

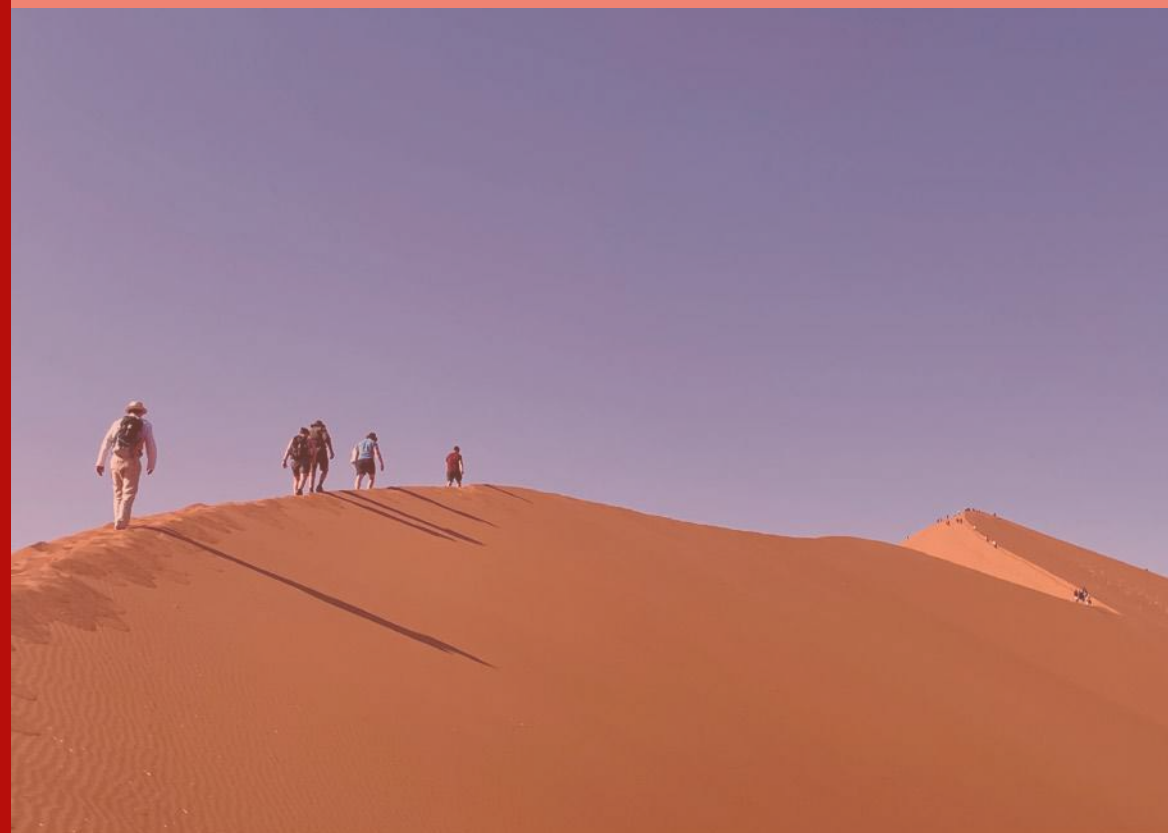
OVER DE RODE LOPER

Een wisseling in het bestuur van een ziekenhuis is een spannende en emotionele gebeurtenis met veel impact. Hanneke Beijer was als organisatieadviseur in de zorg vaak bij bestuurswisselingen betrokken. In dit proefschrift laat zij zien wat er achter de schermen gebeurt – of zou moeten gebeuren. Hoe komen het profiel en de uiteindelijke selectie tot stand? Bestaat er zoiets als een goed proces of een ideale uitkomst? En hoe kijken betrokkenen terug op geslaagde en minder geslaagde bestuurswisselingen?

De auteur sprak met betrokkenen – zoals toezichthouders, bestuurders en medische stafvoorzitters – uit vijftig ziekenhuizen. Eén ziekenhuis gaf haar inzage in alle bestuurswisselingen in dertien jaar. Ze brengt haar bevindingen en de wetenschappelijke literatuur over opvolgingen van bestuurders samen. Dat levert verrassende inzichten op over een tot nu toe onontgonnen terrein.

Zo plaatst zij vraagtekens bij het ideaal van een ‘rode loper’ voor de vertrekkende en de binnenkomende bestuurder. Een harmonieus afscheid blijkt geen garantie voor een succesvolle opvolging. Bovendien is een vloeiende overgang niet altijd wenselijk. Wat wél zinvol is, is een bestuurswisseling te benutten als overgangsfase, om verschillende – soms botsende – ideeën over het ziekenhuis met elkaar te bespreken. En verder te kijken dan de individuele bestuurder, naar de rol van het bestuursteam als geheel.

Hanneke Beijer is bestuurskundige en heeft haar naam als organisatie- en bestuursadviseur in de gezondheidszorg sinds 1989 opgebouwd met adviesopdrachten, onderzoeksprojecten en publicaties op het gebied van besturingsvraagstukken in de zorg.



OVER DE RODE LOPER

Een onderzoek naar bestuurswisselingen
in Nederlandse ziekenhuizen

Hanneke Beijer

OVER DE RODE LOPER

Een onderzoek naar bestuurswisselingen
in Nederlandse ziekenhuizen

Hanneke Beijer

Colofon

© 2025

Hanneke Beijer

ISBN/EAN

978-90-393-7846-5

REDACTIE

Drs. Krista Kroon

GRAFISCHE VORMGEVING

Janneke Verrips

OMSLAGFOTO'S

Namibië, Sossusvlei, september 2024, Carina Beijer

In plaats van individueel schrijden over een rode loper is een bestuurswisseling beter te vergelijken met samen lopen door mul zand, soms diep wegzakkend in de geschiedenis van het duin. Gestaag volhouden en af en toe omkijken leidt tot een mooi vooruitzicht: een nieuw samengesteld bestuursteam waarbij de bestuurlijke opgaven van het ziekenhuis, voor een tijdje, weer in goede handen zijn.

OVER DE RODE LOPER

Bestuurswisselingen in Nederlandse ziekenhuizen

ROLLING OUT THE RED CARPET

Executive succession in Dutch hospitals

(with a summary in English)

PROEFSCHRIFT

Ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit Utrecht op gezag van de rector magnificus, prof. dr. ir. W. Hazeleger, ingevolge het besluit van het College voor Promoties in het openbaar te verdedigen op vrijdag 25 april 2025 des ochtends te 10.15 uur

door

Johanna Theodora Maria Franciska Beijer

geboren op 11 september 1955 te Zwolle

PROMOTOREN

Prof. dr. P. 't Hart
Prof. dr. W.K. van der Scheer

BEOORDELINGSCOMMISSIE

Prof. dr. H.J.J.M. Berden
Prof. dr. M.P. Born
Prof. dr. P. Boselie
Prof. dr. E. Knies
Prof. dr. M. Noordergraaf

Opgedragen aan de ziekenhuisbestuurders die vanaf 2009 MedigroepV vormen.

INHOUDSOPGAVE

1. Onderzoek naar bestuurswisselingen in ziekenhuizen: drijfveren en vragen

1.1 Drijfveren voor onderzoek naar bestuurswisselingen in ziekenhuizen	12
1.2 Bestuurswisselingen: betekenisvolle gebeurtenissen	14
1.3 Plaats van onderzoek: de Nederlandse ziekenhuizen	18
1.4 Een uitdagend onderzoeksonderwerp	24
1.5 Vraagstelling	26
1.6 Opzet van het onderzoek	28
1.7 Het belang van deze studie	29
1.8 Leeswijzer	31

2. Ziekenhuizen: een complexe bestuurlijke context

Inleiding	34
2.1 Besturing in de zorg, passend bij de tijdsgeest	35
2.1.1 De regulerende rol van de overheid	35
2.1.2 Consequenties voor de bestuurlijke opgaven	36
2.2 Kennismaken met ziekenhuisbesturen	37
2.2.1 De ziekenhuisbestuurders	37
2.2.2 Het ziekenhuisbestuur	39
2.3 De interne autoriserende omgeving	40
2.3.1 De raad van toezicht	41
2.3.2 De medische staf	43
2.3.3 De managers en de bestuurssecretaris	46
2.3.4 De CR, OR en de VAR	47
2.4 De externe autoriserende omgeving van het ziekenhuis	51
2.4.1 IGJ en NZa: toezicht op goed bestuur	51
2.4.2 De NVZD en accreditatie	52
2.4.3 De zorgverzekeraars en banken	54
2.5 Conclusies	56

3. Bestuurswisselingen als processen: fasen, partijen en uitkomsten

Inleiding	60
3.1 Een proces van aan- en aftreden	61
3.1.1 De pre-bestuurswisselfase	61
3.1.2 De bestuurswisselfase	64
3.1.3 De post-bestuurswisselfase	68
3.2 De partijen bij bestuurswisselingen	70
3.2.1 Regisseur en beslisser: het benoemende orgaan	70
3.2.2 De bestuurders in verschillende posities	73
3.3 Op zoek naar verklaringen	77
3.3.1 Opvolgingstheorieën	77
3.3.2 Insiderism en outsiderism	79
3.3.3 Interim-oplossingen	80
3.3.4 Resultaten van bestuurswisselingen	81
3.3.5 De symbolische betekenis	83
3.3.6 De 'goede' bestuurswisseling	85
3.4 Conclusies	85

4. Onderzoeksopzet: mixed methods

Inleiding	92
4.1 Onderzoeksbenadering	92
4.2 Het populatieonderzoek	94
4.3 Het casestudieonderzoek	97
4.3.1 Processen onderzoeken	97
4.3.2 Caseselectie	98
4.3.3 Dataverzameling en analyse	100
4.4 Focusgroepenonderzoek	103
4.4.1 De perceptie van partijen	103
4.4.2 Werkwijze	104
4.5 Betrouwbaarheid en validiteit	106

5. Bestuurswisselingen in maat en getal: de populatie in beeld

Inleiding	110
5.1 Aantal ziekenhuizen, bestuurders en omvang raden van bestuur	111
5.2 Aantallen en frequentie bestuurswisselingen	115
5.3 Zittingsperiode van een bestuursteam	118
5.4 Interim-bestuurders en interne benoemingen	120
5.5 Individuele ziekenhuisbestuurders	122
5.6 Conclusies	126

6. Bestuurswisselingen in één ziekenhuis: discontinuïteit en stabiliteit

Inleiding	130
6.1 Ter introductie: het GSZ	130
6.1.1 Het GSZ van 2000-2022	130
6.1.2 Het voorspel: bestuurswisselingen in de periode van 2000 tot 2008	135
6.2 Bestuursperiodes in het GSZ van 2008 tot en met 2022	137
6.2.1 Bestuursperiodes in rondes en buigmomenten	137
6.2.2 Bestuursperiode 1 (2008 tot 2014) in drie rondes	137
6.2.3 Bestuursperiode 2 (2014-2015)	146
6.2.4 Bestuursperiode 3 (eind 2015-2022)	147
6.3 De spelers en hun (rol)gedrag in de casus	152
6.3.1 De bestuurders in een hoofdrol	152
6.3.2 De raad van toezicht in de andere hoofdrol	157
6.3.3 De medische staf in een bijrol	159
6.3.4 De managers, cliëntenraad en ondernemingsraad als figuranten	162
6.3.5 De externen als hulp - en buitenspelers	164
6.4 Processen en uitkomsten	170
6.4.1 Bestuursperiode 1	170
6.4.2 Bestuursperiode 2	171
6.4.3 Bestuursperiode 3	172
6.5 Conclusies	173

7. De partij over bestuurswisselingen: patronen, rollen en lessen

Inleiding	180
7.1 De deelnemers	180
7.2 Het verloop van bestuurswisselingen	181
7.3 Posities, rollen en gedrag van de spelers	188
7.3.1 De raad van toezicht in de hoofdrol	188
7.3.2 De bestuurders in een tweede hoofdrol	193
7.3.3 De eerste bijrol: de stafbesturen	198
7.3.4 De managers ook in een bijrol?	201
7.3.5 De (bij)rol van de cliëntenraad en de ondernemingsraad	205
7.3.6 Een dubbelrol voor de bestuurssecretarissen	207
7.3.7 De hulpspeler: de executive searcher	208
7.4 Goede processen en uitkomsten	210
7.4.1 Een 'goed' proces	211
7.4.2 Een 'goede' uitkomst	214
7.4.3 Proces versus uitkomst	217
7.5 Conclusies	218

8. Conclusies over bestuurswisselingen: een andere kijk op de rode loper

Inleiding	226
8.1 Beantwoording deelvragen: bevindingen	226
8.1.1 Bestuurswisselingen in maat en getal	226
8.1.2 De temporele logica van bestuurswisselprocessen	228
8.1.3 De partijen en hun interacties	231
8.1.4 De 'goede' bestuurswisseling	237
8.2 Conclusies	240
8.3 Reflectie en vooruitblik	245
8.3.1 Discussie	245
8.3.2 Methodische reflecties	249
8.3.3 Suggesties voor vervolgonderzoek	250
8.4 'De rode loper' herbezien	253

Bibliografie

Bijlagen

1. Verantwoording literatuurstudie	268
2. Populatieonderzoek	272
3. De casestudie	277
4. Focusgroepen	282

Samenvatting

Summary

Dankwoord

Over de auteur

**ONDERZOEK NAAR BESTUURSWISSELINGEN
IN ZIEKENHUIZEN: DRIJFVEREN EN VRAGEN**

1.1 DRIJFVEREN VOOR ONDERZOEK NAAR BESTUURSWISSELINGEN IN ZIEKENHUIZEN

“Toen ik bij mijn vorige ziekenhuis aankondigde dat ik wegging was de eerste reflex van de raad van toezicht het bellen van een headhunter. Binnen no time zat er een nieuwe bestuurder. Die na een jaar ook weer vertrok. En dat terwijl het ziekenhuis juist behoefte heeft aan continuïteit!”

“Wij werden als raad van toezicht volstrekt overvallen toen de bestuurder meldde dat hij wegging. We hebben twee jaar nodig gehad om het bestuur weer compleet en stabiel te maken. In die twee jaar stond het ziekenhuis qua ontwikkelingen stil.”

“Vijf jaar heeft het bestuursduo X en Y hier gezeten. Wij als raad van toezicht waren daar blij mee. Toen X met pensioen ging en we een nieuwe bestuurder naast Y benoemden, bleek pas hoe dringend het ziekenhuis toe was aan verandering.”

“Ik heb nu drie bestuurswisselingen meegemaakt en in geen van de gevallen nam de raad van toezicht adequaat de regie. Als stafbestuur hebben we daar veel ellende van gezien.”

“Twee jaar lang was er gedoe met het bestuur. Toen de voorzitter vertrok, kwam er een interim-bestuurder die allerlei maatregelen nam. Dat gaf enorm veel onrust. Daardoor vertrokken ook veel van mijn collega managers.”

“Dat over een rode loper erin en eruit, zoals jij altijd zegt, klinkt goed, maar de praktijk is anders. Bestuurders zeggen niet tijdig dat ze van plan zijn te vertrekken en de raad van toezicht vraagt er niet naar. Dus ik heb driekwartjaar alleen bestuurd, nadat mijn collega had gezegd: ‘Ik vertrek.’”

Als organisatieadviseur in de gezondheidszorg¹ noteerde ik deze citaten terwijl ik opdrachten uitvoerde rond bestuurswisselingen in ziekenhuizen. Ik gebruikte de metafoor van de rode loper om een harmonisch proces van uit- en intreden van bestuurders weer te geven. Hoe zorgvuldiger het proces van uittreden wordt geregisseerd, des te beter kan de nieuwe bestuurder over een symbolische rode loper het ziekenhuis binnenkomen. Dat was althans mijn veronderstelling. De kwaliteit van het proces van een bestuurswissel heeft zodoende een voorspellende waarde voor de uitkomst, namelijk een goede bestuurder.

¹] Vanaf 2009 als partner bij dev organisatieadviseurs, daarvoor bij Zorg Consult Nederland. Beide zijn organisatieadviesbureaus voor de zorg.

Zoals de citaten al aangeven, verlopen bestuurswisselingen in de praktijk vaak allesbehalve harmonieus. In de dertig jaar dat ik meedenk met ziekenhuisbestuurders, advies geef aan raden van toezicht en conflicten begeleid tussen medische stafbesturen en ziekenhuisbestuurders heb ik de effecten van bestuurswisselingen gezien. Ook heb ik veel begrip gekregen voor de betrokkenen bij bestuurswisselingsprocessen. Maar ik ben me in de loop der jaren ook een aantal dingen gaan afvragen. Dat was de drijfveer voor dit onderzoek.

Zo heb ik jarenlang het begrip ‘bestuurlijke continuïteit’ als nastrevenswaardig gepropageerd in boekjes en artikelen (Beijer, 2003, Beijer & De Ruijter, 2008, Beijer et al., 2016). De vraag is echter of continuïteit altijd wenselijk is. Bovendien: wat wil men precies continueren en wie wil dat? Vragen die toezichthouders ook niet altijd goed konden beantwoorden. Een andere verwondering heeft te maken met het begrip matchen. Ook dat bleek gecompliceerder dan in een aantal van mijn adviezen verwoord. De nieuwe bestuurder moet passen bij zowel de bestuurlijke opgaven als de andere bestuurders en de medische staf. De uiteenlopende verwachtingen van de in- en externe partijen over bestuurswisselingen samenbrengen in een ‘passend’ profiel en een keuze voor een ‘passende’ kandidaat is een ingewikkeld proces (Oosterling, 2017, Derks & Grit, 2015, Born, 2007). Is eenmaal een keuze gemaakt, dan volgt na een inwerkperiode een lange of korte zittingstermijn.² De oordelen van betrokkenen over ‘lang’ of ‘kort’ zijn subjectief en afhankelijk van het perspectief. De vraag is of dergelijke oordelen onderbouwd kunnen worden door kwantitatieve gegevens over bestuurswisselingen of dat zij het gevolg zijn van collectieve beeldvorming. En als dat laatste het geval is, hoe werkt dat proces dan? Intrigerend is bijvoorbeeld dat sommige bestuurswisselingen in de ogen van de partijen wel en andere niet goed uitpakken. Welke factoren beïnvloeden het oordeel over de uitkomst?

Met dergelijke vragen zag ik ook de betrokkenen worstelen. Toezichthouders die zich enerzijds realiseren dat het aanstellen (en ontslaan) van bestuurders een van hun belangrijkste bevoegdheden is en anderzijds zoekend zijn naar hun rol bij bestuurswisselingen. Bestuurders die invloed willen, of ze nu inkomend, zittend of vertrekkend zijn. Ook van de andere betrokkenen zag ik wisselende rolinvullingen, hetzij toebedeeld gekregen of afgedwongen. Hoewel ik voor en achter de schermen zag hoe de partijen hun opstelling kozen verwonderde ik me regelmatig over hun onderlinge interactie. Met name het balanceren tussen transparantie en vertrouwelijkheid leek voor alle partijen een dilemma.

²] In dit proefschrift gebruik ik de term ‘zittingstermijn’ voor de periode dat een bestuurder zitting heeft in het bestuur. Het is dus geen ‘termijn’ in de zin dat deze periode per definitie gelimiteerd is.

Kortom, de belangrijkste drijfveer voor dit onderzoek is mijn verwondering over het verloop van bestuurswisselingen in ziekenhuizen en over de onvoorspelbaarheid van de uitkomsten.

1.2 BESTUURSWISSELINGEN: BETEKENISVOLLE GEBEURTENISSEN

Bestuurswisselingen doen ertoe

De opvolging van de eindverantwoordelijke positie is een betekenisvolle en kritieke gebeurtenis voor organisaties (Berns & Klarner, 2017, Hutzschenreuter, 2012, Grunberg, 2002). Dat geldt voor de gezondheidszorg, het bedrijfsleven en de overheid. “The CEO succession literature is crystal clear: CEO succession matters – perceptually, psychologically and often at least, materially” (‘t Hart & Uhr, 2011, p. 14). Benoemingen van zorgbestuurders zijn strategische besluiten met verregaande consequenties (Derks & Grit, 2015). De raad van bestuur is ‘in naam der wet’ het hoogste orgaan, en als zodanig eindverantwoordelijk voor het functioneren van het ziekenhuis.³ In die positie hebben de bestuurders een doorslaggevende invloed op het beleid en de koers van het ziekenhuis. Voor in- en externe partijen verpersoonlijken ze de reputatie van het ziekenhuis ten aanzien van de kwaliteit van zorg, het financiële beleid en de tevredenheid van patiënten en personeel. Wie deze bestuurders zijn en wanneer ze komen en gaan is dus van wezenlijk belang voor de ontwikkeling van ziekenhuizen.

Bestuurswisselingen vragen om een zorgvuldige overdracht. De vertrekkende bestuurder geeft het stokje door aan de opvolger. Als deze na een bepaalde periode – bij voorkeur niet te kort maar ook niet te lang – weer vertrekt is dat omdat zij niet meer past bij dat ziekenhuis.⁴ De periode tussen haar afscheid en het aantreden van de nieuwe bestuurder is soms kort, soms lang en kan worden benut om de opvolging vloeiend te laten verlopen. Maar net als bij een estafette luistert de overdracht nauw. Te laat of te vroeg vertrekken: beide kunnen ingrijpende gevolgen hebben. In korte tijd moet een complexe overgang plaatsvinden.

Er kunnen verschillende aanleidingen zijn voor bestuurswisselingen. Als een bestuurscrisis de reden is dat een bestuurder vertrekt, brengt dat het ziekenhuis vaak jaren achterop. Het veroorzaakt interne onrust, reputatieschade en daardoor uiteindelijk negatieve resultaten op het gebied van kwaliteit en financiën (Beijer,

³] In de Wet bestuur en toezicht rechtspersonen (WBTR), die op 1 juli 2021 is ingegaan, staat dat bestuurders bij de vervulling van hun taken moeten uitgaan van het belang van de vereniging, stichting of coöperatie en de daarmee verbonden onderneming of organisatie.

⁴] Voor de ziekenhuisbestuurder in het algemeen gebruik ik de vrouwelijke vorm. Waar ‘zij’ staat, kan ook ‘hij’ gelezen worden.

2003). Ook andere aanleidingen voor (onverwachte) bestuurswisselingen kunnen de ontwikkelingen in een ziekenhuis doen stagneren. Het is dus van belang zorgvuldig (te besluiten om) afscheid te nemen van een bestuurder en een nieuwe bestuurder aan te nemen (Wijnsma et al., 2020, Moen, 2016, Grunberg, 2002, Ocasio, 1999).

Bij een bestuurswisseling hebben de profielen en wensen van de andere bestuurders invloed op wat men zoekt in de nieuwe bestuurder. Naast de match met de bestuurlijke opgaven en de organisatie moet de nieuwkomer ook passen bij en tegelijkertijd meerwaarde bieden voor het zittende team (De Lange et al., 2015, Westphal & Zajac, 1996). Dit team speelt op verschillende manieren een rol bij bestuurswisselingen. Niet alleen verandert het bestuur erdoor van samenstelling, de dynamiek in het bestuursteam kan ook de reden zijn voor de wisseling van de wacht. Er is veel onderzoek gedaan naar de governance van publieke organisaties, maar niet specifiek naar de bestuursteams van dergelijke organisaties. De effectiviteit van een bestuur is zelden te koppelen aan één bestuurder. Het is daarom relevant aandacht te besteden aan de invloed van dit bijzondere team op bestuurswisselingen. Mijn onderzoek richt zich daarom op *bestuurswisselingen*, niet op *bestuurderswisselingen*.

Onderstaand bericht op de website van een ziekenhuis illustreert de relevantie van wisselingen in bestuursteams.

“Het vertrek van X betekent dat eind dit jaar de hele raad van bestuur zal zijn gewisseld in slechts zestien maanden. In 2023 vertrok Y naar het ... ziekenhuis. Onlangs werd bekend dat Z aan het einde van dit jaar terugtreedt. “Het is een samenloop van verschillende gebeurtenissen”, aldus de bestuursvoorzitter, die zelf dit jaar van start ging.”

Het citaat geeft een inkijkje in de hectische wereld van wisselingen aan de top: binnen een jaar wisselde hier het hele driehoofdige bestuur.

Bij bestuurswisselingen in ziekenhuizen is de vraag van legitimering aan de orde: op basis waarvan is wie gekwalificeerd om ziekenhuisbestuurders te beoordelen? De governance-omgeving van het ziekenhuis is complex en hybride (Van Manen, 2020, Putters, 2009). Legitimiteit moet binnen deze omgeving worden beoordeeld (Bijloos et al., 2017).⁵ Legitimeren is vervolgens een relationeel proces dat continue aandacht verdient van alle betrokken partijen (Derks & Grit, 2015, Van der Scheer, 2013, Suchman, 1995). Bij bestuurswisselingen oordelen verschillende partijen over zittende, aan te nemen en vertrekkende bestuurders. Zij vormen

⁵] Uit: *Bestuurders in beeld* (2020), longitudinaal onderzoek van Erasmus Centrum voor Zorgbestuur.

samen de zogenaamde *authorizing environment* (Moore, 2020, 1997). Het gaat om de in- en externe partijen die vanuit formele gezagsposities een rol hebben tegenover het ziekenhuisbestuur. Maar ook als zij geen formele bevoegdheden hebben spelen sommige partijen de facto een rol van betekenis bij het autoriseren van het ziekenhuisbestuur, en daarmee bij bestuurswisselingen.

Bestuurswisselingen zijn inherent in meer of mindere mate ontwrichtend, vaak al voordat ze goed en wel hun beslag krijgen. Ze gaan vrijwel altijd gepaard met een zekere mate van onzekerheid of zelfs onrust in en rond de organisatie. Ze impliceren nieuwe onderhandelingen over de bestuurlijke opgaven en over het profiel van diegene bij wie deze voor een bepaalde periode in goede handen zijn. Het is een proces dat onzekerheid en discontinuïteit met zich meebrengt. Intern komen de bestaande beleidskeuzen en (machts)verhoudingen op losse schroeven te staan (Bynander & 't Hart, 2011). Tegelijkertijd biedt een bestuurswisseling een gelegitimeerde gelegenheid om te resetten, opnieuw te kijken wie de passende *horses for courses* zijn.⁶

Over zittingstermijnen

Zittingstermijnen vormen een terugkerend thema in de opvolgingsliteratuur. Dergelijke studies gaan over patronen in de lengte van zittingstermijnen en zeggen iets over de 'houdbaarheid' van bestuurders. Het onderliggende vraagstuk is hoe bestuurders al dan niet bij de organisatie blijven passen. Dat start met de procedure. Het samenbrengen van de uiteenlopende verwachtingen in een profiel en een keuze voor de meest passende kandidaat is geen sinecure (Oosterling, 2017, Born, 2007, 2012). Is eenmaal een keuze gemaakt, dan volgt na een inwerkperiode een lange of korte zittingstermijn. In mijn adviespraktijk zag ik dat de oordelen van betrokkenen over 'lang' of 'kort' subjectief en verdeeld waren, en samenhangen met diverse factoren. Ook veranderen oordelen in de loop der tijd (Hutzschenreuter, 2012). Het sociaal kapitaal van zittende, komende en gaande bestuurders fluctueert kennelijk op allerlei manieren. Er zijn onderzoekers die wetmatige patronen zien in een zittingstermijn van een bestuurder: van 'wittebroodsweken' naar 'groei en bloei' tot 'verval' (Overmars & Bokhorst, 2021, Hambrick, 1991). Anderen spreken dat tegen: er zou geen empirisch bewijs zijn voor dergelijke generieke patronen (Bynander & 't Hart, 2016, Khurana, 2011).

Behalve dat deze thema's in de wandelgangen van ziekenhuis-Nederland in populaire bewoordingen terugkomen – de 'houdbaarheid' van een bestuurder, het 'rondpompen' van bestuurders, de 'plucheplakkers' – en daarom relevante te onderzoeken fenomenen zijn, zijn ze ook vanuit wetenschappelijk oogpunt

van belang. Verschillende onderzoekers pleiten voor lange zittingstermijnen ten behoeve van de continuïteit. Ook bij het bestendigen van sociaal-dynamische verhoudingen en patronen kan een organisatie baat hebben. Bovendien zijn de kosten van bestuurswisselingen hoog. Niet alleen in materiële zin, ook de stagnerende ontwikkeling en consequenties voor individuele bestuurders en andere persoonlijk betrokkenen zijn hoge 'kosten' (Geib, 2022, Groves, 2017). Ziekenhuizen hebben er belang bij dit niet al te vaak mee te maken. Frequentie bestuurswisselingen zijn zo bekeken een potentieel risico. Andere onderzoeken tonen juist de risico's van een lange zittingsduur. Een bestuurder die lang aan een organisatie verbonden is kan blind worden voor wat zich in- en extern afspeelt. Haar adaptief vermogen kan afnemen. De vraag is of dergelijke in andere contexten gevonden patronen zich ook voordoen in Nederlandse ziekenhuizen.

Resultaten van bestuurswisselingen

In de private sector zijn de aandelenkoersen 'uitkomsten' waarop bestuurders uiteindelijk worden beoordeeld. Bij politieke leiders zijn het vooral de opiniepeilingen en de verkiezingsuitslagen. Uitkomsten van onderzoek naar wisselingen aan de top van deze sectoren laten zien dat nieuw aangestelde bestuurders of partijleiders altijd 'een verschil maken'. Ze veranderen de toon en de stijl van het centrale zenuwcentrum van de organisatie of de partij, met gevolgen voor de relaties met in- en externe partijen (Bynander & 't Hart, 2016). Maar leidt dat tot duurzame verschillen in de resultaten? Opvolgingsonderzoekers kunnen deze vraag niet eenduidig beantwoorden. Hun pogingen om opvolgingen te linken aan zogenoemde *organizational performance* falen omdat dit een heel breed concept is met veel complexe variabelen (Finkelstein et al., 2009). Ook de stroming in de opvolgingsliteratuur die specifiek kijkt naar de combinatie van *Leadership Succession and Strategic Change* (LSSC) slaagt daar niet in (Hutzschenreuter et al., 2012).

De betekenis van deze constatering voor mijn onderzoek is als volgt. Ik doe geen onderzoek naar de resultaten van bestuurswisselingen voor de markt- of financiële positie van ziekenhuizen. Ook onderzoek ik niet of bestuurswisselingen leiden tot een hogere ranking in lijstjes van topziekenhuizen, grotere patiënttevredenheid of arbeidssatisfactie van medewerkers. Ik onderzoek wat betrokkenen zien als resultaten van een wisseling in het bestuur. Dus: in welke termen duiden toezichthouders, bestuurders en andere partijen de uitkomsten van bestuurswisselingen? Bij het analyseren van uitkomsten betrek ik de specifieke eigenaardigheden van de ziekenhuiscontext. Bijvoorbeeld: de raad van toezicht beoordeelt het bestuur, maar in hoeverre neemt deze de perspectieven van een belangrijke partij als de medische staf daarin mee? En spelen externe autoriserende partijen daarin een rol die ook doorwerkt bij bestuurswisselingen?

⁶] De uitdrukking 'horses for courses' refereert aan het matchen van de juiste persoon aan een bepaalde baan of taak.

1.3 PLAATS VAN ONDERZOEK: DE NEDERLANDSE ZIEKENHUIZEN

Hybride organisaties

Ziekenhuizen zijn, met de andere aanbieders van zorg, te typeren als hybride organisaties omdat ze kenmerken hebben van markt- en overheidssturing (Brandsen et al., 2011). De regelmatig conflicterende private en publieke belangen vergen van zorgbestuurders dat ze verschillende besturingslogica's combineren (Pache, 2024, Berden, 2009, Scholtes & Abeln, 2008). Ze hebben te maken met meerdere institutionele kaders: formele (wetten en regelgeving), normatieve (over 'goed bestuur' in moreel en professioneel opzicht) en cognitieve (in werkwijzen en procedures gestolde aannames en routines). Omdat geen van deze kaders eenduidige richtsnoeren biedt, vergt deze ambiguïteit stuurmanskunst van zorgbestuurders (Van der Scheer, 2013, p. 31). De instituties, partijen en functionarissen die de autoriserende omgeving vormen beïnvloeden het handelen van ziekenhuisbestuurders, én omgekeerd.

De stuurmanskunst die het laveren tussen de wisselende verwachtingen en eisen van diverse partijen vergt, is voor een ziekenhuis niet anders dan voor het bestuur van bijvoorbeeld een overheidsdienst. Beide staan voor een maatschappelijke taak, uit te voeren met andermans geld, ten dienste van de samenleving, in een context met tegengestelde belangen. Er zijn echter vier kenmerken die door hun combinatie ziekenhuizen onderscheiden van elke andere organisatie. Namelijk (a) het werken in een privaat domein aan een maatschappelijke doelstelling, (b) geen winst nastreven ten behoeve van een kapitaalverschaffer of eigenaar, (c) te maken hebben met specifieke wet- en regelgeving voor toegankelijkheid, solidariteit en financiering en (d) medisch-ethische kwesties.

Governance van ziekenhuizen: intern

De 74 ziekenhuizen in Nederland zijn onderverdeeld in universitaire medische centra ofwel umc's (7), topklinische ziekenhuizen (26) en algemene ziekenhuizen (41).⁷ In de umc's vindt naast gespecialiseerde ziekenhuiszorg onderwijs en onderzoek plaats. Ook in de topklinische ziekenhuizen heeft een groot aantal specialismen een opleidingserkenning. In de algemene ziekenhuizen zijn alle specialismen te vinden; voor bepaalde specialistische aandoeningen kunnen patiënten terecht bij de grotere topklinische ziekenhuizen en umc's. Elk van de drie categorieën ziekenhuizen heeft zich verenigd in respectievelijk de Nederlandse Federatie umc's (NFU), de Stichting Topklinische Ziekenhuizen (STZ) en de Stichting Algemene Ziekenhuizen (SAZ). In 2007, toen de marktwerking haar intrede deed, hebben zeven topklinische ziekenhuizen uit verschillende regio's zich georganiseerd in een samenwerkingsverband, Santeon genaamd.

Zeven andere ziekenhuizen vormen sinds 2018 als mProve een soortgelijk samenwerkingsverband. Horizontaal werken de ziekenhuizen samen in een zogenaamd Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ). In de coronacrisis speelden deze netwerken een belangrijke rol. Verticaal werken de ziekenhuizen samen in allerlei netwerken met andere zorgaanbieders om de doorstroming en afstemming van het zorgaanbod zo goed mogelijk te reguleren. Onder invloed van het Integraal Zorgakkoord Akkoord (IZA) verbreedt en verdiept de regionale samenwerking zich (Van der Woerd et al., 2024).

In een ziekenhuis is de raad van bestuur zoals gezegd het hoogste orgaan. Elk ziekenhuis heeft een raad van toezicht met drie rollen: toezichthouder, sparringpartner en werkgever van de bestuurders.⁸ De medisch specialisten die aan een ziekenhuis zijn verbonden maken deel uit van de medische staf. Meestal is een deel van hen in dienst van het ziekenhuis. Een ander deel is door zogenaamde vrije vestiging verbonden aan het ziekenhuis. In 2025 is de integrale tarifiering ingevoerd. Voorheen kregen ziekenhuizen en medisch specialisten elk een apart tarief, nu ontvangen ziekenhuizen een totaalbedrag dat ze zelf intern verdelen. Sindsdien hebben de vrijgevestigde medisch specialisten zich verenigd in medisch-specialistische bedrijven (MSB's). In de meeste ziekenhuizen is er een geïntegreerd stafbestuur met vertegenwoordigingen van zowel de medisch specialisten in dienstverband als het MSB. Vanuit dit bestuur vindt nauw overleg plaats met de raad van bestuur. Naast de medische staf wordt ook de Verpleegkundige Adviesraad (VAR) inmiddels in de meeste Nederlandse ziekenhuizen in enigerlei vorm betrokken bij de besturing.⁹

De ondernemingsraad (OR) en de cliëntenraad (CR) zijn medezeggenschapsorganen in het ziekenhuis met een wettelijke verankering. In de Wet op de Ondernemingsraden (WOR) staan als kerntaken voor de OR: het behartigen van het belang van de werknemers, het in de overlegvergadering vertegenwoordigen van de werkzame personen in de onderneming en het behartigen van het belang van de organisatie in al haar doelstellingen. Bij belangrijke besluiten moet de OR om advies worden gevraagd en in sommige gevallen, zoals bij regelingen die met het personeelsbeleid te maken hebben, moet de raad van bestuur de OR om instemming vragen. Wat betreft de CR is vanaf juli 2020 de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) in werking getreden. Elk ziekenhuis was al verplicht een cliëntenraad (CR) te hebben. Deze wet scherpt een aantal regelingen aan waardoor cliëntenraden bevoegdheden kregen met een steviger wettelijke

⁸ In enkele ziekenhuizen wordt deze raad van commissarissen (RvC) genoemd. Er is geen juridisch verschil tussen een RvT en een RvC; beide zijn het toezichthoudende orgaan. In ziekenhuizen met een private eigenaar (in Nederland is dat er één in 2022) is de algemene vergadering van aandeelhouders (AVA) het hoogste orgaan. Ook daar is een RvC. Reglementair is vastgesteld wie de autoriserende macht vormt ten aanzien van wat.

⁹ Naast een VAR zijn ook een Verpleegkundige Raad of een Verpleegkundig Stafbestuur vormen en benamingen die de betrokkenheid van verpleegkundigen bij de besturing van het ziekenhuis weergeven.

⁷ Peildatum 2023. Zie verder hoofdstuk 5.

basis. Beide organen hebben vanuit deze wettelijke basis een formele rol bij bestuurswisselingen.

In de topstructuur verschillen ziekenhuizen nauwelijks van elkaar. Er is bijna overal een meerhoofdige raad van bestuur, een aantal stafafdelingen en een managementteam, bestaande uit de leiding van de organisatorische eenheden.¹⁰ Deze eenheden hebben in bijna alle ziekenhuizen een manager bedrijfsvoering en een medisch manager. Door de duale leiding van de zorgeenheden verandert ook de relatie met het stafbestuur. De medisch managers praten vanuit die functie ook mee over de strategie van het ziekenhuis, wat voorheen was voorbehouden aan het stafbestuur. In een aantal ziekenhuizen functioneren zogenaamde bestuursraden, gevormd door de raad van bestuur en een vertegenwoordiging van het stafbestuur. In sommige van deze ziekenhuizen worden de besluiten van de bestuursraad gezien als besluiten van de raad van bestuur.

Uit bovenstaande is af te leiden welke partijen voor het ziekenhuisbestuur de interne autoriserende omgeving vormen, en daarmee formeel en anderszins een rol hebben in processen en uitkomsten van bestuurswisselingen. Daarnaast zijn er externe partijen met een autoriserende invloed op het ziekenhuisbestuur. Nadere analyse moet opleveren welke partijen welke rollen vervullen, en volgens welk 'script' (min of meer voorgeschreven gedrag passend bij hun rol) zij zich gedragen. Het onderzoeken van de dynamiek tussen partijen beoogt inzicht te geven in (gedrags)patronen bij bestuurswisselingsprocessen. Door deze bril kijkend vat ik bestuurswisselingen op als min of meer gestolde patronen van sociaal gedrag. Deze krijgen vorm door formele en informele regels en procedures over hoe betrokkenen moeten en mogen handelen. Het gaat om 'institutional logic of appropriateness': normatieve opvattingen en (deels ongeschreven) afspraken over hoe verschillende partijen, betrokken bij de besturing van het ziekenhuis, horen te handelen bij bestuurswisselingen (Scott, 2013, March en Olsen, 2010).

Governance van ziekenhuizen: extern

De effectiviteit van het interne toezicht hangt samen met extern toezicht (De Waal, 2020). De externe toezichthoudende organen zijn door de overheid ingestelde instanties. Dit zijn inspecties (bijvoorbeeld de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd, de IGJ) en zelfstandige bestuursorganen (bijvoorbeeld de Nederlandse Zorgautoriteit, de NZa). De externe toezichthouder heeft minder mogelijkheden om ziekenhuisbesturen te beïnvloeden dan de interne, maar kan

in beeld komen door bepaalde maatregelen. Extern toezicht kan en moet daarom het interne toezicht versterken en aanvullen. Dit vereist dat beide afzonderlijk en in combinatie effectief zijn.¹¹

De IGJ houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg in ziekenhuizen. Waar nodig treedt zij normerend op. Dat kan zijn door middel van een aanwijzing. Dan verplicht de IGJ het ziekenhuis bepaalde maatregelen te nemen die binnen een bepaalde termijn tot verbeteringen moeten leiden. Ook kan de IGJ het ziekenhuis onder verscherpt toezicht plaatsen. In dat geval is de IGJ over de hele linie bezorgd over het functioneren van het ziekenhuis en de besturing. Ze houdt dan strak de vinger aan de pols of voorgenomen maatregelen tot daadwerkelijke verbeteringen leiden.

Voor de ziekenhuisbestuurders en -toezichthouders zijn er organisaties met een coördinerende en normerende rol ten aanzien van hun functie en functioneren. De beroepsvereniging voor bestuurders in de zorg NVZD hanteert sinds 2013 een accreditatiesysteem. Daarvoor was er de gedragscode voor 'de goede bestuurder', maar die werd door externe partijen als te vrijblijvend ervaren. Met het accreditatiesysteem reageerde de NVZD op de politiek-maatschappelijke druk om zorgbestuurders ter verantwoording te roepen met betrekking tot *good governance* in de zorg. De accreditatie draagt bij aan de professionalisering van zorgbestuurders en daarmee aan de maatschappelijke legitimatie van het zorgbestuur (Bijloos, 2019).

De Nederlandse Vereniging voor Toezichthouders in de Zorg (NVTZ) houdt zich bezig met normenkaders voor het toezicht in de zorg. Onder druk van de politiek namen de Brancheorganisaties in de Zorg (BoZ) de governancecode uit 2010 onder de loep. De Governancecode Zorg (GCZ) die daar in 2017 uit voortkwam is anders van opzet dan de eerdere versies. Waren deze vrij instrumenteel van aard, de nieuwe code is gebaseerd op zeven principes. Het bevorderen van het goede gesprek tussen raad van toezicht en bestuur staat centraal. In vier van de zeven principes komt het woord 'maatschappelijk' terug. Het bestuur is daarvoor de verantwoordelijke partij. De toezichthouder bewaakt of het bestuur voorziet in de legitimering van de organisatie, namelijk het bieden van goede zorg. Inmiddels is de code van 2017 geëvalueerd en bijgesteld in de nieuwe GCZ van 2022.

Een aantal aspecten uit de GCZ is met name van belang voor het onderwerp van dit proefschrift. Zo stelt de code dat het bestuur de randvoorwaarden en

¹⁰ Er zijn nog maar een paar ziekenhuizen met een eenhoofdige bestuur. De umc's hebben een vier- of vijfhoofdige raad van bestuur. De andere ziekenhuizen hebben een twee- of driehoofdige raad van bestuur. Deze omvang is relevant voor dit onderzoek, zoals onder andere zal blijken uit hoofdstuk 5.

¹¹ De Waal (2020) stelt dat voor de effectiviteit van extern toezicht het vooral van belang is een complementaire relatie op te bouwen met het interne toezicht. Dit betekent dat het externe toezicht zich enerzijds richt op het versterken van het interne toezicht, zodat dit zijn potentiële invloed effectief kan uitoefenen, en anderzijds actief optreedt op het moment dat intern toezicht niet voldoende effectief opereert.

waarborgen dient te scheppen voor een adequate inbreng van belanghebbenden, en dat de raad van toezicht daar toezicht op dient te houden. Wie die belanghebbenden zijn hangt af van de sector, nader te bepalen door bestuur en toezicht. Het zijn in ieder geval de medezeggenschapsorganen. De code schrijft tevens voor dat bestuur en toezicht transparant zijn en verantwoording afleggen aan deze belanghebbenden. Een ander punt betreft de rol van de raad van toezicht als werkgever. De kern van deze rol is dat de raad van toezicht zorg draagt voor een raad van bestuur die goed en evenwichtig is samengesteld en geschikt is en blijft om de zorgorganisatie te besturen (GCZ 6.5).

Naast het stellen van de beleids- en governancekaders speelt de rijksoverheid een inkomenspolitieke rol die ziekenhuisbestuurders direct aangaat. In 2015 is de zogenaamde Wet Normering Topinkomens (WNT) ingevoerd. Vanaf dat moment wordt de bezoldiging van topfunctionarissen die werkzaam zijn in de (semi-) publieke sector aan een maximum gebonden. Voor bepaalde sectoren als de zorg en woningbouwcoöperaties gelden specifieke (lagere) bezoldigingsmaxima.¹²

Bestuurlijke opgaven voor ziekenhuisbestuurders

De bestuurlijke opgaven vormen een belangrijk aanknopingspunt bij het opstellen van het profiel van de nieuwe bestuurder. Ook de bestuursstijl, de reputatie van de vertrekkende bestuurder, en de omstandigheden rond diens vertrek spelen daarin een rol. Deze aspecten blijven meestal impliciet (Oosterling, 2019). Soms zoekt men naar een 'kloon' van de vertrekkende bestuurder, soms juist naar iemand met andere competenties of een andere stijl. Een ziekenhuis dat strak geleid is om het financieel weer gezond te krijgen bijvoorbeeld, kan behoefte hebben aan een meer visionaire, verbindende bestuurder.

Met welke bestuurlijke opgaven hadden ziekenhuisbestuurders ten tijde van dit onderzoek (2019-2023) te maken? Hoewel de zorgvraag aanzienlijk zal toenemen spraken het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders in 2019 af de groei van de uitgaven te beperken tot 1,7 procent.¹³ Dit vraagt van de ziekenhuizen een forse inspanning om de juiste zorg op de juiste plek te leveren. Het in 2022 gesloten Integraal Zorgakkoord (IZA) bouwt voort op deze ingeslagen weg om de zorg voor de toekomst goed toegankelijk en betaalbaar te houden. Het belang van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) om het IZA te ondertekenen zit vooral in de afspraken over de medisch-specialistische zorg. De noodzaak om 'passende zorg' te leveren vergt 'eensgezindheid en bredere samenwerking'

¹² Voor 2024 is het algemene bezoldigingsmaximum vastgesteld op 233.000. Voor zorgbestuurders wordt de maximale bezoldiging bepaald door de klasse waar de organisatie is ingedeeld. De klasse wordt bepaald door onder meer omzet, omvang en kennisintensiteit van de organisatie. (<https://www.jaarverantwoordingzorg.nl>).

