers zich bevinden. Enerzijds worden bestuurlijke kwaliteiten verwacht, anderzijds hebben directeuren zich te verhouden tot beleid dat door de RvB is vastgesteld en uitgevoerd moet worden. Deze middenpositie brengt met zich mee dat directeuren werkzaam zijn op een plek in een organisatie die ook wel het meervoudige midden genoemd wordt (Oldenhof 2015). Hoewel zowel PG als ‘sHL mooi opleidingsprogramma’s hebben blijkt uit de interviews dat er geen structureel opleidingsaanbod is voor functionarissen die werkzaam zijn in het meervoudige midden. Als grootste GHZ en GGZ instellingen van Nederland ligt er een mooie kans om gezamenlijk een traject te ontwikkelen om directeuren te laten groeien als professionals en zich extern te voeden. Vanwege de omvang van beide instellingen zijn zij daarnaast erg interessant voor externe aanbieders van opleidingstrajecten. Dit wordt nu onvoldoende gebruikt door beide organisaties.

The background of the image is a red brick wall. The bricks are arranged in a standard running bond pattern. At the bottom of the image, there is a section of rough-hewn stone masonry. In the center of this stone section, there is a rectangular metal grate or mesh. The overall lighting is somewhat dim, giving the image a slightly moody appearance.

7. GECITEERDE WERKEN

Geciteerde werken

- Artikel 7 Wkkgz. (2015, november 11). Wkkgz. *Staatsblad 2015*. Den Haag, Zuid Holland, Nederland: Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden.
- Benak, M. (2019, oktober 24). *'s Heeren Loo in Geeuwenbrug goed voor 100 fulltime banen*. Opgehaald van RTV Drenthe: <https://www.rtvdrenthe.nl/nieuws/139300/s-Heeren-Loo-in-Geeuwenbrug-goed-voor-100-fulltime-banen>
- Bijloos, S. (2019). *Building a License to Lead*. Rotterdam: Sophie Bijloos.
- Bijloos, S., van der Scheer, W., & van Veen-Berkx, L. (2017). *Bestuurders in beeld*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Blank, J., Haelermans, C., Koot, P., & van Putten-Rademaker, O. (2008). *Schaal en zorg: Een inventariserend onderzoek naar de relatie tussen schaal, bereikbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid in de zorg*. Delft: Instituut voor Publieke Sector Efficiëntie Studies Technische Universiteit Delft.
- Booz&Co. (2012). *Kwaliteit als medicijn*. Amsterdam: Booz & Company.
- CBS. (2019, oktober 24). *Zorguitgaven stijgen in 2018 met 3,1 procent*. Opgehaald van CBS: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/25/zorguitgaven-stijgen-in-2018-met-3-1-procent>
- CDA. (2019, november 1). *verplichte screening voor zorgbestuurders en commissarissen*. Opgehaald van www.cda.nl: <https://www.cda.nl/actueel/nieuws/slootweg-verplichte-screening-voor-zorgbestuurders-en-commissarissen/>
- de Goeje, E. (2017). *Begrenzen of begrijpen*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- de Jong, A. J. (2000). *De gelaagde organisatie*. Assen: van Gorcum.
- de Nationale ombudsman. (2018). *Zorgen voor burgers*. den Haag: Bureau Nationale ombudsman.
- dejuistezorgopdejuisteplek. (2020, januari 26). *dejuistezorgopdejuisteplek - over ons*. Opgehaald van [dejuistezorgopdejuisteplek](https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/over-ons): <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/over-ons>
- Dekker, P., den Ridder, J., & van Houwelingen, P. (2016). *Zorg en onbehagen in de bevolking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Erasmus Centrum voor Zorgbestuur. (2020, januari 27). *Academische werkplaats - Shared governance*. Opgehaald van [Erasmuscentrumzorgbestuur](https://www.erasmuscentrumzorgbestuur.nl/academische-werkplaats/shared-governance/): <https://www.erasmuscentrumzorgbestuur.nl/academische-werkplaats/shared-governance/>
- Everts, A., & Olthof, S. (2017). *Dansen met dilemma's*. Overveen: A&S Uitgevers.