¹³ Regeerakkoord 2019-2022.

in de regio.¹⁴ Voor de ziekenhuizen betekent dit intensivering van zowel de horizontale samenwerking (tussen de ziekenhuizen in de regio) als de verticale (tussen het ziekenhuis en andere zorgaanbieders). Bij het IZA horen ook transformatiegelden. Ziekenhuizen kunnen daarop een beroep doen om de gewenste verplaatsing van zorg te realiseren.

Dit lijken duidelijke opgaven. Ziekenhuisbestuurders hebben echter te maken met soms tegenstrijdige verwachtingen vanuit verschillende logica's. Vanuit de private logica zijn winst, continuïteit en efficiency richtinggevende principes. Het publieke waardenstelsel draait om gelijkheid, betrouwbaarheid en solidariteit. Dergelijke principes zijn vertaald naar overheidsbeleid, dat de ziekenhuizen hebben uit te voeren. De professionals hebben hun eigen professionele standaarden voor hoe, en daarmee waar, zorg geleverd dient te worden. Ziekenhuisbestuurders hebben vervolgens de opgave om dergelijke politieke en morele denkbeelden, inherent aan het leveren van publieke gezondheidsdiensten, te verbinden met lokale praktijken (Putters, 2023, Van der Scheer, 2013).

Veranderen én zorgdragen voor in- en extern draagvlak is echter geen sinecure. Dat toonde ook de commissie aan die in 2020 onderzocht hoe twee ziekenhuizen, het MC Slotervaart in Amsterdam en de MC IJsselmeerziekenhuizen, failliet konden gaan.¹⁵ Beide ziekenhuizen hadden een specifieke ontstaansgeschiedenis en waren in private handen. Ze hadden een aandeelhoudersconstructie én een raad van toezicht. Desalniettemin zien de onderzoekers onderliggende patronen waardoor ook andere ziekenhuizen met een hoge schuldenlast in een neerwaartse spiraal terecht kunnen komen. Namelijk: door noodzakelijke bezuinigingen neemt de druk op het personeel toe, de banken worden kritischer om leningen te verschaffen, de raad van toezicht wordt ongeruster en het draagvlak voor het bestuur neemt af, waardoor het bestuur minder effectief veranderingen kan doorvoeren. De commissie constateert veel plannenmakerij en overgeleverd zijn aan de gunfactor van de zorgverzekeraar als een ziekenhuis op omvallen staat. Het adagium 'de patiënt staat centraal' blijkt op dat soort momenten in de praktijk ver te zoeken. In het licht van dit proefschrift is de (oncontroleerbare) dynamiek die in crisissituaties kan ontstaan tussen in- en externe partijen van belang. Ook de conclusie uit het rapport dat het externe toezicht op de financiële huishouding van ziekenhuizen versnipperd en ontoereikend is, heeft mogelijk betekenis voor de rol van zorgverzekeraars en banken bij bestuurswisselingen.

¹⁴ Om dit te bereiken zijn afspraken gemaakt tussen het ministerie van VWS en andere branche- en beroepsorganisaties en de Nederlandse Patiënten Federatie. Ondertekenaars zijn onder meer de NVZ, de NFU, de Nederlandse ggz en de brancheorganisatie voor de ouderenzorg ActiZ.

¹⁵ Het komt zelden voor dat in Nederland een ziekenhuis failliet gaat en nu er twee tegelijk omvielen gaf VWS een commissie de opdracht de faillissementen van het MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen te onderzoeken. De commissie doet verslag in het rapport *De aangekondigde ondergang* (2020).

Het dienen van verschillende belangen van in- en externe partijen kan tegengestelde wensen opleveren voor het profiel. Als deze tegenstrijdigheid niet benoemd en opgelost wordt voordat een wervingsprocedure start, is het risico dat ook de uitkomst tegenstrijdig is (Oosterling, 2019). Een goede werving-en-selectieprocedure kan helpen de bestuurlijke opgaven in relatie tot het gewenste profiel scherper te krijgen (Deckers, 2022). Het komt echter ook regelmatig voor dat er een verschil is tussen wat er formeel als bestuurlijke opgaven wordt gecommuniceerd en wat informeel de facto de opdracht van de raad van toezicht is (Derks & Grit, 2014, Born, 2012, Grunberg, 2002).

1.4 EEN UITDAGEND ONDERZOEKSONDERWERP

Op basis van het voorafgaande dienen zich enkele methodologische uitdagingen aan voor het onderzoeken van bestuurswisselingen in ziekenhuizen.

Het merendeel van de (omvangrijke) opvolgingsliteratuur is gebaseerd op onderzoek dat plaatsvindt in corporate omgevingen (Nyberg et al., 2020). Er zijn echter aanzienlijke verschillen tussen een board met executives en non-executives van (beursgenoteerde) bedrijven en het bestuur en de raad van toezicht van een Nederlands ziekenhuis. Zo is in de internationaal georiënteerde corporate wereld hiërarchische aansturing de dominante besturingsfilosofie en rekenen de aandeelhouders de bestuurders in belangrijke mate af op financiële resultaten. Wie de betrokkenen zijn bij bestuurswisselingen, met welke invloed, is in het bedrijfsleven dus anders dan in de publieke sector. Hetzelfde geldt voor de studies over opvolgingsplanning in de politiek: een andere context leidt tot andere betrokken partijen en een ander verloop van bestuurswisselingen.

Ondanks de verschillen zijn er ook overeenkomsten. Zo is de sleutelrol van het benoemende orgaan een constante factor. Ook zijn een aantal sociaalpsychologische processen die gepaard gaan met bestuurswisselingen waarschijnlijk vergelijkbaar. Al met al zijn er waarschijnlijk meer overeenkomsten dan verschillen tussen opvolgingen in de ene of de andere sector (Bynander & 't Hart, 2016). Voor mijn empirische onderzoek naar bestuurswisselingen is de opgave om bij de toepassing van onderzoeksuitkomsten uit andere sectoren zorgvuldig te kijken naar de contextuele en andere specifieke eigenschappen van het ziekenhuis.

Onderzoekers ordenen processen van het aan- tot aftreden van bestuurders op verschillende manieren. Allen behandelen vragen als: wat zijn aanleidingen voor een bestuurswisseling, wie wordt er door wie geselecteerd en wat zijn de effecten van de opvolging? (Darouichi et al., 2021, Cragun et al., 2016, Finkelstein

et al., 2009). Sommige onderzoekers zien opvolgingen als een gebeurtenis met een begin en eind in de tijd, andere als een zich ontwikkelend proces. Een proces dat is ingebed in de specifieke kenmerken en omgeving van de organisatie. Het eerste perspectief faciliteert eenvoudige en numerieke beschrijvingen van een aantal sleutelvariabelen en parameters van deze gebeurtenis. Dat maakt studies mogelijk met grote aantallen (een grote 'N'). Het tweede perspectief, bestuurswisselingen bekijken met een proceslens, moedigt diepte-onderzoek aan. Bij een dergelijke manier van onderzoeken blijven de analyses dicht bij de beschrijvingen en belevingen van de sleutelbetrokkenen. Deze aanpak beperkt de scope van onderzoek en leidt tot studies met kleinere aantallen. Beide benaderingen hebben hun waarde. In dit onderzoek ligt het accent op het tweede perspectief, de procesbenadering, omdat deze meer en beter inzicht geeft in de dynamiek van bestuurswisselingen. Maar ook de aanpak vanuit het eerste perspectief maakt deel uit van dit onderzoek. Het numerieke onderzoek binnen de populatie dient onder andere om relevante kwantitatieve informatie te vergaren, zoals over aantallen bestuurswisselingen in de Nederlandse ziekenhuizen.

De onderliggende methodische vraag van de procesaanpak is de afbakening, want waar begint en eindigt een bestuurswisseling? Het vertrek en vervangen van een bestuurder is vaak het product van een lange incubatieperiode waarvan de elementen niet ondubbelzinnig zijn vast te stellen (Nyberg, 2020). Ik hanteer in dit onderzoek het volgende denkkader voor de afbakening en markeringen. Ten eerste concentreert dit onderzoek zich zoals gezegd op bestuurswisselingen. Deze zijn weliswaar opgebouwd uit *bestuurderswisselingen* maar het onderwerp van onderzoek is het ziekenhuisbestuur, niet de individuele ziekenhuisbestuurder. Een *bestuurswisselingsproces* start waarschijnlijk eerder dan de daadwerkelijke opvolging van een bestuurder. Dat pleit voor het verbreden van de focus: niet alleen het daadwerkelijke opvolgingsproces maar ook de aanloop daarnaartoe meenemend en de gevolgen op de langere termijn. Tegelijk geeft dit een risico op *conceptual stretching* (Collier, 1993). In dit onderzoek zou het betrekken van het verloop van de totale zittingstermijn van een ziekenhuisbestuurder een vorm van conceptuele vervorming zijn. Ik wil aan beide opties recht doen: zowel het betrekken van de voor- en nafase van een bestuurswisseling als me concentreren op de bestuurswisseling. De focus is daarom het scharnierpunt: de bestuurswisseling. Vandaaruit onderzoek ik welke factoren en momenten in de periode ervoor en erna de aanzet gaven. Dergelijke omslagpunten kunnen waarschijnlijk dienen als markeringen en daarmee afbakeningen van bestuursperioden.

Op basis van het voorafgaande hanteer ik de volgende werkdefinitie. Bestuurswisselingen zijn cruciale processen in de ontwikkeling van een

ziekenhuis. Ze zijn betekenisvol omdat de samenstelling van het bestuur verandert. De manier waarop dat gebeurt houdt verband met de context van het ziekenhuis, eerdere ervaringen met bestuurswisselingen, de actuele bestuurlijke opgaven en de rolinvullingen van en dynamiek tussen de betrokken partijen.

1.5 VRAAGSTELLING

De legitimiteit en kwaliteit van ziekenhuisbesturen draagt bij aan goede ziekenhuiszorg. Beide zijn hard nodig in deze tijd van een toenemende zorgvraag en krappe arbeidsmarkt. Bestuurswisselingen doen ertoe omdat ze daaraan kunnen bijdragen.

Ik beoog met deze studie inzicht te verschaffen in een van de meest cruciale, preciaire en vertrouwelijke bestuurlijke processen, het bestuurswisselingproces. Door onderzoek verwacht ik een dieper inzicht te verkrijgen in hoe deze processen verlopen en welke waardering betrokkenen daaraan hechten. In het bijzonder wil ik achterhalen welke partijen welke rol vervullen en hoe zij het proces van een bestuurswisseling relateren aan de uitkomsten. Het beschrijven en interpreteren van deze processen draagt zodoende bij aan het uiteindelijke doel van dit onderzoek: betere bestuurswisselingen, betere ziekenhuisbesturen, betere ziekenhuiszorg.

De centrale vraagstelling van mijn onderzoek is:

Hoe verlopen bestuurswisselingen in Nederlandse ziekenhuizen en hoe is dit proces te duiden en te waarderen?

De centrale vraag werk ik uit aan de hand van vier deelvragen. Deze hebben ten doel inzicht te geven in bestuurswisselingen vanuit verschillende invalshoeken en met behulp van daarbij passende onderzoeksmethoden. Onderstaand overzicht laat zien welke deelvragen ik met behulp van welke onderzoeksmethoden beantwoord, en in welke hoofdstukken de antwoorden zijn terug te vinden. In hoofdstuk 8 beantwoord ik ze ten opzichte van elkaar en daarmee beantwoord ik de centrale onderzoeksvraag.

Tabel 1 Deelvragen in het onderzoek

Deelvraag	Toelichting en methode
1. Welke kwantitatieve ontwikkelingen hebben zich voorgedaan in bestuurswisselingen in Nederlandse ziekenhuizen in de periode 2010-2022?	Om inzicht te krijgen in maat en getal zijn de bestuurswisselingen in de totale populatie van de Nederlandse ziekenhuizen in de periode 2010 tot en met 2022 in kaart gebracht. Het gaat om bestuurswisselingen in de ziekenhuizen en andere items die (ontwikkelingen in) de samenstelling en zittingstermijnen van bestuursteams weergeven. Deze kwantitatieve informatie geeft inzicht in trends en ontwikkelingen en voedt het kwalitatieve deel van het onderzoek. De basis voor de beantwoording van deze deelvraag wordt in hoofdstuk 2 gelegd, de antwoorden komen in hoofdstuk 5 aan de orde.
2. Volgens welke temporele logica ontvouwen bestuurswisselingsprocessen zich?	Door middel van deze deelvraag is inzicht te verkrijgen in bestuurswisselingen als processen. Ik onderzoek hoe het verloop van bestuurswisselingen is in te delen in opeenvolgende fasen. Ook onderzoek ik wat de consequenties zijn van een dergelijke sequentiële benadering van bestuurswisselingen. Theoretisch gebeurt dat in hoofdstuk 3. De empirische beantwoording van deze deelvraag vindt plaats door middel van een enkelvoudige casestudie en een verdiepende focusgroepenstudie, terug te vinden in de hoofdstukken 6 en 7.
3. Welke partijen zijn betrokken bij bestuurswisselingen in ziekenhuizen en hoe interacteren zij?	Deze deelvraag zoomt in op de betrokken partijen. Inzicht krijgen in hun (rol)gedrag en de patronen voortkomend uit hun interactie bij bestuurswisselingen is de intentie van deze deelvraag. Ook deze deelvraag wordt theoretisch beantwoord vanuit de contextanalyse (hoofdstuk 2) en de theorie over bestuurswisselingen (hoofdstuk 3). Empirisch beantwoord ik deze deelvraag door de casestudie (hoofdstuk 6) en focusgroepenstudie (hoofdstuk 7).
4. Hoe duiden en waarderen de partijen bestuurswisselingen?	Het eerste deel van deze vraag gaat over de betekenis die de betrokken partijen geven aan bestuurswisselingen in (hun) ziekenhuizen. Het tweede deel focust op het normatieve oordeel: hoe beoordelen ze bestuurswisselingen? In oriënterende en theoretische zin komt de vraag aan de orde in hoofdstuk 3, in de casestudie en focusgroepen (de hoofdstukken 6 en 7) onderzoek ik deze deelvraag empirisch.

1.6 OPZET VAN HET ONDERZOEK

Dit onderzoek naar hoe bestuurswisselingen in de Nederlandse ziekenhuizen verlopen is voornamelijk kwalitatief van aard. De reden om hiervoor te kiezen ligt in de doel- en vraagstellingen. Het doel is inzichten vergaren over bestuurswisselingen als processen en de betekenissen die betrokken partijen daaraan hechten. Dat betekent voor het empirische deel onderzoek naar hoe dergelijke processen verlopen en het verzamelen van ervaringen, belevingen en interpretaties van de partijen. Eerder noemde ik al dat bestuurswisselingen contextafhankelijk en multifactorieel van aard zijn. Het empirische onderzoek heeft daarom ook een mixed-methods-karakter: door middel van verschillende gecombineerde onderzoeksmethoden verzamel ik informatie, zowel kwantitatieve als kwalitatieve, over bestuurswisselingen in de Nederlandse ziekenhuizen. De kwalitatieve gegevens dienen onder andere om de kwantitatieve bevindingen te contextualiseren en van betekenissen te voorzien.

Het kwantitatieve gedeelte omvat een populatieonderzoek: alle bestuurswisselingen die in de periode 2010 tot en met 2022 in de Nederlandse ziekenhuizen hebben plaatsgevonden zijn in kaart gebracht. De belangrijkste reden voor de keuze om dat vanaf 2010 te doen en niet eerder, is dat informatie over bestuurswisselingen door de mate van automatisering en openbaarheid van gegevens voor 2010 niet meer te achterhalen is, of niet betrouwbaar is. Daarbij is een periode van dertien jaar lang genoeg om meerdere bestuurswisselingen in kaart te brengen en zodoende bepaalde patronen te kunnen onderscheiden.

Vervolgens onderzoek ik in een casestudie de bestuurswisselingen die in één ziekenhuis hebben plaatsgevonden. Ik beschrijf daarin hoe de processen van de verschillende bestuurswisselingen in de periode van 2008 tot 2022 verliepen. Door diep door te dringen in de posities, gedragingen en beleving van alle betrokken partijen ontstaat een markant zicht op de complexiteit van dergelijke kritieke episodes.

Focusgroepen vormen het derde empirische deel van het onderzoek. Deze manier van dataverzameling is een kwalitatieve onderzoeksmethode waarbij een kleine groep mensen praat over een bepaald onderwerp onder leiding van een moderator. In dit onderzoek brengen de focusgroepen kennis, ervaringen, overtuigingen, afwegingen, twijfels en dilemma's van de verschillende partijen over bestuurswisselingen in ziekenhuizen in beeld.

1.7 HET BELANG VAN DEZE STUDIE

Wetenschappelijke relevantie

In de omvangrijke opvolgingsliteratuur domineren de 'wat en hoe'- studies, gebaseerd op onderzoek in het bedrijfsleven. De redenen om daar zorgvuldig en selectief mee om te gaan, die ik eerder noemde (1.4), vormen ook aanknopingspunten voor de wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek bij ziekenhuizen. Dat is in drie punten samen te vatten: de procesaanpak, het betrekken van een specifieke contextuele factor, namelijk het bestuursteam van een ziekenhuis, en het beantwoorden van de normatieve vraag wat een goed opvolgingsproces is.

Het onderzoeken van opvolgingen als processen is op zich niet nieuw, hoewel de meeste onderzoekers zich vooral hebben gericht op de enkelvoudige gebeurtenis van de vervanging van een bestuurder. Empirisch onderzoek over het bredere opvolgingsproces blijft schaars (Berns & Klarner, 2017). De bredere proceslens richt zich in dit onderzoek op onderliggende patronen van bestuurswisselingen in een specifieke sector. Breder kijken betekent ook aandacht besteden aan de wisselwerking tussen de institutionele context en het handelen van de partijen daarbinnen. Door bovendien te focussen op de betekenisgeving van de betrokken partijen, en niet op bijvoorbeeld de veranderingen in de strategische positie van het ziekenhuis door bestuurswisselingen, kan dit onderzoek bijdragen aan inzicht in deze cruciale processen. In de ziekenhuissector heeft dergelijk onderzoek niet eerder plaatsgevonden.

Een specifieke contextuele factor is dat bijna alle Nederlandse ziekenhuizen door een meerhoofdig team worden bestuurd. Mede omdat een dergelijk bestuursmodel in de meeste opvolgingsstudies niet als zodanig voorkomt, nemen onderzoekers deze factor niet mee. Ik maakte eerder het onderscheid tussen bestuurderswisselingen en bestuurswisselingen. Ik richt me op wisselingen in de raad van bestuur als collectief. Zo bezien is de rol van het bestuursteam een relevant te onderzoeken element.

Er zijn nagenoeg geen normatieve theorieën te vinden die ons in staat stellen opvolgingsprocessen te beoordelen ('t Hart & Uhr, 2011). Terwijl, als we constateren dat er geen outputresultaten te benoemen zijn als uitkomsten van bestuurswisselingen, er juist behoefte is om te beoordelen wat een goed opvolgingsproces is. Waar deze normatieve vraag tot nu toe achterwege blijft in de wetenschappelijke wereld, maakt deze wel deel uit van dit onderzoek. Ik kan deze pretentie waarmaken omdat dit onderzoek plaatsvindt in een afgebakende en relatief beperkte populatie. Bovendien is mijn oogmerk de perceptie van de betrokkenen weer te geven, dus wat zij zien als een goed proces. Door

tevens te onderzoeken hoe zij het proces waarderen in relatie tot de uitkomst van bestuurswisselingen levert dit naar verwachting een gelaagd normatief antwoord op.

Relevantie voor de ziekenhuissector

Bovenstaande punten raken naast de wetenschappelijke relevantie ook al maatschappelijke belangen in de vorm van sectorspecifieke theorievorming. In aanvulling daarop zijn er drie redenen waarom dit onderzoek relevant kan zijn voor de ziekenhuizen, en mogelijk voor de gezondheidszorg in bredere zin. Deze hebben betrekking op feitelijke ontbrekende informatie, collectieve beeldvorming en leren als sector.

Er wordt geen systematische informatie bijgehouden over bestuurswisselingen van ziekenhuisbestuurders. De informatie die er wel is, is steekproefsgewijs vergaard, heeft betrekking op alle zorgbestuurders of gaat over een specifiek en beperkt deel van de populatie.¹⁶ De betreffende onderzoeken hebben ook andere doelstellingen. Mijn opzet om een dieper inzicht te verkrijgen over bestuurswisselingen waarbij ik alle Nederlandse ziekenhuizen en hun bestuurders betrek, draagt bij aan de kennis over besturen in de ziekenhuissector.

Mogelijk omdat dergelijke informatie over bestuurswisselingen ontbreekt, leven er 'in het veld' allerlei meningen die misschien eerder berusten op collectieve beeldvorming dan op feiten. Bijvoorbeeld over de 'omloopsnelheid' van ziekenhuisbestuurders of de relatie tussen de coronaperiode en het aantal bestuurswisselingen. Dit onderzoek biedt de mogelijkheid dergelijke meningen te ontkrachten of te bevestigen.

Een gemiddelde ziekenhuisbestuurder maakt ongeveer drie keer in haar carrière een bestuurswisseling mee. Een gemiddelde toezichthouder van een ziekenhuis maakt er waarschijnlijk nog minder mee. Hoewel toezichthouders vaak in meerdere raden van toezicht zitten wordt ook voor hen het regisseren van een bestuurswisselingsproces nooit routine. Dat betekent dat de lessen die zij daaruit trekken niet gestoeld zijn op veel voorbeelden. Alleen voor de executive searchers zijn bestuurswisselingen dagelijkse kost. Door hun specifieke en tijdelijke rol lijken hun leerervaringen nauwelijks bij te dragen aan inzichten over bestuurswisselingen. Daarom wil ik meer inzicht geven in de specifieke rollen en bijdragen van de betrokkenen bij het bestuurswisselingsproces, wat de kwaliteit van het proces ten goede kan komen. Door de ziekenhuissector een rijk gelaagd beeld over bestuurswisselingen te presenteren draagt deze studie bij aan het collectief leren van de sector.

¹⁶] Het longitudinale onderzoek *Bestuurders in beeld* van het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur brengt de ontwikkelingen in kaart in het besturen van zorgorganisaties, niet specifiek van ziekenhuizen. De TIAS Business School (drs. Leonique Niessen) brengt met de Hospital Leadership Monitor gegevens in beeld over vrouwelijke bestuurders en toezichthouders van ziekenhuizen.

1.8 LEESWIJZER

De centrale onderzoeksvraag bevat twee hoofdelementen: de Nederlandse ziekenhuizen en bestuurswisselingen. Hoofdstuk 2 beschrijft de context van het onderzoeksobject: het bestuur van de ziekenhuizen in Nederland. In dit hoofdstuk introduceer ik de in- en externe partijen die (in)formele gezagsposities en controlerende taken hebben ten opzichte van het ziekenhuisbestuur. Zij komen als de autoriserende omgeving van het ziekenhuisbestuur in dit hoofdstuk aan bod.

Hoofdstuk 3 behandelt bestuurswisselingen vanuit theoretisch perspectief, puttend uit de (omvang)rijke opvolgingsliteratuur. Er zijn zoals gezegd (1.4) redenen om hier selectief mee om te gaan. In dit hoofdstuk doe ik zowel recht aan de inzichten uit de literatuur (concepten, variabelen, verbanden, sociale mechanismen) als aan de specifieke ziekenhuiscontext.

De conclusies van de hoofdstukken 2 en 3 leveren een conceptueel model op dat richting geeft aan het empirisch onderzoek.

Hoofdstuk 4 bevat het ontwerp van het onderzoek. Bij de weergave van mijn opzet verantwoord ik de mixed-methods-aanpak om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Ik licht vervolgens toe hoe de informatie over bestuurswisselingen in maat en getal tot stand is gekomen. De andere paragrafen geven de onderbouwing en aanpak weer van de casestudie en de focusgroepen. Ter afsluiting komen validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek aan de orde.

Hoofdstuk 5 gaat over de uitkomsten van het populatieonderzoek. Om inzicht te krijgen in maat en getal zijn de bestuurswisselingen in alle Nederlandse ziekenhuizen in de periode 2010 tot en met 2022 (dus voor een periode van dertien jaar) in kaart gebracht. Het betreft hier feitelijke, empirische informatie over te identificeren en te tellen bestuurswisselingen in ziekenhuizen en andere daarmee samenhangende gegevens. Dit geeft onder andere een beeld van het aantal bestuurders dat erbij betrokken is en van de ontwikkelingen in de samenstellingen en zittingstermijnen van bestuursteams.

Hoofdstuk 6 geeft de casestudie weer. In één ziekenhuis zijn in retrospectief de bestuurswisselingen die daar plaatsvonden in een periode van dertien jaar (2008 tot en met 2022) beschreven en vervolgens geanalyseerd. Met behulp van zogenaamde buigmomenten zijn de (drie) verschillende bestuursperiode weergegeven.

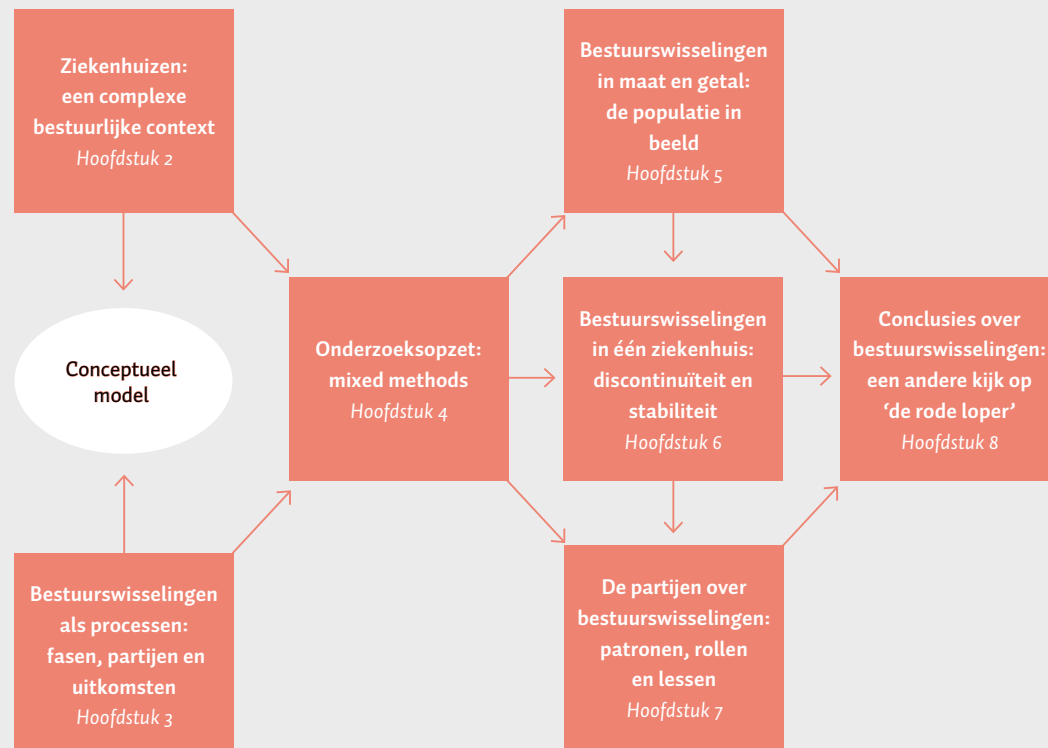
Het laatste empirische deel van het onderzoek, de gesprekken in de focusgroepen, komt in hoofdstuk 7 aan de orde. De focusgroepen zijn op basis van hun functie samengesteld. Zo komen de toezichthouders, de bestuurders, de voorzitters van medische stafbesturen, van CR en OR, de managers en de executive searchers aan het woord.

Hoofdstuk 8 vormt het sluitstuk. Eerst worden door middel van de bevindingen de deelvragen beantwoord. Op basis daarvan beantwoord ik vervolgens de centrale onderzoeksvraag in een vijftal conclusies. Ter afsluiting komen reflecties en aanbevelingen voor nader onderzoek aan de orde. Het slotwoord is een herbezinning op 'de rode loper'.

2

ZIEKENHUIZEN: EEN COMPLEXE BESTUURLIJKE CONTEXT

Figuur 1 Schematische weergave van de opbouw



INLEIDING

Om bestuurswisselingen in ziekenhuizen te begrijpen is het van belang deze organisaties en hun bestuur in hun context te plaatsen. Vele verschillende belanghebbenden hebben dito eisen en verwachtingen van het ziekenhuisbestuur. Ik noemde in het vorige hoofdstuk het begrip ‘*authorizing environment*’ om het geheel van partijen weer te geven die gezagsposities en controlerende taken hebben ten opzichte van het ziekenhuisbestuur. Ook partijen die geen formele bevoegdheden hebben maar desondanks de facto een rol van betekenis (kunnen) spelen bij het ‘autoriseren’ van het ziekenhuisbestuur, en daarmee bij bestuurswisselingen, komen in dit hoofdstuk aan de orde.

In paragraaf 1 geef ik een kort historisch overzicht van de te onderscheiden perioden van overheidsregulering, met hun invloed op de besturing van ziekenhuizen (2.1).

Vervolgens komen, in concentrische cirkels van ‘binnen’ naar ‘buiten’, de relevante partijen aan bod. De individuele ziekenhuisbestuurder en het bestuursteam vormen de binnenste cirkel (2.2). Het ziekenhuisbestuur is niet te isoleren van de rest van het ziekenhuis. Juist in een tijd van toenemende complexe bestuurlijke opgaven is de onderlinge afhankelijkheid tussen partijen groot. Gedeeld leiderschap – samenwerking aan vraagstukken die verder reiken dan ieders eigen primaire verantwoordelijkheid (Van der Scheer, 2023) – is een vereiste.

Met welke partijen het ziekenhuisbestuur het leiderschap al dan niet deelt bespreek ik als tweede cirkel (2.3). Ik licht de rollen toe van de raad van toezicht, de medische staf, de managers en andere partijen in het ziekenhuis, vanuit hun relatie tot het ziekenhuisbestuur. Deze interne autoriserende partijen hebben allen een rol in de dynamiek rondom bestuurswisselingen.

De partijen in de externe autoriserende omgeving vormen de derde concentrische cirkel (2.4). Ook zij hebben een rol in de legitimering en normering van het ziekenhuisbestuur. Zo heeft het externe toezicht opvattingen over goed bestuur en toezicht en draagt accreditatie van ziekenhuisbestuurders bij aan normering van wat een goede zorgbestuurder is. Ik sluit dit deel af met de zorgverzekeraars en de banken. Hun reguliere rol werkt conditionerend naar het ziekenhuisbestuur. Op welke manier dit doorwerkt naar bestuurswisselingen, is nader te onderzoeken.

In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk (2.5) stel ik vast welke betekenis de beschreven context van het ziekenhuisbestuur heeft voor dit onderzoek.

2.1 BESTURING IN DE ZORG, PASSEND BIJ DE TIJDSGEEST

2.1.1 De regulerende rol van de overheid

Gezondheidszorg is een belangrijke publieke voorziening. De overheid heeft tot taak de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg te waarborgen, terwijl de uitvoering van de voorzieningen veelal in private handen is. De overheid vult haar verantwoordelijkheid op diverse manieren in, waarbij in verschillende periodes bepaalde besturingsprincipes dominant zijn. Opvattingen over goed bestuur verschuiven mee.

Bij zorgorganisaties en toegespitst op ziekenhuizen is de invulling van de rol van de overheid vanaf de jaren tachtig van de vorige eeuw tot heden in vier beleidsperioden te onderscheiden (Van der Scheer, 2013; Janssen, 2017).

- De periode tot 1980 kenmerkt zich door vraagsturing. De bekostiging van de ziekenhuiszorg gebeurt op basis van verrichtingen. Vooral de toegankelijkheid wordt van belang geacht, niet de efficiency. De dominante besturingsfilosofie is ‘besturen met afstand’, met veel ruimte voor professionele zelfsturing en autonomie (Meurs & Van der Grinten, 2005).
- Vanaf 1980 tot ongeveer 2002 zijn ‘reguleren, budgetteren en normeren’ kenmerkende aanduidingen voor de rol van de overheid. In deze periode reguleert de overheid de capaciteit van de ziekenhuizen door middel van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Beschikbaarheid van ziekenhuisfuncties, capaciteit en productie zijn de drie elementen waarmee de rijksoverheid de doelmatigheid van ziekenhuizen poogt te reguleren. Hogere eisen aan het aantal verrichtingen van medische specialismen, de zogenaamde volumennormen, en bedrijfsmatige overwegingen om grootschaliger te organiseren stimuleren ziekenhuizen te fuseren. Deze fusies vergen een visie op de inrichting van de ziekenhuiszorg op verschillende locaties, met ingewikkelde in- en externe dynamiek als gevolg. Besturen gaat in toenemende mate over beheersing en controleren, vanuit de gedachte dat onzekerheid gemanaged kan en dient te worden. Van zorgbestuurders wordt verwacht dat ze ‘in control’ zijn. In navolging van ontwikkelingen in de gehele publieke sector wordt onder invloed van New Public Management (NPM) de benadering in de zorgsector ook bedrijfsmatiger. Zo reorganiseren ziekenhuizen met behulp van *business proces redesign* (Stoopendaal, 2008).
- Sinds ongeveer 2006 is ‘marktwerking met gereguleerde concurrentie’ een samenvattende aanduiding voor overheidssturing (Berden, 2009). De rijksoverheid maakt steeds meer gebruik van marktprikkels om onderlinge

concurrentie tussen de ziekenhuizen te stimuleren, met als doel meer doelmatigheid. Ook voor de zorgverzekeringsmarkt betekent dit ingrijpende veranderingen; van een regionaal georiënteerde markt transformeert deze in korte tijd naar een meer nationale markt (Janssen, 2018). Van bestuurders wordt ondernemerschap verwacht. Onderlinge concurrentie moet zowel de efficiency als de kwaliteit verbeteren. Vervolgens blijkt dat de zorg een minder vrije markt is dan gedacht. Regelmatig fluit de overheid te ondernemende bestuurders terug (Scholtes, 2011).

- Vanaf ongeveer 2015 is de besturingsfilosofie van de overheid meer gericht op ‘decentraliseren, experimenteren, participeren’. Hoewel de stijging van de zorgkosten te wijten is aan vergrijzing, nieuwe zorgtechnologie en toename van het aantal chronische zieken, is marktwerking in een kwalijk daglicht komen te staan (WRR, 2021).¹⁷ Een antwoord op de macroprognoses van de kostenstijgingen én de personele schaarste is het in 2022 afgesloten Integraal Zorgakkoord (IZA). Hierin is een belangrijke rol weggelegd voor (meer) regionale samenwerking tussen ziekenhuizen en andere zorgorganisaties. Dit samenwerkingsakkoord, dat ook voorziet in transitiegelden, moet herinrichting van de zorg bewerkstelligen. Ook ziekenhuizen kunnen een beroep doen op deze IZA-transformatiegelden, maar moeten een deel van de investering zelf financieren.

Bovenstaande sturingsmechanismen suggereren een chronologische ontwikkeling in de loop der tijd. Maar in werkelijkheid is er vaak sprake van een stapeling en het situationeel inzetten van bepaalde vormen van regulering. Deze gelaagdheid van sturingsmechanismen leidt tot “een wildgroei aan regels en normen” (Felder 2022, p. 205). Het normeren en beoordelen van het ziekenhuisbestuur door de verschillende externe autoriserende partijen volgt hieruit.¹⁸ Situationeel bepaald leggen deze partijen soms het accent op besturen op afstand met outputindicatoren, soms op professionele zelfsturing en decentralisatie, en soms op directe inmenging door het opleggen van sancties, verscherpt toezicht of bijzonder beheer (zie verder 2.4).

2.1.2 Consequenties voor de bestuurlijke opgaven

De geschetste ontwikkelingen, toegespitst op de meest recente, hebben concrete invloed op de bestuurlijke opgaven van ziekenhuizen. Het IZA, zorgtransformatie en de digitale transitie vergen van de ziekenhuizen een andere rol. Het besturen

¹⁷] Rapport 104 van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid: *Kiezen voor houdbare zorg, mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak* (2021).

¹⁸] Felder stelt dat door deze (soms) chaotische institutionele context er niet alleen wildgroei ontstaat, maar er ook steeds meer partijen betrokken raken bij de besluitvorming in de gezondheidszorg. Partijen met eigen rolopvattingen die regelmatig strijdig zijn.

van de processen die daarmee samenhangen is ingewikkelder dan eerdere bestuurlijke opgaven. Die lagen vooral op het gebied van kwaliteit en efficiency van de te leveren zorg. Het schaken op, en schakelen tussen, de verschillende ex- en interne borden kost aandacht, tijd en coördinatie. Zo is het aantal netwerken en externe overlegtafels waarin ziekenhuisbestuurders participeren aanzienlijk toegenomen. De interne opgaven variëren van capaciteitsvraagstukken (middelen maar vooral menskracht), bestuurlijk-organisatorische uitdagingen (zoals de samenwerking met de MSB's) en organisatie-culturele vraagstukken (zoals sociale veiligheid). Alleen goede zorg leveren met tevreden medewerkers is niet voldoende, ook het realiseren van een structureel gezonde bedrijfsvoering is een bestuurlijke opgave (Putters et al., 2023). In het huidige tijdsgewricht zitten veel ziekenhuizen in zwaar weer. Er zijn grote personele tekorten en er is een roep om verlaging van de werkdruk. Bovendien vragen ICT, vastgoed en herontwerp van zorgprocessen om forse investeringen (BDO, 2023).¹⁹

Controleren of dergelijke resultaten worden behaald is verre van eenvoudig. Zo is de daartoe benodigde informatie vaak onvoldoende voorhanden. Normen worden onrealistisch bevonden of ontbreken. Met als gevolg dat lang niet altijd duidelijk is wie verantwoordelijk gehouden kan worden voor de te behalen resultaten. Het ontbreken van een gemeenschappelijk normatief kader vooraf leidt nogal eens tot moraliseren achteraf (Van der Scheer, 2013).

2.2 KENNISMAKEN MET ZIEKENHUISBESTUREN

2.2.1 De ziekenhuisbestuurders

Ziekenhuisbestuurders zijn zorgbestuurders. Ze zijn *embedded agents* (Van der Scheer 2013): hun specifieke socialisatieproces binnen de zorgsector leidt tot praktische wijsheid, die hen in staat stelt staande te blijven en resultaten te behalen in een complex relatienetwerk met tegenstrijdige belangen. Als zorgbestuurders zich voldoende bewust zijn van hun routines en impliciete strategieën stelt dat ze in staat de vaak paradoxale opgaven te realiseren. Bijvoorbeeld om in steeds groter wordende organisaties zowel betrokken te zijn bij de zorg en zorgverleners, als de benodigde afstand te creëren om te besturen. Als ‘verbindende buitenstaanders’ gaan ze om met deze paradox (Stoopendaal, 2008). Anders gezegd: “Goed verankerde embedded agents hebben echter zowel de mogelijkheid veranderingen te stimuleren als om deze te verhoeden.” (Van der Scheer, 2013, p. 172).

¹⁹] Het BDO-Benchmark Ziekenhuizen van 2023 stelt dat de financiële gezondheid van Nederlandse ziekenhuizen met een gemiddeld rapportcijfer van 7,2 over 2022 ruim voldoende lijkt, maar dat deze de magere rendementen verdoezelen. Rendementen die nodig zijn voor de uitvoering van het IZA en investeringen in digitalisering en herontwerp van zorgprocessen.

Rolopvatting en -uitoefening van zorgbestuurders weerspiegelen de verwachtingen die zij van zichzelf en die anderen van hen hebben. Het longitudinale onderzoek *Bestuurders in beeld*²⁰ rapporteert over zes rollen: het ‘boegbeeld’, de ‘manager’, de ‘ondernemer’, de ‘strateeg’, de ‘regisseur’ en de ‘tussenpersoon’. Een constante over de twintig jaar van het onderzoek is dat de rol van strateeg het hoogst wordt aangeslagen, maar ook continu onder druk staat. Enerzijds is er een trekkracht naar binnen, naar het operationele, anderzijds zijn er buiten vele relaties te managen. In de jaren van marktwerking werd de ondernemende rol hoog gewaardeerd door ziekenhuisbestuurders. De laatste jaren is dat verschoven naar de rollen van verbinder (ook in de regio) en boegbeeld.

In het verdelen van hun aandacht ervaren zorgbestuurders spanningen die enerzijds van alle tijden zijn, maar anderzijds ook toenemen. Een voorbeeld daarvan is de aandacht voor intern en extern. Naast de contacten met de collega-zorgbestuurders in de regio vinden bestuurders dat ze in toenemende mate tijd moeten besteden aan de relaties met zorgverzekeraars, banken, de IGJ, de politiek en de pers. De aandacht besteed aan ‘buiten’ gaat af van de aandacht voor ‘binnen’. Terwijl daar nog altijd het oude spanningsveld bestaat tussen aandacht voor de lange termijn (te weinig) en het managen van tactisch-operationele kwesties op de korte termijn (te veel). Verder verschuift het thema waarop zorgbestuurders beoordeeld willen worden. Was dat sinds 2005 ‘kwaliteit van zorg’ en als tweede ‘economische gezondheid’, in 2020 is dat de ‘maatschappelijke functie’. Er is geen specifieke vakopleiding voor zorg- of ziekenhuisbestuurders. Er bestaan wel opleidingen voor (aanstaande) zorgbestuurders. Door deelname aan executive education, congressen, intervisie en coaching ontwikkelen bestuurders hun vak. Zij leren vooral graag van en met elkaar.

Voordat iemand ziekenhuisbestuurder wordt heeft zij gemiddeld bijna 22 jaar managementervaring opgedaan in ruim vier verschillende functies, veelal ook binnen ziekenhuizen. Vaak heeft zij elders al een eindverantwoordelijke functie gehad. De carrièrestappen als zij eenmaal ziekenhuisbestuurder is zien er vaak als volgt uit. Een onervaren bestuurder begint meestal in een klein algemeen ziekenhuis. Doet zij het daar goed, dan komt ze al snel in beeld bij een executive bureau en volgt na een jaar of drie een benoeming in een groter, vaak een topklinisch ziekenhuis. Naast deze beweging tussen ziekenhuizen is er de carrièrestap van bestuurslid naar bestuursvoorzitter. Zo is de overstap van bestuurslid van een topklinisch ziekenhuis naar bestuursvoorzitter in een groter topklinisch ziekenhuis een gangbare, of naar een umc. Omdat er van de laatste categorie maar zeven zijn is die stap zeldzamer.

20] De informatie in deze en de volgende drie alinea's is afkomstig uit: *Bestuurders in beeld: 20 jaar onderzoek naar het besturen van zorgorganisaties*, van Erasmus Centrum voor Zorgbestuur (2022).

Voor de ziekenhuisbestuurder met een medisch-specialistische achtergrond ziet het carrièrepad er anders uit. Het merendeel van de ziekenhuisbesturen bestaat uit een bestuurder met een geneeskundige (meestal medisch-specialistische) achtergrond en één of meerdere bestuurders met een bedrijfskundige of soortgelijke achtergrond.²¹ Het aandeel van de medische bestuurders blijft sinds 2015 dalen.²² Een van de verschillen tussen deze twee groepen is dat niet-geneeskundigen aanzienlijk meer managementervaring en -opleiding hebben alvorens ze bestuurder worden (Venekamp, 2022). De bestuurder met een medisch-specialistische achtergrond heeft haar managementervaring opgedaan als voorzitter van de medische staf of als manager van een zorgeenheid, in dat geval naast een algemene manager. Dergelijke hybride functies (uitvoerend medisch specialist én manager) vormen samen met een postacademische opleiding een veelvoorkomende voorbereiding op een bestuurlijke functie. Ook al zijn ze dan geen medisch specialist meer, de identificatie met het dokterschap blijft (Venekamp, 2022).

Het aanduiden van de ziekenhuisbestuurder als een ‘zij’ past steeds meer bij de praktijk: tussen 2014 en 2019 is het aantal vrouwelijke ziekenhuisbestuurders van 16 procent naar 38 procent toegenomen.²³ In het verleden hadden deze vrouwelijke bestuurders vaak een zorginhoudelijke achtergrond; voor 2000 vaak verpleegkundig, daarna medisch. Tegenwoordig zien we ook een groot aantal vrouwelijke ziekenhuisbestuurders met een financiële of bedrijfskundige achtergrond.²⁴

2.2.2 Het ziekenhuisbestuur

Ongeveer de helft van de ziekenhuizen in Nederland, 38 van de 74, heeft een tweehoofdig bestuur. De omvang van het ziekenhuisbestuur neemt in de loop der jaren toe. Inmiddels hebben veel van de grotere ziekenhuizen een bestuur van drie en in de academische ziekenhuizen van vier leden.²⁵ Gedeeld leiderschap begint al in het bestuursteam. Het is statutair een collegiaal team, wat wil zeggen dat alle leden in juridische zin dezelfde bevoegdheden hebben. De rollen

21] Er is vaak onderzocht of incorporatie van medici in het bestuur van het ziekenhuis ook werkelijk meerwaarde heeft. De resultaten van een metastudie uit 2017 tonen aan dat dit het geval is (Clay-Williams et al., 2017). Inhoudelijk leidt de inbreng van de specifieke informatie, expertise en inzichten van medici tot betere besluiten. Ook heeft de representatieve functie van dokters in het bestuur meerwaarde.

22] *Bestuurders in beeld*, 2020. De afname van het aantal bestuurders met een geneeskundige achtergrond is niet per sector gesplitst maar aannemelijk is dat dit met name geldt voor de ziekenhuizen. De schrijvers van het rapport opperen dat deze afname te maken kan hebben met de Wet normering topinkomens. Deze wet (zie ook hoofdstuk 1) trad in 2015 in werking. De consequenties voor de inkomens van ziekenhuisbestuurders zou het voor medisch specialisten mogelijk minder aantrekkelijk maken om de overstap te maken naar het bestuurdersvak.

23] In 2014 waren er 30 vrouwelijke bestuurders en 154 mannelijke bestuurders, in 2021 113 mannelijke tegenover 70 vrouwelijke ziekenhuisbestuurders. Bron: *Hospital Leadership Monitor 2022*.

24] Zie 5.5.

25] Vijf ziekenhuizen hebben nog een eenhoofdig bestuur. Zie 5.2

zijn meestal als volgt verdeeld: er is een voorzitter en een of meer leden, met een inhoudelijke hoofdindeling in portefeuilles ‘zorg’ en ‘bedrijfsvoering’. De voorzittersrol kan ‘zwaar’ ingevuld worden. In dat geval is de voorzitter degene die het contact met de voorzitter van de raad van toezicht onderhoudt, heeft zij een doorslaggevende stem in de besluitvorming en is ze verantwoordelijk voor het functioneren van het bestuur als team. In de lichte variant onderhouden alle leden vanuit hun eigen portefeuille contact met de toezichthouders en de externe partijen en is er een gezamenlijk agendaoverleg met de voorzitter van de raad van toezicht. In de andere sectoren kiest men steeds vaker voor een strikt collegiaal bestuursmodel, namelijk zonder voorzitter. Ook in de ziekenhuizen komt dit model vanaf 2023 steeds meer voor.²⁶

Het besturen van een complexe organisatie als een ziekenhuis kan niet anders dan een gedeelde activiteit zijn, zeker gezien de zware bestuurlijke opgaven waar ziekenhuizen voor staan. Toch is er niet specifiek onderzoek gedaan naar de bestuursteams van dergelijke organisaties. Op basis van mijn praktijkervaring én gezien mijn onderzoeksvraag is het relevant aandacht te besteden aan hoe dit bijzondere team werkt. Enerzijds geldt voor dit team dezelfde definitie als voor elk ander team: een klein aantal mensen dat zich complementair en collegiaal inzet voor een gemeenschappelijk doel waarvoor ze elkaar wederzijds verantwoordelijk houden. Anderzijds zijn bestuursteams uniek. Zo stellen ze grotendeels hun eigen doelen vast. Weliswaar stemmen ze de bestuurlijke opgaven af met de raad van toezicht maar deze kan ze formeel geen doelen of opgaven opleggen. Hun prestatievermogen komt grotendeels voort uit een complementaire mix van zijn leden. Als deze niet gepaard gaat met collegialiteit worden de verschillen in competenties en stijl meestal onvoldoende benut. Hoewel dit voor alle teams geldt, is collegialiteit (gemeenschappelijke waarden, elkaar in positie brengen, elkaar mogen, en dergelijke) voor het bestuursteam een complexe waarde. Het team zit in een glazen huis: hun samenwerking wordt met argusogen gevolgd (De Lange et al., 2015). Eenmaal geïnstalleerd kost teamontwikkeling tijd en aandacht. Ziekenhuisbestuurders hebben overvolle agenda's waarin tijd vrijgemaakt moet worden voor teambuilding. Tot slot is de impact van de besluiten van bestuursteams groter dan van andere teams.

2.3 DE INTERNE AUTORISERENDE OMGEVING

In het ziekenhuis zijn verschillende groeperingen die het ziekenhuisbestuur autoriseren. Deze partijen hebben ‘iets te zeggen’ over het ziekenhuisbestuur. Dit autoriseren kan een formele rol betreffen maar kan ook een informele rol zijn, in

²⁶ Op het moment van schrijven is dat in drie van de 74 ziekenhuizen het geval.

de vorm van een partij die de facto invloed heeft op het ziekenhuisbestuur. Beide zijn van belang om de dynamiek tussen de interne partijen van een ziekenhuis te begrijpen. In dit deel beschrijf ik de interne autoriserende omgeving van het ziekenhuis. Achtereenvolgens komen de raad van toezicht, de medische staf, de managers, de ondernemingsraad (OR) en de cliëntenraad (CR) aan de orde.

2.3.1 De raad van toezicht

De raad van toezicht vervult drie rollen: die van toezichthouder (waarin hij sanctioneert), als werkgever van het bestuur (waarin hij beoordeelt) en als sparringpartner, ook wel adviseur of klankbord genoemd. In de laatste rol denkt en wikt en weegt hij mee. Als vierde rol wordt wel die van netwerker genoemd: het inzetten van het netwerk van de toezichthouders voor de organisatie. De rollen zijn wel te onderscheiden maar niet te scheiden. Toezicht houden is bovendien altijd situationeel. De raad van toezicht bepaalt zijn opstelling afhankelijk van het onderwerp dat voorligt, in combinatie met de dynamiek tussen de toezichthouders onderling en met de raad van bestuur. In het algemeen legitimeert én begrenst de raad van toezicht de macht van het bestuur (Den Uijl, 2022).

De samenstelling en werkwijzen

Raden van toezicht van ziekenhuizen bestaan meestal uit vijf tot maximaal zeven leden. Zij komen ongeveer zes keer per jaar bijeen. Daarnaast hebben ze gereguleerde contacten met medewerkers van de organisatie door werkbezoeken, commissievergaderingen en representatieve bijeenkomsten. De voorzitter vormt meestal samen met een vicevoorzitter de zogenaamde remuneratiecommissie: de commissie die het uitvoerende gedeelte van de werkgeversrol voor zijn rekening neemt. Deze taak behelst het houden van jaargesprekken en doen van honorariumvoorstellen. Dit laatste houdt sinds de WNT vaak alleen het toepassen van de daarin vastgestelde normen in. Verder is er meestal een auditcommissie financiën (soms gecombineerd met bedrijfsvoering) en kwaliteit (meestal gecombineerd met veiligheid). De raad van toezicht evalueert jaarlijks zijn functioneren en de samenwerking met de raad van bestuur. De GCZ beveelt aan eens in de drie jaar deze evaluatie te laten begeleiden door een externe deskundige (Brancheorganisaties zorg, 2022).

De toezichthouders hebben vaak een medisch-professionele of een bestuurlijke achtergrond (in de zorg of in andere sectoren). Naast de variatie in professionele achtergronden is er de laatste jaren ook meer aandacht voor andere vormen van diversiteit. Wat betreft de leeftijden van de toezichthouders in de zorg (dus breder dan alleen de ziekenhuizen) blijkt uit een enquête uit 2019 van de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in de Zorg (NVTZ) dat ruim de

helft van de toezichthouders ouder is dan 65 jaar. De gemiddelde leeftijd van de toezichthouder in ziekenhuizen is rond de 55 jaar (NR Governance, 2019). De man-vrouwverhouding in raden van toezicht van ziekenhuizen is in de laatste jaren meer gelijkgetrokken, maar nog steeds zitten er meer mannen dan vrouwen in deze raden.²⁷

De werkgeversrol

“De rechtspersoon van de zorgorganisatie is de werkgever van de raad van bestuur. De raad van toezicht oefent namens de rechtspersoon de werkgeversrol voor de raad van bestuur uit.” Dat staat in artikel 6.5 van de GCZ. Wat houdt deze rol in? Hij is diegene die de bestuurders aanneemt en ontslaat en beslist over hun arbeidsvoorwaarden (binnen de WNT) en de contractduur. Voorafgaand aan de benoeming van een nieuwe bestuurder vergewist hij zich van haar werkverleden, integriteit, kwaliteit en geschiktheid voor de functie. De raad van toezicht is bevoegd de omvang en samenstelling van de raad van bestuur, c.q. het bestuursmodel, vast te stellen. Met nog een paar opmerkingen over nevenfuncties en belangentegenstellingen is dit (alles) wat in de GCZ staat over de werkgeversrol. De essentie: de raad van toezicht dient er zorg voor te dragen dat de raad van bestuur als orgaan goed en evenwichtig is samengesteld en geschikt is en blijft om de zorgorganisatie te besturen.²⁸

Evaluatieve studies over hoe toezichthouders hun rol als werkgever invullen zijn over het algemeen kritisch (Den Uijl, 2022). Zo vinden bestuurders de raad van toezicht als werkgever vaak onvoldoende zorgvuldig, bijvoorbeeld ten aanzien van hun arbeidsvoorwaarden. Ook voor de beoordelingssystematiek ontbreekt vaak een uitgeschreven procedure en een methodiek voor de jaargesprekken. Met als gevolg dat het voor bestuurders – en anderen in het ziekenhuis – onduidelijk is hoe en waarop de raad van toezicht het bestuur beoordeelt. Door het ontbreken van een transparant beoordelingssysteem komen inzichten over het functioneren van het bestuur niet bij elkaar en ontberen bestuurders en toezichthouders de feedback die voor bijsturing kan zorgen (Oosterling, 2019, Born, 2012).

De raad van toezicht heeft ten opzichte van de raad van bestuur een belangrijke maar ook ingewikkelde rol. De raad van bestuur is eindverantwoordelijk voor de algehele gang van zaken binnen het ziekenhuis. De raad van toezicht ziet daarop toe in de genoemde rollen. Deze rollen bij elkaar maken dat de raad van toezicht

²⁷] In 2021 is 39 procent van de toezichthouders in de ziekenhuis vrouw. Niessen (2022). *Hospital Leadership Monitor 2022*. TIAS Business School.

²⁸] In het inleidende hoofdstuk haalde ik al het promotieonderzoek van De Waal aan. Zij toonde aan dat intensief intern toezicht kan leiden tot een conflict tussen het toezichthoudende orgaan en de raad van bestuur, maar dat dit minder vaak het geval is als het toezichthoudende orgaan uit recent toegetreden leden bestaat. Daarnaast is de negatieve impact van een dergelijk conflict minder sterk als het externe toezicht actief optreedt.

wel de baas is van de raad van bestuur maar niet de baas van het ziekenhuis. Een manier om daarmee om te gaan is te accepteren dat zowel de raad van bestuur als de raad van toezicht partijen zijn met ieder een eigen rol, maar dat de combinatie van beide ook een teamprestatie op het hoogste niveau is. Situationeel toezicht is ook hier van toepassing; de nabije rol van sparringpartner wordt afgewisseld met de formele rol van beoordelaar. Van de raad van toezicht mag dus enerzijds rolvastheid verwacht worden, anderzijds rolflexibiliteit (Henselmans, 2021).

De ambiguïteit die inherent is aan het besturen van een ziekenhuis heeft invloed op de rolinvulling en dynamiek tussen raad van toezicht en raad van bestuur. Een complicerende factor is de aanwezigheid van het MSB. Dit is feitelijk een aparte organisatie in het ziekenhuis die een wezenlijk deel van het primaire proces verzorgt, maar waar het ziekenhuisbestuur formeel-juridisch geen directe zeggenschap over heeft. Toezicht houden op de besturing van het ziekenhuis omvat ook toezicht op de verhouding tussen raad van bestuur en MSB. Enig contact met het MSB-bestuur is dus wenselijk. Toezichthouders in ziekenhuizen zijn zoekende hoe ze deze contacten (rol) zuiver en effectief vorm en inhoud kunnen geven.

2.3.2 De medische staf

De van oudsher zware stem van medisch specialisten in het ziekenhuis – individueel, als vakgroep en als medische staf – is kenmerkend voor ziekenhuizen. In de Nederlandse ziekenhuizen is het zoeken naar (meer) integraliteit tussen medici en management al decennia gaande. Met als centrale vraagstelling: hoe richt je de samenwerking tussen management en medici zo in dat het bijdraagt aan de bestuurbaarheid van het ziekenhuis? ‘Gelijkgerichtheid’ is daarbij het toverwoord.²⁹ De vraag is of de in 2015 opgerichte MSB’s daaraan al dan niet bijdragen.

De totstandkoming van de MSB’s

Tot 2015 was de relatie tussen ‘ziekenhuis’ en ‘medici’ redelijk duidelijk. Medisch specialisten waren in de meeste ziekenhuizen georganiseerd in een Vereniging Medische Staf (VMS). Hierin zaten zowel de medisch specialisten die in loondienst van het ziekenhuis zijn, als degenen in zogenaamde vrije vestiging. De laatsten maakten gebruik van het fiscaal ondernemerschap. Het bestuur van de medische staf en van het ziekenhuis werkten samen op basis van een zogenaamd Document Medische Staf (DMS): een gestandaardiseerd convenant waarin stond bij welke onderwerpen de medische staf wel en niet betrokken werd.

²⁹] ‘Gelijkgerichtheid’ wil zeggen dat medisch specialisten en ziekenhuis samen doelmatigheid en kwaliteit nastreven en hier goede afspraken over maken in een samenwerkingsovereenkomst (Federatie Medisch Specialisten en NVZ, 2024).

Ook de financiële regelingen voor zowel ziekenhuis als medisch specialisten waren duidelijk. Het ziekenhuis ontving een ziekenhuisdeel voor de medische verrichtingen en medisch specialisten een honorariumdeel voor hun verrichtingen. Vanaf 2015 verandert dat. De overheid besluit het zelfstandig declaratierecht van de medisch specialisten op te heffen. Het belangrijkste motief voor deze stelselwijziging is beheersing van de kosten van medisch-specialistische zorg. Een ander oogmerk is het stimuleren van gelijkgerichtheid van de belangen van vrijgevestigde medisch specialisten en ziekenhuizen. Het ziekenhuis wordt sindsdien betaald volgens integrale tarieven en moet achter de voordeur afrekenen met de medisch specialisten. In plaats van rechtstreeks en landelijk te onderhandelen met de zorgverzekeraars, moeten medisch specialisten vanaf dat moment onderhandelen met het bestuur van het ziekenhuis. In 2015 ontstaat hierdoor onduidelijkheid over de gevolgen voor de fiscale status van vrijgevestigde medisch specialisten, en daarmee over de financiële gevolgen. De medisch specialisten zoeken naar mogelijkheden het vrije ondernemerschap voort te zetten. Daarbij speelt de onduidelijkheid over hun fiscale positie een rol. Maar ze hebben vooral emotioneel-psychologische bezwaren tegen het opgeven van het vrije ondernemerschap (TIAS, 2016).

Er zijn drie modellen om uit te kiezen. In het loondienstmodel (1) komen de medisch specialisten vrijwillig in loondienst bij de ziekenhuizen. Zij kunnen dan aanspraak maken op een speciaal hiervoor opgericht overgangsfonds. Het samenwerkingsmodel (2) houdt in dat een MSB een samenwerkingsovereenkomst sluit met het ziekenhuis. Het MSB is daarmee onderaannemer van het ziekenhuis voor de uitvoering van medisch-specialistische zorg. In het participatiemodel (3) nemen medisch specialisten een aandeel in het ziekenhuis en worden daarmee (mede)eigenaar van het ziekenhuis. Dit model had met name in de ziekenhuizen met goede verhoudingen tussen bestuur en medische staf grote aantrekkingskracht, maar er was te weinig tijd en rust om dit model goed uit te werken. Daarom kiest 80 procent van de ziekenhuizen voor het samenwerkingsmodel. En daarmee is er in de meeste ziekenhuizen een MSB; een juridisch gezien zelfstandige entiteit maar inmiddels geïncorporeerd in de besturing van het ziekenhuis. Ongeveer de helft van de ziekenhuisbestuurders vindt dat de invoering van de integrale bekostiging heeft geleid tot meer bestuurlijke complexiteit en minder gelijkgerichtheid. De andere helft oordeelt daar positiever over. De MSB-besturen vinden wél dat de gelijkgerichtheid is verbeterd (NZa, 2018).³⁰

Als reactie op de oprichting van de MSB's organiseren in veel ziekenhuizen de dienstverbandspecialisten zich in een Vereniging Medisch Specialisten in

30] In 2024 bracht de NZa de Monitor verbeterpotentieel medisch-specialistische bedrijven uit. Financiële transparantie is een van de aanbevolen verbeterpunten voor MSB's.

Dienstverband (VMSD). Naast de Vereniging Medische Staf, waarin alle medisch specialisten zitten die aan betreffend ziekenhuis verbonden zijn, zijn er dus nog twee medisch-specialistische geledingen, het MSB en de VMSD. Om de eenheid binnen de medische staf te behouden vormen de meeste ziekenhuizen personele unies tussen de besturen van deze entiteiten. Een federatie of coöperatie met daaronder de drie rechtspersonen is dan de overkoepelende eenheid. In steeds meer ziekenhuizen zien we verdergaande integrerende bewegingen zowel binnen de medische staf als met het ziekenhuisbestuur. Het bestuur van de overkoepelende eenheid overlegt met het ziekenhuisbestuur (Huijsmans, 2022).

De zoektocht naar duaal managen en besturen

Lokale bijzonderheden daargelaten zien we in de meeste ziekenhuizen tegenwoordig een vorm van integraal duaal management: een medisch specialist en een manager bedrijfsvoering dragen gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor een organisatorische zorgenheid. Op bestuurlijk niveau zoeken ziekenhuizen naar een werkzaam duaal-besturingsmodel, maar dat is niet altijd gemakkelijk. Allereerst hebben de raad van bestuur en het stafbestuur vaak een geschiedenis van tegenstrijdige belangen met elkaar die verder reikt dan de personen die er op dat moment deel van uitmaken. Ook zijn er juridisch-fiscale restricties. En als het ziekenhuisbestuur en het stafbestuur al samen tot een model komen moeten ook nog de raad van toezicht en de medisch-specialistische achterban voor het plan worden gewonnen. In dit krachtenveld tot consensus komen over een model dat op dat moment past bij het ziekenhuis, is geen sinecure. Blauwdrukken werken niet. Elk ziekenhuis loopt zijn eigen pad van co-creatie, waarbij de kwaliteit van het proces tot uitdrukking komt in het uiteindelijke model (Huijsmans, 2022).

Tot slot doen in steeds meer ziekenhuizen vormen van cobestuur hun intrede. Hieronder wordt een vorm van samenwerking tussen de medische staf en de raad van bestuur verstaan waarbij zij gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor de besturing van het ziekenhuis. Co-bestuur kent vele gradaties en de vormgeving verschilt per ziekenhuis. De meest verregaande vorm is een bestuursraad. De besluiten van deze bestuursraad, gevormd door de raad van bestuur en het stafbestuur samen, worden beschouwd als besluiten van de raad van bestuur. Deze verdere vorm van integratie leidt volgens betrokkenen en onderzoekers tot meer bestuurskracht (Huijsmans et al., 2018, Muijers, 2016).

Verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg

Overigens is en blijft de raad van bestuur, en niet het collectief van medisch specialisten, eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg. Deze eindverantwoordelijkheid is gebaseerd op de Wet kwaliteit klachten geschillen zorg (Wkkgz). Omdat de medisch specialisten op basis van hun professionele

standaarden, normen en gegroeide praktijken de facto een groot deel van de kwaliteit van zorg bepalen is het ziekenhuisbestuur afhankelijk van de medische staf. Andersom geldt hetzelfde: een medisch specialist kan nog zo goed zijn in zijn vak, de kwaliteit van zorg die hij of zij levert is afhankelijk van de condities in het ziekenhuis.

Mede als gevolg van de bovengeschetste financiële en professionele positie van medisch specialisten zijn zij een groot deel van hun carrière verbonden aan één ziekenhuis (Van der Pennen 2016). Zij ervaren het als hun ziekenhuis en hebben een sterke band met hun patiënten, collega's en de eenheid waaraan zij verbonden zijn. Bij ziekenhuisbestuurders is het patroon dat zij eens in de zoveel jaar wisselen van ziekenhuis. Veel ziekenhuisbestuurders hebben een contract voor bepaalde tijd, meestal vier jaar. Daarom is de beleving van medisch specialisten dat zij de continuïteit in het ziekenhuis vertegenwoordigen en de bestuurders passanten zijn.

2.3.3 De managers en de bestuurssecretaris

Wie zijn de *managers* in een ziekenhuis? Afhankelijk van de organisatiestructuur zijn dit de leidinggevendenden van de units, clusters of thema's en de ondersteunende en stafafdelingen zoals HR, financiën, ICT en facilitair. Bij de umc's hebben zij veelal de titel directeur. Bij de niet-academische ziekenhuizen is dat soms het geval bij ondersteunende afdelingen zoals financiën. Waarschijnlijk wil men zodoende de aantrekkelijkheid van de functie vergroten om talent op dit gebied uit de markt te halen. De concurrentie met andere sectoren is er ook ten aanzien van HR, facilitair en op het gebied van ICT.

De managers van de zorgeenheden komen veelal uit de eigen geledingen of uit andere zorgorganisaties. Ze hebben vaak een universitaire of hbo-opleiding. Er zijn grote individuele verschillen, maar gemiddeld wisselen deze managers om de zes jaar van baan. Als ze bestuurder willen worden wijken ze soms uit naar een andere sector in de gezondheidszorg. In het eigen ziekenhuis blijken ze vaak aan te lopen tegen een 'glazen plafond': managers in zorgorganisaties dringen maar zelden door tot een positie in het bestuur van dezelfde zorgorganisatie (Ott, 2018).

Kijkend naar de interactie tussen het bestuur en de managers is een volgend patroon waarneembaar. Bestuurders verwachten van managers zelfstandigheid, 'eigenaarschap nemen'. Op hun beurt hebben de managers behoefte aan richting, een duidelijke koers van het ziekenhuis. Tevens hebben zij behoefte aan autonomie, ruimte om eigen keuzes te maken, daarbij gesteund door een bestuur dat ze rugdekking geeft op het moment dat ze vastlopen. Van het bestuur

verwachten ze inspiratie, koers- en rolvastheid en ruimte voor inspraak. Knopen doorhakken hoeft pas als partijen er met elkaar niet uitkomen. Dat deze, vaak onuitgesproken, verwachtingen kunnen leiden tot teleurstelling van beide kanten is voorstelbaar (De Lange, 2014).

Het duaal managen – samen met een medisch manager leidinggeven – geeft managers bedrijfsvoering relatief meer beleidsruimte. De gezamenlijke integrale verantwoordelijkheid voor een organisatorische eenheid, waaronder ook medisch-specialistische vakgroepen, blijkt in een aantal ziekenhuizen de besturing van het hele ziekenhuis ten goede te komen (Van Brakel, 2021).

De *bestuurssecretaris* is de rechterhand van het ziekenhuisbestuur. In de meeste ziekenhuizen is deze functionaris ook de secretaris van de raad van toezicht. Daarnaast kan hij of zij een rol spelen naar de medezeggenschapsorganen en de managers. In het algemeen speelt de bestuurssecretaris als insider in de bestuurskamer een belangrijke rol in het krachtenveld tussen bestuur en de andere interne partijen. Deze rol als 'olijfmannetje' en bewaker van de governance vergt bestuurlijke sensibiliteit, discretie en een zekere mate van onafhankelijkheid.

2.3.4 De CR, OR en de VAR

Andere organen die deel uitmaken van de autoriserende omgeving van het ziekenhuisbestuur zijn de Ondernemingsraad (OR) en de Cliëntenraad (CR), elk met een wettelijke verankering. Daarnaast neemt de Verpleegkundige Staf in toenemende mate deel aan de besturing van het ziekenhuis.

De Ondernemingsraad (OR)

De OR in een ziekenhuis heeft net als in andere branches de volgende kerntaken: het belang van de werknemers behartigen, hen vertegenwoordigen, tegen de achtergrond van de doelstellingen en het belang van de organisatie. Bij belangrijke besluiten moet de OR om advies worden gevraagd en in sommige gevallen, zoals bij regelingen rond het personeelsbeleid, moet de raad van bestuur de OR om instemming vragen. De OR kan ook zelf het initiatief nemen en de raad van bestuur ongevraagd van advies dienen (Wet op de ondernemingsraden, de WOR uit 2016).

De OR is samengesteld uit personeelsleden van verschillende afdelingen, niveaus en disciplines van een ziekenhuis. Om de drie jaar zijn er verkiezingen. Het aantal werknemers per ziekenhuis bepaalt de omvang van een OR. De Rijksoverheid geeft hiervoor richtlijnen, de OR mag echter zelf zijn aantal leden bepalen. Als richtsnoer heeft een ziekenhuis tot 2000 werknemers 15 leden en voor iedere

1000 werknemers meer komen er twee leden bij, tot maximaal 25 leden. Dat betekent dat in bijna alle ziekenhuizen de OR bestaat uit 20 en soms meer leden. Zij worden veelal voor een aantal dagen per maand voor het OR-werk vrijgesteld; voor de voorzitter en vicevoorzitter is dat twee tot drie dagen per week. De OR wordt bijgestaan door een ambtelijk secretaris die de leden praktisch en beleidsmatig ondersteunt.

“De OR bewaakt het medewerkersbelang, maar ook dat van de organisatie; de balans tussen goed werkgeverschap en goed werknemerschap is een belangrijk thema.” Uit dit citaat van de website van een willekeurig ziekenhuis, blijkt de spanning waar elke OR mee te maken heeft. In het overleg met de raad van bestuur komt de raad op voor de belangen van het personeel, die hij echter moet afwegen tegen de belangen van het ziekenhuis als geheel. Daarom wil een OR graag in een vroeg stadium betrokken worden bij de vormgeving van beleid of bij cruciale gebeurtenissen zoals een bestuurswisseling. Dat betekent dat de raad goede contacten moet onderhouden, niet alleen met de raad van bestuur, maar ook met de verantwoordelijke managers en HR. En vooral met de medewerkers.

Volgens de WOR heeft de ondernemingsraad het adviesrecht over de benoeming van een nieuwe bestuurder. Tevens heeft hij het recht op een adviserende rol als een bestuurder gedwongen wordt ontslag te nemen. Het recht gehoord te worden bij benoemen en ontslaan geldt ook bij een interim-bestuurder. De OR moet tijdig om advies gevraagd worden en geïnformeerd worden over de redenen om een interim-bestuurder aan te stellen. Als de zittende bestuurder het gesprek hierover niet kan of wil voeren, dan moet een afgevaardigde van de toezichthouder dat doen. De OR kan niet bij een rechtbank in beroep gaan tegen een benoeming of ontslag van een bestuurder. Wel kan ze bij onenigheid de zaak aanhangig maken bij de Ondernemingskamer. Deze toetst vervolgens of de raad van toezicht zich aan de WOR heeft gehouden.

In de praktijk zijn er twee adviesmomenten bij de benoeming van een nieuwe bestuurder. Eerst naar aanleiding van het voorgenomen besluit een nieuwe bestuurder te werven. De OR wordt om advies gevraagd over de profielschets. De volgende aanleiding is het voorgenomen besluit wie de nieuwe bestuurder gaat worden en om welke redenen. Ook daarover heeft de OR adviesrecht. De WOR is niet heel specifiek over dit adviesrecht. Uiteindelijk komt het erop neer dat de raad van toezicht de adviezen van de OR over benoemen en ontslaan naast zich neer kan leggen. Als bijvoorbeeld de raad van toezicht de voorzitter van de OR vertrouwelijk informeert dat de bestuurder vertrekt, kan de voorzitter de mening geven van de OR, maar niet veel meer dan dat.

De Cliëntenraad (CR)

Vanaf juli 2020 is de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) in werking getreden. Elk ziekenhuis was al verplicht een cliëntenraad (CR) te hebben. Deze wet scherppte een aantal regelingen aan, waardoor de CR meer bevoegdheden kreeg met een steviger wettelijke basis. De wet maakt onderscheid tussen (ongevraagd) advies en instemming. De onderwerpen waarover de instelling de CR altijd om advies moet vragen zijn onder meer een fusie of samenwerking met andere instellingen, een verhuizing of verbouwing en het vaststellen van de begroting. Daarnaast heeft de CR instemmingsrecht over tal van onderwerpen die te maken hebben met de kwaliteit van zorg. De CR moet ook om advies worden gevraagd over de profielschets van een nieuwe bestuurder. In de Wmcz staat niet expliciet dat de raad van toezicht ook verplicht is de CR te betrekken in de procedure.

Cliëntenraden van ziekenhuizen bestaan vaak uit heel verschillende soorten leden. Soms zijn het (ex-)patiënten of hun familieleden, maar omdat – anders dan bij andere zorgorganisaties – mensen maar kort in een ziekenhuis verblijven, zitten in de cliëntenraden vaak betrokken burgers met een professionele achtergrond. Bijvoorbeeld iemand met juridische expertise of deskundigheid op het gebied van kwaliteit van zorg. In de Wmcz staan twee criteria: 1. de leden moeten redelijkerwijs representatief zijn voor de cliënten van de instelling en 2. de leden dienen redelijkerwijs in staat te zijn de gemeenschappelijke belangen van de cliënten te behartigen. Veelal bestaat een cliëntenraad uit zeven leden en is hun zittingstermijn drie of vier jaar. De leden worden vaak één keer herbenoemd met een maximum van twee zittingstermijnen.

De CR overlegt in de regel eens per twee à drie maanden met een van de bestuurders. In deze overlegvergadering komt een keur van onderwerpen aan de orde. De meeste worden aangedragen door de raad van bestuur. Ook overlegt de CR eens per jaar met de raad van toezicht. De CR heeft het recht een bindende voordracht te doen voor ten minste één lid van de raad van toezicht. Als de voorgedragen persoon beantwoordt aan het profiel van de vacature mag niet van de voordracht afgeweken worden. Eenmaal op voordracht gekozen heeft het betreffende lid formeel geen relatie meer met de CR. De meeste voorgedragen leden onderhouden echter ook daarna het contact met de CR.

“De Cliëntenraad behartigt de belangen van de patiënten van het ziekenhuis door het uitoefenen van zijn formele stem, maar ook door in te zetten op co-creëren bij veranderingen die een groot effect hebben op patiënten, hun naasten en de inwoners van de regio. Daarnaast denkt de Cliëntenraad graag proactief mee en initieert onderwerpen die belangrijk zijn.”

Uit dit citaat van een willekeurig ziekenhuis blijkt dat cliëntenraden geen gemakkelijke taak hebben. Waar begint en eindigt de genoemde aandacht? Hoe kunnen ze proactief meedenken en invloedrijke adviezen geven aan het bestuur? De leden van cliëntenraden zijn amateurs ten opzichte van het bestuur en de managers met wie zij van doen hebben. Bovendien behartigen zij de belangen van heel diverse groepen patiënten. Ze hebben dan wel een stevige wettelijke basis, maar voor hun daadwerkelijke invloed zijn ze afhankelijk van (een goede relatie met) het bestuur.

Vanaf 2020 moeten ook de MSB's waar meer dan tien mensen werken een CR hebben. Omdat de patiëntgroepen van het ziekenhuis en het MSB dezelfde zijn, kiezen de MSB's ervoor dat de CR van het ziekenhuis ook hun CR is.

De verpleegkundigen

Naast de medisch specialisten zijn de verpleegkundigen de belangrijkste en grootste groep professionals in het ziekenhuis. In de vorige eeuw maakte een verpleegkundige meestal deel uit van de leiding van het ziekenhuis; er was een medisch, een economisch en een verpleegkundig directeur. De man-vrouwverdeling lag daarmee ook voor de hand: naast twee mannen had de vrouwelijke directeur een verpleegkundige achtergrond. Geleidelijk verdween deze verpleegkundige vertegenwoordiging uit het bestuur (Stoopendaal, 2008).

In het afgelopen decennium zien we een emancipatiebeweging van verpleegkundigen terug in promotieonderzoeken, leerstoelen en landelijke functies met betrekking tot verpleegkundig leiderschap. Verpleegkundigen eisen landelijk en in het ziekenhuis hun positie op én deze wordt ze steeds meer gegund. Het laatste mede onder invloed van de schaarste op de arbeidsmarkt en de hoge uitstroomcijfers van verpleegkundigen. Ook de coronacrisis heeft de positie van de verpleegkundigen versterkt: hun rol bleek 'van *bedside* tot *boardroom*' noodzakelijk om de crisis het hoofd te bieden (Wallenburg et al., 2020). In de gewijzigde Wkkgz (sinds 1 juli 2023 in werking) schrijft voor dat binnen zorginstellingen niets mag worden besloten over de vakinhoud en beroepsontwikkeling van zorgverleners zonder dat zij daarbij betrokken zijn.

Hoe zien we op dit moment de invloed van verpleegkundigen op de besturing van het ziekenhuis terug? In 2020 heeft geen enkele ziekenhuisbestuurder een verpleegkundige achtergrond (ESPHM, Erasmus Centrum voor Zorgbestuur, 2022). Wel heeft elk Nederlands ziekenhuis inmiddels een Verpleegkundige Adviesraad (VAR) of een gelijksoortige raad. Daarin zitten verpleegkundigen die betrokken worden bij de besturing. In sommige ziekenhuizen zit een *Chief Nursing Officer* (CNO) of een verpleegkundige met een andere titel mee aan de bestuurstafel. Als voorbeeld de tekst van een website van een willekeurig

ziekenhuis. "Twee verpleegkundigen hebben een positie gekregen in de bestuursraad van het ziekenhuis. Hun rol in de besluitvorming is hiermee gelijkwaardig geworden aan die van de medisch specialisten." Ondanks deze positieve emancipatoire ontwikkelingen moet er meer geïnvesteerd worden in zeggenschap en positionering van verpleegkundigen, volgens de CNO van VWS (Buurman 2020). Sommige verpleegkundigen bepleiten daarom dat verpleegkundigen weer een bestuurszetel moeten krijgen (Wiegman, 2019).

Ten tijde van dit onderzoek had de VAR in de meeste ziekenhuizen nog geen rol van betekenis bij de bestuurswisselingen. Ik heb ze daarom niet als aparte partij meegenomen in mijn onderzoek.

2.4 DE EXTERNE AUTORISERENDE OMGEVING VAN HET ZIEKENHUIS

Tal van organisaties houden toezicht op ziekenhuizen om te bewaken dat de aangeboden zorg effectief, van hoge kwaliteit en veilig is, én betaalbaar blijft. Deze organisaties zijn betrokken bij regelgeving, kwaliteitsborging en normeringen, waaronder de accreditatie van zorgbestuurders, en hebben daarmee een autoriserende rol naar het ziekenhuisbestuur. Ze komen achtereenvolgens aan bod.

2.4.1 IGJ en NZa: toezicht op goed bestuur

De IGJ en de NZa houden beide toezicht op de ziekenhuizen. De IGJ ziet toe op de kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg en jeugdzorg. Voldoet een organisatie niet aan de gestelde normen, dan kan de IGJ een zogenaamd verscherpt toezicht opleggen. De zorgorganisatie krijgt dan de kans binnen een bepaalde tijd de tekortkomingen weg te werken. Regulier heeft de IGJ elk jaar een gesprek met het ziekenhuisbestuur. Naast de kwaliteit van zorg komt dan ook de kwaliteit van de interne samenwerkingsrelaties aan de orde.

De NZa controleert of zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren zich aan de regels houden. Ze bepaalt welke zorg aanbieders in rekening mogen brengen. De NZa voert overleg met verschillende partijen om ervoor te zorgen dat mensen de zorg krijgen waar ze recht op hebben. De NZa heeft incidenteel direct contact met het ziekenhuisbestuur, bijvoorbeeld bij voorgenomen fusies. Ook als er vragen zijn over declaraties of afwijkende administratieve punten zijn er directe contacten.

VWS is politiek verantwoordelijk voor beide organisaties. Omdat kwaliteit, veiligheid en bedrijfsvoering samenhangen hanteren de IGJ en de NZa een

gemeenschappelijk beleidskader voor hun verwachtingen van bestuur en toezicht. Dat zou moeten resulteren in “goede veilige, toegankelijke en betaalbare zorg voor patiënten die door transparante informatie afgewogen keuzes kunnen maken. Het bestuur moet zicht hebben op de staat van de organisatie en in control zijn.” (IGJ en NZa, 2022).

Zorgbestuurders zijn kritisch over dit gezamenlijke beleidskader. Ze ervaren het als een onnodige aanscherping van het toezicht. Ze stellen dat de coronacrisis heeft aangetoond dat ziekenhuisbestuurders adequaat handelen in een nieuwe situatie, zonder opgelegde regels of normen van bovenaf. Naast allerlei wetten die het gedrag van zorgbestuurders reguleren vinden zij meer vertrouwen op de ingezette zelfregulering passender.³¹ Juristen wijzen bovendien op de onmogelijkheid op basis van dit kader in te grijpen bij slecht bestuur of toezicht. Zij pleiten voor gericht toezicht op (output)variabelen die rechtstreeks verband houden met kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. Als alternatief stellen zij voor de GCZ een wettelijke basis te geven. Een ander kritiekpunt richt zich op de aanmatigende en belerende toon en houding van beide toezichthoudende instanties; zorgbestuurders moet kennelijk worden bijgebracht wat goed bestuur en toezicht is (Frissen & Meurs, 2020).

Uit dit discours blijkt de spanning tussen het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming en de overheid, die in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk aan de orde kwam. Ziekenhuizen zijn geen uitvoerders van overheidsbeleid. Externe toezichthouders kunnen schadelijk en strafbaar gedrag detecteren en sanctioneren. Ze hebben echter geen formele gezaghebbende taak om voor te schrijven wat goed bestuur is. In conditionerende zin hebben ze wel indirect invloed.

2.4.2 De NVZD en accreditatie

De NVZD is een beroepsvereniging voor bestuurders in de zorg (oorspronkelijk: Nederlandse Vereniging van Zorgdirecteuren). Zij draagt bij aan professionalisering van zorgbestuurders en behartigt hun beroepsmatige belangen. De NVZD hanteert sinds 2014 een accreditatiesysteem. Het doel is behalve professionalisering ook maatschappelijke legitimatie van het zorgbestuur.³² Het is een reactie op de politiek-maatschappelijke druk om zorgbestuurders ter verantwoording te roepen voor ‘good governance’ in de zorg. De accreditatie is voor de NVZD een instrument om te toetsen of een bestuurder

³¹] *Zorgbestuurders gruwen van aangekondigd verscherpt toezicht*, Het Financieel Dagblad, 3 augustus 2020

³²] NVZD-accreditatie is sinds 2014 mogelijk voor bestuurders van ziekenhuizen en andere zorginstellingen die vallen onder de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza). Aanvankelijk was dit op vrijblijvende basis. Vanaf 2020 is accreditatie verplicht voor alle leden van de NVZD. Lidmaatschap van de NVZD noch accreditatie is overigens een voorwaarde om bestuurder te worden van een ziekenhuis.

actief werkt aan haar professionele ontwikkeling en of zij kan reflecteren op haar eigen handelen. Het organiseren van feedback is een belangrijk element van de accreditatie. Intervisie en coaching dragen daaraan bij. Bestuurders worden getoetst op vijf expertisegebieden: leiderschap, resultaatgericht sturen, verbindend samenwerken, maatschappelijk bijdragen en continu ontwikkelen. Er wordt niet expliciet gevraagd naar de samenwerking in een collegiaal bestuursteam. Indirect komt dit thema wel terug bij andere vragen.

In het begin waren zorgbestuurders en hun toezichthouders kritisch over de accreditatie. De toezichthouders gaan over het functioneren van de bestuurder, niet een commissie die even langs komt en op basis van summiere en tijdelijke informatie beoordeelt of iemand een goede bestuurder is, zo luidde de kritiek. Het weerwoord van de NVZD was dat de auditoren dat inderdaad niet beoordelen. Ze beoordelen niet maar kijken mee met de bestuurder naar zijn of haar ontwikkeling. De vrijblijvendheid die hieruit spreekt voedde de kritiek van de politiek op de accreditatie. Toch is in de loop der jaren de acceptatie van en waardering voor het accreditatiesysteem gegroeid, en draagt het daarmee inderdaad bij aan de legitimatie van de zorgbestuurder. Inmiddels realiseren ook de toezichthouders zich dat het accreditatiesysteem een andere invalshoek kent dan de raad van toezicht. Deze beoordeelt de bestuurder in de context van de organisatie, terwijl de auditoren oordelen vanuit de context van het vak van ziekenhuisbestuurder. Onder NVZD-leden is het bereik groot; in 2020 stonden 432 van de 739 leden van de NVZD ingeschreven in het accreditatiesysteem (Panteia, 2020).

Uit de evaluatie van de GCZ blijkt dat het accreditatietraject van de NVZD het vaakst genoemd wordt als stimulans voor de professionalisering van bestuurders. Dat geldt met name voor de structurele toepassing van 360°-feedback die er onderdeel van is (Brancheorganisaties Zorg, 2022).

De accreditatie kan op drie momenten bijdragen aan de evaluatie van bestuurders. Ex ante: voorafgaand aan een benoeming kunnen de uitkomsten van de accreditatie gebruikt worden in het gesprek over wederzijdse verwachtingen. Ex durante: tijdens de zittingsduur kunnen deze gebruikt worden in het jaargesprek. Het verschaft de bestuurder en de toezichthouder een handvat en een taal om in de breedte – over de vijf verschillende expertisegebieden – het functioneren van de bestuurder te bespreken. En ex post: bij een vertrekkende bestuurder kunnen de uitkomsten worden gebruikt als input voor het profiel. Tegelijk hebben dergelijke evaluaties altijd een relatieve waarde. De criteria waaraan bestuurders van ziekenhuizen, net als van andere publieke organisaties, getoetst worden kunnen niet anders dan abstract, ambigu en tijdsgebonden zijn (’t Hart & Tummers, 2019).

2.4.3 De zorgverzekeraars en banken

Zorgorganisaties zijn afhankelijk van hun ‘financiers’ voor kapitaal voor de levering van zorgdiensten en investeringen in gebouwen, apparatuur en innovatie. Deze relatie is wederkerig, de afhankelijkheid geldt omgekeerd ook. Ik bespreek in deze subparagraaf de twee belangrijkste financiële partijen voor ziekenhuizen: de zorgverzekeraars en de banken.

Zorgverzekeraars kopen zorg in bij de zorgaanbieders. Ze stellen eisen aan de kwaliteit van zorg, controleren of door de zorgaanbieders of burgers ingediende declaraties kloppen en of de gedeclareerde zorg ook daadwerkelijk is geleverd. Er zijn in Nederland negen verzekeringsconcerns waaraan de ziekenhuizen zorg verkopen. Een ziekenhuis heeft meestal een zorgverzekeraar die het merendeel van de zorg inkoopt en een paar kleinere voor aanvullende contracten. Zorgverzekeraars betalen het grootste deel van de kosten van de ziekenhuizen. Via de zogenaamde prestatiebekostiging, bedragen per behandeling, maken zorgverzekeraars en ziekenhuizen afspraken over prijs, hoeveelheid en kwaliteit. ‘Zorgtransformatie’, vastgelegd in het IZA, moet een antwoord bieden op de stijgende zorgvraag.³³ Ook zorgverzekeraars dragen daaraan bij door transformatiegelden ter beschikking te stellen en zich ‘faciliterend’ op te stellen (Rijksoverheid, IZA, 2023).

In het jaarlijkse proces van zorginkoop hebben de ziekenhuizen contact met meerdere zorgverzekeraars. Ze onderhandelen ook over de wijze van bekostiging: soms is dat een omzetplafond (een maximum bedrag dat als ‘aanneemsom’ geldt), soms voor een deel op basis van de prijs maal het aantal behandelingen ($P \times Q$). Vervolgens declareren de ziekenhuizen de kosten op basis van een integraal tarief, via een systeem van diagnosebehandel-combinaties (dbc’s). Hierin zijn alle kosten, ook die van medisch specialisten, verdisconteerd. De declaraties worden achteraf gecontroleerd op rechtmatigheid. Daardoor kan het wel tot twee jaar na de jaarafsluiting duren tot te veel of te weinig uitbetaalde kosten vereffend zijn. Met als gevolg onzekerheid in de ziekenhuizen over de exploitatie en financiële resultaten (BDO, 2023).

De banken maken als tweede belangrijke financiële partij deel uit van de autoriserende omgeving van de ziekenhuizen. Zorgorganisaties ervaren banken als legitieme belanghebbenden met een goed afgebakende invloed en een duidelijke functie (Van Dijk et al., 2021). Hun invloed op de ziekenhuissector is van alle tijden. Zo hebben ze een doorslaggevende rol bij de inschatting van de kosten en baten van een fusie (KPMG, 2018). Een invloed die de ziekenhuizen rechtstreeks

in hun exploitatie voelen is dat zij voor liquide middelen en investeringen moeten aankloppen bij de bank, uiteraard tegen betaling van rente. Dit komt doordat de zorgverzekeraars pas achteraf de integrale kostprijzen vergoeden, zoals eerder genoemd. De zorgaanbieders krijgen van de verzekeraar wel voorschotten, maar die zijn vaak niet voldoende voor hun exploitatie.

Banken kijken kritisch mee naar het investeringsbeleid van ziekenhuizen en hun bedrijfsvoering. Als de bezorgdheid bij de bank toeneemt kan een ziekenhuis onder ‘bijzonder beheer’ komen. Dat betekent dat de bank dicht op het ziekenhuis gaat zitten en het bestuur dwingende financiële normen oplegt. In dat geval gaat ook de raad van toezicht vaak dicht op het bestuur en de besturing zitten.

Onderzoekers voorspellen dat ziekenhuizen de komende jaren financieel in zwaar weer komen. De stijgende personeelskosten (duurdere CAO, inhuur extern personeel en hoog ziekteverzuim) legt druk op hun exploitatie, terwijl ze juist financiële ruimte nodig hebben voor investeringen. Hoe en op welke manier bestuur en toezicht rekening houden met deze ontwikkelingen in de samenstelling van het bestuur komt terug in dit onderzoek. Wat betreft de zorgverzekeraars en de banken, zij kijken kritisch mee naar de bedrijfseconomische ratio’s van ziekenhuizen in relatie tot de strategische en investeringskeuzes. Meestal op afstand, soms dichtbij als een ziekenhuis het financieel zwaar heeft. Ook denken ze mee over de overlevingskansen van ziekenhuizen op de lange termijn.

“Uiteindelijk leidt de onderlinge afhankelijkheid tussen ziekenhuizen, zorgverzekeraars en banken ertoe dat zij, met een argwanend toekijkende overheid, bepalen welke ziekenhuizen overeind blijven, mogen fuseren of failliet mogen gaan. Wie in dat laatste geval de zwarte piet toegeschoven krijgt – geen van alle partijen wil immers verantwoordelijk gehouden worden voor de schadelijke gevolgen voor de patiëntenzorg – is een kwestie van beeldvorming.” (Commissie onderzoek faillissementen ziekenhuizen, 2020, p. 117).

In hoeverre zorgverzekeraars en banken invloed uitoefenen op de samenstelling van het bestuur is een vraag die verderop in dit onderzoek terugkomt.

³³ Onder zorgtransformatie wordt het ombuigen van de groei verstaan, voor het borgen van de toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid van zorg, inclusief het behouden en ontzorgen van zorgprofessionals.

2.5 CONCLUSIES

In dit hoofdstuk is de bestuurlijke context van het ziekenhuis beschreven als complex en hybride. De betekenis voor dit onderzoek is in drie punten weer te geven.