- Genootschap onze taal. (2011, juni 26). *Taalloket*. Opgehaald van Onze taal: <https://onzetaal.nl/taaladvies/dilemma/>
- Goverde, H. (2018, september 26). *Governancecode Zorg: waardegedreven governance, hoe doe je dat?* Opgehaald van Skipr: <https://www.skipr.nl/blogs/id3683-governancecode-zorg%3A-waardegedreven-governance%2C-hoe-doe-je-dat%3F.html>
- Governancecode zorg. (2017, november). *Governancecode zorg*. Opgehaald van Governancecode zorg: <https://www.governancecodezorg.nl/wp-content/uploads/2016/11/Governancecode-Zorg-2017.pdf>
- Grit, K., & Meurs, P. (2005). *Verschuivende verantwoordelijkheden*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Hillegers, M. (2018, januari 26). Onze kostbare kinderen. *Oratie*. Rotterdam, Zuid Holland, Nederland: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Jeurissen, P. (2016, juni 1). *Steeds meer zorg, een betaalbare oplossing?* Opgehaald van Radboud Repository of the Radboud University: <https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/157817/157817.pdf>
- Jeurissen, P., & Trienekens, J. (2014). Leidt gereguleerde competitie tot betaalbare zorg? *TPEdigitaal*, 18-30.
- Koot, J., & Jansen, J. (2012). Kwaliteit van zorg in een maatschappelijk perspectief. *kwaliteit in zorg*, 1-5.
- KPMG. (2018). *Wie doet het met wie, Tijd voor serieuze relaties in de regio*. Amstelveen: KPMG Advisory N.V.
- KPMG. (2019). *Ontwikkelingen binnen de healthcheck GGZ*. Amstelveen: KPMG Advisory N.V. .
- Maes, A. (2019, februari 1). *Schaarste personeel bedreigt zorg*. Opgehaald van zorgenstelsel.nl: <http://zorgenstelsel.nl/schaarste-personeel-bedreigt-zorg/>
- Meurs, P. (2014, juni 22). Van regelsruk naar passende regels. *Van regelsruk naar passende regels*. Ministerie van VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2016). *Het Nederlandse Zorgstelsel*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2018, april 4). *Brief aan VWS over wachttijden Ggz*. Opgehaald van Nederlandse Zorgautoriteit: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_234666_22/1/
- Nivel. (2017, februari 22). *Nivel*. Opgehaald van Daginulling in gehandicaptenzorg moet meer persoonsgericht: <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/daginulling-gehandicaptenzorg-moet-meer-persoonsgericht>

- NOS. (2019, december 16). *NOS NIEUWS, BINNENLAND, ECONOMIE* . Opgehaald van NOS: <https://nos.nl/artikel/2314960-zorginstellingen-betalen-zich-blauw-aan-inhuurkrachten.html>
- NOS. (2020, januari 15). *NOS politiek*. Opgehaald van NOS: <https://nos.nl/artikel/2318759-kamer-ontstemd-wachlijsten-verpleeghuizen-flink-langer-dan-verwacht.html>
- NVVR. (2018, maart 12). *Decentralisatie 3: van AWBZ naar Wmo*. Opgehaald van Nederlandse Vereniging van Rekenkamers & Rekenkamercommissies: <https://wiki.nvvr.nl/artikel/50564/decentralisatie-3-van-awbz-naar-wmo>
- NVZD. (2020, april 19). *Accreditatie zorgbestuurders*. Opgehaald van NVZD: <https://www.nvzd.nl/over-de-nvzd/accreditatie>
- NVZD, G. C. (2015). *Governance in de zorg Over besturing en bestuurders in de zorg anno 2015*. Zeist: Vereniging van bestuurders in de zorg.
- Oldenhof, L. (2015). *Het meervoudige midden: managen in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Postma, J. (2015). *Schaal in de zorg: Een analyse van de structurele, sociale en symbolische dimensies van schaal in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Erasmus universiteit Rotterdam.
- Putters, K. (2009, oktober 9). Besturen met duivelselastiek. *Oratie* . Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2011). *Sturen op gezondheidsdoelen*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Rittel, H., & Webber, M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences* 4, 155-169.
- RIVM. (2018). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- RVS. (2019). *Complexe problemen, eenvoudige toegang*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- 's Heeren Loo. (2020, April 12). *'s Heeren Loo*. Opgehaald van 's Heeren Loo Museum: <https://stichting-s-heeren-loo-zorggroep.foleon.com/s-heeren-loo/museum#!/van-een-locatie-naar-landelijk>
- Scribbr. (2017, augustus 3). *Validiteit in je scriptie*. Opgehaald van Scribbr: <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/validiteit-van-scriptieonderzoek/>
- Scribbr. (2019, november 15). *Overzicht van onderzoeksmethoden en dataverzamelmethode*. Opgehaald van Scribbr: <https://www.scribbr.nl/category/onderzoeksmethoden/>
- SER. (2012). *Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg: een tussentijds advies op hoofdlijnen*. Den Haag: Sociaal-Economische Raad.