Verskillende (soorten) autoriserende partijen

Ten eerste blijkt uit dit hoofdstuk dat ziekenhuizen te maken hebben met een breed scala aan belanghebbenden die hoge verwachtingen hebben van het ziekenhuisbestuur. Het zijn de machtigende in- en externe partijen die een toezichthoudende, normerende, controlerende en sanctionerende rol hebben naar het ziekenhuisbestuur, elk vanuit een ander perspectief. Deze partijen vormen daarmee hun autoriserende omgeving. Of deze rollen nu formeel (wettelijk of anderszins) vastgelegd zijn of niet, ze zijn veelal geïnstitutionaliseerd: ingebed in (gedrags)patronen. Het autoriseren is een relationeel en wederkerig proces dat onderhoud vergt van alle spelers.

De *externe* partijen hebben elk op een andere manier een autoriserende rol naar het ziekenhuisbestuur, en daarmee in bestuurswisselingen. Allereerst hebben de ziekenhuizen te maken met wisselende sturingsmechanismen vanuit de overheid en de aan haar gelieerde instanties. Soms overheerst ‘zelfregulatie’ als leidend paradigma (de GCZ van 2022 en de accreditatie), soms ‘marktwerking’ (de rol van ACM bij het al dan niet toestaan van fusies) en soms treden instanties op als marktmeester (zoals het inzetten van transformatiegelden door VWS en de zorgverzekeraars in het kader van het IZA). In conditionerende zin hebben ze op de achtergrond invloed, zoals de NZa en de IGJ met hun opvattingen over ‘goed bestuur’. Zorgverzekeraars en banken kijken meestal op afstand mee met de besturing van ziekenhuizen. Maar als het spannend wordt stellen ze eisen aan de besturing en beoordelen dan ook de kwaliteit van het bestuur. Of de genoemde externe partijen hun invloed ook direct aanwenden bij bestuurswisselingen zal blijken.

De *interne* autoriserende omgeving van het ziekenhuisbestuur wordt allereerst gevormd door de raad van toezicht. Als werkgever van het bestuur is hij de beoordelaar en het benoemende orgaan. De bestuurder is enerzijds ‘lijdend voorwerp’ van autorisatie, anderzijds autoriseert zij haar collega-bestuurder vanuit de positie van vertrekker, zittend of opvolger. Daarnaast claimen andere partijen invloed bij bestuurswisselingen: de medische staf (van oudsher en tot op heden een invloedrijke speler), de OR en de CR (met een wettelijk verankerde rol) en de managers (die dicht bij het bestuur staan). De vraag hoe de rollen van deze autoriserende partijen doorwerken in hun invloed is onderwerp van nader onderzoek.

Zoeken naar normatieve kaders

In het drukke speelveld rondom het ziekenhuisbestuur heersen hoge verwachtingen van, en ambigue opvattingen over, het werk en functioneren van bestuurders. Bij bestuurswisselingen ontmoeten alle bij het ziekenhuisbestuur betrokken partijen elkaar. En zoals zorgvisies vaak pas duidelijk worden bij de bouw van een nieuw ziekenhuis, zo expliciteren partijen hun verwachtingen van ziekenhuisbestuurders vaak pas bij een bestuurswisseling. Dan komen verschillende (on)geschreven regels, gebaseerd op normatieve opvattingen over wat een goede ziekenhuisbestuurder is, bij elkaar.

Hoe zij ziekenhuisbestuurders beoordelen hangt af van plaats, moment van betrokkenheid en perspectief van de autoriserende partijen. Gezien de vele belanghebbenden en tegenstrijdige opgaves zal die beoordeling per definitie verschillen en betwistbaar blijven. In dit oordeelsproces dat inherent is aan bestuurswisselingen zoeken de interne partijen hun weg. De raad van toezicht staat boven de partijen, maar is ook afhankelijk van hun informatie voor een evenwichtig oordeel over de bestuurder(s). De andere partijen zien en waarderen bestuurders vanuit hun eigen perspectief en belang. Bestuurders zelf professionaliseren (verder) door opleiding en intervisie en stellen zich toetsbaar en reflectief op. Met hun opgebouwde expertise mengen zorgbestuurders zich in het maatschappelijke discours over hun vak. Ze zijn daarmee zowel normvolgend – ze laten zich accrediteren volgens een normatief kader – als normstellend.

‘Goed bestuur’ ontstaat tussen alle partijen die betrokken zijn bij het ziekenhuisbestuur. Niet in de laatste plaats is dat het collegiale bestuursteam, met een aantal bijzondere kenmerken. Zo hebben hun besluiten verregaande consequenties. Mede daarom zijn zowel de bedrijfsmatige als de zorginhoudelijke belangen vertegenwoordigd in het bestuur. Een dergelijke diversiteit bevordert de kwaliteit van de besluiten, maar stelt de complementariteit en collegialiteit op de proef. Ook het glazen huis waarin het team zit geeft druk. Deze condities spelen waarschijnlijk op verschillende manieren een rol bij bestuurswisselingen.

Bestuurswisselingen zijn dus normatieve processen (met verwachtingen vooraf) die zelf op hun beurt normerend zijn (als gevolg van hoe zij verlopen). Door het theoretische maar vooral door het empirische deel van mijn onderzoek kleur ik deze conclusie nader in. Ook zal het verdere onderzoek duidelijk maken welke rollen de autoriserende partijen bij bestuurswisselingen vervullen en hoe zij omgaan met de verschillende (on)geschreven regels en opvattingen over het ziekenhuisbestuur. Het ontbreken van een eenduidig normenkader, ondanks alle richtlijnen, spelregels, wettelijke kaders en accreditaties, geeft de partijen ook ruimte hier zelf invulling aan te geven.

Resultaten van ziekenhuizen, uitkomsten van bestuurswisselingen

Een deel van de centrale vraagstelling heeft betrekking op de uitkomsten van bestuurswisselingen. De opvolgingsliteratuur koppelt uitkomsten van bestuurswisselingen vaak aan resultaten van *profit*-organisaties. Prestaties van publieke organisaties zijn moeilijker te definiëren en dus te toetsen dan van (strikt) private bedrijven. Raden van toezicht hebben minder harde instrumenten in handen om bestuurders te evalueren en uitkomsten van bestuurswisselingen te beoordelen dan commissarissen in het bedrijfsleven. Desalniettemin kunnen zij andere, bij het ziekenhuis passende, uitkomst-criteria hanteren. Bijvoorbeeld een verbeterde markt- of financiële positie, een hogere ranking in ziekenhuislijsten, grotere patiënttevredenheid of arbeidssatisfactie van medewerkers. Negatieve resultaten kunnen een bijzonder beheer door de bank, verscherpt toezicht door de IGJ of een mislukte fusie zijn.

Aan de vraag hoe raden van toezicht ziekenhuisbestuurders beoordelen gaat vooraf hoe ze uitkomsten van bestuurswisselingen waarderen. Ook of, en zo ja hoe, ze andere partijen of externe normen als de accreditatie daarbij betrekken is in het kader van dit onderzoek relevant. Uiteindelijk gaat het om de vraag welke normen de partijen hanteren om uitkomsten van bestuurswisselingen aan te relateren. Het antwoord komt in de volgende hoofdstukken terug.

3

BESTUURSWISSELINGEN ALS PROCESSEN: FASEN, PARTIJEN EN UITKOMSTEN

INLEIDING

Bestuurswisselingen zijn cruciale episodes in de geschiedenis van alle organisaties. Ze brengen meestal turbulentie met zich mee maar bieden ook de kans de organisatie aan te passen aan nieuwe eisen. In het vorige hoofdstuk beschreef ik de – steeds complexere – bestuurlijke opgaven voor ziekenhuisbestuurders. Een benoemingsproces moet een nieuwe bestuurder opleveren bij wie deze opgaven in goede handen zijn. De betrokken partijen kijken vol – uiteenlopende – verwachtingen naar een nieuwbenoemde bestuurder. De raad van toezicht moet de meest passende kandidaat uitzoeken én zorgen voor een goede bestuurswisseling. De andere partijen, de collega-bestuurder(s) niet in de laatste plaats, hebben een eigen rol bij de aanstelling. Elke partij brengt een ander perspectief in, voortkomend uit haar (deel)belang.

Dit hoofdstuk beoogt met behulp van de literatuur bestuurswisselingsprocessen beter te begrijpen. Dit levert bouwstenen voor het begrippenkader waarmee ik het empirische deel van het onderzoek verricht. Het hoofdstuk bestaat uit drie delen. Allereerst komt aan de orde hoe het proces van aan- tot aftreden van bestuurders zich volgens opvolgingsonderzoekers ontvouwt. Het onderzoeken van de temporele logica (hoe bestuurswisselingsprocessen in termen van tijd zijn in te delen) biedt structuur voor het beschrijven van de processen en daarmee voor het empirische onderzoek. Tevens komt aan bod of het ook waardevol is in verklarende zin en welke risico's verbonden zijn aan deze temporele benadering (3.1).

De tweede paragraaf gaat over de rollen van en dynamiek tussen de verschillende betrokken partijen bij bestuurswisselingen. Ik bouw voort op het vorige hoofdstuk waarin ik de partijen in het ziekenhuis identificeerde. De internationale opvolgingsliteratuur vertaal ik naar de partijen die ik in het vorige hoofdstuk identificeerde als betrokkenen bij bestuurswisselingen in ziekenhuizen (3.2).

Het derde deel bevat een aantal opvolgingstheorieën. Hierin bespreek ik ook processen en uitkomsten van bestuurswisselingen, gezien vanuit de opvolgingsliteratuur. Ik sluit dit deel af met wat volgens opvolgingsonderzoekers in normatieve termen een goed opvolgingsproces is (3.3).

Het hoofdstuk eindigt met een beschouwing over wat de literatuur oplevert aan inzichten die we kunnen meenemen naar de studie van bestuurswisselingen in ziekenhuizen.

3.1 EEN PROCES VAN AAN- EN AFTREDEN

Bestuurderswisselingen vormen de basis voor bestuurswisselingen. Onderzoekers in dit veld spreken van opvolgingen. In dit eerste deel volg ik de literatuur en vat ik een opvolging op als een wisseling van bestuurders: een tot dan toe zittende bestuurder vertrekt, een inkomende bestuurder neemt haar plaats in en vormt vanaf dat moment, al dan niet samen met (een) collega('s), het bestuur van de organisatie, tot zij weer vertrekt. Dit is te beschouwen als een iteratief proces. Het begrip iteratief wil een herhaling aangeven waarbij de beginsituatie telkens verandert na afronding van de herhaling. Je zou dit proces kunnen weergeven als een liggende spiraal. Dit in tegenstelling tot een circulair proces, waarin telkens dezelfde stappen worden doorlopen om op hetzelfde beginpunt uit te komen. Een ordening van dit iteratieve proces in drie fasen vormt een kapstok om de opbrengsten uit de opvolgingsliteratuur over bestuurswisselingsprocessen te bespreken.³⁴

- De pre-bestuurswisselingsfase: aanleiding(en) voor een bestuurswisseling en het aftreden van een bestuurder
- De bestuurswisselingsfase: het opvolgingsproces met de werving-en-selectieprocedure, leidend tot een nieuwe bestuurder
- De post-bestuurswisselingsfase: de inwerkperiode en het verdere verloop van een zittingstermijn.

De focus van mijn onderzoek ligt op de bestuurswisselingsfase. Bij het bespreken van de pre-bestuurswisselfase ligt het accent daarom op het aftreden en minder op de aanleidingen. Bij de post-bestuurswisselfase bespreek ik met name het inwerken. Het verdere verloop van een zittingstermijn komt alleen gerelateerd aan bestuurswisselingen aan bod.

3.1.1 De pre-bestuurswisselfase

Aanleidingen voor bestuurswisselingen worden in de opvolgingsliteratuur gecategoriseerd naar omgevings-, organisatie-, bestuurs- en individueel niveau. Wat betreft het eerste blijkt over het algemeen dat het aantal bestuurswisselingen toeneemt naarmate er meer onzekerheid en concurrentie is vanuit de externe omgeving (Berns & Klarner, 2017). Benoemingen van nieuwe CEO's worden dan gebruikt als een mechanisme om zich aan te passen aan wisselende en onvoorziene omstandigheden in de omgeving. Ook bij ziekenhuizen zijn verbanden gevonden tussen veranderingen in externe omstandigheden en bestuurswisselingen. Zoals in de Verenigde Staten, waar het aantal

³⁴] Berns en Klarner (2017) spreken van een pre-, een opvolgings- en een post-opvolgingsfase.

bestuurswisselingen toenam nadat de Affordable Care Act in werking trad (Hearld et al., 2019).

Op *organisatorisch niveau* vergroten slechte bedrijfsresultaten de waarschijnlijkheid van een opvolging. De meest onderzochte aanleiding is de aandelenwaarde: daalt deze, dan neemt de kans op een bestuurswissel toe (Karaevli, 2007). Dit mechanisme, het relateren van bestuurswisselingen aan de resultaten van een organisatie, wordt aangeduid als *turnover performance sensitivity* (TPS). Door de focus van de investeerders op kortetermijnresultaten worden CEO's van beursgenoteerde bedrijven vaak 'te' vroeg ontslagen (Gao et al., 2017).³⁵ Onderzoeksresultaten over de National Health Service (NHS) in het Verenigd Koninkrijk tonen ook dergelijke verbanden aan. Een citaat uit een evaluatierapport illustreert dat het afrekenen van CEO's op financiële korte termijn-resultaten niet alleen opgeld doet in het bedrijfsleven: "Financial and performance pressures and an unrelenting focus from national regulators, politicians and the media all compete for the limited time that senior NHS executives have." (Anandaciva 2018, p. 9).³⁶ Andere aanleidingen op organisatieniveau kunnen (de-)fusies, ingrijpende reorganisaties of veranderingen in het bestuursmodel zijn.

De dynamiek tussen interne partijen vormt een bron van potentiële aanleidingen op *bestuursniveau*. Zo kunnen verschillen van inzicht tussen de raad van toezicht en het bestuur of de samenwerking binnen het bestuur aanleidingen vormen. In de opvolgingsliteratuur is er relatief weinig aandacht voor dergelijke interpersoonlijke aanleidingen (Berns & Klarner, 2017). Onderzoek hiernaar wordt vaak bemoeilijkt door de geheimhouding rondom dergelijke processen, wat ook de geringe aandacht voor dit aspect verklaart (Grunberg, 2002). Als opvolgingsonderzoekers de dynamiek tussen de board en de CEO al betrekken bij hun analyse, zijn de uitkomsten niet een-op-een van toepassing op de ziekenhuizen. Daarvoor zijn de verschillen in governance te groot. De gezagsverhoudingen in private bedrijven zijn anders dan tussen de raad van toezicht en het collegiale bestuursteam van de Nederlandse ziekenhuizen. Een directe aanleiding voor bestuurswisselingen die ik in mijn adviespraktijk veel tegenkom is gebrekkige samenwerking binnen het bestuursteam (Beijer et al., 2015).

Meestal lijkt de aanleiding voor een bestuurswisseling te liggen op *individueel niveau*, bij de bestuurder. Deze is toe aan een nieuwe uitdaging of vertrekt vanwege het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd. Ook ziekte of

overlijden van een bestuurder kan een aanleiding vormen voor een wisseling. Deze individuele invalshoek, de persoon(lijkheid) van de bestuurder, is de focus van veel opvolgingsstudies. Onderzoekers zien aanleidingen voor het wisselen van de wacht in de bestuursstijl en de bestuurlijke 'knowledge, skills, abilities and other characteristics' (ook wel afgekort tot KSAO's) van de bestuurder (Henderson et al., 2006, Giambatista et al., 2005, Gabarro et al., 1987). Deze zijn vooraf niet goed ingeschat door het benoemende orgaan of ontwikkelen zich in de loop der tijd zodanig dat er een mismatch optreedt tussen bestuurder en organisatie. Onderzoekers zoeken en vinden (dus?) de oorzaak bij de bestuurder zelf (Hutzschreuter 2012). Recentere onderzoeken betrekken de interactie met de andere partijen erbij: een mismatch tussen actoren is immers op zijn minst tweezijdig (Nyberg et al., 2021).

Aanleidingen voor bestuurswisselingen kunnen dus voortkomen uit verschillende 'niveaus'. Metastudies over opvolgingen benadrukken echter dat de triggers op deze verschillende niveaus elkaar kunnen versterken (Berns & Klarner, 2017, Darouichi et al., 2021). Laat u niet verblinden door de ogenschijnlijke persoonlijke keuzes van bestuurders of door benoemende organen die verklaringen voor een vertrek bij de individuele bestuurder leggen, lijken deze studies te waarschuwen.

Aftreden, met of zonder rode loper

Wat de aanleiding ook moge zijn, op een gegeven moment treedt een bestuurder af en start een nieuwe opvolgingscyclus. Waarom en hoe een bestuurder vertrekt – en hoe dit vertrek wordt geframed – heeft invloed op hoe een nieuwe bestuurder aantreedt.

Afscheid van bestuurders is in te delen in geplande en ongeplande vertrekken. In het eerste geval neemt de bestuurder afscheid omdat haar gelimiteerde zittingstermijn afloopt, door pensionering of door een fusie of verandering van het bestuursmodel. Bij een ongepland vertrek neemt de bestuurder onverwachts afscheid. Gepland of ongepland is te plaatsen tegenover wie het initiatief neemt. De bestuurder kan zelf besluiten vrijwillig te vertrekken. De bestuurder en de raad van toezicht kunnen ook samen tot consensus komen dat het beter is als de bestuurder vertrekt. Een onvrijwillig ontslag of een anderszins door de raad van toezicht geforceerd vertrek is de derde mogelijkheid. In het laatste geval verdoezen de toezichthouders en bestuurders vaak het onvrijwillige karakter ervan (Wijnsma et al., 2020). Grunberg pleit dan ook voor de aanduiding 'problematische vertrekken'. Hij plaatst deze tegenover 'natuurlijke' opvolgingen. Of een vertrek problematisch of natuurlijk is heeft grote invloed op het proces van een bestuurswisseling, stelt hij. Kenmerken van een problematisch vertrek zijn volgens hem de snelheid en onbeheersbaarheid van het proces, het publieke

³⁵ Gao noemt dit 'suboptimale ontslagen': een CEO is dan nog te kort in functie om invloed te hebben op de bedrijfsresultaten.

³⁶ Het betreffende evaluatierapport heeft de veelzeggende titel *Leadership in today's NHS, Delivering the impossible*. (Anandaciva, 2018).

karakter, vermenging van de zakelijke en emotionele aspecten bij de afhandeling en een drastische verstoring van de stabiliteit aan de top (Grunberg, 2002).³⁷

Typologieën van vertrekken zijn in de praktijk vaak minder eenduidig dan hierboven weergegeven. Bovendien dekt de communicatie naar buiten zelden wat zich werkelijk afspeelde tussen de bestuurder en de raad van toezicht. De bestuurder vertrekt bijvoorbeeld vrijwillig, maar niet dan nadat er indringende gesprekken zijn gevoerd met de raad van toezicht. Deze is langszij van alle kanten geïnformeerd dat 'het met deze bestuurder niet langer gaat'. Deze nuances geven aan dat er frontstage- en backstage-gedrag is. De raad van toezicht en de vertrekkende bestuurder beleven een bestuurswisseling vaak verschillend. Dat beïnvloedt hoe het bericht naar buiten wordt geformuleerd (Wijnsma et al., 2020, Derks & Grit, 2015, Grunberg, 2002). De vaak multifactoriële redenen worden positief of negatief geframed. Organisatieleden (lees: belanghebbenden) kiezen een frame dat ze uitkomt in het (her)schrijven van de geschiedenis van de organisatie of bijdraagt aan de nieuwe koers (Bynander & 't Hart, 2016). De framing is erop gericht het proces en de gemaakte keuzen te legitimeren.

Met name een onverwachts vertrek legt tijdsdruk op het benoemende orgaan om vervanging te regelen. Daardoor gaat hij vaak onvoldoende voorbereid de arbeidsmarkt van bestuurders op. Uitstel van de aanstelling van een vaste bestuurder blijkt het wachten waard.³⁸ Rust inbouwen na het aftreden van de ene bestuurder leidt tot een beter selectieproces en uiteindelijk een beter passende nieuwe bestuurder (Rivolta 2018).

3.1.2 De bestuurswisselfase

Deze fase is in drieën op te delen: de procedure (de werving, ontwerp van de procedure, komen tot een profiel), het selectieproces en de uiteindelijke keuze.

De procedure: professioneel en routineus

Vanaf het moment dat is overeengekomen dat de bestuurder vertrekt, ligt de regie over het proces om een nieuwe bestuurder te vinden bij de raad van toezicht. Hij is formeel verantwoordelijk voor het essentiële en precaire wervings- en selectieproces. Hoe hij zijn rol invult en hoe de andere partijen deze rolinvulling ervaren komt voort uit én heeft gevolgen voor zijn legitimiteit. In het boek met de veelzeggende titel Een zorgbestuurder benoemen, een gewaagde

³⁷ Het kwalitatieve onderzoek van Grunberg naar 'problematic departures' bij grote Zweedse bedrijven laat zien dat voor de direct betrokkenen een problematisch vertrek zeer ingrijpend is, emotioneel en professioneel. Voor de wat meer op afstand betrokkenen is het vaak opwindend en interessant. Het dramatische karakter van een problematisch vertrek bemoeilijkt het managen van het proces. Het drama ontvouwt zich volgens Grunberg in vier bedrijven: 1. aanvoelen dat er een bestuurscrisis dreigt, 2. in actie komen en besluiten nemen, 3. het vertrek zelf en 4. het herbegin.

³⁸ Worth the wait? Rivolta (2018) beantwoordt deze vraag in de titel van haar artikel positief, met name na een ongepland vertrek van de bestuurder.

beslissing refereren de auteurs aan het delicate karakter van de zoektocht naar een passende nieuwe bestuurder (Derks & Grit, 2015) Naarmate de zoektocht meer aan discussie onderhevig is, is ook de legitimiteit van het besluit wie de nieuwe bestuurder wordt meer in het geding.

De procedure om een zorgbestuurder te benoemen volgt meestal hetzelfde patroon. De achtereenvolgende stappen zijn als volgt. De raad van toezicht kiest een executive searcher, deze komt met een longlist waaruit de raad van toezicht een shortlist destilleert, er volgt een selectieprocedure met de adviesorganen, de raad van toezicht weegt de adviezen en kiest een nieuwe bestuurder (Derks & Grit, 2015). Deze procedurele en instrumentele insteek is in de loop der jaren geprofessionaliseerd; procedures zijn geëxpliciteerd en professionals als executive searchers kregen een prominentere rol (Rivolta, 2018, Oosterling, 2019). Een dergelijk gestandaardiseerd proces heeft vele voordelen. Het is voorspelbaar en biedt houvast over wie wanneer waarover mag adviseren of beslissen. Dat zorgt voor throughputlegitimiteit: legitimiteit die ontstaat door een inzichtelijk en helder proces waarin alle belangen worden meegenomen. Als de raad toezicht achteraf verantwoording aflegt over de afweging van argumenten legitimeert dat het uiteindelijke besluit (Derks & Grit, 2015).

Het bovengeschetste patroon suggereert een ordelijk, systematisch, eerlijk en rationeel proces. Uit vele onderzoeken blijkt echter dat het feitelijke proces rommelig en ondoorzichtig is (Oosterling, 2019, Bynander & 't Hart, 2016). Zo is het uiteindelijke besluit van de raad van toezicht in de praktijk meestal eerder de uitkomst van een tamelijk ondoorzichtig proces ('black box') van consultatie, selectie, 'snuffelen' en voorzichtig manoeuvreren tussen verschillende belangen (Derks & Grit, 2015). Wat of wie precies de doorslag heeft gegeven bij de keuze voor een bepaalde kandidaat is niet zonder meer voor alle betrokkenen duidelijk. Met als gevolg dat degenen die tevreden zijn de procedure prijzen en anderen deze bekritisieren omdat de uitkomst ze onwelgevallig is (Born, 2012, Oosterling, 2019). Ook wordt er nog maar zeer mondjesmaat gebruik gemaakt van *evidence based* methoden en technieken voor het werven en selecteren van bestuurders (Deckers, 2022, Born, 2012, Sessa, 2001).

Zoals we gezien hebben vormen de interne partijen een belangrijk deel van de autoriserende omgeving bij publieke organisaties. Hun betrokkenheid bij het werven en selecteren van een nieuwe bestuurder is dus relevant. Het leidt bijvoorbeeld tot meer tevredenheid over de uitkomst (Friedman, 1995, Rivolta, 2018). In zorgorganisaties is voor de adviespartijen echter maar een beperkte rol weggelegd. De raad van toezicht besteedt bijvoorbeeld het vaststellen van de bestuurlijke opgaven en het profiel uit aan de executive searcher. Daardoor mist de raad van toezicht relevante informatie, en niet alleen over de verwachtingen

die men heeft van de nieuwe bestuurder. “Het opvolgingsproces is te vaak een gemiste kans voor de raad van toezicht om inzicht te krijgen in wat er allemaal speelt in een zorgorganisatie.” (Derks & Grit, 2015, p. 106).

Er wordt over het algemeen (te) weinig aandacht besteed aan het expliciteren van de inhoudelijke resultaten die de partijen, te beginnen bij de raad van toezicht, van de nieuwe bestuurder verwachten (Keil & Sangrillo, 2021). Ook dit lijkt een risico van de ingesleten routine. De executive searcher schrijft de procedure voor, die ook inhoudt dat hij of zij de partijen vraagt waartoe de organisatie wie nodig heeft. De stap van ‘waartoe’ naar ‘wie’ is vaak kort: de bestuurlijke opgaven dienen enkel als opstapje naar de functievereisten en gewenste competenties van de bestuurder. Met als gevolg een functieprofiel voor het bekende schaap met vijf poten.

Soms is het om strategische redenen niet wenselijk bepaalde informatie naar buiten te brengen. Bijvoorbeeld als de nieuwe bestuurder op zoek moet gaan naar een fusiepartner of als deze de verhouding met de verzekeraar moet verbeteren. Soms schuilt rolonduidelijkheid tussen de raad van toezicht en raad van bestuur achter de omfloerste termen over wat de nieuwe bestuurder te doen staat (Keil & Sangrillo, 2021).³⁹ Hoe dan ook heeft het niet vooraf expliciteren en communiceren van de bestuurlijke opgaven invloed op de rest van de procedure. Het kan leiden tot een onduidelijk of tegenstrijdig profiel waardoor de zoektocht niet gericht plaatsvindt. Ook kan het onduidelijke of verkeerde verwachtingen wekken bij kandidaten, het zittende bestuur en ex- en interne partijen. Last but not least kan het een valse start geven voor de nieuwe bestuurder als deze aan de slag gaat met verkeerde of onduidelijke bestuurlijke opgaven (Grunberg, 2002, Oosterling, 2019). Positiever geformuleerd: hoe explicieter en eensgezinder (of transparanter over de verschillen) de partijen zijn over het profiel, des beter zijn de startcondities voor de nieuwe bestuurder (Haddajd, 2003).

Als de partijen het selectieproces als eerlijk en transparant ervaren en het gevoel hebben dat de gekozen opvolger goed is voor de toekomst van de organisatie, kwalificeren ze het proces als ‘goed’ (Derks & Grit, 2015). Ze wegen daarin ook mee of zij de discontinuïteit, tijd en kosten die een bestuurswisseling met zich meebrengt aanvaardbaar vinden (Cragun et al., 2021, Baughman et al., 2009). Over dergelijke punten onderhandelen de partijen. Ze manoeuvreren voorzichtig, tasten elkaars belangen af en schatten zodoende in wie welke invloed heeft. De formele macht ligt bij de raad van toezicht, maar de dynamiek tussen de verschillende partijen heeft invloed op zijn opstelling (Vinkenburg et al., 2014).

³⁹ Ook Derks en Grit (2015: 98) benoemen de rolonduidelijkheid tussen raad van toezicht en raad van bestuur in dezen. Wie mag bepalen wat de bestuurlijke opgaven zijn, de raad van toezicht of het bestuur? Regulier is dat het bestuur, maar bij een bestuurswisseling is tijdelijk niet eenduidig wie ‘het bestuur’ is.

Selecteren: op zoek naar de ‘match’

Naar ‘de match’ tussen de geselecteerde kandidaat en de organisatie is veel onderzoek gedaan. De (evidente) oorzaak van het falen van een nieuw benoemde bestuurder is dat deze niet paste bij de organisatie (Nyberg et al., 2021). De cruciale vraag die de onderzoekers niet eenduidig beantwoorden is: passend bij wat precies? Bij de bestuurlijke opgaven, ‘de’ cultuur van de organisatie, ‘het’ bestuursklimaat, of de andere bestuursleden en hun visie of stijl? Gemakkelijke vragen om te stellen, niet om te beantwoorden. Nóg moeilijker is het om te voorspellen hoe de match zal uitpakken. Bovendien moet de nieuwe bestuurder ook weer niet naadloos passen, anders vereenzelvt zij zich te veel met de organisatie en is niet in staat veranderingen door te voeren (Keil, 2021). Het is voor selecteurs geen gemakkelijke opgave een nieuwe bestuurder te kiezen die draagvlak heeft én tegen verwachtingen in durft te gaan (Geys et al., 2020).

‘Passen’ is tweerichtingsverkeer. Maar daar hebben de partijen niet altijd oog voor. Zo is voor hen vaak onduidelijk hoe de vijver van potentiële kandidaten eruitziet en hoe hierin ‘gevist’ wordt. Dat is het terrein van de executive searcher. De kwaliteit en omvang van het potentieel aan kandidaten is van grote invloed op het wervings- en selectieproces maar er is weinig onderzocht hoe dit potentieel wordt geïdentificeerd en aangeboord (Schepner et al., 2018). Ook hoe dit potentieel eruitziet voor ziekenhuisbestuurders is niet empirisch onderzocht. In het veld – onder toezichthouders, executive searchers en ziekenhuisbestuurders zelf – circuleren allerlei beelden over hoe de markt voor ziekenhuisbestuurders eruitziet en zich ontwikkelt, maar openbare en gevalideerde gegevens ontbreken.

Het profiel waarover de partijen het uiteindelijk eens zijn geworden heeft vervolgens in de procedure een ondergeschikte rol. De enigszins objectiveerbare professionele criteria in het functieprofiel, zoals ervaring en denk- en kennisniveau, spelen alleen in het begin van de procedure een rol als voorwaarden. In het selectieproces zelf zijn subjectieve criteria doorslaggevend: verbindend vermogen, communicatieve vaardigheden en leiderschap. Deze criteria worden nog maar zeer beperkt getoetst. Born zegt hierover: “Bij selectieprocedures bij bestuurders spelen psychometrisch verantwoorde selectie-instrumenten nog amper een rol, maar veeleer zijn dat opvattingen, smaak, emoties, en verwachtingen van degenen die het besluit nemen die doorslaggevend zijn.” (Born, 2007, p. 7). Dit is des te opmerkelijker omdat dergelijke selectie-instrumenten hun waarde voor andere functies bewezen hebben. In plaats van deze te benutten, “board members with limited HR-experience identify, evaluate and select CEO-candidates. Thus, they often make unscientific evaluations, largely driven by personal biases or by a few interactions in well-scripted presentations.” (Nyberg et al., 2020, p. 3.11). Ook wordt er nog maar sporadisch gebruik gemaakt van instrumenten om te testen of de nieuwe

bestuurder en het zittende bestuur bij elkaar passen (Deckers 2021, Derk & Grit, 2015, Born, 2007). Doorslaggevend is 'de klik': het gevoel van de partijen dat deze kandidaat een prettig mens is om mee samen te werken. Dat er gekozen wordt op basis van een persoonlijke klik tussen toezichthouders en kandidaten vergroot de kans op een uiteindelijke mismatch tussen de bestuurders of tussen de nieuwe bestuurder en een van de andere partijen (Oosterling, 2019).

3.1.3 De post-bestuurswisselfase

Uiteindelijk is er een bestuurder benoemd en gaat zij aan de slag. In de eerste bestuursperiode hebben bestuurders drie soorten werk te doen: een start maken met het realiseren van de bestuurlijke opgaven, een in- en extern netwerk opbouwen en 'simpelweg' gaan leidinggeven. Het laatste is de dagelijkse activiteit waarin ze met name hun bestuursstijl laten zien. De ontwikkeling van een bestuursstijl ontstaat in een wisselwerking met alle partijen. Inwerken is dus een wederzijds integratieproces (Berns & Klarner, 2017).

Er is over het algemeen weinig onderzocht hoe het socialisatieproces van een nieuwe bestuurder plaatsvindt, en of daar vooraf over is nagedacht (Keil & Zangrillo, 2021, Citrin et al., 2019). Dat is des te opmerkelijker omdat de waarde van een zorgvuldig ontworpen en gemanaged transitieproces van de vertrekkende naar de opvolgende bestuurder is aangetoond (Rivolta, 2018). De inbedding van de nieuwe bestuurder verloopt dan minder disruptief, het zorgt voor meer continuïteit van de strategische processen en de externe omgeving reageert positiever. "The early tenure of an executive successor must be treated as a critical integration process." (Van Bergen, 2019, p. 35). Over de duur van een inwerkperiode spreken de onderzoekers zich niet uit. Die is afhankelijk van de sector, de vraagstukken die er liggen, hoe het bestuursteam is samengesteld, en dergelijke factoren. Vooral als de bestuurder van buiten de sector komt moet niet worden onderschat hoeveel tijd deze nodig heeft om te leren over het bedrijf en de omgeving (Rivolta, 2018).

Zeker in deze eerste periode hangen de prikkels tot optreden van bestuurders nauw samen met de opdracht waarmee ze op pad zijn gestuurd. Bij een ingrijpende veranderopdracht zijn de wittebroodsweken veelal kort. Veel van de vraagstukken blijken hardnekkige problemen die al jaren spelen. Nu er een new kid on the block is kijken de betrokkenen vol verwachting toe hoe zij deze gaat aanpakken. Vooral bij de eerste tegenvallende resultaten is het afbreukrisico groot, want ze heeft nog geen trackrecord opgebouwd (Citrin et al., 2019). Komen bestuurders de inwerkfase goed door dan formuleren vanaf dat moment hun eigen bestuurlijke opgaven. Ze beoordelen welke eisen dat stelt aan hun bestuursstijl en vervolgens of ze daaraan willen en kunnen voldoen.

"He reinvents himself beyond the initial mandate (...). One of the central questions a board should ask is how many times a CEO is able to credibly reinvent a new course of action for the same company and lead the change that may need to undo some of what they created themselves." (Keil & Zangrillo, 2021, p. 153-154).

Zittingstermijn: een complex construct

Vanaf de tweede helft van de vorige eeuw is onderzoek gedaan naar zittingstermijnen vanuit diverse invalshoeken en disciplines. De zogenaamde CEO-lifecycle-theorieën kregen en krijgen veel bijval. Hierin worden de fasen van een zittingstermijn beschreven volgens een patroon van opkomst en ondergang. Er zijn in de loop der jaren kritische kanttekeningen geplaatst bij deze theorieën: te deterministisch, te normatief, te generaliserend en contextonafhankelijk én niet empirisch onderbouwd (Darouichi et al., 2021). Toch blijven onderzoekers geïntrigeerd door patroonmatigheden en karakteristieke kenmerken van bepaalde fasen van bestuurlijke zittingstermijnen (Overmars & Bokhorst, 2019). De behoefte aan houvast ligt hier waarschijnlijk aan ten grondslag; als patronen of signalen maar in een vroegtijdig stadium herkend worden, kunnen bestuurswisselingen beheersbaar en vloeiend verlopen.

Onderzoeken naar de relatie tussen zittingstermijnen van bestuurders en organisatieresultaten leveren tegenstrijdige uitkomsten op (Hutzschenreuter, 2012). Sommige onderzoekers concluderen dat de competenties van bestuurders per definitie na verloop van tijd niet meer passen bij de veranderende bestuurlijke opgaven. Anderen zeggen juist dat de accumulatie van het professionele leren van de bestuurder de resultaten ten goede komt (Zuniga-Vicente et al., 2005, Hambrick, 1991). Nadelen van elkaar snel opvolgende bestuurswisselingen zijn het verlies van historisch geheugen van de organisatie, discontinuïteit en de kans op instabiele bestuurlijke verhoudingen. In de literatuur over opvolgingen bij beursgenoteerde bedrijven spreken onderzoekers ook over de enorme kosten die gepaard gaan met elke bestuurswisseling. De indirecte kosten zijn volgens hen nog vele malen groter, zeker wanneer het een ongepland of geforceerd vertrek betreft (Berns & Klarner, 2017).

Onderzoek naar bestuurswisselingen in ziekenhuizen in de Verenigde Staten (VS) en het Verenigd Koninkrijk (VK) laat zien dat bestuurders elkaar steeds sneller opvolgen (Chambers, 2020, Anandaciva, 2018, Leibert, 2010). Deze hoge rotatiesnelheid leidt tot bezorgdheid. Zo is een van de belangrijkste uitdagingen het behouden van goed gekwalificeerde CEO's. Een zittingsduur van rond de drie jaar brengt volgens de onderzoekers risico's met zich mee voor de stabiliteit van de ziekenhuizen. Voor ziekenhuizen in rurale gebieden in de VS was de omloopsnelheid van bestuurders in de jaren 2006-2015 zelfs nog tweemaal

groter dan in de grootstedelijke ziekenhuizen (Hearld, 2019). In het VK werd in de periode 2014-2018 meer dan de helft van alle ziekenhuis-CEO's vervangen en was het percentage onbezette bestuurszetels was 37 procent. Onderzoekers naar termijnen van NHS-ziekenhuisbestuurders melden: "The good news is that the length of tenure has increased, with an average tenure for a CEO up from two and a half years to three years now." (Anandaciva, 2018, p. 4). Overigens zijn er bij de NHS ook langzittende CEO's. Een kleinschalig onderzoek (n=12) onder CEO's van ziekenhuizen met een dienstverband van meer dan tien jaar toont aan dat zij in staat zijn telkens de match tussen hen en het ziekenhuis te actualiseren (Chambers, 2018).

Tot slot blijkt in alle sectoren dat een opvolgingsplan zorgt voor minder bestuurswisselingen. Ziekenhuizen zonder een dergelijk plan en formele evaluaties van opvolgingen – en dat zijn de meeste – wisselen vaker van bestuurder (Froelich et al., 2011).

Al met al levert onderzoek naar zittingstermijnen van bestuurders een rijkdom aan inzichten op, maar leidt het niet tot accumulatie van kennis. Zoals gezegd zijn er zelfs tegenstrijdige uitkomsten. Waarschijnlijk is dat onder meer te wijten aan een gebrek aan constructvaliditeit: voor wat is een zittingstermijn een maatstaf? In het empirische deel van mijn onderzoek komen de betekenis en waardering van zittingstermijnen van ziekenhuisbestuurders nader aan de orde.

3.2 DE PARTIJEN BIJ BESTUURSWISSELINGEN

In deze paragraaf bespreek ik wat internationaal onderzoek zegt over de rollen en rolgedrag van de belangrijkste partijen bij bestuurswisselingen. Dat zijn de bestuurders zelf en het benoemende orgaan. Ik gebruik de opvolgingsliteratuur (die zoals gezegd meestal is gebaseerd op beursgenoteerde bedrijven met een CEO en een board) met her en der een vertaling naar het (Nederlandse) ziekenhuis.

3.2.1 Regisseur en beslisser: het benoemende orgaan

"The selection of the new CEO is one of the most important, if not the most important task of the board of directors." (Keil & Zangrillo, 2021, p. 16).

"Although CEO-planning is one of the few areas where boards directly affect the firm, little theory exists about how boards navigate this process to overcome informational challenges." (Schepner et al., 2018, p. 548).

Deze citaten tonen opvattingen over de rol van het benoemende orgaan bij een bestuurswisseling én de ingewikkeldheid om deze rol adequaat in te vullen. In de literatuur over bestuurswisselingen in Nederland komen we soortgelijke beschrijvingen tegen. Deze zijn als volgt samen te vatten. Ten eerste maakt een gemiddelde toezichthouder maar een paar keer in zijn of haar professionele leven een bestuurswisseling mee. Het zijn unieke ervaringen die een bepaalde indruk achterlaten. Of een vorige wisseling problematisch was of soepel verliep beïnvloedt de houding van een toezichthouder bij een volgende bestuurswisseling. Het zijn dus weinig én beladen individuele leerervaringen die bovendien binnen een raad zelden collectief worden besproken (Oosterling, 2019). Voorts is zijn rol naar de andere partijen anders dan bij het reguliere toezicht houden, maar bouwt hij er wel op voort. Het kan zijn dat toezichthouders en adviespartijen elkaar niet kennen en dan is het risico dat de raad van toezicht niet de informatie krijgt die hij nodig heeft. Van goede onderlinge verhoudingen plukt de raad van toezicht de vruchten bij een bestuurswisseling. Hoe de 'normale' onderlinge relatie ook is, de raad begeeft zich op onbekend terrein en krijgt te maken met krachten en tegenkrachten die hij niet altijd op waarde weet te schatten (Derks & Grit, 2015). Voor toezichthouders is het bovendien een omschakeling om actief en operationeel verantwoordelijk te zijn voor een belangrijk proces. Dit geldt met name voor de remuneratiecommissie. Er staat veel op het spel en de druk op de raad van toezicht is groot. Met als gevolg dat ook de onderlinge verhoudingen in een raad van toezicht getest worden: kunnen wij onze verschillende inzichten over het bestuur integreren? Worden we het eens over het te volgen proces waarin bepaalde leden van de raad een meer vooruitgeschoven rol hebben?

Reactief of proactief in de pre-bestuurswisselfase

Benoemende organen besteden zelden proactief aandacht aan potentiële bestuurswisselingen (Bijloos, 2019, Berns & Klarner, 2017). De metafoor gebruikend van 'horses for courses', denken benoemende instanties pas na over een komende race als een bestuurder zijn vertrek aankondigt. "They are reacting only when a leadership crisis merges instead of planning CEO succession proactively." (Berns & Klarner, 2017, p. 11). Proactieve opvolgingsplanning, in de vorm van het met alle partijen regelmatig bespreken van de gevolgen van ex- en interne ontwikkelingen voor het bestuur, zou de continuïteit (beter) waarborgen. Dit is met name waardevol als zich een ongepland vertrek voordoet. Een gunstig bijeffect van een dergelijke pro-activiteit is dat de partijen relationeel én inhoudelijk al meer op elkaar afgestemd zijn als zich een daadwerkelijke bestuurswisseling aandient (Turner, 2019, Rivolta, 2018). Omgekeerd: hoe groter de kloof tussen de raad van toezicht en het bestuur of de andere partijen ten tijde van een bestuurswisseling des te moeizamer zal dat proces verlopen (Nyberg et al., 2021). Dit geldt met name voor de relatie toezicht – bestuur. Hoe de verhoudingen ook zijn: het vrijelijk

bespreken van verwachtingen van het nieuwe bestuur, alsof het zittende bestuur geen belangen heeft, is een rationele benadering van een precair proces, en is vaak te veel gevraagd (Bynander & 't Hart, 2016).

Delicaat manoeuvreren in de bestuurswisselfase

De samenstelling van het benoemende orgaan heeft invloed op wie als potentiële kandidaten gezien worden en wie uiteindelijk gekozen wordt. Zo zijn boards met meer vrouwelijke leden meer geneigd ook vrouwelijke CEO's aan te nemen, én hen beter te betalen (Zorn, 2020). Dergelijk gedrag van benoemende organen wordt '*choice-supportive biases and escalate commitment*' genoemd (Zorn, 2020, p. 19). Hieronder wordt een gedragspatroon verstaan waarin groepsleden vasthouden aan hun eerdere beslissing ook al worden ze geconfronteerd met toenemende negatieve resultaten ervan. In plaats van terug te komen op hun besluit handhaven ze hun lijn. Voor benoemingen betekent dit dat de raad toezicht die een bestuurder heeft benoemd de neiging heeft deze (lang) de hand boven het hoofd te houden. Anderzijds rapporteren onderzoekers over '*investor myopia*' (Nyberg 2020). Deze 'blikvernaauwing' van de benoemende instantie zou leiden tot het afrekenen van bestuurders op subjectieve en kortetermijnprestaties, met te vroege ontslagen als gevolg. Als bestuurders hierop vervolgens anticiperen beïnvloedt dit een hogere omloopsnelheid van bestuurders (Gao et al., 2017).⁴⁰

Er zijn geen onderzoeken (mij bekend) naar een dergelijke 'escalatie van betrokkenheid' bij toezichthouders in publieke organisaties of ziekenhuizen. Wél is er toenemende aandacht voor *groupthink* in raden van toezicht. Bij benoemingen kan dat leiden tot het laten prevaleren van 'de goede verhoudingen' boven objectieve oordeelsvorming (Stolker, 2023). Ook signaleren onderzoekers een gebrek aan kritische reflectie van toezichthouders over hun rol in het selectieproces (Overmars & Bokhorst, 2021, Deckers, 2022).

Als de nieuwe bestuurder is aangesteld gaat de raad van toezicht opgelucht achteruit zitten: het besluit is genomen, de tijdrovende procedure achter de rug, iedereen is in afwachting van hoe de nieuwe bestuurder gaat optreden. In het voorafgaande kwam al aan de orde dat het inwerken ook een belangrijke fase is. Raden van toezicht zijn vaak zoekende naar hun rol in deze fase. Ze realiseren zich dat de nieuwe bestuurder rustig moet kennismaken met de organisatie, met de collega-bestuurder(s), met hen als toezichthouders, maar ze zijn ook benieuwd hoe zij zich gedraagt in deze wittebroodsweken. Ze moeten dus keuzes maken tussen afstand en nabijheid. Het proces vergt tijd, dus te dicht 'erop' gaan zitten heeft geen zin, maar het is ook nodig om (al) in deze fase de vinger aan de pols te

houden. Raden van toezicht lijken geen extra activiteiten te organiseren voor de inwerkperiode (Deckers, 2022).

De paradoxale opgave

De tijd dat de nieuwe bestuurder niet nieuw meer is valt buiten de scope van dit onderzoek. Echter: de manier waarop de raad van toezicht het functioneren van het bestuur volgt gedurende de hele zittingstermijn heeft invloed op een komende bestuurswisseling. Hoe komt een raad van toezicht aan zijn informatie over het functioneren van het bestuur? Hebben ze een traditie van 'strategische beoordeling' waaraan ook organisatieleden hun bijdrage kunnen leveren?⁴¹ Wat doen ze op het moment dat er bij bestuurders 'aan hun stoelpoten gezaagd wordt', zoals bij veel bestuurders op enig moment voorkomt. In de politiek vindt dat vaak openlijk plaats, in organisaties heimelijker (Bynander & 't Hart 2016). Staat de deur naar de raad van toezicht open voor kritiek op het bestuur dan kan dat leiden tot onzorgvuldige processen. Is die deur gesloten dan mist de raad van toezicht mogelijk relevante informatie (Wijnsma e.a. 2020, Beijer 2003).

Bestuurders weten vaak niet (goed) langs welke meetlatten zij door de raad van toezicht worden gelegd (Deckers 2022). Decennialang onderzoek vanuit verschillende disciplines bevestigt dat er geen eenduidig antwoord is op de vraag aan de hand van welke criteria bestuurders van publieke organisaties beoordeeld moeten worden. Publiek bestuur is een multifactorieel fenomeen dat niet gevat kan worden in een simpele set van evaluatiecriteria ('t Hart & Tummers 2019). De verwachtingen van deze bestuurders zijn ingebed in normatieve opvattingen van verschillende partijen over besturen in de betreffende sector. Dat geldt zeker ook voor ziekenhuisbestuurders, zoals beschreven in het vorige hoofdstuk.

Bij bestuurswisselprocessen hebben toezichthouders een paradoxale opgave. Ze zijn gebaat bij vertrouwelijkheid; transparantie staat daarmee op gespannen voet. Aan de andere kant is er openheid nodig voor draagvlak. Deze paradox, voldoende transparantie voor legitimatie én het waarborgen van vertrouwelijkheid, is kenmerkend voor elk bestuurswisselingsproces.

3.2.2 De bestuurders in verschillende posities

De eerste positie is de *vertrekkende* bestuurder.

"When things are going badly, you can't leave. And when things are going well, you don't want to leave... So if you're going out on your own steam, it's always

⁴⁰] Hoewel 'investors' en 'prestaties' niet of anders van toepassing zijn bij ziekenhuizen is het mechanisme mogelijk wel herkenbaar.

⁴¹] Turner (2018) noemt het benoemen van ex- en interne ontwikkelingen en de bestuurlijke opgaven die daaruit voortvloeien het '*strategic review process*'. Hij pleit ervoor om dit een vast agendapunt te laten zijn voor het benoemende orgaan om zo voorbereid te zijn op een bestuurswisseling, of een eventueel door het benoemende orgaan te initiëren bestuurswisselingen.

going to be at a moment when you don't want to leave. And by the way, that's why people sometimes stay too long.”

De aanleiding voor het vertrek van de bestuurder beïnvloedt uiteraard hoe zij zich opstelt in aanloop naar haar vertrek. Ik noemde echter al dat het onderscheid tussen vrijwillig en onvrijwillig en gepland of ongepland niet eenduidig is. In onderzoeksuitkomsten over de vertrekkende bestuurder komt deze ambiguïteit terug. In een boek met de typerende titel *The Hero's farewell* stelt Sonnenfeld dat de aandacht veelal uitgaat naar de komende CEO, maar dat de vertrekstijlen van de voorganger niet veronachtzaamd moeten worden (Sonnenfeld, 1998). Deze zijn als volgt te typeren. De *monarch* die niet vrijwillig vertrekt, de *generaal* die ogenschijnlijk meewerkt aan haar vertrek maar ondertussen zo lang mogelijk probeert te blijven, de *ambassadeur* die gracieus vertrekt maar nog wel nauwe banden aanhoudt met de organisatie en de *gouverneur* die vrijwillig de deur achter zich dicht trekt om nieuwe uitdagingen aan te gaan. De kritiek op dergelijke onderzoeken is dat ze te eenzijdig inzoomen op het moment van het (aangekondigde) vertrek, terwijl de houding van de CEO ten opzichte van haar opvolging zich tijdens haar hele zittingstermijn al manifesteert (Grunberg 2002). De ene bestuurder investeert bijvoorbeeld meer dan de andere in zijn potentiële opvolgers (Joshi et al., 2021).

Uit metastudies over opvolgingen blijkt dat de invloed van de vertrekkende CEO op het opvolgingsproces groot kan zijn. “During CEO succession preparation and implementation, the incumbent CEO has a key role, as she can either support or harm the board's succession activities.” (Berns & Klarner, 2017, p. 85). Dat lijkt vooral het geval te zijn als de vertrekkende CEO veel informele macht heeft, vaak gekoppeld aan een lange zittingstermijn.

De bestuurder als *opvolger* is een tweede positie. De verschillende manieren waarop opvolgers zich opstellen en hun rol kiezen zijn als volgt te typeren. In de literatuur over politieke opvolgingen wordt gesproken over ‘de erfgenaam’ die het beleid van haar voorganger omarmt en voortzet, de ‘hervormer’ die inhoudelijk of qua bestuursstijl doelbewust breekt met haar voorganger en de ‘shopper’ die dat selectief doet (Bynander & 't Hart, 2016). Dergelijke patronen worden ook beschreven in de opvolgingsliteratuur over beursgenoteerde bedrijven. Ook daar krijgt een externe opvolger als hervormer veel mandaat voor het doorvoeren van veranderingen, met als gevolg de eerdergenoemde irrealistische hoge verwachtingen en vervolgens teleurstelling (Gao, 2017). Sommige onderzoekers noemen dit de irrationele zoektocht naar een ‘redder’ (Khurana, 2011). Deze schijnt zelden van binnenuit te kunnen komen. Bij een natuurlijke opvolging wordt vaker gekozen voor een interne kandidaat, die zich vervolgens meer als een erfgenaam zal opstellen. Waarschijnlijk zijn de meeste opvolgers

‘shoppers’: bij bepaalde onderwerpen volgen ze de koers van hun voorganger en bij andere zetten ze hun eigen stempel (Khurana & Nohria, 2000). Ze zoeken daarin hun eigen weg en hebben weinig belangstelling voor wat hun voorgangers deden (Bynander & 't Hart, 2016).

Hoewel er gradaties zijn blijken alle nieuwe CEO's veranderingen door te voeren, ook als hun voorganger succesvol was. Kennelijk heeft elke nieuwe bestuurder de behoefte zich te onderscheiden van haar voorganger om het ‘nieuwe tijdperk’ te markeren (Hutzschenreuter et al., 2012, p. 732).

Zittende bestuurder(s) en de teamdynamiek

Er zijn weinig onderzoeken (mij bekend) over hoe zittende bestuurders het proces van vertrek en de aanstelling van hun directe collega ervaren. Maar waarschijnlijk zijn de genoemde typering van de opvolger ook van toepassing op de zittende bestuurder. Deze kan zich opstellen als een erfgenaam van het beleid van haar vorige collega, als een medehervormer met haar nieuwe collega of als een selectieve shopper. Haar keuze zal mede afhangen van haar formele positie. Is zij de voorzitter van de raad van bestuur, dan is zij waarschijnlijk vrijer een van de rollen te kiezen. Is zij een lid, dan is ze mogelijk eerder geneigd de nieuwe voorzitter te volgen. Bestaat het bestuur uit meer zittende leden dan speelt hun onderlinge verhouding mee bij het vertrek en de ontvangst van de directe collega (Beijer et al., 2015).

Ook over het bestuursteam bestaat weinig empirisch onderzoek. Dit heeft enerzijds te maken met de eerdergenoemde nadruk op de CEO in de opvolgingsliteratuur, anderzijds met de samenstelling en positie van het zogenaamde Top Management Team (TMT). In de opvolgingsliteratuur wordt onder een TMT een groep van drie tot vijf senior directeuren verstaan die de CEO bijstaan bij strategische beslissingen (Hambrick, 2007). Deze directeuren kunnen deel uitmaken van de board of een team vormen onder de board.⁴² In het laatste geval staat de CEO buiten en boven het TMT (Luciano et al. 2020). In geen van beide betekenissen is het TMT een-op-een vergelijkbaar met het collegiale bestuur van het Nederlandse ziekenhuis. In de eerste betekenis is de board enigszins vergelijkbaar met de raad van toezicht als benoemend orgaan.⁴³ In de tweede betekenis lijkt het TMT meer op het managementteam zoals de meeste ziekenhuizen dat kennen en waar het bestuur geen deel van uitmaakt. Ondanks de onvergelijkbaarheid is een aantal in de literatuur genoemde ontwikkelingen (mogelijk) relevant voor dit onderzoek.

⁴² In een zogenaamd one-tiermodel bestaat de board uit een executive en een non-executive deel. De CEO en het TMT zijn dan het uitvoerende deel. Het model met een uitvoerend bestuur en een niet-uitvoerende raad van toezicht, zoals in de Nederlandse ziekenhuizen, wordt een two-tiermodel genoemd.

⁴³ Althans het niet-uitvoerende deel.

Zo wordt het TMT omschreven als een ‘*intensely human entity*’ met een precair en dynamisch machtsevenwicht, waarin loyaliteit en vertrouwen belangrijke kritische succesfactoren zijn. Het duurt lang voordat deze (echt) zijn opgebouwd en eenmaal beschadigd zijn ze moeilijk te herstellen (Finkelstein et al., 2009). Elkaar leren kennen en verwachtingen bespreken, eigenlijk al tijdens het opvolgingsproces, is daarom van cruciaal belang (Coyne & Rao, 2005). Dergelijke kenmerken gaan waarschijnlijk ook op voor het ziekenhuisbestuursteam.

De interactie tussen de CEO en het TMT en tussen TMT-leden onderling is enigszins vergelijkbaar met die tussen de voorzitter en de leden van de raad van bestuur van het ziekenhuis. Een onderzoek naar leerpatronen tussen de (nieuwe) CEO en het TMT toont de complexiteit aan van deze relatie. Van Bergen (2019) signaleert drie soorten leerpatronen tussen de nieuwe CEO en het TMT. Te verwachten is dat ‘*smooth learning & growing*’: het geleidelijk elkaar leren kennen en vandaaruit groeien als team, de meest wenselijke ontwikkeling is. Maar de uitkomsten geven aan dat eerder sprake is van ‘*struggling, learning and growing*’: tijdelijke verbeteringen én verslechtingen in een voortdurend dynamisch proces. De dynamiek wordt veroorzaakt door de veranderingen in de samenstelling van het TMT én allerlei (onverwachte) gebeurtenissen. De categorie ‘*ready-made bed*’ lijkt een bevorderlijke conditie te zijn voor goede samenwerking tussen de CEO en het TMT gedurende langere tijd. Hieronder wordt verstaan dat al in de pre-bestuurswissel fase wordt gekeken naar de match tussen CEO en TMT. Vertaald naar mijn studie: onderzoeken of de nieuwe bestuurder en de zittende bestuurder(s) bij elkaar passen. Deze match dient wel gemonitord en bijgesteld te worden, al naar gelang de bestuurlijke opgaven veranderen. Die monitoring zou deel moeten uitmaken van de eerder bepleite proactieve opstelling van het benoemende orgaan (Berns & Klarner, 2017).

Een onderzoek naar de effectiviteit van een bestuursteam bij een publieke organisatie levert een bevestiging op van eerdere onderzoeksuitkomsten naar topteam (Den Oever, 2020). Namelijk dat diversiteit leidt tot de inbreng van meerdere perspectieven, en daarmee tot betere prestaties (Hambrick, 2007). Vervolgens stellen de onderzoekers dat met de diversiteit meestal ook de kans op onenigheid binnen het team toeneemt. Als deze echter taak-gerelateerd is, blijft de conclusie dat een diverse samenstelling bijdraagt aan de effectiviteit van het bestuursteam. Andersoortige conflicten dragen daar niet toe bij.⁴⁴ Dergelijke bevindingen benadrukken waarschijnlijk de relevantie van mijn onderzoek, omdat ze het belang weergeven van zowel de samenstelling als de werking van het bestuursteam bij bestuurswisselingen.

⁴⁴ Den Oever (2020) laat zien dat genderdiversiteit juist deze taak-gerelateerde conflicten bevordert. In het licht van de toename van vrouwelijke ziekenhuisbestuurders (5,5) is dit mogelijk een interessant onderwerp voor verder onderzoek (zie 8.3.2).

Uit onderzoeken naar de samenwerking tussen de bestuurder en topteamleden spreekt opnieuw een heroïsche kijk op leiderschap. Ook deze onderzoeken focussen namelijk te eenzijdig op de individuele bestuurder. Bovendien hebben veel van dergelijke onderzoeken een hoog *hindsight-bias*-gehalte (Van Bergen, 2019). Het is te gemakkelijk en niet reëel om CEO’s verantwoordelijk te houden voor het inadequaat functioneren van het TMT, zeker als er grote veranderingen liggen (Finkelstein et al., 2009). Noch andersom: een goed functionerend TMT is niet zonder meer te danken aan de CEO. Dus ook al gaat de hier boven aangehaalde literatuur over de wisselwerking tussen de bestuurder en de andere partijen, de benadering blijft (te) zeer *CEO-centered*.

“In contrast with the romantic conception of the CEO that persists in practice, researchers have been stressing that strategic decision-making processes and organizational performance should be considered less as the attributes of a single CEO but more as a collective process among all members of the TMT.” (Van Bergen, 2019, p. 19).

Deze stelling wordt door ander recent onderzoek bevestigd. Namelijk dat naarmate de omgevingseisen en veranderingen urgenter worden, het belang van het bestuur als team toeneemt (Van der Scheer, 2023, Luciano, 2020).

3.3 OP ZOEK NAAR VERKLARINGEN

Bestuurswisselingen doen ertoe en kosten veel geld en aandacht. Het is dus begrijpelijk dat er behoefte is aan een voorspellend houvast voor het succes van opvolgingen. In deze paragraaf komen verschillende theorieën aan de orde waarmee onderzoekers deze behoefte analyseren en verklaren.

3.3.1 Opvolgingstheorieën

Al vanaf de laatste decennia van de vorige eeuw wordt het opvolgingsonderzoek gedomineerd door enkele verklaringslogica’s voor het optreden en het effect van bestuurswisselingen. Deze berusten met name op de prestaties van sportteams in relatie tot trainerswisselingen. Later werden ze aangevuld met theorieën op basis van onderzoeken naar bestuurswisselingen in organisaties.

Volgens de *zondebok-theorie* bestaat er een basale psychologische behoefte een schuldige aan te wijzen als ‘er dingen misgaan’. De organisatie heeft dan behoefte aan een vorm van expliciete actie van diegenen die bevoegd zijnde leider aan te nemen en te ontslaan. Met het wegsturen van de bestuurder laten zij zien dat ze verantwoordelijkheid nemen voor de ondermaatse prestaties van de organisatie.

“The person responsible for the organization’s problems is banished ignominiously from its ranks, and the publicness of the process, along with the attempt to identify symbolically the deposed individual with past politics and performance of the organization, can provide assurance that things will now change.” (Grunberg, 2002, p. 35).

Omdat de functie van de bestuurder als de meest machtige wordt gezien is het vanzelfsprekend en rechtvaardig dat zij de schuld krijgt. Het mechanisme ‘help ze in het zadel, haal ze onderuit’ is zowel in de politiek als in het bedrijfsleven herkenbaar (Bynander & ’t Hart, 2016). Partijbesturen of raden van toezicht voorzien in de behoefte van gefrustreerde partijelites of organisatieleden om door bestuurswisselingen tot betere bedrijfsresultaten te komen.

De *viciëuze-cirkeltheorie* start vaak met de vervanging van een zondebok. Iemand met nieuwe energie en inzichten die een andere koers uitzet, wat moet leiden tot betere prestaties. Denk aan ‘nieuwe bezems vegen schoon’ en ‘een frisse wind’ om vastgeroeste patronen te doorbreken. Het nadeel is dat nieuwe coaches, partijleiders of bestuurders nauwelijks kunnen genieten van hun wittebroodsweken, juist door de hoge verwachtingen. Zij worden van meet af aan verantwoordelijk gesteld voor de resultaten. Met als gevolg de volgende viciëuze cirkel. Het benoemende orgaan zet de nieuwe bestuurder onder druk om snel een positieve ommekeer te bewerkstelligen. Deze neemt daardoor risicovollere initiatieven, wat leidt tot onrust bij externe stakeholders, weerstand bij en vertrek van goede managers, met nog slechtere prestaties als gevolg. Uiteindelijk leidt dit tot het ontslag van de nog maar kortgeleden in het zadel gehesen bestuurder: “When the creative destruction thus pursued does not pay off relatively quickly, the board is likely to pull the plug” (Bynander & ’t Hart, 2016, p. 6). Deze analyse leidt tot de aanname dat met name degenen die de bestuurder aanstellen en ontslaan deze viciëuze cirkel draaiende houden.

De *gezond-verstandtheorie* ontstond toen onderzoekers de algehele uitkomsten van deze twee theorieën analyseerden. Daaruit bleek namelijk dat zondebokopvolgingen geen invloed hadden op de resultaten van sportteams en organisaties. Althans, er werden geen eenduidige veranderingen aangetoond. Alleen elkaar te snel opvolgende opvolgingen deden de (team)prestaties verslechteren. Het gezonde verstand zegt dat het tijd kost voor een nieuwe leider om zich in te werken en te wennen aan het nieuwe team, waarbij het team ook moet wennen aan haar. Zodoende verbeteren geleidelijk de prestaties (Rowe et al., 2005).

Al deze theorieën gaan uit van de irreële veronderstelling dat één vrouw of man de organisatie kan redden. Een verklaring daarvoor is de *gefabriceerd-charismatheorie*: de aanstelling van een nieuwe CEO voorziet in de behoefte van

organisatieleden om gered te worden door een sterke leider (Khurana, 2011). Deze en andere kritische theorieën over opvolgingen refereren aan de symboliek die gekoppeld is aan besturen en de bestuurder (Luciano, 2017, Beijer & De Ruijter, 2008, Grunberg, 2002).

3.3.2 *Insiderism en outsiderism*

In de opvolgingsliteratuur is sinds jaar en dag veel aandacht voor opvolgingen van ‘binnen’ of van ‘buiten’. In ziekenhuizen zijn interne opvolgingen veel minder gangbaar dan extern. Er zou zelfs sprake zijn van ‘een glazen plafond’: managers van ziekenhuizen die maar moeizaam een weg naar een bestuurszetel vinden en vooral niet of nauwelijks in hun eigen ziekenhuis (Ott, 2018). Daarom is het nuttig de bevindingen uit de literatuur over *insiderism* en *outsiderism* – de termen laten al zien hoe ingeburgerd het thema is in de opvolgingsliteratuur – hier te bespreken. Mogelijk zijn daaruit patronen te benoemen die als verklaring kunnen dienen waarom benoemingen van binnenuit zo weinig voorkomen in ziekenhuizen.

Bij estafette-opvolgingen loopt een ‘erfgenaam’ al een stukje mee met de zittende CEO om het stokje over te nemen als het zo ver is. Deze erfgenaam komt meestal van binnenuit (Zhang & Rajagopalam, 2004). Bij ‘paardenrace-opvolgingen’ zijn er meerdere potentiële kandidaten. Meestal komen deze vanbinnen, soms van buiten en af en toe worden interne kandidaten gevraagd mee te doen in een externe procedure. Het risico van een paardenrace-opvolging is dat de interne kandidaten die niet worden gekozen meestal vertrekken, waarmee de organisatietalenten op topposities verliest (Berns & Klarner, 2017, Rothwell, 2015).

De keuze voor een opvolger van binnen of van buiten kan worden benaderd vanuit de bestuurlijke opgaven. Zo wordt voor een veranderopdracht vaak een externe bestuurder benoemd, omdat een nieuwe CEO drastische én urgente maatregelen moet nemen. Dat pleit voor iemand, al dan niet op interim-basis, die elders vaker met dit bijltje heeft gehakt. Is er juist behoefte aan continuïteit, (verdere) uitvoering van de strategische koers en bestendiging van in- en externe verhoudingen, dan is een interne kandidaat passender. Is er meer tijd om zaken te ontwikkelen (de strategie, de organisatie en/of de managers) dan is een opvolger van binnen of van buiten om het even (Keil & Zangrillo, 2021).

Een andere benadering is het betrekken van het proces van de bestuurswisseling. Zodoende begrijpen we waarschijnlijk beter waarom er wordt gekozen voor een in- of externe kandidaat. Deze procesmatige benadering sluit aan bij de overall conclusie van onderzoeken naar *insiderism* en *outsiderism*: er zijn geen evidente, onomstreden uitkomsten die onderbouwen dat het aanstellen van een in- of

outsider tot betere resultaten leidt. Er zijn andere aspecten in de context of de dynamiek tussen de partijen die de keuze voor en resultaten van een bestuurder van binnen of buiten beïnvloeden (Bynander & 't Hart, 2016, Grunberg, 2002, Khurana, 2002).

Een andere manier om opvolgingen te categoriseren is insider versus outsider te plaatsen ten opzichte van problematische versus natuurlijke opvolgingen. Ondanks de genoemde kanttekeningen bij het onderscheid tussen natuurlijke en problematische vertrekken, beschrijven onderzoekers met behulp van deze indeling inzicht gevende patronen. Bijvoorbeeld dat problematische opvolgingen door hun dynamiek effecten sorteren die een externe opvolger gemakkelijk op haar conto kan schrijven (zie hier de bevestiging van de nieuwe bestuurder als redder). Een interne opvolger heeft het moeilijker: deze is vaak 'besmet' door het geforceerde vertrek van de bestuurder. Een ander mechanisme is dat toezichthouders soms liever kiezen voor een kandidaat 'van binnen', '*better the known devil than an unknown God*'. Soms komt deze keuze voort uit onzekerheid, soms om de interne machtsverhoudingen in stand te houden (Zhang & Rajagopalan, 2017). De verklaring voor de negatieve effecten van een externe benoeming bij een natuurlijke opvolging is dat de weerstand tegen veranderen toeneemt omdat de opvolger veranderingen initieert terwijl daarvoor geen urgentie dus draagvlak is (Zhu et al., 2020, Grunberg, 2002).

3.3.3 Interim-oplossingen

Omdat een bestuurswisseling onzekerheid met zich meebrengt en er vaak sprake is van een machtsvacuüm kiezen de benoemende instanties regelmatig voor een interim-bestuurder (Mooney, 2017).⁴⁵ Of de bestuurder onverwachts of gepland vertrekt, in beide gevallen kunnen bestuur en toezicht het onverantwoord achten een bestuurszetel onbezet te laten. Soms 'kopen' toezichthouders tijd door de aanstelling van een interim-bestuurder. De raad van toezicht wil zich bijvoorbeeld eerst bezinnen op het bestuursmodel en/of profiel. Na een problematisch vertrek van de vaste bestuurder wordt vaker een interim-bestuurder ingeschakeld dan wanneer deze natuurlijk is vertrokken (Mooney, 2017). Nog een ander motief is een specifieke bestuurlijke opgave die beter door een tijdelijke dan door een vaste bestuurder uitgevoerd kan worden, bijvoorbeeld een reorganisatie of een bouwopdracht (Keil & Zangrillo, 2021).

Er zijn kortom vier beweegredenen om een interim-bestuurder aan te stellen: pure overbrugging, het nemen van bezinningstijd, controversiële en/of ingrijpende veranderingen en specifieke, op dat moment cruciale technische

expertise. De achterliggende aanname is dat er verschillende typen interim-bestuurders bestaan, en dat alleen specialisten in verandermanagement ingrijpend interveniëren. Maar de praktijk logenstraft een dergelijk onderscheid. De meeste interim-bestuurders bewerkstelligen veranderingen in de organisatie, of ze daartoe de opdracht hebben of niet (Witvliet, 2005).

Naast de voordelen melden onderzoekers ook schade door interim-aanstellingen. Zo blijkt over het algemeen de financiële situatie van bedrijven die interim-bestuurders inhuurden slechter dan voor hun aanstelling. Naast het risico op *underperformance* – vaak nog lang na-ijlend nadat een vaste bestuurder al is begonnen – zijn ook verstoorde in- en externe verhoudingen en reputatieschade risico's van interim-bestuurders (Intintoli et al., 2014). Gaat het om een bestuursvoorzitter, met een ad interim aanstelling na een gedwongen vertrek van de vorige voorzitter, blijken de gevolgen positiever (Ballinger & Marcel, 2010). Ook dan is er sprake van verstoring, maar deze valt dan te typeren als een perfecte storm. Dat wil zeggen: een ongewone combinatie van gebeurtenissen die een ongewoon krachtig, positief of negatief, resultaat opleveren (Mooney et al., 2017).

Veel studies over interim-bestuurders zijn grote macrostudies. De context en de effecten op de langere termijn worden daarin vaak niet meegenomen, zoals dat bij longitudinale casusstudies wel gebeurt (Intintoli et al., 2014). Causaliteit en correlaties worden vaak niet onderscheiden. Zo is het maar de vraag of de ogenschijnlijk positieve uitkomsten van een interim-voorzitter te danken zijn aan haar interventies of aan situationele factoren. In de volgende paragraaf bespreek ik dat het sowieso moeilijk is vast te stellen aan wie teleur- of geruststellende resultaten van bestuurswisselingen toe te schrijven zijn.

3.3.4 Resultaten van bestuurswisselingen

Is er een verband tussen bestuurswisselingen en de resultaten van een organisatie? Over deze vraag bogen en buigen veel onderzoekers zich. Kort gezegd zijn er drie mogelijke antwoorden: door bestuurswisselingen leiden tot betere resultaten of tot slechtere, of ze hebben er geen effect op. Maar de overkoepelende uitkomst is dat heel moeilijk is vast te stellen welke krachten en mechanismen een rol spelen bij bestuurswisselingen. Daarvoor is het proces van het aan- en aftreden van bestuurders te complex. Dat maakt het vervolgens ondoenlijk valide te onderbouwen dat er een verband is tussen bepaalde organisatieresultaten en een bestuurswisseling.

Desondanks maken nieuw aangestelde CEO's op een bepaald niveau wel degelijk enig verschil. Ze veranderen de toon en de stijl van het centrale zenuwcentrum van de organisatie. Ze beïnvloeden de dynamiek binnen het bestuursteam en de

⁴⁵ Ook in de ziekenhuizen, zoals te zien in 5.4.

breder topplaat van de organisatie. Ze smeden nieuwe relaties met de raad van toezicht, met externe partijen, de politiek en de pers. Ze richten hun aandacht op specifieke bedrijfsonderdelen, starten projecten, en binden nieuwe managers aan zich. Maar leidt dit alles tot aantoonbare, duurzame veranderingen in de organisatie en vervolgens tot betere resultaten? Opvolgingsonderzoekers kunnen deze vragen niet beantwoorden en dat noopt tot bescheidenheid. Wat voor hen pleit, ze verbergen de beperkingen van hun kennis niet. "Scholars have failed to reach consensus on whether succession events in general, and insider versus outsider successions in particular affect firm performance positively, negatively or insignificantly." (Karaevli, 2007, p. 682).

Een stroming in de opvolgingsliteratuur kijkt specifiek naar de combinatie van *leadership succession and strategic change* (LSSC). De onderzoekers naar LSSC komen vanuit verschillende theoretische disciplines maar ze hebben gemeenschappelijk dat het 'cognitieargument' de boventoon voert. Dat wil zeggen dat ze de relatie tussen bestuurswisselingen en strategische veranderingen vooral zoeken en (dus) vinden in rationele verklaringen van het gedrag van de nieuwe bestuurder en andere partijen. Een reden hiervoor is waarschijnlijk dat ingewikkelde processen als machtsverschuivingen, bestuurlijke opgaven in relatie tot bestuurlijke competenties en andere meer sociaalpsychologische factoren intensiever onderzoek vergen en moeilijker te generaliseren zijn. Een andere verklaring is dat er meestal een vertraging zit tussen een strategisch besluit en de resultaten in de praktijk. Terwijl de meeste LSSC-onderzoeken een te korte onderzoeksperiode kiezen (één tot vijf jaar) om de langetermijneffecten mee te nemen. Bovendien wordt de relatie *leadership succession* en *strategic change* eenzijdig bekeken: als het effect van de opvolging op de strategie en niet als elkaar wederzijds beïnvloedende processen. Zo stellen sommige onderzoekers dat lang zittende bestuurders minder geneigd zijn strategische veranderingen te initiëren. Maar er zijn ook andere onderzoeken met tegengestelde uitkomsten. Bestuurders die de organisatie goed kennen zijn juist heel effectief in het maken van strategische keuzes en dus het realiseren van het adaptief vermogen van de organisatie (Hutzschenreuter et al., 2012).

Kortom: de LSSC-onderzoeken leveren geen empirisch bewijs van het verband tussen de letters. De invloed van de bestuurder op strategische veranderingen wordt in hoge mate beïnvloed door de context en factoren in de geschiedenis van een organisatie. In- en externe partijen staan bijvoorbeeld sceptisch tegenover een nieuwe bestuurder bij een organisatie met veel en snel opeenvolgende CEO-benoemingen. Niet de opvolging maar de sceptische houding van de partijen is dan misschien de oorzaak van achterblijvende resultaten. Sommige onderzoekers stellen dat vooral de verschillen in verwachtingen tussen met name het benoemde orgaan en het bestuur de resultaten beïnvloeden (Darouichi, 2021,

Hutzschenreuter et al., 2012). Hoe meer dergelijke verwachtingen afgestemd worden en overeenkomen des te bevorderlijker dit is voor bestuurlijke stabiliteit (Rivolta 2018). De vraag of die stabiliteit vervolgens aantoonbaar bevorderlijk is voor bepaalde resultaten kunnen onderzoekers niet beantwoorden.

Soms worden bestuurswisselingen ingezet als antwoord op externe instabiliteit. Of partijen daarvoor kiezen hangt samen de traditie die ze daar al dan niet mee hebben opgebouwd. "Solutions to organizational problems or market instability depend not only on prevailing economic conditions but also on whether existing institutional logics legitimate succession as an appropriate response to market instability." (Ocasio, 1999, p. 807). Oftewel: de geschiedenis van in- of externe benoemingen bij de organisatie is verankerd in institutionele logica's die per organisatie verschillen. Of een bestuurswisseling 'werkt', bijvoorbeeld om externe partijen gerust te stellen, hangt van vele factoren af.

Organisatieperformance is kortom een heel breed concept met te veel complexe variabelen om het te kunnen linken aan bestuurswisselingen (Nyberg et al., 2021, Hutzschenreuter et al., 2012). De menselijke neiging om ten onrechte bepaalde uitkomsten toe te schrijven aan bestuurders is een opmaat naar de volgende paragraaf.

3.3.5 De symbolische betekenis

In de voorafgaande paragrafen wordt het bestuur vooral als een functioneel orgaan voorgesteld. De bestuurders geven leiding, ze brengen mensen en middelen in stelling om de doelstellingen van de organisatie te realiseren. Maar het bestuur heeft ook een symbolische betekenis. Organisatieleden kennen aan dit hoogste orgaan gezag toe waaraan ze houvast ontleen; het bestuur overziet het complexe geheel van alle processen en leidt ze in goede banen (Beijer & De Ruijter, 2004). Ook de bestuurders zelf ontleen betekenis en hebben steun aan de symbolische betekenis. De ziekenhuisbestuurder is een vakvrouw met professionele verantwoordelijkheden én een persoon met een individuele achtergrond, kenmerken en vaardigheden. De persoon die bestuurt, ontleent het gezag aan de functie. Als zij vertrekt, gaat het gezag over naar haar opvolger (NSOB, 2021). De professie is institutioneel ingebed, en is als zodanig een onderdeel van de bestuurlijke orde (Meyer & Rowan, 1977). Ook hier is sprake van in elkaar vervlochten wederkerigheid: de bestuurder wordt beïnvloed door de mores van het ziekenhuis, waar zij op haar beurt ook invloed op heeft (Van der Scheer, 2013, Scott, 2013). Met haar achtergrond, bestuursstijl en manier van samenwerken geeft zij invulling aan het vak. De werking daarvan hangt samen met de symbolische bestuurlijke orde van ziekenhuizen in het algemeen en het ziekenhuis waaraan zij verbonden is in het bijzonder.

In het verlengde hiervan kunnen ook bestuurswisselingen niet alleen worden begrepen als instrumentele, resultaatgerichte interventies. Het toezichthoudende orgaan kan niet beloven dat ‘het’ door een bestuurswisseling beter gaat in het ziekenhuis. Het bestuur kan niet garanderen dat de samenwerking met de nieuwe bestuurder wel goed gaat. De andere partijen kunnen er niet voor instaan dat hun opstelling naar de nieuwe bestuurder constructiever zal zijn. Om dergelijke onzekerheden te bezweren bedienen de partijen zich van symbolische handelingen en betekenissen (Meyer & Rowan, 1977). “The need for symbolic reassurance is influenced by the level of uncertainty. High uncertainty is likely to produce more ritual behavior” (Grunberg, 2002, p. 15). In onzekere tijden hebben organisatieleden behoefte aan de illusie van een sterke bestuurder die het geheel overziet en leidt (Khurana, 2011). Enkele bestuurders zelf gaan soms mee in deze charismatische verleiding. Het voedt hun ‘harmonisch narcisme’: het idee dat zij de bestaande tegenstellingen kunnen doen verdwijnen (Beijer & De Ruijter, 2004).⁴⁶

Organisatieleden hebben juist bij bestuurswisselingen behoefte aan betekenis gevende kaders. Het zijn immers cruciale momenten in de geschiedenis van een ziekenhuis en ingrijpende en ingewikkelde processen. Het aan- en aftreden van bestuurders is daarom vaak omkleed met rituelen. Denk aan de bewoordingen waarmee een afscheid wordt aangekondigd: ‘toe aan een nieuwe uitdaging’, ‘we zijn haar dankbaar voor...’. En bij een aantreden: ‘we hebben er alle vertrouwen in dat X...’. Vanuit een symbolisch perspectief kunnen dergelijke rituele expressies worden gezien als het herstel van de bestuurlijke orde. Het ziekenhuis was even ‘stuurloos’ maar door een bestuurswisseling wordt dit hersteld.

Ook de verhalen over individuele bestuurders hebben de functie houvast te bieden en betekenis te geven. Deze verhalen maken vaak deel uit van een ‘symbolische keten van gebeurtenissen’(Grunberg, 2002). Acties van een bestuurder worden dan in verband gebracht met ontwikkelingen in de organisatie, en zodoende ‘verklaard’. Het personaliseren van bestuurswisselingen maakt daar deel van uit: ‘Als bestuurder X of Y maar vertrekt of aantreedt’. Het op een dergelijke manier persoonlijk maken is risicovol (NSOB, 2021). Het besturen van een ziekenhuis wordt dan niet gezien als een professie maar als een persoonlijke activiteit. Een al dan niet succesvolle bestuurswisseling wordt beschouwd als de individuele prestatie van de nieuwkomer, niet als een resultante van vele factoren en bijdragen van alle partijen. Welke rol dergelijke gepersonaliseerde processen precies spelen bij bestuurswisselingen komt terug in het empirische deel van het onderzoek.

⁴⁶ Dit mechanisme beschreef ik in 2008 in een artikel ‘Less is more’, samen met Arie de Ruijter. Waar de term harmonisch narcisme vandaan komt, kan ik niet meer achterhalen. Zie ook 3.3.5.

3.3.6 De ‘goede’ bestuurswisseling

In de omvangrijke opvolgingsliteratuur domineren de studies van ‘wat, hoe en waarom’. Er zijn nagenoeg geen normatieve theorieën te vinden die ons in staat stellen opvolgingsprocessen te beoordelen. Terwijl hier wel behoefte aan is, aangezien onderzoekers constateren dat er geen outputresultaten te benoemen zijn waarmee we bestuurswisselingen kunnen beoordelen. De kernvragen daarbij zijn welke waarden organisaties willen terugzien in hun ontwerp van het opvolgingsproces en hoe zij in het proces aandacht kunnen garanderen voor de match tussen het bestuur en wat de organisatie op dat moment nodig heeft (‘t Hart & Uhr, 2011).

Een enkele studie geeft weer aan welke criteria voldaan moet worden om partijen na een bestuurswisseling positief te laten terugkijken op het proces (‘t Hart & Uhr, 2011). Ten eerste moeten ze het proces als eerlijk ervaren hebben. Nader ingevuld: belangrijke beslissingen zijn genomen op een transparante manier, alle relevante partijen zijn erbij betrokken (inclusiviteit) en zij hebben zich conform hun rol gedragen (legitimiteit). Een tweede criterium is het draagvlak voor de gekozen opvolger. Als de betrokken partijen inschatten dat deze goed is voor de organisatie op dat moment, is het proces goed verlopen.⁴⁷ Gesuggereerd wordt dat naarmate besluiten over bestuurswisselingen transparanter en inclusiever zijn het proces effectiever is (Derks & Grit, 2015). Voor nader onderzoek is het relevant te achterhalen of betrokkenheid an sich er inderdaad voor zorgt dat de keuze van de raad van toezicht wordt geaccepteerd, ongeacht of de andere partijen het eens zijn met de keuze voor betreffende kandidaat. Een derde criterium is of de verstoring en stagnatie die gepaard gaan met een bestuurswisseling acceptabel zijn: is het de moeite en kosten waard gezien de uitkomsten? Het laatste criterium valt pas na verloop van tijd te toetsen.

3.4 CONCLUSIES

In dit hoofdstuk besprak ik bestaand internationaal onderzoek naar bestuurswisselingen. Ik trek daaruit drie conclusies, die ik meeneem als bouwstenen voor het conceptueel model. Met dat model geef ik vorm aan mijn empirisch onderzoek naar bestuurswisselingen in Nederlandse ziekenhuizen. De eerste conclusie heeft betrekking op de fasegewijze weergave van bestuurswisselingen: wat levert de indeling in drie fasen op en welke risico's zijn er (ook) aan verbonden? De tweede conclusie gaat over de spelers en patronen. De derde heeft betrekking op de (relatie tussen) het proces en de uitkomst van bestuurswisselingen.

⁴⁷ Kijkend naar politieke opvolgingen wordt het iets zuiniger geformuleerd: “...it produces new office-holders the party can live with for a while...” (‘t Hart & Uhr, 2011, p. 16).

Gefaseerde en iteratieve processen

Bij bestuurswisselingen verandert de samenstelling van het bestuur, meestal omdat bestuurder A vertrekt en bestuurder B haar plaats inneemt. Om dit proces te beschrijven en analyseren hanteer ik een indeling in drie fasen, wat de volgende bevindingen oplevert.

In de pre-bestuurswisselfase manifesteert zich de aanleiding voor een bestuurswisseling. Deze kan liggen op vier niveaus: externe omstandigheden, de organisatie, interpersoonlijke verhoudingen of de individuele bestuurder. De vraag of de aanleidingen zich in de praktijk ook houden aan deze ordentelijke gelaagdheid is relevant voor het empirische deel. Of de aanleidingen achteraf gezien voorspelbaar waren, zoals sommige onderzoekers stellen, is een andere relevante vraag.

Het sluitstuk van de pre-bestuurswisselfase is het aftreden van de bestuurder. Er zijn verschillende indelingen en kwalificaties van de manieren waarop bestuurders vertrekken: al dan niet gepland, vrijwillig of problematisch. Deze dekken meestal niet de gelaagde werkelijkheid. Een andere bevinding uit de literatuur is dat een opvolgingsplan en/of de tijd nemen voor de zoektocht naar een opvolger de negatieve gevolgen van een verrassend vertrek kan dempen.

De bestuurswisselingsfase bevat de wervings- en selectieprocedure: van ontwerp tot de keuze voor één kandidaat. Het routinematige verloop van de procedure in ziekenhuizen, grotendeels bepaald door een executive searcher, biedt houvast. Een risico is dat dergelijke standaardpatronen leiden tot geïnstitutionaliseerd gedrag, namelijk min of meer voorgeschreven en vastgelegd in procedures en systemen. Met als gevolg dat verwachtingen onbesproken blijven, leidend tot een onduidelijk of tegenstrijdig profiel.

In de post-bestuurswisselingsfase gaat dat zoekproces verder. Zo wordt de inwerkperiode gezien als een cruciaal wederzijds integratieproces, waarin de nieuwe bestuurder haar reputatie vormt en de reputatie van haar voorganger(s) het toetsingskader is. Vervolgens zet de nieuwe bestuurder haar zittingsperiode voort. Hoe korter de zittingstermijnen van bestuurders in een organisatie, hoe hoger de zogenaamde omloopsnelheid. In het empirische deel voorzie ik deze neutrale weergave van betekenis. Zo is voor dit onderzoek de vraag relevant of we kunnen spreken van 'te veel' of 'te weinig' bestuurswisselingen. En vervolgens of de gevolgen daarvan vast te stellen zijn. Uit de theorie blijkt dat er geen empirisch bewijs is dat een zittingstermijn volgens een bepaald patroon verloopt. Ook is er tussen onderzoekers geen overeenstemming over een 'houdbaarheidsdatum' van bestuurders. Diverse nadelen worden genoemd voor 'te korte' zittingstermijnen: het verlies van historisch geheugen, minder bestuurlijke continuïteit en

stabiliteit, hoge kosten en meer inwerkperiodes. Andere uitkomsten laten echter zien dat de accumulatie van het professionele leren van een langer zittende bestuurder de organisatie juist ten goede kan komen. Het kwantitatieve deel van het onderzoek, hoofdstuk 5, bevat concrete cijfers over zittingstermijnen van ziekenhuisbestuurders.

De waarde van een duiding van het wisselingsproces in fasen is dat deze nauw aansluit bij de chronologische manier waarop de betrokkenen het proces ordenen en ervaren. Maar een dergelijke benadering bevat ook risico's. Ten eerste reduceert het bestuurswisselingen tot een proces van aan- en aftreden, alsof ze te plannen, te monitoren en dus te beheersen zijn. Een dergelijke enkelvoudige benadering doet geen recht aan het multifactoriële en dynamische karakter van bestuurswisselingen, zoals naar voren komt in dit hoofdstuk. Ten tweede kunnen momenten die het proces markeren en van koers doen veranderen – en die zich niet houden aan welke fase-indeling ook – gemakkelijk worden gemist. Een derde risico is onvoldoende aandacht voor de samenhang tussen de uitgangssituatie en de verschillende fasen. Zo stelde ik in het inleidende hoofdstuk al dat de feitelijke bestuurswisseling vaak het product is van een lange 'incubatietijd' waarvan de elementen niet ondubbelzinnig vast te stellen. In het verdere onderzoek beoog ik deze elementen in te kleuren, door na te gaan hoe (onder andere) de geschiedenis van bestuurswisselingen in het ziekenhuis zijn schaduw vooruitwerpt.

Partijen positioneren zich en onderhandelen

Bestuurswisselingen zijn relationele processen: de onderlinge verhoudingen, beeldvorming, eerdere ervaringen en het perspectief vanwaaruit men kijkt beïnvloeden het positie- en onderhandelingspel. Het gedrag van de partijen wordt veelal ingegeven door ieders positie, de onderlinge omgangs- en gedragsvormen en het vertrouwen in elkaar.

De benoeming van een bestuurder wordt gezien als een van de belangrijkste taken – zo niet de belangrijkste – van de raad van toezicht. De leden van de raad nemen een andere positie in dan bij het reguliere toezichthouden, waarschijnlijk maar een paar keer in hun loopbaan. De vraag is of toezichthouders de steile leercurve die dat vergt waarmaken. Leren ze bijvoorbeeld van een regelmatig optredend patroon als *choice-supportive biases and escalate commitment*? Dit patroon geeft weer dat ze in de bestuurswisselingsfase min of meer intuïtief kiezen voor een kandidaat, waarna ze in de post-bestuurswisselingsfase deze keuze rationaliseren en erin volharden. Ook als ze worden geconfronteerd met negatieve signalen blijven ze de door hen uitverkoren bestuurder lang de hand boven het hoofd houden.

Het onderliggende thema bij bestuurswisselingen is de juiste match. Hoe de partijen met elkaar deze ingewikkelde puzzel leggen, komt in essentie neer op continueren of vernieuwen. Zoeken we een bestuurder die past bij de cultuur van de organisatie met de gegroeide onderlinge verhoudingen en bestuursstijl, bij de andere geledingen in de top? Of is er juist behoefte aan een bestuurder die daar veranderingen in aanbrengt? Te veel van het één gaat waarschijnlijk ten koste van het ander. De research over (mis)matches levert meer anekdotische dan gedegen empirische uitkomsten op over al dan niet passen. Dat komt doordat ook hier meerdere factoren op elkaar inspelen, waardoor niet te achterhalen is waarom 'het' niet paste. Meestal redeneren onderzoekers vanuit de individuele 'mislukte' bestuurder en niet vanuit de interacties met andere partijen of met externe veranderingen.

In combinatie met het vorige hoofdstuk valt te concluderen dat de raad van toezicht en het bestuur de belangrijkste partijen zijn bij een bestuurswissel. Ze werken ieder met een eigen script. De bestuurder kan bij bestuurswisselingen drie posities innemen: vertrekkend, inkomend en zittend bestuurder. Voor het nieuwe bestuursteam is in de opvolgingsliteratuur weinig aandacht. Dat is opmerkelijk, omdat in diezelfde literatuur wel het belang naar voren komt van het kijken met 'bredere lenzen' naar bestuurswisselingen. Naarmate de externe druk op de ziekenhuizen toeneemt, groeit namelijk ook de onderlinge afhankelijkheid binnen de hele topstructuur (het strategisch-leiderschapssysteem). Een in de literatuur ander onderbelicht aspect bij bestuurswisselingen is de symbolische betekenis dat in het verdere onderzoek aandacht verdient.

Proces en uitkomsten

'Het is een proces, geen gebeurtenis' als benadering van bestuurswisselingen wordt in een bepaald deel van de opvolgingsliteratuur al langer bepleit. Empirisch onderzoek naar een opvolging als gebeurtenis voert echter de boventoon. De aandacht voor het brede proces, waarbij ook de uitgangssituatie en de uitkomsten worden verdisconteerd, blijft schaars. Een deel van de onderzoekers wil ons nog steeds doen geloven dat als we maar de juiste bestuurder aanstellen de resultaten van de organisatie zullen verbeteren. Zo zijn er verschillende verklaringslogica's ontstaan.