- Sixt, F. (2010). Vertrouwen in toezicht. *Tijdschrift voor Toezicht*, 6-26.
- Skipr. (2019, oktober 24). *Dalend rendement zet zorgsector onder druk*. Opgehaald van Skipr: <https://www.skipr.nl/actueel/id32720-dalend-rendement-zet-zorgsector-onder-druk.html>
- Skipr. (2019, Oktober 24). *Fusie Arduin en 's Heeren Loo is officieel*. Opgehaald van Skipr: <https://www.skipr.nl/actueel/id38541-fusie-arduin-en-s-heeren-loo-is-officieel.html>
- Skipr. (2020, april 17). *s-heeren-loo-krijgt-groen-licht-voor-overname-de-noorderbrug*. Opgehaald van Skipr: <https://www.skipr.nl/nieuws/s-heeren-loo-krijgt-groen-licht-voor-overname-de-noorderbrug/>
- Stoopendaal, A. (2008). *Zorg met afstand*. Assen: van Gorcum.
- van Baal, P., Feenstra, T., Polder, J., Tariq, L., Jama, W., & van den Berg, M. (2009). *Kosteneffectiviteit van preventie*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- van Dale. (2020, januari 3). *van Dale*. Opgehaald van van Dale: <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/dilemma#.Xg89-OtKiUk>
- van der Scheer, W. (2013). *Onder zorgbestuurders*. Amsterdam: Reed Business.
- van Duren, A. (2019). *Expert visies op engagement met eHealth*. Enschede: Universiteit Twente.
- van Kleef, R., Schut, E., & van de Ven, W. (2014). *Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.
- Verschuren, P., & Doorewaard, H. (2016). *Het ontwerpen van een onderzoek*. Amsterdam: Boom.
- VGN. (2018, mei 24). *Aanpak personeelstekorten noodzakelijk voor veilige werkplekken*. Opgehaald van VGN: <https://www.vgn.nl/nieuws/aanpak-personeelstekorten-noodzakelijk-voor-veilige-werkplekken>
- VGN. (2019, oktober 24). *Gehandicaptenzorg: Minister De Jonge, laat daden zien!* Opgehaald van VGN: <https://www.vgn.nl/nieuws/gehandicaptenzorg-minister-de-jonge-laet-daden-zien>
- VWS. (2019). *Voortgangsrapportage Werken in de Zorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Zorg en Financiering. (2012). CPB rekent op miljarden besparing in AWBZ en Wmo. *Zorg en Financiering*, 29.
- Zorg voor beter. (2019, januari 23). *Belang van aandacht geven*. Opgehaald van Zorg voor beter: <https://www.zorgvoorbeter.nl/tijd-zorg/persoonlijke-aandacht>
- Zorgverzekeraars Nederland. (2011). *Visie op kwaliteit*. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland.