Bij onderzoeken naar de uitkomst van bestuurswisselingen is de kernvraag: doet een opvolging ertoe voor de performance van de organisatie? De uiteindelijke conclusie is dat er geen antwoord is op deze vraag. Het blijkt heel moeilijk vast te stellen welke krachten en mechanismen een rol spelen in het complexe proces van het aan- en aftreden van bestuurders, in relatie tot de organisatieresultaten. Dat geldt voor bedrijven, maar voor organisaties in de publieke sector is het nog ingewikkelder. Dit speelt niet alleen (pas) bij een bestuurswisseling (hoe stel je vast welke resultaten te danken zijn aan de nieuwe bestuurder?) maar ook

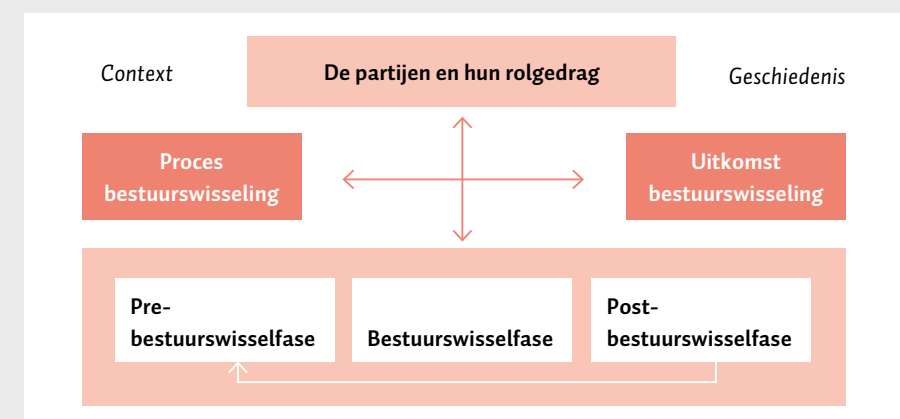
al tijdens een zittingstermijn (waarop beoordelen toezichthouders en andere partijen de bestuurder?).

Als we dan niet in staat zijn de uitkomsten van bestuurswisselingen te benoemen, kunnen we op basis van de literatuur dan wel iets zeggen over wat een goed proces is? Helaas zijn in de omvangrijke opvolgingsliteratuur nauwelijks normatieve theorieën te vinden die ons hiertoe in staat stellen. Een enkele studie formuleert criteria waaraan voldaan moet worden om partijen positief te laten terugkijken op zowel het proces als de uitkomst van een bestuurswisseling. De criteria eerlijkheid en vertrouwen in de raad van toezicht spelen daarin mee. Het laatste is lastiger te toetsen dan het eerste. Wanneer achten de andere partijen de raad van toezicht in staat te bepalen wat en wie goed is voor het ziekenhuis? In het empirische deel zal moeten blijken of deze criteria ook gelden voor bestuurswisselingen in ziekenhuizen.

Bouwstenen voor een conceptueel model

Met bovenstaande als theoretisch referentiemateriaal onderzoek ik de verklaringslogica's die betrokken partijen in het ziekenhuis hanteren voor processen en uitkomsten van bestuurswisselingen. De te onderzoeken elementen omvatten: de fasering van bestuurswisselingen (1), de partijen en hun (onderlinge) rolgedrag (2), en (de relatie tussen) het proces en de uitkomsten van bestuurswisselingen (3) (figuur 2). In de empirische deelstudies relateer ik deze elementen aan de context van het ziekenhuis en de geschiedenis van zijn bestuurswisselingen. Hoe ik deze informatie verzamel en analyseer is het onderwerp van het volgende hoofdstuk.

Figuur 2 Conceptueel model bestuurswisselingen



4

ONDERZOEKSOPZET: MIXED METHODS

INLEIDING

Het doel van dit onderzoek is dieper inzicht te verkrijgen in hoe bestuurswisselingsprocessen in ziekenhuizen verlopen. Deze black box beoog ik te openen door het verloop van dergelijke processen te onderzoeken en na te gaan welke waardering de betrokkenen hechten aan het proces en de uitkomst ervan. In dit hoofdstuk ga ik in op de opzet en uitvoering van het empirische onderzoek.

In de eerste paragraaf geef ik weer hoe ik het onderzoek benader. Ik beargumenteer de keuze voor het gebruik van *mixed methods* (4.1). In paragraaf 4.2 werk ik de onderzoeksmethoden verder uit. Ik licht de aanpak van het kwantitatieve populatieonderzoek, de casestudie en de focusgroepen toe. De validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek komen in 4.3 aan de orde.

4.1 ONDERZOEKSBENADERING

Dit onderzoek is exploratief van aard. Dergelijk onderzoek helpt om tamelijk onbekende fenomenen of processen te onderzoeken (Evers, 2016). Zo werd niet eerder onderzocht welke (f)actoren een rol spelen bij bestuurswisselingen in de specifieke context van het Nederlandse ziekenhuis. Naar bestuurswisselingen in het algemeen is wel veel onderzoek gedaan, zoals weergegeven in hoofdstuk 3. Voor de toepassing van deze onderzoeksuitkomsten zijn vertaalslagen nodig. Een ‘vertalingsuitdaging’ is de terminologie. In de Engelstalige literatuur over bestuurswisselingen zijn begrippen als *leadership succession*, *leadership transition* en *executive succession* gangbaar. De meeste onderzoeken hebben betrekking op de opvolging van de CEO, dus komen we ook termen als *CEO-succession* en *CEO-turnover* tegen. De Nederlandstalige literatuur hanteert ook de Engelse term *succession planning*. De aanduiding bestuurswisselingen komt de laatste jaren meer in zwang.

Het conceptuele model aan het eind van hoofdstuk 3 ordent de kernbegrippen en brengt zodoende focus aan voor het empirische deel van het onderzoek. De onderzoeker verzamelt gegevens over deze begrippen om na te gaan of, en zo ja welk verband ze met elkaar hebben (Verschuren & Doorewaard, 2016). Ze bieden zicht op de mogelijke betekenissen van contextfactoren, het gedrag van partijen en het verloop in de tijd van bestuurswisselingen. Ik gebruik het model exploratief: het is een door theorie geladen kompas maar geen ‘*theory-determined*’ conceptueel model (George & Bennet, 2005). Dit wil zeggen dat de theorie het conceptuele model heeft gevoed en zodoende als richtsnoer dient. De theorie die aan de elementen ten grondslag liggen wordt niet getoetst in het empirische deel.

Ik gebruik in dit onderzoek mixed methods: een combinatie van kwantitatief populatieonderzoek, een casestudie en focusgroepen. Met het populatieonderzoek verzamel ik informatie die niet met kwalitatieve methoden is te achterhalen. Het inventariseren en ordenen van ‘getallen en maten’ van bestuurswisselingen in de Nederlandse ziekenhuizen levert een referentiekader op dat de betrokkenen vaak missen. Het zet hun ervaringen in een breder perspectief. Ook voedt en ondersteunt het kwantitatieve deel het kwalitatieve deel van het onderzoek. Uit het populatieonderzoek bleek bijvoorbeeld dat een bestuursteam gemiddeld 2,7 jaar samen bestuurt. Dergelijke informatie motiveert nader kwalitatief onderzoek. Een ander voorbeeld is de toename van de inhuur van interim-bestuurders; de cijfers kloppen in dit geval met de beleving van partijen. Het in kaart brengen van dergelijke cijfermatige gegevens fungeert tevens als een vorm van factcheck op gangbare beeldvorming. Zo kan bijvoorbeeld de vermeende hoge omloopsnelheid van ziekenhuisbestuurders een eigen leven gaan leiden. De uitkomsten van het populatieonderzoek hebben context en interpretatie nodig om de betekenis voor bestuurswisselingen als processen te kunnen vaststellen. Dat gebeurt middels de casestudie en de focusgroepen.

De bestuurswisselingsprocessen worden geïnterpreteerd vanuit de ervaringen en meningen van de betrokken partijen. Interpretatief onderzoek geeft inzicht in de betekenisgeving door *agents*, ook ten opzichte van elkaar. Het voortdurende proces van betekenisgeving vormt hun handelen én dat van de instituties waarvan ze deel uitmaken (Scott, 2013). Dit sluit aan bij de paradox van de *embedded agents*: de partijen zijn zodanig ingebed in de sector dat hun gedrag verweven is met de regels en normen van de instituties (Van der Scheer, 2013). Ziekenhuizen zijn sociale constructen die het handelen van de betrokken partijen inperken en mogelijk maken. De normatieve opvattingen, vervat in formele regels en procedures – in dit geval over het ziekenhuisbestuur en bestuurswisselingen – construeren de betrokkenen met elkaar (Scott, 2013). Wat er werkelijk is gebeurd, is minder relevant dan hoe partijen tot het verhaal zijn gekomen en hoe dit hun gedrag beïnvloedt. Zo is bijvoorbeeld voorstelbaar dat de citaten waarmee dit proefschrift opent het gedrag van de spreker en dat van de andere partijen mede vormt. Data-analyse in interpretatief onderzoek is een voortdurend proces van betekenisgeving “(which) involves consolidating, reducing, and interpreting what people have said and what the researcher has seen and read” (Yazan, 2015, p. 149). Ook de onderzoeker interpreteert en geeft zodoende kleur aan de onderzoeksresultaten (zie ook 4.6).

Beide onderzoeksmethoden, het kwantitatieve populatieonderzoek en het kwalitatieve casestudie- en focusgroepenonderzoek, pas ik iteratief toe. Deze manier van werken is te typeren als retrospectieve betekenisgeving: door

het afwisselen van analyse, opnieuw in het materiaal duiken, vergelijken van informatie uit de verschillende delen van het onderzoek wordt een iteratief proces van betekenisgeving gevolgd (Maso & Smaling, 1989).

Met deze onderzoeksoriëntatie kijk ik naar bestuurswisselingen als soms meer en soms minder gestolde patronen van geïnstitutionaliseerd gedrag. Ik onderzoek bestuurswisselingsprocessen als zowel een product van onderlinge verhoudingen, gedragingen en afspraken als een factor die deze beïnvloedt. Dit vergt het nauwgezet weergeven van dit proces en van de ervaringen, interpretaties en belevingen van de partijen.

4.2 HET POPULATIEONDERZOEK⁴⁸

Een van de redenen om voor bestuurswisselingen in ziekenhuizen te kiezen is dat ziekenhuizen een duidelijke en af te bakenen populatie zijn. In dit onderzoek zijn alle Nederlandse ziekenhuizen meegenomen, dus alle juridisch zelfstandige organisaties die medische- specialistische zorg leveren. In 2023 waren dat er 74. Deze organisaties zijn, zoals in hoofdstuk 1 weergegeven, onderling redelijk goed vergelijkbaar wat betreft de relevante aspecten voor dit onderzoek, zoals governance, het bestuur en de autoriserende omgeving.

Een andere reden om voor ziekenhuisbesturen te kiezen is dat uit eerder onderzoek blijkt dat ziekenhuisbestuurders korter in functie zijn dan bestuurders van andere zorgorganisaties (Van der Scheer 2010, p. 153). Deze informatie komt uit het al eerder aangehaalde longitudinale onderzoek van Erasmus Centrum voor Zorgbestuur, 'Bestuurders in beeld'. Daar doen ze sinds 2000 elke vijf jaar onderzoek naar zorgbestuurders. Door middel van enquêteonderzoek worden trends opgespoord en verbanden gelegd tussen enerzijds overtuigingen en activiteiten van zorgbestuurders en anderzijds persoonlijke eigenschappen en omgevingskenmerken (Van der Scheer, 2013).⁴⁹ Deze informatie gaat weliswaar over alle zorgbestuurders, maar waar nuttig gebruik ik sommige uitkomsten ter aanvulling of vergelijking van de uitkomsten van mijn onderzoek.

Over ziekenhuizen worden veel gegevens bijgehouden, maar over bestuurswisselingen niet. Zo was er tot 2021 geen beeld van het aantal bestuurswisselingen of van hoe lang bijvoorbeeld een bestuursteam in een ziekenhuis samen bestuurt. In 2021 werd de paper met de eerste resultaten van

⁴⁸ In deze paragraaf geef ik in grote lijn het populatieonderzoek weer. Een uitvoerige verantwoording over hoe de populatie is gedefinieerd en het onderzoek is uitgevoerd is te vinden in bijlage 2.

⁴⁹ De laatste publicatie over de uitkomsten van dit onderzoek dateert van 2022 en is gebaseerd op de enquête van 2020.

het kwantitatieve deel van dit onderzoek gepubliceerd, in 2023 volgde een tweede paper met vervolgresultaten (dev, 2021 en 2023). In dit proefschrift worden de uitkomsten weergegeven in hoofdstuk 5.

In de periode van 2010 tot en met 2022 zijn alle bestuurswisselingen in de Nederlandse ziekenhuizen in kaart gebracht. Een dertienjarige onderzoeksperiode in een relatief kleine populatie is niet ideaal om via statistische bewerkingen patronen vast te stellen. De periode is echter lang genoeg om een aanzienlijk aantal bestuurswisselingen te kunnen registreren. Er is gekozen voor deze relatief korte onderzoeksperiode uit validiteitsoverwegingen. Pas vanaf 2010 is de informatie die voor dit onderzoek van belang is digitaal betrouwbaar te achterhalen via verschillende bronnen zoals jaarverslagen, stukken van de Kamer van Koophandel en andere openbare bronnen als LinkedIn.

De informatie wordt vanaf 2019 maandelijks bijgehouden en is op twee momenten bewerkt. De eerste bewerking vond plaats op basis van de gegevens van de periode 2010 tot 2022. In 2023 werden ook de laatste twee jaren meegenomen.

Om de gegevens te verkrijgen maken we gebruik van openbare bronnen.⁵⁰ De ziekenhuizen zijn in een Excelbestand geordend naar umc's, topklinische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen. Het bestand heeft een aantal kolommen, zoals de omvang van de raad van bestuur, de namen van de bestuurders, man/vrouw en leeftijd, voorzitter of lid van het bestuur, of het een interim-bestuurder betreft en de reden van vertrek. Bij het laatste zijn verschillende mogelijkheden in te vullen, van overstap naar tot pensioen of vertrek vanwege verschil van inzicht tussen bestuurders of met de raad van toezicht. De informatie in deze rubriek is echter niet betrouwbaar. De naar buiten gecommuniceerde reden van vertrek is, zo bleek ook uit het vorige hoofdstuk, niet zelden een andere dan de werkelijke. Het betreft formuleringen die na delicate onderhandelingen tussen de vertrekkende bestuurder en de raad van toezicht tot stand zijn gekomen (Grunberg, 2002).

De eenheid van analyse is *bestuurderswisselingen*. We definiëren zowel het moment dat een bestuurder aftreedt als het moment dat een bestuurder aantreedt als een bestuurswissel. Het bestuur wisselt beide keren namelijk van samenstelling. Dus als een bestuurder in 2012 aantreedt is dat één bestuurswissel en als deze in 2017 aftreedt is dat weer een bestuurswissel. Een interim-bestuurder wordt meegerekend als een bestuurswissel als deze meer dan een jaar in dienst was bij betreffend ziekenhuis. Bleef zij korter, dan registreren we dat

⁵⁰ Vanaf 2019 houdt dev organisatieadviseurs de bestuurswisselingen in ziekenhuizen vanaf 2009 bij. De gegevens komen uit bronnen als *Skipr Daily* (dagelijkse digitale nieuwsbrief over de gezondheidszorg), LinkedIn, informatie van de ziekenhuizen zelf en voor naslag over bestuurszetels van de Kamer van Koophandel. Voor dit onderzoek maak ik gebruik van de gegevens van 2010 tot en met 2022. In deze paragraaf spreek ik van 'wij' omdat ik het onderzoek samen met collega's heb uitgevoerd.

wel geregistreerd. Zo kunnen we bijhouden hoeveel interim-bestuurders er in een bepaald jaar zijn geweest en hoe hun aantal zich ontwikkelt in de loop van de 13 jaar. Als een interim-bestuurder korter dan een jaar verbonden is aan een ziekenhuis, wordt dit wel geregistreerd maar niet meegerekend als een bestuurswissel.

Het prepareren van de data voor de data-analyse bestaat uit de volgende stappen:

1. Het bepalen van aan- of aftreden van individuele bestuurders.
2. Het op basis van stap 1 bepalen van de zittingstermijn per bestuurder.
3. Het bepalen van de samenstelling van het bestuur binnen één ziekenhuis. Dit gebeurt door de personele bezetting in opeenvolgende jaren binnen het ziekenhuis met elkaar te vergelijken. Bij veranderingen van de personele bezetting is sprake van een bestuurswissel.
4. Het op basis van stap 2 en 3 bepalen van het aantal bestuurswisselingen per ziekenhuis.
5. Analooq aan stap 3 wordt ook gekeken naar de bezetting van bestuurszetels.

Door middel van bovenstaande stappen is inzicht verkregen in het absolute aantal bestuurswisselingen van de afzonderlijke ziekenhuizen. Daarnaast is het mogelijk de zittingstermijnen van de bestuursteams in kaart te brengen en deze tussen de ziekenhuizen te vergelijken. Om rekening te houden met het feit dat in er een ziekenhuis met een grotere raad van bestuur meer bestuurswisselingen plaatsvinden dan in een ziekenhuis met een kleine raad van bestuur, is per ziekenhuis ook gekeken naar het aantal bestuurswisselingen per zetel in de raad van bestuur.

Fusies tussen ziekenhuizen tijdens de onderzoeksperiode zijn een complicerende factor in de analyse. Bij fusies is ervoor gekozen het aantal bestuurswisselingen te bepalen op basis van de ziekenhuizen die bestonden vóór de fusie (ziekenhuis A en B) en het ziekenhuis dat is ontstaan uit de fusie (ziekenhuis C). Hierbij wordt de informatie over alle bij de fusie betrokken ziekenhuizen gewogen op basis van het aantal bestaansjaren. Om dit te illustreren volgen hier twee concrete voorbeelden. Ziekenhuis A fuseert met ziekenhuis B tot ziekenhuis C, en bestuurder X uit ziekenhuis A wordt bestuurder in ziekenhuis C. Beschouwen we dit dan als een bestuurswissel of niet? Of: ziekenhuis D zit in een holding met de ziekenhuizen E en F en via een bestuurlijke fusie vormen de bestuurders van deze ziekenhuizen, samen met twee holdingbestuurders, het bestuur. Beschouwen we de twee holdingbestuurders dan ook als ziekenhuisbestuurders? Bij het beantwoorden van dergelijke vragen is steeds weer voor ogen gehouden dat het (mij) gaat om *bestuurswisselingen* in ziekenhuizen. Dat betekent dat als iemand ziekenhuisbestuurder blijft maar dan in het fusieziekenhuis dit niet telt als een bestuurswissel. In het geval van de holding bleven juridisch afzonderlijke

ziekenhuizen bestaan. Als een bestuurder van zo'n ziekenhuis ook zitting nam in het holdingbestuur is dat niet meegenomen als bestuurswissel.

De analyses van deze data zijn uitgevoerd met een beschrijvende statistiek waarbij resultaten vooral inzichtelijk zijn gemaakt door middel van histogrammen, *box plots* en *forest plots*.⁵¹ De resultaten zijn gepresenteerd voor de totale populatie ziekenhuizen en ingedeeld per type ziekenhuis (academisch, topklinisch en algemeen) en voor individuele bestuurders.

4.3 HET CASESTUDIEONDERZOEK

4.3.1 Processen onderzoeken

Casestudieonderzoek is een veelgebruikte kwalitatieve onderzoeksmethode. Er zijn echter verschillen in aanpak en benadering. Robert Yin wordt gezien als een grondlegger van casestudieontwerp binnen de sociale wetenschappen. Yazan (2015) stelt dat aan de manier waarop Yin casestudies benadert een positivistische oriëntatie ten grondslag lijkt te liggen (Yazan, 2015). De interpretatieve benadering van mijn onderzoek sluit meer aan bij die van een andere casestudie-methodoloog, namelijk Sharan Merriam.

“The researcher brings a construction of reality to the research situation, which interacts with the people's constructions or interpretations of the phenomenon being studied. The final product of this type of study is yet another interpretation by the researcher of others' views filtered through his or her own.” (Merriam in Yazan, 2015, p. 138).⁵²

Zowel Yin als Merriam benadrukken de waarde van het gebruik van *mixed methods*: het naast en op elkaar betrekken van onderzoeksuitkomsten uit verschillende bronnen, zoals interviews, documenten, observaties, kwantitatieve gegevens en dergelijke. Maar ook hierin verschillen zij. Volgens Yin is data-analyse een lineair proces met een logische uitkomst, volgens Merriam een iteratief proces dat eigenlijk nooit af is. Zij noemt data-analyse een voortdurend proces van betekenisgeving “(which) involves consolidating, reducing, and interpreting what people have said and what the researcher has seen and read.” (Yazan, 2015, p. 149).

⁵¹ De statistische analyses van deze data zijn uitgevoerd met R 4.0.2 (The R Project for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2020), door dr. E. Schuit, assistent-professor Klinische Epidemiologie in het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht.

⁵² Uit dit citaat blijkt haar sociaal-constructivistische basis, namelijk dat in het proces van betekenisgeving de onderzoeker haar interpretatie toevoegt aan de perceptie van de werkelijkheid die door de betrokkenen al geconstrueerd is.

Een bestuurswisseling is te zien als een veelal tamelijk langgerekt proces, dat culmineert in een gebeurtenis. Elke bestuurswissel is uniek en krijgt betekenis vanuit de context waarin deze plaatsvindt. In een ziekenhuis met veel bestuurswisselingen landt een nieuwe bestuurder anders dan in een ziekenhuis waar de voorgaande bestuurder er jarenlang heeft gezeten. En als de medische staf een marginale rol toebedeeld heeft gekregen in de procedure zal deze de nieuweling anders tegemoet treden dan in een ziekenhuis waar hij invloed had op de benoeming.

Pettigrew (1997) geeft als definitie van een proces “a sequence of individual and collective events, actions and activities unfolding over time in context... Processes are social processes that are embeddend in contexts that produce them.” (Pettigrew, 1997, p. 338, 340). Ook benadrukt Pettigrew dat het van belang is procesanalyse te koppelen aan de interpretatie van de uitkomsten. Vertaald naar mijn onderzoek is rolgedrag alleen te begrijpen als het wordt onderzocht in samenhang met de veranderende bestuurlijke opdracht en de verhoudingen binnen het ziekenhuis. Het doorgronden van een complex geheel als ‘bestuurlijke verhoudingen’ vraagt om diepteonderzoek dat dicht bij de percepties van de betrokkenen blijft. Bovendien moet ik in ogenschouw nemen dat mijn onderzoek retrospectief is. De bestuurswisselingen zijn niet in real time geobserveerd, maar er wordt achteraf op teruggekeken. Ze worden gereconstrueerd vanuit de beleving van de geïnterviewden, die het er met elkaar waarschijnlijk ook al over gehad hebben. Door het in kaart brengen van de verschillende bestuurswisselingen in een bepaalde periode, het interviewen van een groot aantal betrokkenen, in combinatie met het bestuderen van relevante documenten, verkrijg ik diepgaand inzicht in bestuurswisselingsprocessen.

4.3.2 Caseselectie

Bennet en Elman stellen dat de keuze voor een case samenhangt met de keuze voor de manier van waarnemen. “Case selection is the primordial task of the case study researcher, for in choosing cases, one also sets out an agenda for studying those cases. This means that case selection and case analysis are intertwined” (Bennet & Elman, 2006, p. 458). In deze studie ‘agenderen’ de elementen in het conceptuele model het casestudieonderzoek. Omdat het erom gaat te onderzoeken hoe deze zich in de praktijk manifesteren zijn alle ziekenhuizen representatief. Maar als alle ziekenhuizen in aanmerking komen waarop baseer ik dan mijn keuze?

Een mogelijke invalshoek is het soort ziekenhuis. De vraag is echter of voor bestuurswisselingen de categorisering in umc's, topklinische en algemene ziekenhuizen relevant is. Weliswaar verschilt de context van deze drie

categorieën, maar te onderzoeken elementen blijven hetzelfde. Categorisering biedt dus geen handvat voor caseselectie. Een ander onderscheid in relatie tot de vraagstelling is de variatie in het aantal bestuurswisselingen. Uit het populatieonderzoek komen wat dit betreft gemiddelden en uitschieters: er zijn ziekenhuizen met relatief veel en met weinig bestuurswisselingen. De uitschieters zijn in dezen minder interessant omdat hier waarschijnlijk heel specifieke oorzaken aan ten grondslag liggen. Dat maakt de representativiteit minder. Bovendien is gerelateerd aan mijn interpretatieve onderzoeksoriëntatie variatie relevanter dan representatie, die meer in de positivistische traditie past. Ik ben niet per se op zoek naar de verschillen tussen ziekenhuizen in bestuurswisselingen, maar beoog wel de variatie in de processen weer te geven. Is het ene bestuurswisselingsproces bijvoorbeeld te vergelijken met een ander in hoe de partijen erop terugkijken? Uiteindelijk kies ik voor een casestudie in één ziekenhuis. Dat geeft de mogelijkheid tot diepgaand onderzoek naar de relevante elementen. Een dergelijke singlecasestudie is namelijk vooral bruikbaar voor gedetailleerde en diepgaande analyse van een gebeurtenissen gedurende een bepaalde periode. Er wordt ingezoomd op één casus om een grondig begrip te krijgen van de kenmerken, context en dynamiek. Een dergelijke studie is pragmatisch, gericht op inzicht krijgen in een vraagstuk zonder specifieke aannames vooraf (Bennet & Elman, 2006).

Een ander criterium voor selectie van een casus heeft te maken met toegang en vertrouwen. Bestuurswisselingen zijn precarie processen met een gesloten karakter. Niet elke raad van toezicht en raad van bestuur staat open voor een kijk in deze keuren. Het gaat immers om gevoelige informatie die de reputatie van het ziekenhuis, van bestuurders en andere betrokkenen aangaan. De toegang tot vertrouwelijke data en tot de betrokkenen is een voorwaarde voor de kwaliteit van het onderzoek. Om daar zo dicht mogelijk bij te komen is wederzijds vertrouwen – tussen de onderzoeker en de onderzochten – nodig.

Bovenstaande afwegingen leidden tot vijf ziekenhuizen om een keuze uit te maken. De bestuurders en meestal ook de toezichthouders van deze ziekenhuizen kennen mij als organisatieadviseur door opdrachten in de afgelopen jaren. Op basis daarvan is vertrouwen in mij als onderzoeker in potentie aanwezig. Ook het feit dat zij het onderwerp zeer relevant vinden werkte drempelverlagend. Uiteindelijk lieten twee ziekenhuizen al in een vroeg stadium weten niet mee te willen doen met het onderzoek. Ze gaven specifieke omstandigheden aan waardoor een dergelijk onderzoek nu niet goed uitkwam. De drie andere ziekenhuizen stonden er welwillend tegenover, maar bij het maken van vervolgspraken bleek bij één dat ook daar het onderzoek qua timing niet passend was. Bij een ander ziekenhuis gaf de raad van bestuur wel toestemming, maar de raad van toezicht niet. In één ziekenhuis stonden

zowel de raad van bestuur als de raad van toezicht er positief tegenover om het casestudieonderzoek in hun ziekenhuis uit te voeren. Bovendien, dit ziekenhuis enigszins kennend, viel er wat betreft bestuurswisselingen veel te onderzoeken.

4.3.3 Dataverzameling en analyse

Vorbereiding

Na de mondelinge toezeggingen is een informatie-set samengesteld voor het bestuur en de raad van toezicht en andere betrokkenen (zoals de bestuurssecretaris en de afdeling HR). Deze schriftelijke informatie ging, naast een toelichting op doel, vraagstelling en werkwijze, met name in op de manier waarop met de verkregen informatie wordt omgegaan. Zo werd vooraf duidelijk gemaakt dat het ziekenhuis niet met naam en toenaam in het proefschrift of andere openbare informatie wordt genoemd. Ook lichtte ik toe op welke manier de te interviewen partijen inzage kregen in het verslag van de casestudie. Na een gesprek met de voorzitter van de raad van toezicht en de raad van bestuur startte de uitvoering van het onderzoek.

Reconstructie in bestuursperiodes en -rondes

Om te beginnen zijn de bestuurswisselingen in het caseziekenhuis in de periode 2008 tot 2022 chronologisch in kaart gebracht. De keuze voor een periode van dertien jaar was enerzijds case-onafhankelijk. Een periode tussen tien en vijftien jaar is lang genoeg om het proces van meerdere bestuurswisselingen in samenhang te kunnen weergeven, en kort genoeg om nog voldoende betrokkenen met relevante herinneringen te kunnen spreken. Anderzijds bleek dit ziekenhuis vanaf 2008 (weer) in een relatief stabiele periode wat betreft het bestuur te zijn gekomen. In het tijdvak 2008-2022 benoemde ik drie bestuursperiodes. Dit zijn af te bakenen tijdperken waarin een bestuur in een bepaalde samenstelling het ziekenhuis bestuurdde.

Om de bestuurswisselingen betekenisvol te ordenen in bestuursperiodes is het 'rondenmodel' van Teisman (2000) behulpzaam. Betekenisvol en behulpzaam wil in dezen zeggen bijdragend aan inzicht in *processen* van bestuurswisselingen. Teisman gaat uit van de subjectiviteit die de actoren inbrengen. Hij beschrijft processen als een kluwen van series beslissingen genomen door verschillende partijen. Retrospectief geeft hij de complexe dynamiek van besluitvorming weer in rondes. Het criterium voor de afbakening van een ronde is een besluit of handeling van een van de partijen waaraan de andere partijen zich niet kunnen onttrekken. Hij noemt dit een buigmoment. Op deze momenten vindt er een significante wijziging plaats in het verloop van een proces. Een ronde is dus te definiëren als een periode tussen twee buigmomenten. Vertaald naar mijn onderzoek leiden de buigmomenten tot een potentiële of

feitelijke bestuurswissel. Vervolgens vormen verschillende rondes samen een bestuursperiode, zijnde het tijdvak waarin een bestuur als geheel een ziekenhuis bestuurt.⁵³ In een bestuursperiode kunnen verschillende perspectieven op het functioneren van het bestuur bestaan die elkaar beïnvloeden. We zullen zien dat in het caseziekenhuis tegengestelde perspectieven leiden tot buigmomenten.

Met behulp van dit rondemodell heb ik de bestuurswisselingen in de casus geordend. Zodoende is het tijdvak van 2008 tot 2022 onder te verdelen in drie bestuursperiodes:

- Bestuursperiode 1: van 2008 tot 2014.
- Bestuursperiode 2: van 2014 tot 2016.
- Bestuursperiode 3: van 2016 tot 2022.

Om de inbedding in de geschiedenis van bestuurswisselingen weer te geven is aan de beschrijving van het caseziekenhuis een korte schets toegevoegd van de bestuursperiode van 2000 tot 2008.

Interviews met betrokken partijen⁵⁴

De bedoeling van kwalitatief casestudieonderzoek is om rijke, gefocuste, betekenisvolle data te verzamelen die de brede en gevarieerde ervaringen van de geïnterviewden weergeven. Dat betekent dus dat de interviewvragen niet bedoeld zijn om antwoorden op onderzoeksvragen te krijgen maar om de ervaringen van de betrokkenen van betekenissen te voorzien (Evers 2016).

Op basis van de reconstructie identificeerde ik de verschillende betrokkenen, namelijk degenen die in de verschillende bestuursperiodes een rol vervulden. In totaal werden 20 betrokkenen geïnterviewd: vier bestuurders, twee voorzitters van raden van toezicht, drie voorzitters van de medische staf, vier managers, één bestuurssecretaris, twee voorzitters OR/CR en vijf externe betrokkenen (executive searchers, een organisatieadviseur, de IGJ en een zorgverzekeraar).⁵⁵ Met een korte notitie ter introductie van het onderzoek en de onderzoeker werd elke geïnterviewde vooraf geïnformeerd en werden de afspraken over geheimhouding en vertrouwelijkheid voorgelegd en geaccepteerd (door middel van een getekende verklaring *informed consent*).

⁵³ Het caseziekenhuis heeft een tweehoofdig bestuursmodel. In de onderzochte bestuursperiode van 2008 tot 2022 vielen de zittingstermijnen van de bestuurders min of meer samen. In andere ziekenhuizen kunnen er bijvoorbeeld in een periode van tien jaar drie of vier bestuursperiodes zijn of maar één als een eenhoofdig bestuur tien jaar aanblijft.

⁵⁴ Zie ook het interviewprotocol, bijlage 3.a.

⁵⁵ Een vijfde betrokken bestuurder leek in eerste instantie bereid mee te werken aan het onderzoek maar reageerde vervolgens niet meer op herhaalde interviewverzoeken.

De interviews werden semigestructureerd afgenomen. De volgende onderwerpen kwamen aan de orde:

- Check op de chronologie van het proces en vaststellen van hun (formele) rol destijds.
- De beleving van het proces; vragen over de procedure, hun (rol)gedrag en van anderen in het proces.
- De beleving van de uitkomst; vragen naar de criteria die de geïnterviewden hanteerden/hanteren voor de uitkomst en hoe zij terugkijken op uitkomsten.
- De waardering van proces en uitkomst in relatie tot elkaar. Dit behelsde de algehele terugblik op zowel het moment van aantreden als tijdens en na de zittingsperiode van de betreffende bestuurder.

Ongeveer de helft van de interviews vond live plaats, de andere helft online. Ze werden op band opgenomen en geüpload naar een veilige site van de universiteit van Utrecht.

Rapportage, anonimiteit en analyse

Een proefschrift is een openbaar document. Het is een proeve van wetenschappelijke bekwaamheid en daarvoor zijn transparantie en validatie noodzakelijk. Tevens dient de privacy van het betrokken ziekenhuis en de geïnterviewden beschermd te worden. Dat betekent dat in het casestudieverslag het ziekenhuis en de betrokkenen geanonimiseerd zijn weergegeven. Er is een fictieve naam voor het ziekenhuis gebruikt (een Gewoon Stadsziekenhuis, het GSZ) en de namen en functies van de geïnterviewden zijn gecodeerd (letters voor de functies en nummering in volgorde van de tijd dat ze in functie waren: A1 tot en met G5. Zie bijlage 3).

De interviews werden met toestemming opgenomen, vervolgens uitgewerkt en de conceptverslagen werden voorgelegd aan de geïnterviewden. Bijna alle geïnterviewden maakten van de gelegenheid gebruik een toelichting of aanvullingen aan te leveren. In een enkel geval belde ik na, om een reactie beter te begrijpen. In bijna alle gevallen werd datgene wat aanvullend werd aangeleverd opgenomen in het definitieve verslag. Het ging mij immers om de perceptie van de geïnterviewde, ook als diegene dat na lezing van het verslag anders verwoord wilde zien. Eén geïnterviewde wilde iets veranderd zien in een weergave van een andere geïnterviewde. Na telefonisch overleg trok hij zijn bezwaar in. Tevens werd het conceptverslag van het hele casestudieonderzoek (wat uiteindelijk hoofdstuk 5 is geworden) aan alle geïnterviewden voorgelegd. De reacties daarop werden gewogen. Feitelijke onjuistheden werden gecorrigeerd. Bijna alle geïnterviewden herkenden zichzelf en het proces in het verslag. Een enkeling was het op onderdelen niet eens met mijn weergave. Daar is pragmatisch mee omgegaan. Soms met een noot, soms met een andere

bewoording die ik bij nader inzien ook beter vond, soms is de weergegeven tekst gebleven zoals die was.

Door deze werkwijze – het onderzoeken van vijf intensieve bestuurswisselingen in een periode van dertien jaar – is uniek en diepgaand inzicht verkregen in bestuurswisselingen als processen in samenhang met de context, de historie en de verhoudingen tussen de verschillende betrokken partijen in een ziekenhuis.

4.4 FOCUSGROEPENONDERZOEK

4.4.1 De perceptie van de partijen

Voor het derde empirische deel van het onderzoek is gekozen voor focusgroepen. Deze manier van dataverzameling is een kwalitatieve onderzoekstechniek waarbij een kleine groep mensen praat over een bepaald onderwerp onder leiding van een moderator. In de focusgroepen komen individuen aan het woord die zodanige raakvlakken met elkaar hebben dat ze elkaar 'herkennen'. Dit vormt de basis voor de uitwisseling tussen de deelnemers. (Evers, 2015). In mijn onderzoek brengen de focusgroepen kennis, ervaringen, overtuigingen, afwegingen, twijfels en dilemma's van relevante partijen over bestuurswisselingen in ziekenhuizen in beeld.

Een moderator leidt het gesprek en hanteert de groepsdynamiek zodanig dat er zowel ruimte is voor de individuele inbreng als interactie tussen de deelnemers. Tevens stelt deze verdiepende vragen zodat niet alleen de oppervlakkige overeenkomsten aan bod komen, maar ook de vaak dieperliggende achtergronden van het gedrag van de betrokken personen. Zodoende krijgt de onderzoeker inzicht in de verschillende perspectieven van de deelnemers, in dit geval op bestuurswisselingen.

De focusgroepen in dit onderzoek zijn homogeen samengesteld op basis van hun rol bij bestuurswisselingen. Omdat ze elkaar herkennen vanuit dezelfde beroepsmatige of rolachtergrond in een ziekenhuis zijn ze geïnteresseerd in elkaars ervaringen en visies.⁵⁶ Waar het bij de diepte-interviews in de casus ging om de persoonlijke beleving van individuele actoren, gaat het bij de focusgroepen om de perceptie van de groepering (Swanborn, 2010).

Focusgroepen kunnen in verschillende fasen van het onderzoek ingezet worden. Zo kunnen bijvoorbeeld uitkomsten van eerdere delen van het onderzoek ter toetsing worden voorgelegd. Ik heb de uitkomsten van het eerste

⁵⁶ Met uitzondering van de bestuurders gebeurt het namelijk weinig dat deze groeperingen uit verschillende ziekenhuizen elkaar spreken.

populatieonderzoek en de casestudie gebruikt om de vragen aan de focusgroepen te voeden, niet om de resultaten te toetsen. De ordening van de vragen in drie delen (feitelijke informatie over aantallen bestuurswisseling, ervaringen over het verloop en de reflecties over proces en uitkomst) werkte kaderstellend. Zodoende wordt een risico van focusgroepen gereduceerd, namelijk de geringe controle op het gesprek (Evers, 2015).

4.4.2 Werkwijze

De deelnemers

De deelnemers zijn geselecteerd op basis van het populatieonderzoek. Er werden deelnemers uitgenodigd uit zowel ziekenhuizen waar relatief veel bestuurswisselingen plaatsvonden als ziekenhuizen waar relatief weinig bestuurswisselingen hebben plaatsgevonden. Dit maakt het mogelijk een breedte aan ervaringen op te halen. Tevens werd gekeken naar een relatief gelijke inbreng van de umc's, de topklinische en de algemene ziekenhuizen. Daarnaast werden deelnemers uitgenodigd die ons bureau of mij kennen, zodat de kans op deelname werd vergroot. Gestreefd is naar een groepsgrootte van vijf tot zeven personen. Per focusgroep werden er 15 tot 20 mensen uitgenodigd, in de verwachting dat er minimaal 6 mensen beschikbaar waren op de geplande datum. Er moesten minimaal vier deelnemers zijn om de focusgroep door te laten gaan.

Op basis hiervan hebben met de volgende focusgroepen bijeenkomsten plaatsgevonden:

- Bestuurders
- Toezichthouders
- Voorzitters van het bestuur van de medische staf
- Managers
- Bestuurssecretarissen
- Voorzitters van de OR en CR.

Daarnaast zijn individuele interviews gehouden met:

- Vertegenwoordigers van bureaus voor werving en selectie van ziekenhuisbestuurders.

Met de eerste drie groeperingen hebben er twee groepsgesprekken plaatsgevonden, elk met vijf tot acht deelnemers. De vertegenwoordigers van de executivesearchbureaus gaven de voorkeur aan individuele gesprekken in plaats van een gezamenlijk groepsgesprek. Met zes van hen is daarom apart gesproken. In de focusgroep met OR- en CR-voorzitters zat door omstandigheden maar één CR-voorzitter. Aanvullend zijn daarom nog met vier CR-voorzitters (individuele)

interviews gehouden. In de individuele gesprekken met de executive searchers en de CR-voorzitters werden de uitkomsten van de andere individuele gesprekken voorgelegd, om toch zicht te krijgen op hoe zij als groep hun rol zagen. In totaal zijn er tien groepsgesprekken gevoerd en tien individuele gesprekken. In zijn geheel 'vertegenwoordigen' ze ongeveer 50 ziekenhuizen.⁵⁷

Semigestructureerde gespreksvoering

De focusgroepbijeenkomsten vonden plaats in het voorjaar van 2021. De meeste bijeenkomsten waren online, een aantal vond live plaats. Voor elke focusgroep werd 2 tot 2,5 uur ingepland. De moderator was een van de adviseurs van dev organisatieadviseurs. Met de moderators is vooraf de bedoeling van de focusgroepen en hun rolinvulling besproken. Ik observeerde hoe het gesprek plaatsvond en stelde af en toe een vraag ter verheldering, en maakte het verslag van de bijeenkomsten.

De gesprekken in de focusgroep verliepen semigestructureerd. In hoofdlijnen kwamen de volgende onderwerpen aan de orde:

- Na een korte introductie van het promotieonderzoek en de functie van focusgroepen daarbinnen maakten de deelnemers kennis met elkaar. Dit gebeurde aan de hand van een vraag naar hun feitelijke ervaringen met bestuurswisselingen in ziekenhuizen.
- Vervolgens werd doorgepraat over hoe de deelnemers de verschillende bestuurswisselingsprocessen hebben ervaren. Specifiek werd doorgevraagd naar hun rolgedrag en dat van de andere betrokkenen.
- Het derde thema was de beleving en waardering van de uitkomst: hoe duiden de deelnemers uitkomsten van bestuurswisselingen en welke criteria hanteren ze voor het waarderen ervan?

Vertrouwelijkheid, verslaglegging en anonimiteit

Bij de introductie werd benadrukt dat de informatie die in de focusgroepen aan de orde komt vertrouwelijk zou worden behandeld. Dezelfde vertrouwelijkheid werd ook van de deelnemers gevraagd. Voor de verslaglegging betekende deze vertrouwelijkheid dat de betrokkenen en de ziekenhuizen geanonimiseerd werden weergegeven. Noch de namen van de ziekenhuizen, noch van de deelnemers komen terug in verslagen of in dit proefschrift.

Het conceptverslag van elk focusgroepsgesprek werd aan de deelnemers voorgelegd. Evenals bij de verslagen van de casestudie werden feitelijke onjuistheden gecorrigeerd en aanpassingen van uitspraken meestal overgenomen. Ook hier is in een paar gevallen na-gebeld. Bijvoorbeeld als een

⁵⁷] Zie bijlage 4 voor de exacte samenstelling van de verschillende focusgroepen en de bestuurswisselingen die zij meemaakten.

deelnemer zichzelf of het ziekenhuis te herkenbaar terug zag in het verslag. Na mondelinge toelichting op hoe ik met het verslag en de verwerking daarvan om zou gaan verdween meestal de ongerustheid en werd toestemming gegeven de oorspronkelijke tekst aan te houden. Soms werd een citaat in overleg algemener geformuleerd.

Waar de verschillen tussen de soorten ziekenhuizen van belang waren werden deze vermeld in het verslag. Om de anonimiteit van de betrokken ziekenhuizen te garanderen zijn ze in de verslagen genummerd en de ervaringen zodanig weergegeven dat ze niet herleidbaar zijn naar een (soort) ziekenhuis. Waar de verschillen tussen de academische en de andere ziekenhuizen relevant waren werd dit in de verslagen in een noot toegelicht. In hoofdstuk 7 komen de uitkomsten van de focusgroepen aan de orde. Vooraf is al te noemen dat de overeenkomsten en de verschillen tussen de inbreng van de deelnemers niet samenhangen met de soorten ziekenhuizen. Anders gezegd: de overeenkomsten tussen de ervaringen met bestuurswisselingen in de umc's, de topklinische en algemene ziekenhuizen waren groter dan de verschillen.

4.5 BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk verantwoordde ik het gebruik van mixed methods in dit onderzoek. Het toepassen van drie verschillende informatieverzamelmethode naast elkaar, op iteratieve wijze, bevordert de validiteit van het onderzoek. Ik beoog de gelaagde betekenissen van bestuurswisselingsprocessen in beeld te brengen. Het afwisselen en op elkaar toepassen van het kwantitatieve populatieonderzoek en beide kwalitatieve delen van het onderzoek draagt daartoe bij. Tevens draagt deze drieslag bij aan de betrouwbaarheid van het onderzoek. De nadelen van de ene methode worden namelijk gecompenseerd door de andere (Evers, 2015, p. 138). Zo worden de kwantitatieve uitkomsten door de casestudie en focusgroepen aangevuld en krijgen ze door de combinatie meer betekenis. Daarmee beantwoord ik zowel de onderzoeksvragen naar te kwantificeren ontwikkelingen van bestuurswisselingen als de vragen naar duidingen en waardering, om uiteindelijk de centrale onderzoeksvraag naar processen van bestuurswisselingen te beantwoorden.

Een ander voordeel van deze verschillende onderzoeksmethoden is dat het risico op zowel *undersocialization* – te veel afstand tot het onderzoeksobject – als *oversocialization* – te weinig afstand – wordt gereduceerd. Te veel afstand kan ertoe leiden dat de onderzoeker te veel waarde hecht aan de empirische uitkomsten in de vorm van maten en getallen, ten nadele van de betekenisgeving door de

constructing subjects (Alvesson en Sköldbërg, 2009). Bij te weinig afstand is het risico dat alle bevindingen worden teruggebracht tot een sociale constructie. Daardoor zijn ze onvoldoende bruikbaar om bestuurswisselingsprocessen beter te begrijpen. Door mijn bekendheid met het onderwerp en met veel betrokkenen in het bestuurlijk veld van ziekenhuizen is het gevaar van oversocialisatie groter dan van undersocialisatie. Een (groot) voordeel van mijn bekendheid met het onderwerp en veel van de betrokkenen is dat ik gemakkelijk toegang heb tot vertrouwelijke informatie, waardoor ik 'achter de coulissen' kan kijken.

Het al eerdergenoemde iteratieve gebruik van verschillende methoden van onderzoek, het betrekken van de verschillende delen van het onderzoek op elkaar, verkleint de kans om verstrikt te raken in hetzij theorie, hetzij de praktijk. Tevens vonden de diverse delen van het onderzoek op verschillende 'afstanden' van de praktijk plaats: het populatieonderzoek verder van de praktijk en de casestudie heel dicht erop. In de focusgroepen was de afstand zowel dichtbij door mijn aanwezigheid bij de gesprekken, als iets verder weg omdat er een gespreksleider was. Daardoor kon ik observeren en verslagleggen. Deze variatie in afstand en fysieke betrokkenheid stimuleert een kritische reflectie op de bevindingen (Stoopendaal, 2008).

Een methodologische uitdaging was anonimiteit/privacy versus transparantie van onderzoeksgegevens en daarmee de validiteit van mijn onderzoek. De wereld van ziekenhuizen in Nederland is klein. Veel van de bestuurders van de 74 ziekenhuizen kennen elkaar, in ieder geval van naam. Het beschrijven van een proces met sleutelfiguren en uitkomsten kan direct leiden naar identificeerbare ziekenhuizen en ziekenhuisbestuurders. Door de uitkomsten te anonimiseren maar wel gedetailleerd en zorgvuldig aan te geven hoe ik ertoe gekomen ben, waarborg ik validiteit, betrouwbaarheid en privacy.

5

BESTUURWISSELINGEN IN MAAT EN GETAL: DE POPULATIE IN BEELD

INLEIDING

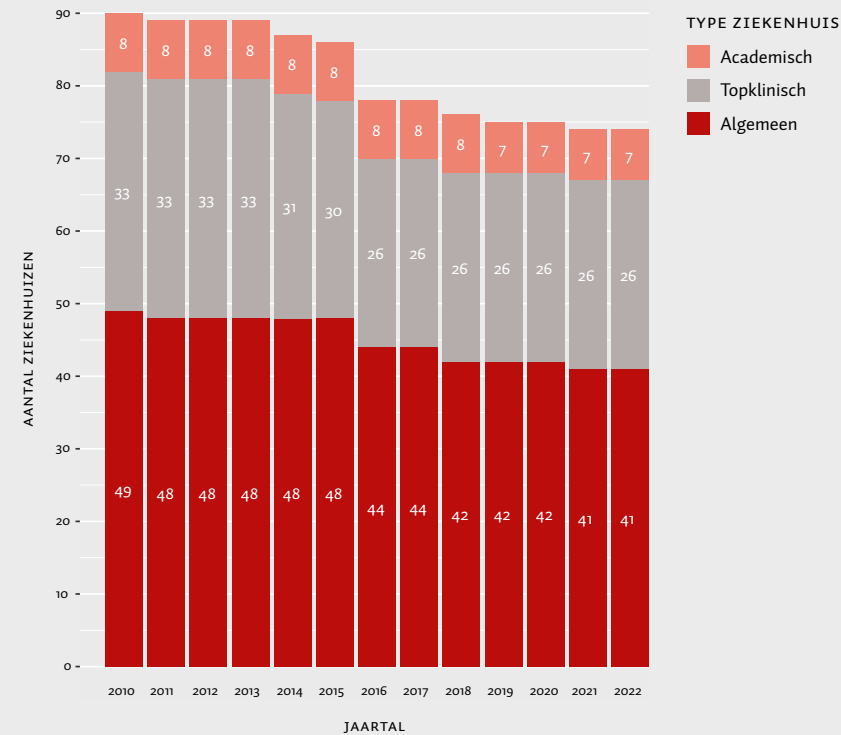
In dit hoofdstuk presenteer en analyseer ik de uitkomsten van het populatieonderzoek. Het is het eerste van de drie hoofdstukken over het empirische deel van het onderzoek. Voor dit hoofdstuk werden alle bestuurswisselingen in de Nederlandse ziekenhuizen en een aantal andere daarmee samenhangende gegevens geïnterviewd. De meetperiode is van 2010 tot en met 2022, een periode van 13 jaar.^{58, 59} Het moment dat een bestuurder aftreedt en het moment dat een bestuurder aantreedt definieer ik als een bestuurswissel. Het bestuur wisselt dan namelijk van samenstelling.

Het kwantitatief in beeld brengen van bestuurswisselingen in de Nederlandse ziekenhuizen heeft in dit onderzoek drie functies. Het ondersteunt de relevantie van het onderwerp: bestuurswisselingen zijn geen zeldzame incidenten. Het ontmythologiseert, c.q. corrigeert sommige overtuigingen over bestuurswisselingen. Bijvoorbeeld dat alle ziekenhuisbestuurders ‘hoppers’ zijn die slechts een paar jaar aan een ziekenhuis verbonden blijven. Het leveren van input voor het kwalitatieve deel van het onderzoek, de casestudie en de focusgroepen, is de derde en belangrijkste functie.

De eerste paragraaf laat basisgegevens zien: het aantal ziekenhuizen, bestuurders en de (ontwikkeling in de) omvang van raden van bestuur (5.2). Daarna volgen de bestuurswisselingen. Te zien is hoe de trend zich ontwikkelt in de loop van 13 jaar (5.3). Op basis van deze gegevens is vast te stellen hoe lang een bestuursteam in ongewijzigde samenstelling bestuurt. Ook wordt de tijd dat bestuurszetels onbezet waren in beeld gebracht (5.4). Daarop aansluitend geef ik de inzet van interim-bestuurders weer (5.5). Tot slot komt de individuele ziekenhuisbestuurder aan de orde: de gemiddelde zittingstermijn, genderverdeling en rollen in het bestuursteam (5.6). Elke paragraaf sluit af met een korte beschouwing. Hierin duid ik de grafieken, mede in relatie tot de hoofdstukken 2 en 3. De laatste paragraaf bevat de conclusies die een opmaat vormen voor het kwalitatieve deel, de casestudie en de focusgroepen (5.7).

58] De uitkomsten werden eerder weergegeven in twee papers ‘Wisselingen van de wacht’ (Dev 2020 en 2023).
59] In hoofdstuk 4 verantwoordde ik de gegevensverzameling en -analyse op hoofdlijnen, in bijlage 1 is een uitgebreide toelichting te vinden.

Figuur 3 Aantal ziekenhuizen



5.1 AANTAL ZIEKENHUIZEN, BESTUURDERS EN OMVANG RADEN VAN BESTUUR

Ziekenhuizen: aantal neemt af

Nederland telde op 1 januari 2010 90 en op 1 januari 2023 74 ziekenhuizen.⁶⁰ In de periode 2010-2021 fuseerden 30 ziekenhuizen tot 15 ziekenhuizen.⁶¹ In diezelfde periode gingen 2 ziekenhuizen failliet. In 2021 en 2022 vonden er geen fusies of faillissementen plaats. Wel de-fuseerden in die periode 2 ziekenhuizen. Ook werd een holding van 3 ziekenhuizen ontvlochten, maar omdat deze ziekenhuizen juridisch niet waren gefuseerd had dit geen invloed op het totaal aantal

60] In het hele proefschrift zijn de getallen 1 tot en met 12 uitgeschreven en vanaf 12 in cijfers weergegeven. In dit hoofdstuk is voor de duidelijkheid gekozen om alle getallen die betrekking hebben op de uitkomsten in cijfers weer te geven. Alleen de cijfers voorkomend in samengestelde woorden worden uitgeschreven, zoals één- of driehoofdig bestuur.
61] In sommige gevallen was sprake van een overname in plaats van een fusie.

ziekenhuizen.⁶² De 74 ziekenhuizen in 2022 zijn onder te verdelen in 7 academische, 26 topklinische ziekenhuizen en 41 algemene ziekenhuizen.⁶³

Te zien in figuur 3 is dat het aantal ziekenhuizen in Nederland in de afgelopen 13 jaar afnam maar de laatste 5 jaar stabiel blijft. Alleen gingen de academische ziekenhuizen door een fusie van 8 naar 7. Het aantal topklinische ziekenhuizen bleef gelijk en bij de algemene ziekenhuizen vond een fusie plaats tussen 2 ziekenhuizen.

Meer bestuurszetels, groeiende omvang raden van bestuur

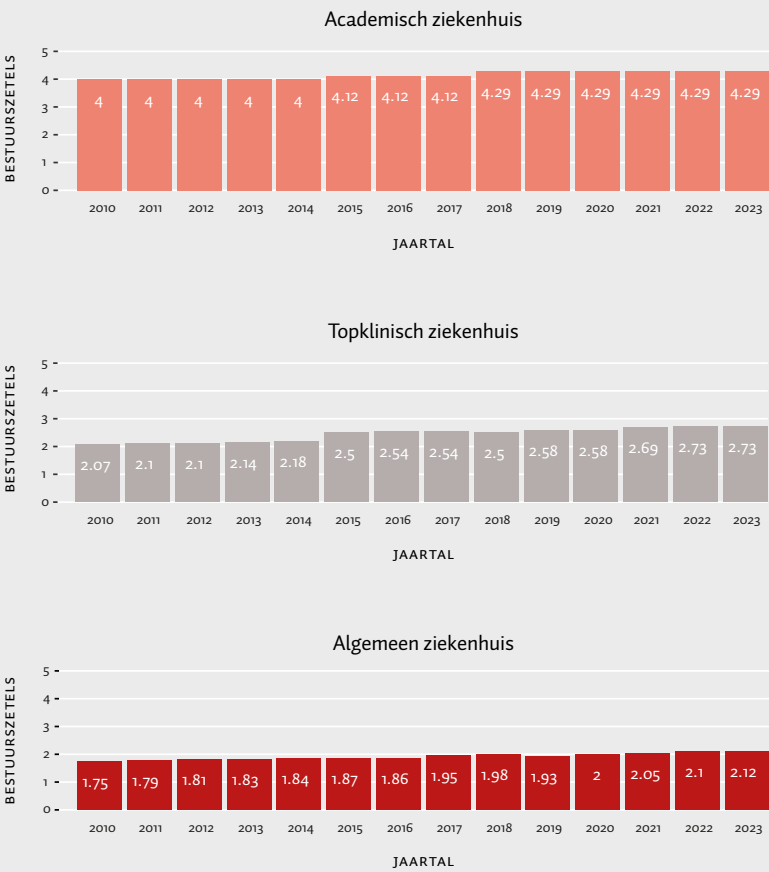
In 2010 waren er in de 90 ziekenhuizen in totaal 185 bestuurszetels.⁶⁴ Op 1 januari 2023 zijn er 74 ziekenhuizen met in totaal 187 bestuurszetels. Dus terwijl het aantal ziekenhuizen in de afgelopen 13 jaar is afgenomen, is het aantal bestuurszetels min of meer gelijk gebleven. Dit betekent dat het gemiddeld aantal bestuurszetels van alle ziekenhuizen is toegenomen van 2,1 in 2010 naar 2,5 in 2022.

In 2022 hebben de raden van bestuur van de academische ziekenhuizen een omvang van gemiddeld 4,3, de topklinische ziekenhuizen van 2,73 en de algemene ziekenhuizen van 2,12. In absolute aantallen is de verdeling over de ziekenhuizen in 2022 als volgt:

- Er zijn (nog) 5 ziekenhuizen met een eenhoofdig bestuur.⁶⁵
- 36 ziekenhuizen hebben een tweehoofdige raad van bestuur: 27 algemene ziekenhuizen en 9 topklinische ziekenhuizen.
- 24 ziekenhuizen hebben een driehoofdige raad van bestuur: 9 algemene en 15 topklinische ziekenhuizen.
- De vierhoofdige besturen zitten in 5 academische ziekenhuizen en in 2 topklinische ziekenhuizen.⁶⁶
- 2 academische ziekenhuizen hebben een vijfhoofdig bestuur.⁶⁷

62] Zie bijlage 2 voor definities van een ziekenhuis, bestuurders en bestuurszetels.
63] De officiële benaming is universitaire medische centra (umc). Ze worden van oudsher academische ziekenhuizen genoemd. In dit hoofdstuk gebruik ik de term academische ziekenhuizen.
64] Het betreft hier statutaire bestuurszetels. In sommige ziekenhuizen zijn er cobestuurders: medisch specialisten die het ziekenhuis meebesturen (zie hoofdstuk 2). In 1 ziekenhuis was in een korte periode sprake van 2 statutaire cobestuurders. Voor die periode zijn ze meegerekend in het aantal bestuurszetels. Omdat het maar 1 ziekenhuis en een korte periode betrof, heeft het geen relevante invloed op de ontwikkelingen van het aantal bestuurszetels.
65] 2 van deze ziekenhuizen hebben vanaf 2023 een tweehoofdig bestuur.
66] In 1 van de topklinische ziekenhuizen was dit alleen in 2022 tijdelijk het geval. Het andere vierhoofdige STZ-ziekenhuis is in 2023 driehoofdig geworden.
67] De governancestructuur van de academische ziekenhuizen verschilt onderling enigszins. Bij de een maakt de decaan (het hoofd van de faculteit geneeskunde) wel en bij de ander geen statutair deel uit van de raad van bestuur.

Figuur 4 Gemiddeld aantal bestuurszetels



Figuur 4 toont de ontwikkeling van de gemiddelde omvang van de raden van bestuur per categorie. In de topklinische ziekenhuizen blijkt de omvang het sterkst te zijn toegenomen, in de academische ziekenhuizen het minst.

Beschouwing

Het ‘indikken’ van het aantal ziekenhuizen door fusies nam vanaf 2015 af. In hoofdstuk 2 besprak ik deze ontwikkeling en gaf aan dat samenwerkingsconstructies fuseren in sommige gevallen mogelijk overbodig maken. Ook door een aantal negatieve ervaringen in den lande met (voorgenomen) ziekenhuisfusies kan de animo om te fuseren zijn afgenomen.

Ook over de samenstelling van het bestuursteam en de rolverdeling werd in hoofdstuk 2 al het nodige duidelijk. Bijvoorbeeld dat de optimale omvang van twee kanten kan worden bekeken. Hoe groter, des te meer mogelijkheden voor diversiteit. De waarde is de inbreng van meerdere perspectieven. De keerzijde is dat meer diversiteit leidt tot een grotere kans op onenigheid binnen bestuursteams (Van den Oever, 2021). Bovendien nemen de bestuurskosten toe en nemen de ontwikkelmogelijkheden voor de managers meestal af. De optimale omvang van een bestuur van een ziekenhuis hangt ook samen met de scope (schaalgrootte en portfoliodiversiteit) en complexiteit (aantal autoriserende partijen en diversiteit van de in- en extern te besturen processen) (Brockhoff & Verkaik, 2024). Bovendien heeft de inrichting van de hele topstructuur invloed op de omvang en samenstelling van het bestuur. Verder hebben alle bestuursmodellen – één-, twee- of meerhoofdig – potentiële sterktes en zwaktes (Beijer et al., 2016). Of en hoe bestuur en toezicht dergelijke factoren tegen elkaar afwegen komt in het verdere onderzoek terug.

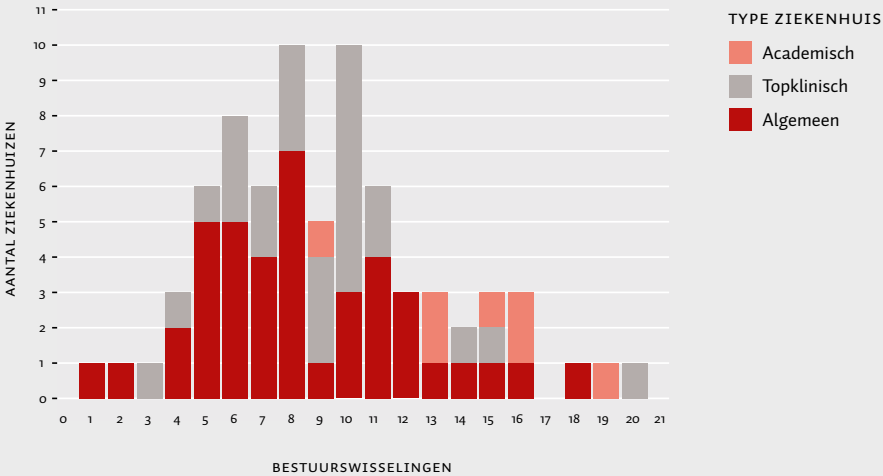
Een ander met de omvang en samenstelling samenhangend aspect is de rolverdeling in het bestuursteam. Ziekenhuizen kiezen meestal (nog) voor de traditionele rollen van voorzitter met één of meerdere leden, zagen we in hoofdstuk 2. Een enkel ziekenhuis kiest voor een bestuur zonder voorzitter. Volgens onze⁶⁸ registratie waren er in 2023 2 ziekenhuizen met een dergelijk bestuursmodel, een topklinisch en een algemeen ziekenhuis.⁶⁹ Beide hebben een tweehoofdig bestuursmodel. In ziekenhuizen met een driehoofdig bestuur kiezen raad van toezicht en raad van bestuur niet voor een model zonder voorzitter.⁷⁰ Het voorzitterschap is een rol die ‘zwaarder’ of ‘lichter’ ingevuld kan worden. Zodra deze roltitel gebruikt wordt, heeft dat een bepaalde connotatie, of de direct betrokkenen dat nu willen of niet. De grotere omvang van het team heeft mogelijk ook invloed op de rollen en rolinvullingen. Wordt bijvoorbeeld de rol van de voorzitter daardoor prominenter of juist niet? En, gezien de focus van dit onderzoek, welke betekenis heeft een (groter) bestuursteam bij bestuurswisselingen?

68] De registratie wordt bijgehouden door dev organisatieadviseurs. Samen met collega’s schreef ik er twee papers over. Daarom spreek ik in dit hoofdstuk over ‘we’ en ‘onze’.

69] Vanuit onze adviespraktijk weten we dat er meer bestuurders zijn die dit model nastreven. Ze stuiten dan vaak op hun raad van toezicht die terugschrikken voor een bestuursmodel zonder voorzitter. Een model zonder voorzitter wordt ook wel een ‘collegiaal model’ genoemd. Deze benaming is echter verwarrend. Elk bestuursteam is immers collegiaal, in die zin dat elk van de bestuurders statutair verantwoordelijk is. Zie ook 2.2.2.

70] In de ouderenzorg zien we wel driehoofdige bestuursteams zonder voorzitter.

Figuur 5 Aantal bestuurswisselingen in de periode 2010-2022



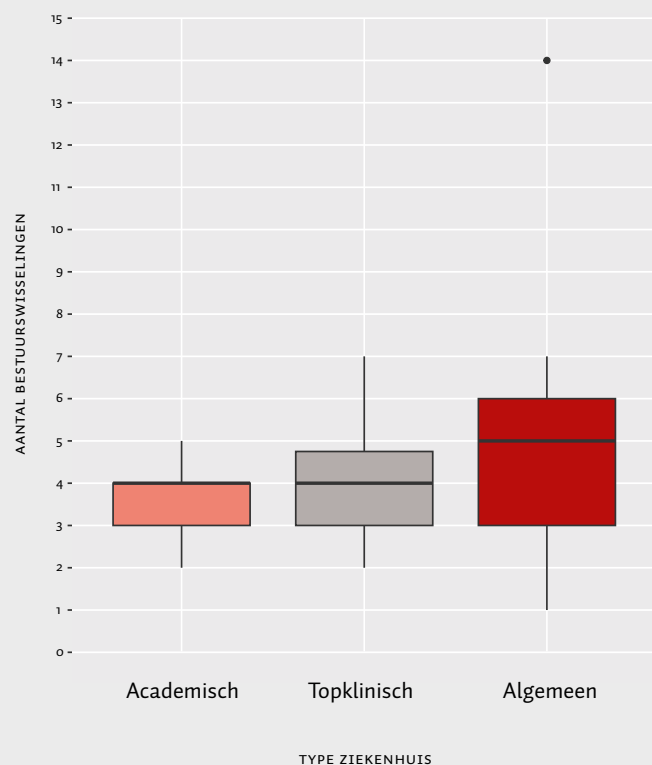
5.2 AANTALLEN EN FREQUENTIE BESTUURSWISSELINGEN

In de Nederlandse ziekenhuizen vinden er in de periode 2010 tot eind 2022 in totaal 682 bestuurswisselingen plaats. Dit komt neer op bijna 52 bestuurswisselingen per jaar, een gemiddelde van 9,2 wisselingen per ziekenhuis in 13 jaar tijd.

Er zijn grote verschillen tussen de ziekenhuizen, zoals in figuur 5 te zien is. In 23 ziekenhuizen waren er meer dan 10 bestuurswisselingen. Daarvan hadden 3 zelfs respectievelijk 18 (een algemeen ziekenhuis), 19 (een topklinisch ziekenhuis) en 20 (een academisch ziekenhuis) bestuurswisselingen. De grafiek laat ook de andere kant zien: in dezelfde periode waren er ook 3 ziekenhuizen met slechts 1, 2 of 3 bestuurswisselingen. In de meeste ziekenhuizen (51) vonden tussen 3 en 10 bestuurswisselingen in (deze) 13 jaar plaats.

De gevonden verschillen tussen de ziekenhuizen hangen uiteraard samen met de omvang van de raad van bestuur. Zo zijn er in de academische ziekenhuizen relatief de meeste bestuurswisselingen. Op één uitzondering na zijn er tussen de academische ziekenhuizen geen grote verschillen in aantallen bestuurswisselingen. Bij de topklinische- en algemene ziekenhuizen is de variatie groter. Figuur 6 illustreert dat. Zo varieert bij de academische ziekenhuizen in 13 jaar tijd het aantal bestuurswisselingen per bestuurszetel tussen 3 en 4, bij

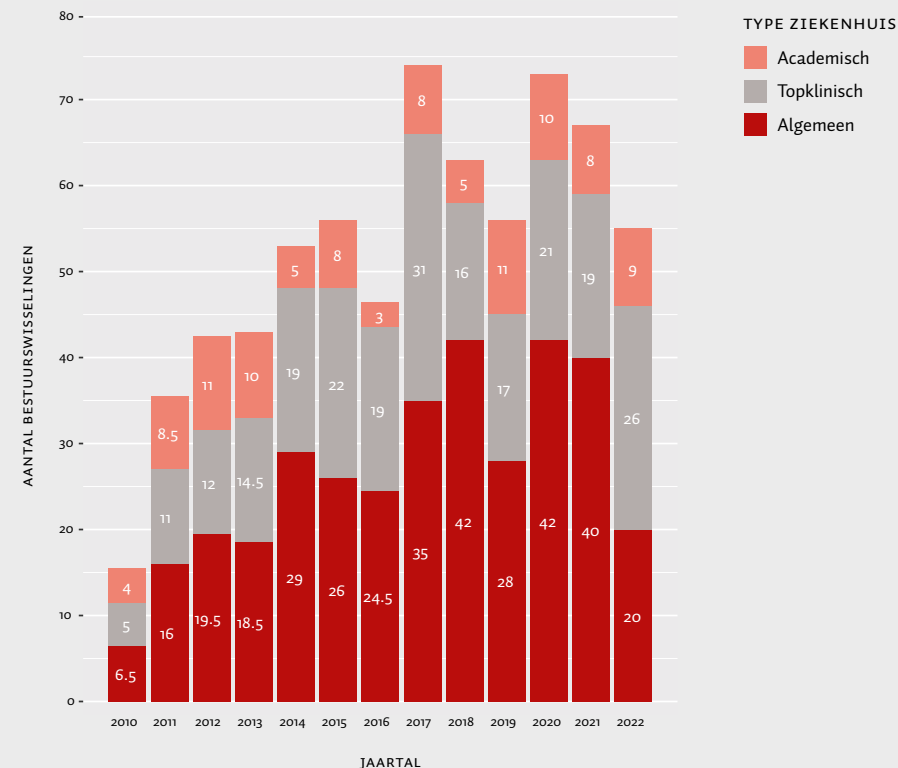
Figuur 6 Aantal bestuurswisselingen per bestuurszetel in de periode 2010-2022



de topklinische ziekenhuizen tussen 3 en 4,8 en bij de algemene ziekenhuizen tussen 3 en 6. De zwarte lijn geeft de mediaan weer.

Neemt het aantal bestuurswisselingen in de ziekenhuizen tussen 2010 en 2023 toe? Uit figuur 7 blijkt dat dit het geval is: van (afgerond) 16 in 2010 naar 58 in 2022. Dat blijkt een significante maar geen gelijkmatige toename. In de tussenjaren, bijvoorbeeld in 2017 en 2020, zijn er ineens pieken van 74 en 73 bestuurswisselingen. In het beginjaartal van onze registratie 2010 waren er dus 16 en in het jaar daarop 36. Dus ja, er wordt meer gewisseld maar dat hangt ook samen met de toename van het aantal bestuurszetels en de omvang van de raden van bestuur, zoals we eerder zagen.

Figuur 7 Ontwikkelingen in aantallen bestuurswisselingen



Beschouwing

In de ziekenhuiswereld heerst de overtuiging dat er ‘de laatste jaren veel meer bestuurswisselingen plaatsvinden’.⁷¹ De cijfers bevestigen dit, maar laten een genuanceerd beeld zien. Er wordt weliswaar meer gewisseld in besturen van Nederlandse ziekenhuizen, maar de schommelingen zijn dusdanig dat we niet kunnen spreken van een gestage toename. Bovendien zijn meer bestuurswisselingen een logisch gevolg van de toename van het aantal bestuurszetels.

De getallen zeggen het volgende over de relevantie van bestuurswisselingen. Allereerst is de simpele maar daarom niet minder relevante conclusie dat er regelmatig wordt gewisseld. Dat betekent onder andere dat besturen vaak te maken hebben met veranderingen. En dat een bestuurswisseling een reguliere en geen incidentele taak is voor de raad van toezicht.

⁷¹] In de gesprekken met de focusgroepen kwam deze veronderstelling expliciet terug.

In hoofdstuk 3 besprak ik de vraag of ‘veel’ of ‘weinig’ bestuurswisselingen in het algemeen te beantwoorden is. Daar bleek dat organisaties in stabiele omgevingen zich meer bestuurswisselingen kunnen permitteren omdat bestuurders er sneller ingewerkt zijn dan in turbulente omgevingen (Luciano, 2020). Gezien de ontwikkelingen in de ziekenhuissector, beschreven in hoofdstuk 2, is de omgeving van ziekenhuizen eerder turbulent dan stabiel te noemen. Maar naar verwachting neemt het aantal bestuurswisselingen in de ziekenhuizen verder toe.⁷² Een nader te beantwoorden vraag is hoe beide zich tot elkaar verhouden: een toename van turbulentie én snellere wisselingen in het bestuursteam. Zijn bijvoorbeeld bestuur en toezicht hier voldoende op voorbereid omdat ze sneller meer leren van eerdere bestuurswisselingen?

Verder werden twee veronderstellingen niet door de cijfers bevestigd. Allereerst blijkt dat de invoering van de WNT in 2015 (zie 1.3.3) niet leidde tot minder bestuurswisselingen. De veronderstelling was dat bestuurders in 2015 en 2016 niet zouden overstappen, omdat ze dan te maken zouden krijgen met de financieel minder gunstige WNT-voorwaarden. Daarnaast werd duidelijk dat ook de coronapandemie geen invloed had op het aantal bestuurswisselingen.⁷³

5.3 ZITTINGSPERIODE VAN EEN BESTUURSTEAM

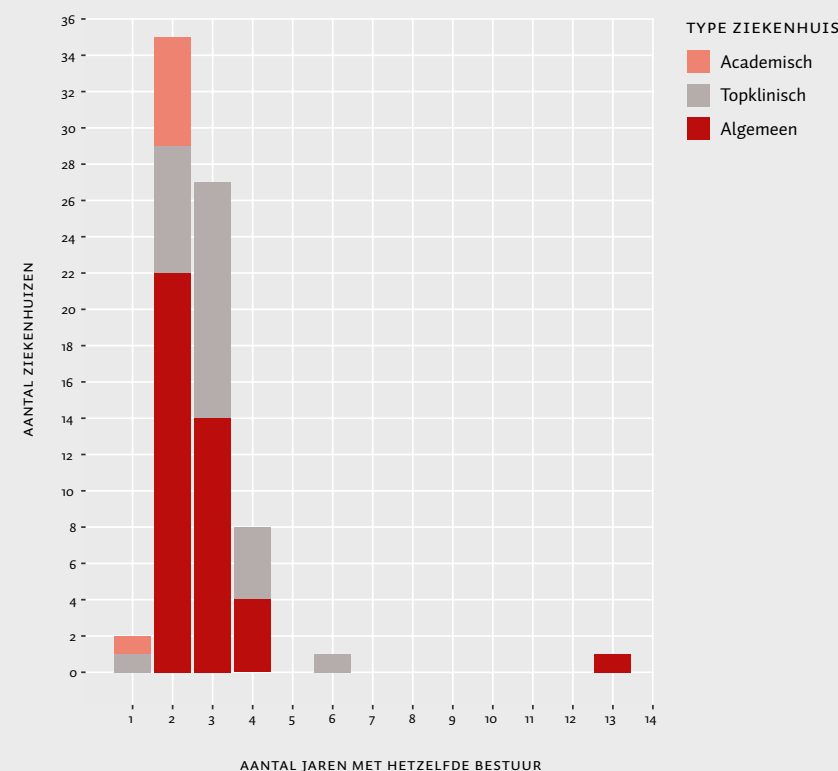
Als we dieper in de cijfers duiken is te zien hoelang een bestuur in ongewijzigde samenstelling een ziekenhuis bestuurt. Gemiddeld is de zittingsperiode van een bestuur in ongewijzigde samenstelling 2,7 jaar in de periode 2010-2022.⁷⁴ Samengevat zeggen de cijfers van figuur 8 verder het volgende: in bijna alle academische ziekenhuizen was de gemiddelde periode dat een bestuur in dezelfde samenstelling het ziekenhuis bestuurde ongeveer 2 jaar. Bij de topklinische ziekenhuizen is het tussen de 3 en 4 jaar. In de meeste algemene ziekenhuizen (22) is 2 jaar de gemiddelde periode dat een bestuursteam samen bestuurt. We zien enkele uitschieters zowel aan de onderkant (ziekenhuizen waar bestuurders samen korter dan één jaar zaten) als aan de bovenkant (een topklinisch ziekenhuis met een gemiddelde zittingsduur van 6 jaar en 1 ziekenhuis met gedurende 13 jaar een eenhoofdig bestuur).

72] De jaren 2023 en 2024 vallen buiten dit onderzoek maar dev organisatieadviseurs blijft de bestuurswisselingen bijhouden. In 2023 blijken er 80 bestuurswisselingen te zijn geweest en in 2024 staat de teller tot en met juni 2024 op 48. Geëxtrapoleerd zou dit eind 2024 neerkomen op 96. Het hoogste aantal sinds we starten met registreren.

73] In 2010 en 2011 vonden er respectievelijk 15 en 35 plaats. In de jaren tussen 2014 en 2023 schommelt het aantal wisselingen tussen 53 en 64, met in 2017 en 2020 de uitschieters: respectievelijk 74 en 73. De coronapandemie heerste van 2020 tot 2022.

74] Let wel: we hebben een knip gezet bij 2010 en 2023. Een aantal bestuurders was al in functie vóór 2010 en een aantal was en is dat vanaf 2023 nog steeds. Dus het gemiddelde van 2,7 is waarschijnlijk iets hoger.

Figuur 8 Gemiddeld aantal jaren met hetzelfde bestuur



We hebben ook in beeld gebracht hoelang een van de bestuurszetels vacant was. Uit onze eerste analyse in 2020 bleek dat over de periode 2010 tot en met 2022 de gemiddelde volledige bezetting van de bestuurszetels 8 jaar was. Met andere woorden: 3 van de 11 jaar was 1 van de bestuursfuncties vacant. Nog concreter, een ziekenhuis met een tweehoofdig bestuur werd gemiddeld 3 van de 11 jaar bestuurd door 1 bestuurder. Bij deze berekening hadden we de interim-bestuurders die korter dan een jaar in functie waren niet meegeteld.⁷⁵ In onze tweede analyse in 2022 – over de gehele periode van 13 jaar – hebben we dat wel gedaan. Dat leek ons bij nader inzien, ook vanuit het perspectief van de continuïteit van het bestuur, correcter. Toen bleek dat de periode met een volledige bezetting van de bestuurszetels gemiddeld 11,2 jaar was, nu dus in 13 jaar tijd. Dat betekent een onvolledige bezetting van gemiddeld 1,8 jaar. Dus

75] We maken in onze registratie en berekeningen een onderscheid tussen interim-bestuurders die korter en langer dan een jaar in functie van betreffend ziekenhuis zijn. Diegenen die korter blijven tellen we niet mee als een bestuurswisseling, diegenen die langer blijven wel. Zie bijlage 2. In de volgende paragraaf ga ik inhoudelijk nader in op interim-bestuurders.

een ziekenhuis met een tweehoofdig bestuur werd bijvoorbeeld 20 maanden van 13 jaar door 1 bestuurder bestuurd.

Beschouwing

De geleidelijke toename van het aantal bestuurswisselingen heeft consequenties voor de tijd dat een bestuur in dezelfde samenstelling bestuurt. Daarin zijn de verschillen tussen de ziekenhuizen groot. In de grotere bestuursteams, zoals in de academische ziekenhuizen, gebeurt dat uiteraard vaker dan in een tweehoofdig bestuur. Dit betekent dat meer bestuurders in een kortere tijd aan elkaar moeten wennen om een effectief team te gaan vormen. Aan de andere kant is de impact van een bestuurswisseling in een tweehoofdig bestuur groter dan in een vier- of vijfhoofdig team. Voeg daarbij de uitkomst dat er rondom bestuurswisselingen meestal een periode is waarin niet elke bestuurszetel bezet is, dan leggen wisselingen druk op het bestuursteam.

5.4 INTERIM-BESTUURDERS EN INTERNE BENOEMINGEN

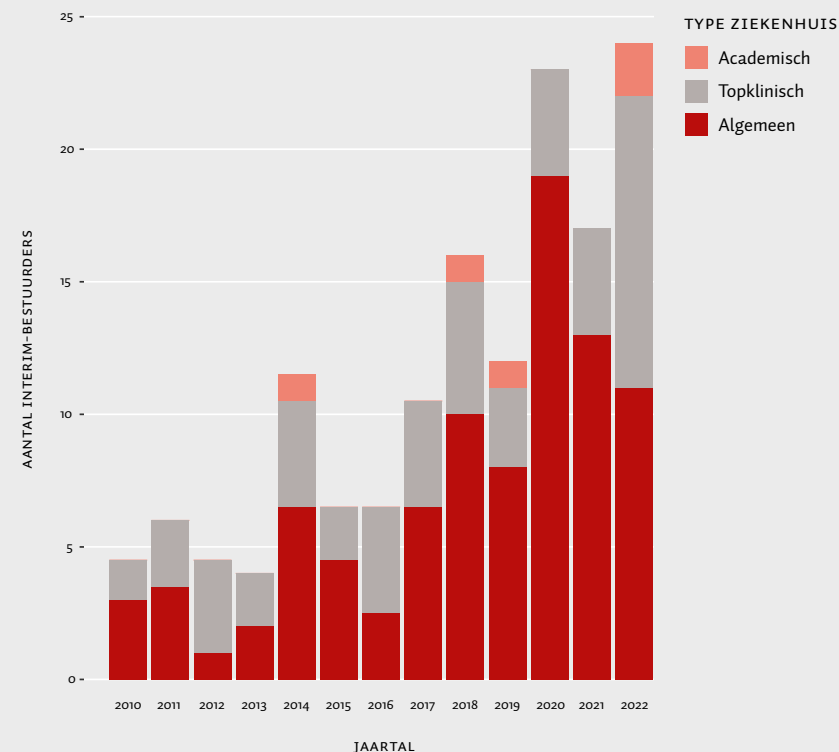
In de periode 2010-2022 hebben in totaal 136 *interim-bestuurders* ziekenhuizen (mee)bestuurd. Op (gemiddeld) 186 bestuurszetels is dat 6 procent. In figuur 9 is de trend te zien van de inzet van interim-bestuurders. In 2010 waren dat er (afgerond) 5 en in 2014 was er een piek van (afgerond) 12. Vanaf 2016 neemt het aantal interim-bestuurders schoksgewijs en significant toe. In de laatste 6 jaar verdubbelt het aantal interim-bestuurders dat ingezet wordt in de Nederlandse ziekenhuizen van 12 in 2018 naar 24 in 2022.

Zoals gezegd maken we een onderscheid tussen interim-bestuurders die korter dan een jaar aan het ziekenhuis verbonden zijn en interim-bestuurders die langer dan een jaar blijven. Alleen de laatsten namen we mee in de berekening van het aantal bestuurswisselingen en de bezetting van bestuurszetels. Als we de interim-bestuurders uitsplitsen naar de tijd dat ze verbonden zijn aan een ziekenhuis, waren er 51 korter en 85 langer dan een jaar in functie bij één ziekenhuis (in de periode 2010-2022).⁷⁶

25 van de 682 bestuurswisselingen waren zogenaamde interne benoemingen, waarbij iemand van binnen de organisatie bestuurder wordt. In 13 jaar tijd waren er in de 8 (later 7) academische ziekenhuizen 10 interne benoemingen en in de andere 67 ziekenhuizen 15. In totaal werd dus nog geen 4 procent van de bestuurders vanuit de eigen gelederen van het ziekenhuis benoemd. De benoemingen in de academische centra betreffen directeurs van divisies of

⁷⁶ De WNT heeft specifieke regels voor interim-bestuurders. Zo mag in de eerste 12 maanden een afwijkende (hogere) vergoeding dan de reguliere WNT worden betaald.

Figuur 9 Ontwikkeling in aantal interim-bestuurders



medische afdelingshoofden. Van de 100 benoemingen in deze ziekenhuizen kwam 10 procent van intern. De managers uit de topklinische en algemene ziekenhuizen stromen zelden door naar het bestuur in het eigen ziekenhuis. Daar wordt slechts 2,6 procent vanuit interne geleidingen benoemd. Ook stromen de managers uit deze ziekenhuizen maar mondjesmaat door naar bestuursfuncties in andere ziekenhuizen. Voor stafvoorzitters geldt dat ook zij zelden in het eigen ziekenhuis tot bestuurder worden benoemd, maar zij maken wel meer kans dan managers op een bestuurszetel in andere ziekenhuizen.

Beschouwing

Raden van toezicht kiezen kennelijk vaker voor een interim-oplossing. We zagen in hoofdstuk 3 dat de motieven hiervoor verschillen en dat dit 'soorten' interim-bestuurders oplevert. De uitkomsten van ons onderzoek lijken dat te bevestigen. Zo stellen raden van toezicht waarschijnlijk interim-bestuurders aan ter overbrugging, omdat ze geen vacante bestuurszetel willen. Vaak is een dergelijke

interim-periode relatief kort. Een ander motief kan zijn dat er drastische ombuigingen moeten plaatsvinden. Door de impopulariteit die met dergelijke opdrachten gepaard gaat kunnen deze beter door een tijdelijke dan een vaste bestuurder worden uitgevoerd. Dit soort interim-opdrachten duurt meestal langer dan een jaar. Ook tijd nemen voor bezinning op het bestuursmodel – soms na negatieve ervaringen met eerdere bestuurswisselingen – kan een motief zijn om voor een interim-bestuurder te kiezen.

Uitkomsten van eerdere onderzoeken waarschuwen voor de risico's van interim-bestuurders (Mooney, 2021, Witvliet 2005). Het is meestal een ingrijpende oplossing. Wegen de discontinuïteit, de extra wisseling in het bestuursteam en de materiële kosten op tegen de verwachte opbrengst? Naast het beantwoorden van deze vraag is ook nader onderzoek nodig naar de rol van interim-bestuurders in het bestuurswisselingsproces. Hoe komt bijvoorbeeld hun opdracht tot stand? Als overbrugging het motief is, wat moet er dan precies worden overbrugd? Dat kan de voortgang van bepaalde processen zijn, of het onderhouden van de relaties met de partijen. Dergelijke kwalitatieve vragen over interim-bestuurders komen in de volgende twee hoofdstukken aan bod.

De cijfers over de interne benoemingen onderbouwen wat daarover in hoofdstuk 2 werd gezegd: er lijkt een glazen plafond te zijn voor managers en stafvoorzitters van de algemene en topklinische ziekenhuizen om in het eigen ziekenhuis door te stromen naar het bestuur. Deze ziekenhuizen lijken dus niet te investeren in ‘eigen kweek’. Interne procedures vragen om nog meer zorgvuldigheid dan externe. Bij een afwijzing moeten deze kandidaten namelijk door in het eigen ziekenhuis, of getalenteerde managers en stafvoorzitters vertrekken. De meeste Nederlandse ziekenhuizen bouwen echter geen routine op met interne procedure.

5.5 INDIVIDUELE ZIEKENHUISBESTUURDERS

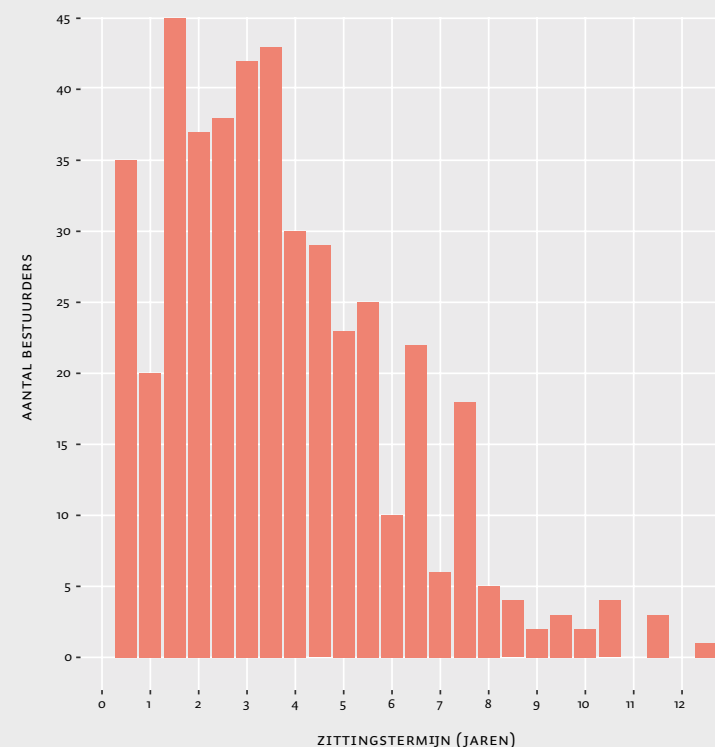
Individuele zittingstermijnen⁷⁷

Bestuurderswisselingen vormen de basis voor bestuurswisselingen. We zagen de laatste toenemen dus de duur van de zittingstermijnen van individuele bestuurders neemt af. In figuur 10 is te zien dat het merendeel in de periode 2010-2022 minder dan 5 jaar verbonden was aan 1 ziekenhuis. Dat betekent een gemiddelde zittingstermijn van 3,5 jaar.⁷⁸

⁷⁷ Ik gebruik de term ‘zittingstermijn’ hier zoals die ook in de literatuur gebruikt wordt, namelijk de periode dat een bestuurder een bepaalde bestuurszetel bezet. In de Nederlandse situatie wordt een zittingstermijn ook wel opgevat als de formele termijn van (twee keer) vier jaar die voor veel ziekenhuisbestuurders geldt.

⁷⁸ In dit geval werden alle ziekenhuisbestuurders meegerekend, dus zowel diegenen die korter en langer dan een jaar aan een ziekenhuis verbonden waren, inclusief de interim-bestuurders. Hier is namelijk de individuele bestuurder de eenheid van onderzoek en niet de bestuurswisselingen of bestuursteams. Ook hier geldt de kanttekening dat we een knip hebben gezet bij 2010 en 2022. Een aantal bestuurders was al in functie vóór 2010 en een aantal was en is dat vanaf 2023 nog steeds. Dus de gemiddelde zittingstermijn van 3,5 jaar ligt waarschijnlijk iets hoger.

Figuur 10 Zittingsperiode individuele bestuurders

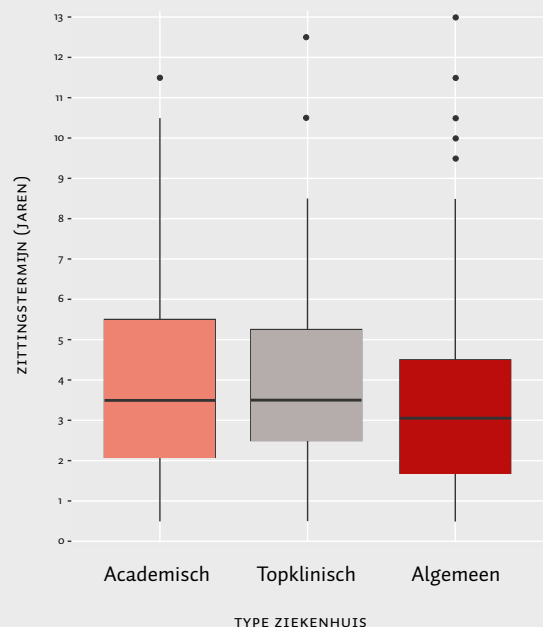


De zittingstermijnen van ziekenhuisbestuurders laten een grote spreiding zien, (logischerwijs) vooral als ze langer dan 5 jaar aan een ziekenhuis verbonden zijn. Dat geldt vooral voor de algemene ziekenhuizen (waar er ook de meeste van zijn). Desalniettemin is het waarschijnlijk dat de ziekenhuisbestuurders die in 2023 aantreden korter aan betreffend ziekenhuis verbonden zullen blijven dan hun collega's die in 2010 aantraden. Daarmee volgen ze een trend die zich ook in de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk aftekent. Zoals we in hoofdstuk 3 zagen daalden de zittingstermijnen van ziekenhuisbestuurders tussen 2014 en 2018 daar tot gemiddeld drie jaar (Anandaciva, 2018, Hearld 2019).⁷⁹

Tussen de categorieën ziekenhuizen zijn er geen significante verschillen in zittingstermijnen. Bij de academische ziekenhuizen zijn deze iets langer

⁷⁹ Zie 3.2.3.

Figuur 11 Zittingsperioden bestuurders, uitgesplitst naar categorieën ziekenhuizen



dan bij de topklinische ziekenhuizen; bij de algemene ziekenhuizen zijn de zittingstermijnen relatief het kortst (zie figuur 11).

De invloed van persoons- en rollenmerken

Aan het begin van ons onderzoek in 2020 vroegen we ons af of er een relatie is tussen individuele kenmerken van bestuurders en bestuurswisselingen. Daarom registreren we de volgende gegevens: man/vrouw, leeftijd, opleidingsachtergrond en de sector waaruit ze kwamen voor ze ziekenhuisbestuurder werden. We zijn voorzichtig met het trekken van conclusies over de uitkomsten omdat het relatief kleine aantallen betreft in een relatief korte periode.⁸⁰

Wat betreft de rollen in het bestuur lijken de voorzitters een langere zittingstermijn te hebben dan de leden van de raad van bestuur. De extremen buiten beschouwing gelaten (de zwarte stippen in figuur 12) bewoog de zittingstermijn van voorzitters zich tussen 2,5 en 5,5 jaar en die van leden tussen de 1,5 en 4,5 jaar.