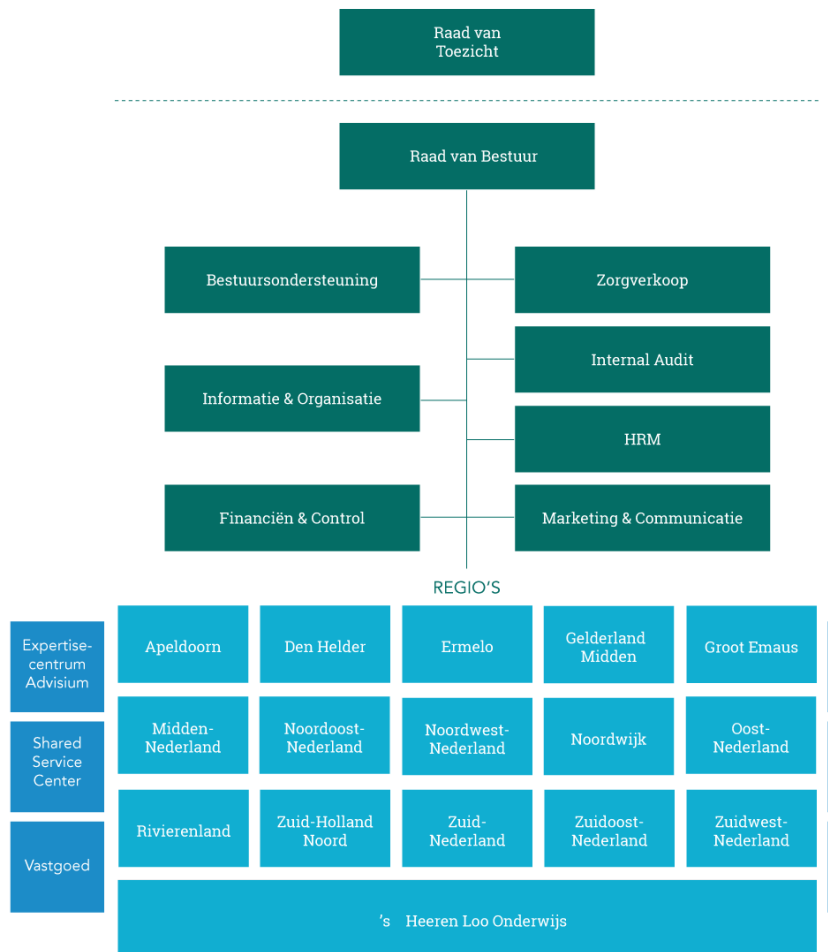
Zorgvisie. (2020, februari 20). *Gemeenten grijpen naar machtsmiddelen tegen tekorten zorgbudget*.
Opgehaald van Zorgvisie: <https://www.zorgvisie.nl/gemeenten-grijpen-naar-machtsmiddelen-tegen-tekorten-zorgbudget/>

BIJLAGEN

- I. ORGANIGRAMMEN
- II. AFKORTINGENLIJST
- III. TOPICLIJST INTERVIEWS
- IV. CODERINGSOVERZICHT INTERVIEWS
- V. UITNODIGING INTERVIEW

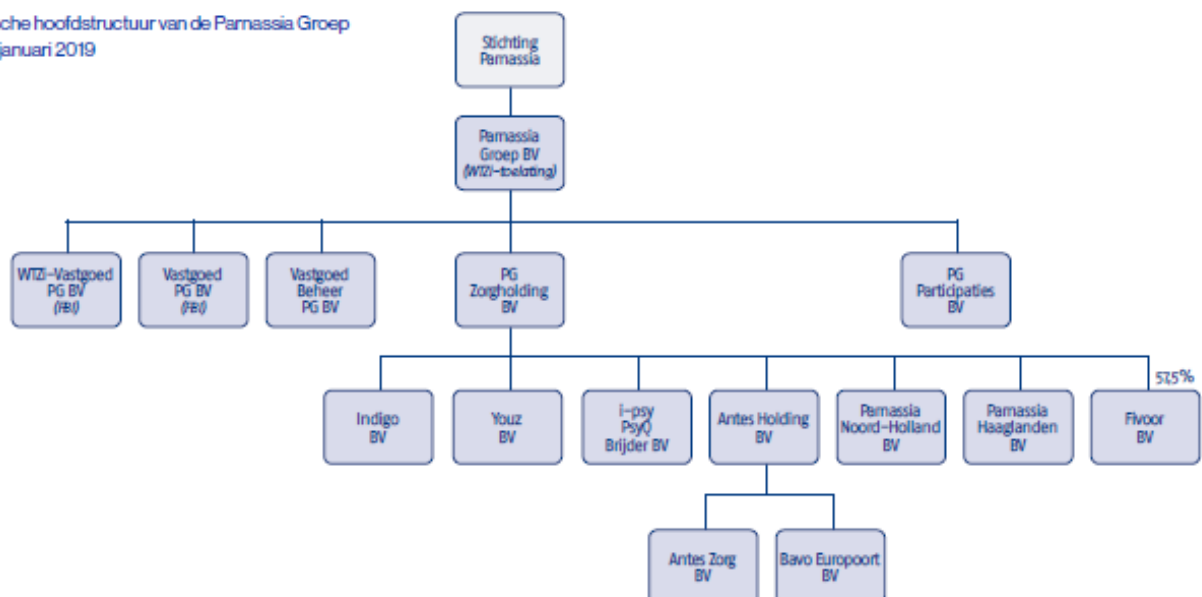
Bijlage I: Organigrammen

's Heeren Loo



Parnassia Groep

Juridische hoofdstructuur van de Parnassia Groep per 31 januari 2019



Dilemma's als bouwstenen voor de besturingsopgave van grote zorginstellingen

Bijlage II: Afkortingenlijst

Afkorting	Betekenis
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BV	Besloten Vennootschap
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CPB	Centraal Planbureau
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHZ	Gehandicaptenzorg
JW	Jeugdwet
Kzi	Kwaliteitswet Zorginstellingen
LVB	Licht verstandelijke beperking
NOS	Nederlandse Omroep Stichting
NVZD	Vereniging van bestuurders in de zorg
Nza	Nederlandse Zorgautoriteit
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
RvB	Raad van bestuur
RvC	Raad van Commissarissen
RvT	Raad van Toezicht
RVS	Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
SER	Sociaal Economische Raad
sHL	's Heeren Loo
PG	Parnassia Groep
VVT	Verzorging, Verpleging en Thuiszorg
VWS	Volksgezondheid Welzijn en Sport
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wlz	Wet Langdurige Zorg
WMO	Wet Maatschappelijk Ondersteuning
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage III: Topiclijst interviews

Vragen maatschappelijk perspectief:

- Hoe zou u de maatschappelijke opgave waar uw organisatie voor staat omschrijven?
- Wat is vanuit uw perspectief het belangrijkste dilemma voor uw organisatie vanuit het maatschappelijke perspectief?
- Kunt u daar een voorbeeld van geven?
- Wat is het effect van de omvang van uw organisatie op dit dilemma?
- Hoe gaat u in de praktijk om met dit dilemma?

Mogelijke dilemma's

1. (On)Toegankelijke zorg
2. Sturing vanuit de zorgorganisatie (aanbod) versus sturing vanuit de cliënt (vraag);
3. Belang van de eigen organisatie versus belang van de zorg als geheel;
4. Betaalbaarheid versus doelmatigheid;
5. Kwaliteit van zorg versus kwaliteit van leven;
6. Governance: maatschappelijke verantwoording

Vragen bestuurlijk perspectief:

- Hoe zou u in eigen woorden uw rol omschrijven in de organisatie waar u werkzaam bent?
- Wat is, kijkend naar uw eigen rol en taak, het belangrijkste dilemma waar u mee te maken heeft als bestuurder?
- Kunt u daar een voorbeeld van geven?
- Wat is het effect van de omvang van uw organisatie op dit dilemma?
- Hoe gaat u in de praktijk om met dit dilemma?

Mogelijke dilemma's bestuurlijk perspectief

1. Schaalvergroting of niet;
2. Omgaan met verschillende elementen van schaal
3. Vertrouwen versus controle
4. Afstand versus nabijheid
5. Ontwikkelen van de 'licence to lead'

Vragen directie perspectief:

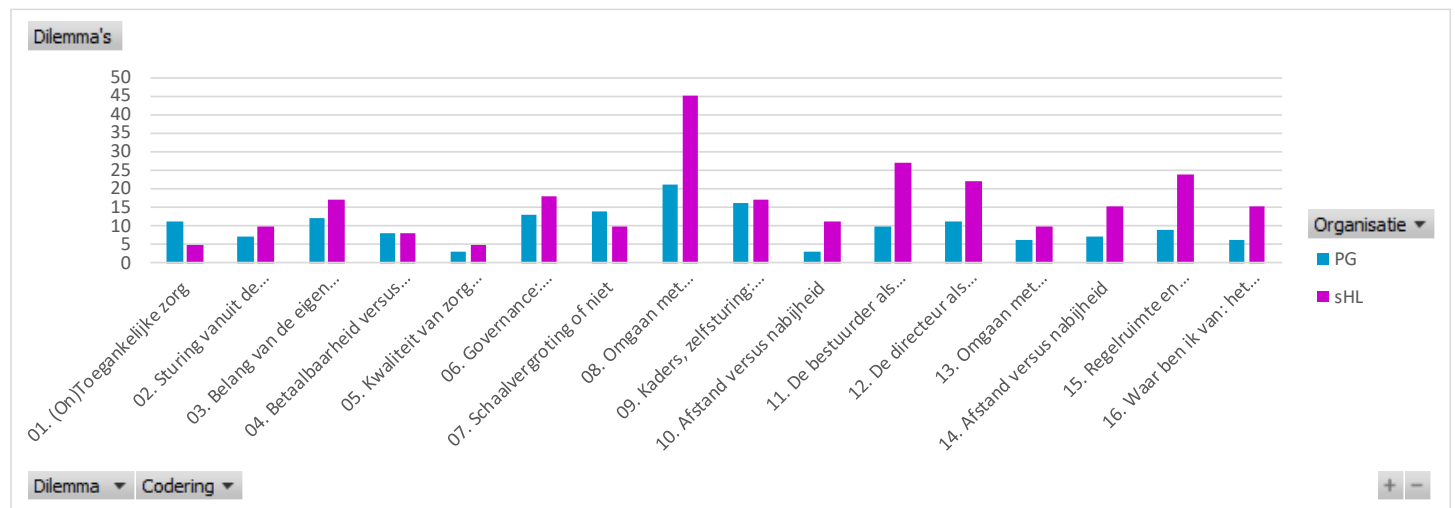
- Hoe zou u in eigen woorden de rol van directeuren omschrijven uw organisatie?
- Wat is vanuit uw perspectief het belangrijkste dilemma waar directeuren in uw organisatie mee te maken krijgen?
- Kunt u daar een voorbeeld van geven?
- Wat is het effect van de omvang van uw organisatie op dit dilemma?
- Hoe ziet u dat directeuren in de praktijk omgaan met deze dilemma's?

Mogelijke dilemma's

1. De directeur als professional: een reflectie op de eigen rol en invulling daarvan Omgaan met conflicterende waarden.
2. Afstand versus nabijheid
3. Regelruimte en regelbehoefte
4. Waar ben ik van: het geheel versus mijn eigen onderdeel

Bijlage IV: Coderingsoverzicht interviews

Dilemma's	PG	sHL	Eindtotaal
⊕ 01. (On)Toegankelijke zorg	11	5	16
⊕ 02. Sturing vanuit de zorgorganisatie (aanbod) versus sturing vanuit de cliënt (vraag);	7	10	17
⊕ 03. Belang van de eigen organisatie versus belang van de zorg als geheel;	12	17	29
⊕ 04. Betaalbaarheid versus doelmatigheid;	8	8	16
⊕ 05. Kwaliteit van zorg versus kwaliteit van leven;	3	5	8
⊕ 06. Governance: maatschappelijke verantwoording en aantoonbare toegevoegde waarde van omvang	13	18	31
⊕ 07. Schaalvergroting of niet	14	10	24
⊕ 08. Omgaan met verschillende elementen van schaal (centraal/decentraal, sociale systemen, cultuur en gedrag)	21	45	66
⊕ 09. Kaders, zelfsturing: Vertrouwen versus controle	16	17	33
⊕ 10. Afstand versus nabijheid	3	11	14
⊕ 11. De bestuurder als professional	10	27	37
⊕ 12. De directeur als professional	11	22	33
⊕ 13. Omgaan met conflicterende waarden	6	10	16
⊕ 14. Afstand versus nabijheid	7	15	22
⊕ 15. Regelruimte en regelbehoefte	9	24	33
⊕ 16. Waar ben ik van: het geheel versus mijn eigen onderdeel	6	15	21
Eindtotaal	157	259	416



Bijlage V: Uitnodiging interview

Beste respondent,

Op datum xyz staat er een interview gepland in het kader van mijn afstudeeronderzoek aan het Erasmus Centrum voor zorgbestuur. Middels dit schrijven wil ik u graag nader informeren over het thema van mijn onderzoek, het interview en een aantal praktische zaken.

De hoofdvraag van mijn onderzoek luidt:

Welke dilemma's ervaren bestuurders en directeurs van zorginstellingen groter dan circa EUR. 500 miljoen en hoe hanteren zij deze in het licht van de maatschappelijke opgave van deze organisaties?

De zorgsector is volop in ontwikkeling en dit vraagt steeds meer van bestuurders, managers en professionals. De maatschappelijke opgave is hoe de zorg voor iedereen toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit te laten zijn. Terwijl de zorgvraag groot is, de verantwoordingsdruk hoog en de middelen en mensen beperkt zijn. Grote zorginstellingen nemen een bijzondere positie in, in het zorglandschap. Van hen wordt vaak een voortrekkersrol verwacht. Voor financiers zijn de onderhandelingen met de grote partijen zeer bepalend. Voor kleinere organisaties in nood zijn ze soms een reddingslijn.

In mijn onderzoek wil ik graag onderzoeken welke dilemma's bestuurders en directeurs van de grootste GGZ en GHZ-instellingen van Nederland ervaren, welke impact de omvang van de organisatie op deze dilemma's heeft en hoe hier in de praktijk door betrokkenen mee wordt omgegaan.

De doelstelling van het interview is om van u persoonlijk te horen welke dilemma's u als bestuurder in de dagelijkse praktijk ervaart en hoe u hiermee omgaat in het licht van de maatschappelijke opgave van uw organisatie.

Graag wil ik u vooraf informeren over een aantal praktische zaken.

- Ik neem ik de interviews op zodat ik naast de aantekeningen die ik maar de gesprekken deels kan transcriberen ten behoeve van de analyse. Na transcriptie zal ik de geluidsopnames weer verwijderen.
- De uitkomsten van de interviews zal ik geanonimiseerd verwerken in mijn analyse, de organisaties (Parnassia en 's Heeren Loo) zou ik graag bij naam willen noemen. Voor externe lezers zal de anonimiteit gewaarborgd zijn. Het is niet te herleiden welke bestuurder/directeur wat gezegd heeft.
- Vanwege de beperkte omvang van het aantal interviews zijn mogelijke uitspraken voor deelnemers aan het onderzoek wel te herleiden naar respondenten.

Mocht u vooraf zelf nog andere vragen hebben dan hoor ik het graag.

Met vriendelijke groet,

Ilja Ezinga