80] Een andere reden voor voorzichtigheid is dat ziekenhuizen de eenheid van analyse is. De data op dit 'niveau' zijn niet altijd een-op-een naar individuele bestuurders te vertalen. Ook is de informatie over de achtergronden van bestuurders niet altijd beschikbaar en/of betrouwbaar vanuit openbare bronnen.

Figuur 12 Zittingsperiode in relatie tot rol in de raad van bestuur



Als we vervolgens kijken naar andere achtergronden die mogelijk van invloed zijn op de zittingstermijn geeft dat de volgende uitkomsten. In de periode 2010-2022 blijven mannelijke bestuurders iets langer in functie dan vrouwelijke. In de cijfers van de laatste 3 jaar zien we geen verschillen meer tussen mannelijke en vrouwelijke bestuurders qua zittingstermijnen.

Ook de sectoren waar de bestuurders vandaan komen lijkt geen invloed te hebben op de zittingstermijnen.⁸¹ In onze adviespraktijk zien we regelmatig dat bestuurders afkomstig uit andere sectoren het lastiger hebben dan bestuurders die uit de ziekenhuissector komen. De cijfers bevestigen, noch logenstraffen dergelijke praktijkervaringen. Ziekenhuisbestuurders afkomstig uit andere sectoren blijken bijvoorbeeld geen kortere zittingstermijn te hebben.

Vergelijken we bestuurders met een zorginhoudelijke opleiding – medisch-specialistisch, verpleging of anderszins – met bestuurders met een economische of bedrijfskundige opleiding dan blijken de eersten een iets langere

81] Het merendeel van de 682 benoemingen betreft bestuurders uit de zorg. Dat kan een ziekenhuis zijn of uit een andere gezondheidszorgsector. Het andere deel komt uit het bedrijfsleven (133), de overheid (11) of overige sector. In 36 gevallen is het onbekend waar de bestuurder vandaan kwam.

zittingstermijn te hebben. Maar zoals voor alle in deze alinea genoemde tendensen geldt, zijn de aantallen te klein en is de periode te kort om er conclusies aan te verbinden.

Tot slot kunnen we op basis van de cijfers iets zeggen over hoe vaak iemand uit het ziekenhuis zelf doorstroomde naar een bestuursfunctie. Het thema van interne mobiliteit is in het kader van dit proefschrift interessant. Uit hoofdstuk 3 bleek namelijk dat er in de opvolgingsliteratuur veel aandacht is voor het thema ‘in- en outsiderism’, terwijl ik in hoofdstuk 2 constateerde dat er in de ziekenhuizen weinig interne benoemingen lijken plaats te vinden. De cijfers bevestigen deze bevinding. In periode 2010-2022 werd er 26 keer een bestuurder vanuit het ziekenhuis zelf benoemd. Dat was of een manager die doorstroomde of een stafvoorzitter die bestuurder werd in haar of zijn haar ziekenhuis. Op 682 bestuurswisselingen is dat nog geen 4 procent.

Beschouwing

In deze paragraaf ging het over *bestuurderswisselingen*. We zagen dat de duur van de individuele zittingstermijnen in de Nederlandse ziekenhuizen – gemiddeld 3,5 jaar – gunstig afsteekt tegen die van hun collega’s in het VK en de VS – gemiddeld rond de 3 jaar. Onze vraag was of hun achtergrond een voorspellende waarde had voor de duur van hun zittingstermijn. Dat lijkt niet het geval. Althans niet op basis van de getallen die we tot nu toe verzamelden. Over het algemeen worden de zittingstermijnen wel korter.

Deze cijfers bevestigen de eerdere bevinding dat nieuwe bestuurders redelijk snel het ziekenhuis, met zijn specifieke context en in- en externe dynamiek, moeten leren kennen. En dat is verre van eenvoudig. Zeker niet als ze van buiten de sector komen. Dit zou een aanleiding kunnen zijn om een van de bestuurders vanuit het eigen ziekenhuis te benoemen. De cijfers laten echter zien dat dat maar sporadisch gebeurt. De vraag hoe dit meespeelt bij bestuurswisselingen komt mogelijk bij de casestudie en de focusgroepen aan de orde.

5.6 CONCLUSIES

Het populatieonderzoek heeft een aantal functies. Het biedt een referentiekader, voedt en ondersteunt het kwalitatieve deel en bevestigt een aantal theoretische inzichten. Deze cijfers geven vooral aanleiding voor verdiepend onderzoek, waarvan ik in de volgende hoofdstukken verslag doe. Ik concretiseer dit met onderstaande conclusies.

Bestuurswisselingen: regulier en onregelmatig

Bestuurswisselingen zijn onregelmatige processen, af te leiden uit de verschillende aantallen bestuurswisselingen in de loop van de dertien jaar. Maar ze zijn ook regulier: ze komen niet incidenteel voor, maar frequent. Ze zijn voortdurend latent aanwezig, want in een meerhoofdig bestuur is er altijd wel iemand net aangesteld of maakt aanstalten te vertrekken. Het reguliere karakter van bestuurswisselingen betekent voor toezichthouders dat het een taak is die structureel aandacht vraagt.

Fluïditeit van bestuursteams

De omvang van bestuursteams en het aantal bestuurswisselingen in ziekenhuis-Nederland nemen toe. Daardoor wordt de tijd dat een bestuur in dezelfde samenstelling bestuurt korter. Eerder in dit proefschrift beschreef ik de zwaarder wordende bestuurlijke opgaven van ziekenhuizen en het daaraan gerelateerde belang van het bestuur als team. Hoe kijken de betrokken partijen naar het bestuur als team? En welke gevolgen heeft de kortere periode dat bestuurders samen een bestuursteam vormen voor de onderlinge verhoudingen en de rolverdeling in het bestuursteam?

De frequentie waarin een bestuur van samenstelling verandert doet ertoe. Veel bestuurderswisselingen kunnen leiden tot discontinuïteit in het bestuursbeleid. Zeer lange zittingstermijnen juist tot bestuurlijke inertie. In de ziekenhuizen heet het dan dat een bestuur(der) over zijn ‘houdbaarheidsdatum’ is. Hoe de partijen de consequenties daarvan inschatten komt terug in de casestudie en de focusgroepen.

Meer interim-bestuurders, weinig interne benoemingen

Steeds vaker kiezen ziekenhuizen voor een interim-oplossing bij een bestuurswisseling. We zagen in hoofdstuk 3 dat afhankelijk van de motieven voor het inschakelen van interim-bestuurders er sprake is van verschillende ‘soorten’ interim-bestuurders. De uitkomsten van dit hoofdstuk laten zien dat de meeste interim-bestuurders langer dan een jaar verbonden zijn aan een ziekenhuis. Ze worden mogelijk ingehuurd om lastige veranderingen door te voeren. De interim-bestuurders die minder dan een jaar blijven worden misschien ter overbrugging ingehuurd, zonder specifieke verander-opdracht. Tijd inbouwen om te reflecteren over het bestuursmodel of het verwerken van negatieve ervaringen met eerdere bestuurswisselingen kan ook een motief zijn, en dat leidt mogelijk tot aanstelling van weer een ander soort interimmer.

De exacte motieven zijn niet uit de cijfers af te leiden. Welke reden ook, een interim-bestuurder aanstellen is een ingrijpende en dure oplossing. Het brengt discontinuïteit, een extra wisseling in het bestuursteam en hoge kosten

met zich mee. Het is de vraag of deze opwegen tegen de opbrengsten. Stellen opdrachtgevers zich deze vraag? De uitkomsten van dit hoofdstuk roepen ook andere vragen op. In de kern komen deze neer op: maken interim-bestuurders hun rol als wegbereider voor een vaste bestuurder waar? Dergelijke kwalitatieve vragen naar de betekenis van interim-bestuurders en -periodes komen in de volgende twee hoofdstukken aan bod.

Met slechts 4 procent van het totaal aantal bestuurswisselingen blijken interne benoemingen geen gewoonte. De academische ziekenhuizen vormen hierop een uitzondering; daar komt 10 procent van de bestuurders uit de eigen geledingen. Wordt in de andere ziekenhuizen niet geïnvesteerd in managers en stafvoorzitters om in het eigen ziekenhuis door te dringen tot de raad van bestuur? In ieder geval bouwen ze geen routine op in de extra zorgvuldigheid die interne procedures vragen.

In het volgende hoofdstuk doe ik verslag van het tweede empirische deel, de casestudie. Door de bestuurswisselingen in één ziekenhuis in dertien jaar tijd te onderzoeken krijgen (ook) de maten en getallen van dit hoofdstuk meer betekenis.

6

BESTUURSWISSELINGEN IN ÉÉN ZIEKENHUIS: DISCONTINUÏTEIT EN STABILITEIT

INLEIDING

“Ik heb in twintig jaar tijd achttien bestuurders meegemaakt”, verzucht een van de geïnterviewden uit het ziekenhuis waar deze casestudie plaatsvond. Dat bestuurswisselingen ingrijpende gebeurtenissen zijn in de historie van een ziekenhuis blijkt ook in deze casus. Ik beschrijf en duid hoe in dit ziekenhuis de bestuurswisselingen in de periode van 2008 tot 2022 verliepen.⁸² We zullen zien hoe de processen in dit ‘Gewone Stadsziekenhuis’, het GSZ, cumuleren in het aftreden van de ene bestuurder en het aantreden van de volgende.⁸³

Na een introductie van het ziekenhuis in de eerste paragraaf (6.1), beschrijf ik globaal de bestuurswisselingen die plaatsvonden van 2000 tot 2008. In de volgende paragraaf komen de wisselingen van 2008 tot en met 2022 gedetailleerd aan de orde (6.2). Daarna geef ik de betrokken partijen en hun (rol)gedrag weer (6.3). In paragraaf 6.4 komt aan de orde hoe de partijen terugkijken op de bestuurswisselingen, mede in relatie tot de uitkomsten. Weliswaar door mij geredigeerd en geordend zijn tot dan toe de partijen zelf aan het woord geweest. In de laatste paragraaf trek ik conclusies over dit tweede empirische deel van het onderzoek (6.4).

6.1 TER INTRODUCTIE: HET GSZ

6.1.1 Het GSZ van 2000-2022

In grote lijnen beschrijf ik een aantal feitelijke ontwikkelingen in het GSZ in de periode 2000-2022. Een samenvattend overzicht in een tijdlijn is te vinden aan het eind van de paragraaf.

Strategie en (locatie)profilering

Het ziekenhuis heeft drie locaties: een hoofdlocatie, een locatie met een electieve functie en een poliklinische locatie. Qua omvang is het een middelgroot ziekenhuis met een breed profiel en een aantal specialisaties met een opleidingserkenning. Het ziekenhuis staat in een ‘volle’ regio. Zowel wat betreft de curatieve zorg (andere ziekenhuizen en revalidatiecentra) als ouderenzorg, psychiatrie en gehandicaptenzorg bevinden de meeste andere zorgaanbieders zich in een straal van twintig kilometer rond het ziekenhuis.

⁸²] Bijlage 3 bevat achtergrondinformatie behorend bij dit hoofdstuk. 2.A is het document dat naar de geïnterviewden is gestuurd met het interviewprotocol, in 2.B staan de codenamen van de (19) geïnterviewden, in 2.C de geraadpleegde documenten.

⁸³] Het GSZ is de codenaam voor het ziekenhuis waar de casestudie plaatsvond.

Zoals veel ziekenhuizen in Nederland is het GSZ in de negentiende eeuw ontstaan uit een kerkgemeenschap. De verpleegsters van destijds waren vrouwen met een religieuze achtergrond die het verplegen als liefdeswerk verrichtten. De huidige configuratie van GSZ is begin deze eeuw ontstaan uit een fusie.

In hoofdstuk 2 is beschreven dat deze fusiegolf voortkwam uit hogere eisen aan het aantal verrichtingen van medische specialismen, de zogenaamde volumennormen. Ook bedrijfsmatige overwegingen om ziekenhuizen grootschaliger te organiseren speelden een rol. Een fusie brengt de herinrichting van de verschillende locaties met zich mee. Dergelijke locatieprofileringen zorgen vaak voor turbulente in- en externe dynamiek. Een duidelijke visie over de locatieprofielen geeft houvast aan een nieuwe bestuurder. Maar als deze ontbreekt geeft dat de nieuwe bestuurder ook ruimte. Met een eigen visie geeft deze dan meteen een visitekaartje af. We zullen zien hoe dit bij de bestuurswisselingen in het GSZ uitpakte.

Bestuurs- en organisatiestructuur

Het ziekenhuis heeft sinds eind vorige eeuw een tweehoofdige raad van bestuur. Rond 2005 besluit de raad van toezicht met een eenhoofdige bestuur verder te gaan. Een aantal directeuren versterkt de topstructuur en een intensievere samenwerking met de medische staf moet het gemis van een medicus in het bestuur compenseren. Na een jaar of drie kiest de raad van toezicht toch weer voor een tweehoofdige bestuursmodel. De aanleiding hiervoor is de financiële positie van het ziekenhuis.⁸⁴ Vanaf 2008 is het bestuur weer tweehoofdige.

Met elk nieuw bestuur dat aantreedt verandert ook de organisatiestructuur, gevolgd door wisselingen in de managementlaag. In de laatste bestuursperiode (2015-2021) is de organisatiestructuur omgebouwd naar een vijftal clusters, elk met een manager zorg & bedrijfsvoering en een medisch manager in de leiding.

Ontwikkelingen in de raad van toezicht

Een bestuurscrisis rond 2002 leidt tot het aftreden van een groot deel van de raad van toezicht, waaronder de voorzitter.⁸⁵ Een aangetrokken nieuwe voorzitter krijgt de opdracht een nieuwe raad van toezicht samen te stellen en de bestuurlijke stabiliteit te herstellen. De meeste leden van de raad van toezicht die in die periode zijn aangesteld maken hun maximaal toegestane zittingstermijn van acht jaar vol. Tussen 2010 en 2012 wisselt de raad van toezicht daardoor weer

⁸⁴] Bron: maatschappelijk verslag van 2007, p. 8. In die tijd werd een jaarverslag een maatschappelijk verslag genoemd. Vanaf 2011 zijn ziekenhuizen wettelijk verplicht jaarverslagen (onder die naam) te deponeren bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

⁸⁵] Het is niet meer precies te achterhalen waarom in 2004 bijna de voltallige raad van toezicht, inclusief de voorzitter, aftreedt. Naast de bestuurscrisis speelde ook de voorgenomen sluiting van een polikliniek en de SEH op een bepaalde locatie mee. Dat gaf veel commotie bij medisch specialisten, medewerkers én in de pers. Bron: interview met E1.

van samenstelling. Omdat het van buitenaf aantrekken van een nieuwe voorzitter niet lukt vragen de toezichthouders een lid voorzitter te worden. Deze man heeft een groot aantal zware politiek-maatschappelijke nevenfuncties, waardoor hij enigszins aarzelend het voorzitterschap aanvaardt. Hij draagt in 2017, dus na ongeveer vijf jaar, het voorzitterschap over.⁸⁶ In 2018 wordt de zittingstermijn van een lid van de raad van toezicht niet verlengd na zijn eerste termijn van vier jaar. We zullen zien welke invloed de wisselingen in de raad van toezicht, en vooral die van de voorzitter, hebben op de bestuurswisselingen.

Ontwikkelingen in de medische staf

De medische staf in het GSZ bestaat uit medisch specialisten in vrije vestiging en medisch specialisten die in dienst van het ziekenhuis zijn. Zoals in veel niet-academische ziekenhuizen is de verhouding ongeveer een kwart dienstverbanders en driekwart vrijgevestigde dokters. Samen vormen zij de medische staf. Daarnaast zijn tot 2015 de medisch specialisten in vrije vestiging verenigd in een aparte ‘stafmaatschap’.

In reactie op de integrale tarifiering van medisch-specialistische zorg in 2015 wordt ook in het GSZ een MSB opgericht: een medisch-specialistisch bedrijf waar alle medisch specialisten in vrije vestiging deel van uitmaken.⁸⁷ Dit betekent intensiever overleg tussen de raad van bestuur en de medisch specialisten, onder andere over het financiële verdienmodel. Aanvullend op het MSB verenigen medisch specialisten in vrije vestiging en dienstverband in het GSZ zich in 2017 in een federatie. Het bestuur ervan krijgt het mandaat om in een samenwerkingsverband met de raad van bestuur besluiten te nemen.

We zullen zien dat met name in de laatste bestuursperiode (2018 tot 2022) deze vorm van afstemming tussen de raad van bestuur en het geïntegreerde bestuur van de medische staf positief uitwerkt. De stafbestuurders hebben hierdoor strategische invloed. Anderzijds zijn zij hierdoor medeverantwoordelijk voor fundamentele keuzes. De raad van bestuur, en informeel ook de raad van toezicht, spreken hen daarop aan. De medisch managers krijgen in de clusterstructuur formele invloed naar ‘boven’ (het bestuur) en naar ‘beneden’ (de afdelingshoofden en de medisch specialisten). Deze nieuwe scharnierfunctie vinden de raad van bestuur en het stafbestuur zeer waardevol.⁸⁸ Hiermee participeert de medische staf zowel op strategisch als op tactisch niveau in de besturing van het ziekenhuis.

86] Bron: aanvullende schriftelijke informatie van Bz op het conceptverslag van de casestudie. Gezien zijn leeftijd ging hij bij zijn aantreden in 2013 uit van één termijn van vier jaar. Begin 2016 was hij bereid, op verzoek van A4, tot een verlenging met één jaar, “dit in het belang van de continuïteit”.

87] Zie 2.3.2.

88] Bronnen: interviews met A4 en A5, C2 en C3.

Kwaliteit van zorg en financiële positie

We zullen zien dat de periode 2000 tot 2010 in bestuurlijk opzicht turbulent is. Desalniettemin staat het ziekenhuis in dezelfde periode jarenlang in de top-tien van de ranglijst van ziekenhuizen in het *Algemeen Dagblad*.⁸⁹ Geleidelijk zakt het op deze lijst. In 2013 krijgt het ziekenhuis een accreditatie van het Nederlandse Instituut Accreditatie Ziekenhuizen (NIAZ).⁹⁰ Na een aantal calamiteiten op de OK, en wederom een periode van grote bestuurlijke onrust, plaatst de IGJ het ziekenhuis in 2015 onder verscherpt toezicht.

Vanaf 2003/2004 komt het GSZ financieel in zwaar weer terecht. Dat heeft zowel te maken met de fusie als met de intrede van marktwerking die voor meer financiële onzekerheid zorgt. De grotere ziekenhuizen hebben nog wel enig vlees op de botten maar voor een kleiner ziekenhuis als het GSZ is het moeilijk een stabiele financiële basis te creëren.⁹¹ Deze financiële kwetsbaarheid duurt voort tot 2009. Vanaf dan stijgt het vermogen gestaag maar het blijft lastig manoeuvreren tussen kortetermijninvesteringen en het op lange termijn benodigde kapitaal.

Als in de loop van 2014 ernstige gebreken op het gebied van kwaliteit van zorg aan het licht komen vraagt men – de IGJ, de raad van toezicht en de interim-bestuurder – zich af of er in de jaren daarvoor niet te weinig is geïnvesteerd in patiëntveiligheid en kwaliteit. Het bestuur dat in 2016 aantreedt en de raad van toezicht blijven tot 2019 bezorgd over de kwaliteit van zorg en de financiën. Pas vanaf 2020 is het GSZ weer financieel stabiel en zijn de kwaliteit en veiligheid van zorg op orde.⁹²

Tijdslijn

Deze schets geeft een beeld van de ontwikkelingen in het GSZ in de periode 2000-2022, die van invloed zijn op de wisselingen in het bestuur en vice versa. Samengevat zijn ze weergegeven in figuur 13.

89] Bron: jaarverslag 2010.

90] Het Nederlandse Instituut Accreditatie Ziekenhuizen heet vanaf 2020 Qualicor.

91] Jaarverslag 2007, p. 25: “Uit diverse externe benchmarks blijkt dat onze bedrijfsvoering efficiënt is ingericht en de productiviteit hoog is. De huidige bekostiging van de zorg is niet gunstig voor het GSZ. Hierdoor zijn wij moeilijk in staat de lage kostprijs die voortvloeit uit de hoge productiviteit en efficiency te gelde te maken voor de organisatie.”

92] Bron: jaarverslag 2020.

Figuur 13 Ontwikkelingen in GSZ in tijdlijn in periode 2000-2022

Profilering en strategie	Bestuurs- en organisatiestructuur	Medische staf	Kwaliteit en financiën	Raad van toezicht
2000-2007 7 WISSELENDE BESTUURDERS				
Fusie met naburig kleiner ziekenhuis	2-hoofdig bestuur met managers - Tussendoor (2005-2008) paar jaar eenhoofdig bestuur met directeuren	- VMS bestaat uit vrijgevestigd ($\frac{2}{3}$) deel en deel medisch specialisten in dienstverband ($\frac{1}{3}$) - In periode eenhoofdig bestuur intensievere samenwerking RvB - MS	- Financiële situatie onder druk, o.a. door fusie - Geen zicht op kwaliteit van zorg door ontbreken kwaliteitssysteem	- Na bestuurscrisis in 2004 stapte groot deel van RvT op, waaronder de voorzitter - Nieuw samengestelde RvT en voorzitter treden aan
2007-2014 BESTUURDERS A1 EN A2				
Zoeken naar locatieprofielen tussen hoofdlocatie en locatie in naburige stad	2-hoofdig bestuur; externe benoeming voor portefeuille bedrijfsvoering en interne benoeming: medisch specialist uit eigen geledingen voor zorgportefeuille	VMS wisselt formeel elke vier jaar van voorzitter, vóór 2007 is deze periode vaak korter; van 2007 tot 2012 en van 2012 tot 2017 waren er twee stafvoorzitters	- Basis gelegd voor een kwaliteitssysteem – en beleid - Financiële situatie verbeterd, het ziekenhuis komt uit de rode cijfers - In deze jaren in top 10 van AD-lijstje 'Beste ziekenhuis'	- RvT houdt vinger aan de pols wat betreft financiën - Omdat in 2004 deel van de RvT vernieuwd is, treedt dit deel na acht jaar af - In 2012 drie nieuwe leden RvT - Waarvan een lid in 2013 de nieuwe RvT voorzitter wordt
2014-2021 INTERIM-BESTUURDER A3 (2014-2015) BESTUURDERS A4 EN A5 (VANAF 2015)				
- In 2016 zoeken naar nieuwe strategie - In 2021 scherpere strategische keuzes	2017: vijf clusters met medisch managers naast managers bedrijfsvoering	2015: oprichting MSB 2017: Oprichting federatie met een geïntegreerd stafbestuur	- Calamiteiten brengen verwaarlozing kwaliteit van zorg aan het licht - Verscherpt toezicht IGJ in 2015 - In interim periode (2014/2015) neemt door investeringen in kwaliteit en aanpakken achterstallig onderhoud de druk op financiën weer toe	- Voorzitterswissel in 2017 - In 2020 treedt een lid na vier jaar af, een ander omdat de termijn van acht jaar erop zit; vervanging door twee nieuwe leden

6.1.2 Het voorspel: bestuurswisselingen in de periode van 2000 tot 2008

Rond de eeuwwisseling heeft het GSZ twee bestuurders. De ene heeft een medische achtergrond, de andere een bedrijfskundige achtergrond. De laatste is voorzitter van het bestuur en is met een zittingstermijn van ruim tien jaar de langstzittende bestuurder in het GSZ sinds tijden.⁹³ Als hij begin 2000 vertrekt benoemt de raad van toezicht de medicus in het bestuur tot voorzitter en trekken ze naast hem een bestuurder voor de bedrijfsvoering aan. Dit duo staat voor de ingewikkelde opgave de fusie, die alleen nog maar formeel was voltrokken, te effectueren. Intern zijn de raad van bestuur en het medisch stafbestuur het niet eens over de locatieprofilering. Bovendien zijn de financiële problemen groot. Onder deze druk ontstaan er problemen tussen de raad van bestuur en de medische staf, gevolgd in 2004 door het opzeggen van het vertrouwen in de raad van bestuur door het stafbestuur. De raad van toezicht besluit in eerste instantie een interim-bestuurder aan de raad van bestuur toe te voegen. De zittende bestuurders ervaren dit als een ondercuratelestelling en stappen op.⁹⁴

De in 2004 aangestelde interim-bestuurder gaat voortvarend te werk: hij ontwikkelt bouwplannen op basis van een visie op de twee locaties, stelt directeuren aan en moderniseert de organisatiestructuur. Na een jaar vertrekt deze interim-bestuurder en een vaste bestuurder, met een financieel-economisch en veranderkundig profiel, volgt hem op. Ik noem hem A-nul (A0).⁹⁵ A0 bouwt voort op de plannen van zijn voorganger met een integrale visie op het tweelocatiemodel. Hij zet een duidelijke koers uit en dat geeft houvast bij managers en de medische staf. De verdeeldheid over de invulling van de locaties blijft echter. Zijn bestuursperiode beslaat maar drie jaar en wordt ook nog onderbroken door zijn ziekte. In zijn laatste jaar spant A0 een juridische procedure aan tegen een maatschap die zich niet neerlegt bij de locatieprofilering. De rechter stelt het ziekenhuis in het gelijk. Een aantal geïnterviewden ziet dit als een belangrijk wapenfeit van A0. Later zal blijken dat dit conflict tussen het bestuur en deze maatschap nog lang doorwoekert, ook al bestaat het bestuur inmiddels uit andere personen. Tijdens de ziekteperiode van A0 wordt er weer een bestuurder ad interim aangesteld, deze keer met een medische achtergrond. Financieel zit het ziekenhuis nog steeds in zwaar weer en dus benoemt de raad van toezicht na het vertrek van A0 ook een interim-

⁹³ Het ziekenhuis dateert van halverwege de negentiende eeuw. Sindsdien zijn er verschillende bestuursmodellen en bestuurders geweest. Voor de bewering dat deze bestuurder de langstzittende bestuurder van het GSZ is geweest kan ik alleen voor de periode 1980 tot 2022 instaan.

⁹⁴ We zullen zien dat dit patroon zich herhaalt bij de overgang van bestuursperiode 1 naar 2. Ook dan stelt de raad van toezicht eerst een interim-bestuurder als derde bestuurder aan, waarna het bestuur na enige maanden alsnog vertrekt.

⁹⁵ 'A' zijn de bestuurders in dit verslag. De andere bestuurders in de periode voor 2008 heb ik geen code gegeven, maar omdat de erfenis van deze bestuurder (inhoudelijk en qua bestuursstijl) van invloed was op de latere bestuursperiodes heb ik hem A0 genoemd. Hij blijkt terugblikkend de enige bestuurder in het GSZ te zijn die tussen 2000 en 2022 afscheid neemt omdat hij de pensioengerechtigde leeftijd bereikt.

bestuurder met een financiële achtergrond. Tevens besluit de raad van toezicht het model met één bestuurder en drie directeurs weer te veranderen in een tweehoofdig bestuursmodel met managers.

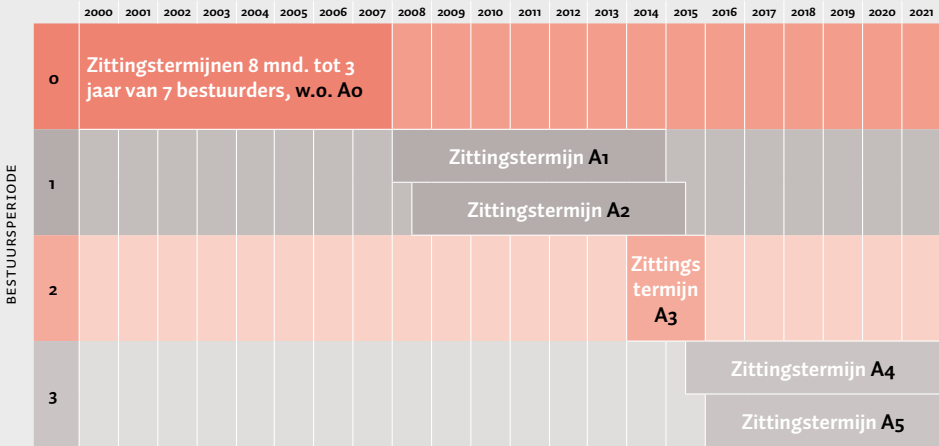
Terugkijkend kwamen en vertrokken er in het GSZ in acht jaar tijd (2000-2008) zeven bestuurders, waaronder drie ad interim. Hun zittingstermijnen varieerden van acht maanden tot drie jaar. Het ziekenhuis is dus toe aan bestuurlijke rust en er moet qua bouw, financiën en kwaliteit orde op zaken worden gesteld. Dat is de situatie waarin de raad van toezicht in 2008 op zoek gaat naar een nieuw bestuur.

In de volgende paragraaf beschrijf ik de bestuurswisselingen in het GSZ vanaf 2008, hieronder chronologisch samengevat.

- Tussen 2000 en 2008 wisselen zeven bestuurders elkaar af of functioneren naast elkaar, al dan niet op interim-basis.
- In 2008 treedt er een vaste bestuurder aan met een bedrijfsvoering achtergrond (A1)
- Begin 2009 aangevuld met een zorginhoudelijke bestuurder uit de eigen geledingen (A2).
- In 2014 wordt naast hen een interim-bestuurder aangesteld (A3).
- A1 en A2 vertrekken kort na elkaar; de een eind 2014, de ander begin 2015.
- Eind 2015 komt er weer een vaste bestuurder (A4) die, samen met een tweede bestuurder in 2016 (A5), het ziekenhuis bestuurt tot eind 2022.⁹⁶

96] De casestudie loopt tot eind 2022. Op dat moment zijn A4 en A5 nog de bestuurders van het ziekenhuis.

Figuur 14 Schematische weergave in bestuursperioden van de bestuurswisselingen in het GSZ vanaf 2000 tot 2022



6.2 BESTUURSPERIODEN IN HET GSZ VAN 2008 TOT EN MET 2022

6.2.1 Bestuursperioden in ronden en buigmomenten

Zoals in 4.3.3 weergegeven gebruik ik het ‘rondenmodel’ om de dynamiek van de bestuurswisselingen in het GSZ te reconstrueren. Retrospectief zijn er cruciale ‘buigmomenten’ te benoemen. Er vinden dan significante wijzigingen plaats in het verloop van het proces. Een ronde is te definiëren als een periode tussen twee buigmomenten.⁹⁷ In het GSZ kondigen deze buigmomenten een potentiële of feitelijke bestuurswissel aan. Verschillende rondes samen vormen een bestuursperiode: het tijdvak waarin een bestuur als geheel het ziekenhuis bestuurt. We zullen zien dat in het GSZ botsende perspectieven op bepaalde buigmomenten leiden tot een significante verandering in het proces dat gaande is.

Met behulp van rondes en bestuursperioden zijn de bestuurswisselingen in de casus GSZ geordend. De casestudie richt zich op de bestuurswisselingen in de laatste drie bestuursperiodes:

- Bestuursperiode 1: van 2008 tot 2014.
- Bestuursperiode 2: van 2014 tot 2016.
- Bestuursperiode 3: van 2016 tot 2022.

In de volgende paragrafen bespreek ik de afzonderlijke bestuursperioden. Het ‘voorspel’ zijn de bestuurswisselingen in de periode 2000-2008, weergegeven in de vorige paragraaf. Dit blijkt een voedingsbodem voor bestuursperiode één, zoals deze dit op zijn beurt is voor de tweede periode, die weer de basis legt voor de derde.

6.2.2 Bestuursperiode 1 (2008-2014) in drie rondes

Ronde 1: a new kid on the block

“Het ziekenhuis is toe aan rust, bestuurlijke continuïteit en onderling vertrouwen tussen personen en organen in de organisatie. De basis daarvoor ligt in het benoemen van een tweehoofdige raad van bestuur die een genoegzaam aantal jaren in functie kan en wil zijn, het vertrouwen van de organisatie wint en daarmee met alle betrokkenen gaat bouwen aan de duurzame doorontwikkeling van het ziekenhuis.”⁹⁸

97] Een buigmoment wordt gedefinieerd als een besluit of handeling van een van de partijen waaraan de andere partijen zich niet kunnen onttrekken. Zoals gezegd in 4.3.3 gaat Teisman in zijn rondenmodel uit van de subjectiviteit die de actoren inbrengen. Buigmomenten zijn dus soms formele gebeurtenissen of besluiten, soms zijn het andere cruciale momenten waarop een actor handelt op een manier die de andere partijen noodzaken te reageren.

98] Bron: maatschappelijk verslag 2008, p. 6.

Na vele bestuurswisselingen in de afgelopen jaren benoemt de raad van toezicht in 2008 een nieuwe bestuurder en stelt hij een profiel op voor de tweede bestuurder. Dit duo moet zorgen voor rust, continuïteit én doorontwikkeling.

A1 komt uit het bedrijfsleven en heeft geen ervaring met het besturen van een ziekenhuis. Een tweede bestuurder met een medisch profiel moet zijn gebrek aan kennis van ziekenhuizen compenseren. De executive searcher die de procedure voor aanstelling van A1 in 2008 begeleidt noemt het een spannende benoeming, voor de bestuurder zelf en voor het ziekenhuis.⁹⁹ Doorslaggevend voor zijn benoeming is de persoonlijkheid van A1. “We hadden als ziekenhuis een stevige persoonlijkheid nodig omdat er een heleboel dingen gedaan moesten worden die voor wrijving met de medische staf zou zorgen.”¹⁰⁰ De raad van toezicht zet de medische staf lichtelijk onder druk in te stemmen met deze kandidaat: “We hebben heel goed gezocht, zei de raad van toezicht, en jullie staan bekend als een lastige staf.”¹⁰¹ Hoewel het stafbestuur aarzelingen heeft – zij hebben het idee dat het cv van A1 niet klopt – adviseren ze toch positief. “We waren toe aan iets verfrissends, een persoonlijkheid die met ons als medische staf wilde samenwerken, en zorgde voor betere financiële resultaten.”¹⁰²

Als A1 is aangesteld wordt gezocht naar een tweede bestuurder met een zorgprofiel. Meerdere partijen, waaronder A1, wijzen een eerste kandidaat van buiten af: te licht en qua bestuursstijl niet passend bij A1. Dan vraagt A1 aan een medisch specialist in het GSZ met (staf)bestuurlijke ervaring samen met hem het bestuur te vormen. De raad van toezicht steunt deze voordracht. Na enige aarzeling – is het wel verstandig om in het eigen ziekenhuis bestuurder te worden? – stemt A2 in en begin 2009 start hij als lid raad van bestuur. In het jaarverslag van 2010 staat: “In 2009 is, mede in het licht van de inwerkperiode van de nieuwe raad van bestuur, gekozen voor een collegiaal bestuur.” Dat het nog wel zoeken is hoe deze collegialiteit zich verhoudt tot het voorzitterschap blijkt uit de toevoeging: “In 2010 wordt op verzoek van de raad van toezicht toegewerkt naar een concrete taakverdeling binnen deze collegialiteit.”¹⁰³

De verwachting van A2 is dat hij samen met A1 de bestuurlijke opgaven die er liggen kan realiseren. Het weldenkende deel van de medische staf zal de tegenwerking van een smaldeel corrigeren, schat A2 in. Pas na zijn formele benoeming informeert hij zijn maatschap en de medische staf. “Toen duidelijk werd dat ik bestuurder zou worden gingen de luiken dicht.” Achteraf erkent A2

99] Bron: interview met F1.

100] Bron: interview met A2.

101] Bron: interview met C1..

102] Bron: interview met C1.

103] Bron: jaarverslag 2010.

dat hij heeft onderschat hoe groot de weerstand is tegen iemand die veel inside-information heeft en van ‘een van ons’ tot ‘een van hen’ wordt. Terwijl de raad van toezicht en A1 hem juist benoemen met de bedoeling dat een medisch specialist in het bestuur een beter draagvlak oplevert.¹⁰⁴

In de jaarverslagen tussen 2008 en 2012, de eerste jaren van A1 en A2, staan resultaten die de indruk wekken dat het ziekenhuis weer met rust en vertrouwen de toekomst in kan gaan. Naast positieve uitkomsten op het gebied van kwaliteit en financiën introduceert het bestuur “een nieuw besturingsmodel dat moet voorzien in een transparante manier van omgaan met de tijd en energie van medewerkers, het doelmatig gebruik van middelen en de juiste prioriteiten en keuzes.”¹⁰⁵ Het kan en moet efficiënter, is de kernboodschap van het bestuur.

In de beginjaren lijkt dit bestuursduo de verwachtingen waar te maken. Er komen ingrijpende bouwplannen, ze richten een kwaliteitsbureau in en creëren een financiële buffer. Dat laatste is onder meer van belang door een nieuwe bekostigingssystematiek van de overheid.¹⁰⁶ Het versterken van de vermogenspositie van het ziekenhuis is onder meer nodig om de bouw te kunnen financieren. Bij de aanstelling van A1 en A2 is overigens een bonus-systeem afgesproken: een variabel deel van hun bezoldiging is afhankelijk van bepaalde, jaarlijks vast te leggen, resultaten.

A2 typeert zijn eerste jaren als bestuurder als een rollercoaster. A1 gaat doortastend aan de slag om ervoor te zorgen dat het ziekenhuis uit de rode cijfers komt. Ook door de investeringen in kwaliteit gaat de stofkam. A1 legt de lat hoog en dat leidt tot spanning met de managers en de medische staf. Als ervaren bestuurder formuleert hij zijn doelen helder en analyseert hij de dynamiek in de medische staf om te beoordelen wie hij op welke manier moet benaderen. De bestuursstijl van A1 wordt ervaren als zeer resultaatgericht maar weinig verbindend. A2 is onvoldoende in staat deze stijl te compenseren of te corrigeren.¹⁰⁷

De aandacht van de raad van toezicht gaat in die jaren allereerst uit naar het financiële beleid (de vermogenspositie, de interne beheer- en controlesystemen), vervolgens naar het vastgoed en de bouw en daarna naar de kwaliteit en veiligheid van zorg. De bestuurlijke verhoudingen komen in de jaarverslagen in bezwerende bewoordingen aan de orde. “De raad van toezicht stimuleert het bereiken van een constructieve en evenwichtige relatie tussen de raad van

104] Bron: interviews met A2 en B2. Ondanks een eerdere toezegging heb ik A1 niet kunnen interviewen. Jammer genoeg komt hij dus zelf niet aan het woord in de casestudie.

105] Bron: maatschappelijk verslag 2009, pagina 23. Wat het nieuwe besturingsmodel is staat niet in het jaarverslag. Uit interviews blijkt dat het vooral gaat om een andere manier van financiële verantwoording afleggen door de managers aan de raad van bestuur.

106] Zie 2.1.1.

107] Bronnen: interviews met A2, B2 en D3.

bestuur en (het bestuur van) de medische staf.”¹⁰⁸ Door de inspanningen van A1 verbetert de financiële positie van het ziekenhuis. Naast de kritiek op de stijl van A1 erkent ook de medische staf dit resultaat, waar hij eveneens baat bij heeft. De financiële resultaten geven ook de raad van toezicht vertrouwen. Er is weinig oog voor de negatieve gevolgen van het hand-op-de knip-beleid.

Ogenschoonlijk zijn de bestuurlijke verhoudingen in de jaren 2008-2010 redelijk te noemen. Onder de oppervlakte sluimeren echter al tegenstellingen die een bestuurscrisis inluiden. De samenwerkingsrelatie tussen raad van bestuur en stafbestuur wordt openlijk moeizamer door een aantal incidenten. In 2011 zegt het stafbestuur het vertrouwen op in de raad van bestuur. Sommige geïnterviewden zien de interne verdeeldheid binnen de medische staf als medeoorzaak. Een passief merendeel van de medische staf corrigeert een saboterend deel onvoldoende, in hun ogen. De meeste geïnterviewden zien het als een cumulerend effect van de stijl van A1. Hij bezuinigt waar het maar mogelijk is en onderhandelt hard met de medische staf.

Hoewel ook de toezichthouders zien dat de relatie tussen de voorzitter van het bestuur en de medische staf gaandeweg verslechtert, en dat de andere bestuurder onvoldoende bij machte is dat bij te sturen, zijn ze toch verrast door het opzeggen van het vertrouwen.¹⁰⁹ Ze reageren met het instellen van een ‘feitenonderzoek’ naar de vertrouwenscrisis. Dit onderzoek levert weinig op. Als de medische staf mediation voorstelt stemmen bestuur en toezicht hiermee in (na het voorstel een paar weken in beraad te hebben gehouden). De mediation duurt een half jaar en resulteert in een convenant met strakke regelingen en afspraken over de samenwerking. Er wordt ook een cobestuur ingesteld: een regulier bestuurlijk overleg tussen de voorzitters van de medische staf en het MSB en de raad van bestuur.

Ronde 2: van gewapende vrede tot hernieuwde strijd

“Het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid in het GSZ is ten opzichte van andere ziekenhuizen achtergebleven.”¹¹⁰

Met het strakke convenant uit de mediation gaat het weer een jaar of twee redelijk goed. Althans, er zijn geen openlijke conflicten. De bestuurders en de vertegenwoordigers van de medische staf kennen elkaar inmiddels en zijn aan

¹⁰⁸] Bron: maatschappelijk verslag 2009, p. 6.

¹⁰⁹] De raad van toezicht was tot dan toe weinig ontvankelijk voor de kritiek van het stafbestuur, met name op A1. Achteraf typeert de raad van toezicht deze fase van het conflict tussen bestuur en stafbestuur als een “veenbrand in de medische staf, die door de raad van bestuur stevig bestreden moest worden, want als deze oorlog om macht en geld door de medische staf gewonnen zou worden zou dat slecht voor het huis zijn.” Bron: verslag zelfevaluatie rvt van 16 juli 2016.

¹¹⁰] Rapport IGJ, 2014: 12.

elkaar gewaagd. Dit machtsevenwicht wordt echter verstoord als er een andere stafvoorzitter komt én de kwaliteit van zorg zichtbare barsten gaat vertonen. Dan komen de partijen weer heftig met elkaar in botsing.

Een van de conflicten heeft te maken met de maatschap die destijds de juridische procedure verloor. “Zij hadden nog een appeltje te schillen met de voormalige stafvoorzitter, die nu de tweede bestuurder was.”¹¹¹ Een ander conflict was het voornemen van het bestuur om de WA-verzekering voor het ziekenhuis op te zeggen en de claims volledig in eigen beheer te nemen. Dit vinden de specialisten een onverantwoord risico voor het ziekenhuis en henzelf. Bovendien wil de raad van bestuur het grootste deel van de premie door de vrijgevestigde specialisten laten betalen (hetgeen uiteindelijk ook is gebeurd). Een derde conflict gaat over een bezuiniging op een ondersteunend specialisme.

De spanningen lopen verder op door een calamiteit op het operatiekamer-complex (OKC), waarnaar de IGJ onderzoek doet. Het citaat aan het begin van deze paragraaf over de achtergebleven kwaliteit staat in een inspectierapport van 2014. De IGJ ziet als oorzaak het ontbreken van modern medisch leiderschap en de nadruk op productie. De voorgenomen maatregelen naar aanleiding van de calamiteit beoordeelt de IGJ als ‘*too little too late*’. Het bestuur heeft weliswaar een “autocratische versnelling” ingezet, maar volgens de IGJ voedt deze de machtsstrijd tussen de bestuur en stafbestuur.¹¹²

De raad van toezicht beseft dat het convenant het gebrek aan vertrouwen tussen bestuur en stafbestuur niet meer kan toedekken. De gewapende vrede heeft de verhoudingen te broos gemaakt. De twijfels over de effectiviteit van A1 en A2 nemen nu ook in de raad van toezicht toe. Deze worden alleen binnenskamers geuit, tussen de toezichthouders onderling en in de jaargesprekken met het bestuur. Meer dan het bestuur oproepen de gemoederen tot bedaren te brengen en de medische staf kritisch toespreken kunnen ze naar hun gevoel echter niet doen. Naar buiten toe geldt het adagium: “Een beetje vertrouwen is geen vertrouwen.”¹¹³

Het buigmoment voor de bestuurscrisis van medio 2014 is een brief van het bestuur aan de IGJ. De strekking van deze brief is dat het bestuur zijn plannen voor kwaliteitsverbeteringen door “tekortkomingen uit het oogpunt van een professioneel leerklimaat” niet kan uitvoeren.¹¹⁴ De vertaling van deze cryptische omschrijving is dat de medische staf onvoldoende professionele

¹¹¹] Bron: interview C1. Zie ook 6.1.2.

¹¹²] Bron: rapportage IGJ, 2014, p. 14, en interview met F5.

¹¹³] Bron: interview met B2.

¹¹⁴] Bron: brief raad van bestuur aan IGJ in 2014.

verantwoordelijkheid neemt voor de kwaliteit van zorg, volgens het bestuur. Het is de bedoeling dat de brief als een koevoet werkt: de medische staf verandert onder druk van de IGJ eerder dan onder druk van het bestuur, is de gedachte. Volgens A2 is de brief vooraf voorgelegd aan de raad van toezicht. De raad van toezicht herinnert het zich anders; zij zouden nooit hebben ingestemd met deze brief.¹¹⁵ Uit de documenten is niet te achterhalen welke herinnering feitelijk klopt. Als het stafbestuur de brief aan de IGJ onder ogen krijgt verdwijnt het laatste restje vertrouwen in het bestuur. Dit melden ze aan het bestuur, in een brief, met een afschrift naar de raad van toezicht.¹¹⁶

Het is de derde keer in tien jaar in het GSZ dat het stafbestuur het vertrouwen in het bestuur opzegt; de tweede keer binnen vijf jaar in deze raad van bestuur. A2 zegt dat achteraf gezien de brief aan de IGJ geen handige manoeuvre was. De schade die het toebrengt aan de relatie met de medische staf is vanaf dat moment niet meer te herstellen. Het was de spreekwoordelijke druppel en daarna is het dweilen met de kraan open.

Mediaoptredens van de raad van bestuur en het stafbestuur waarin zij elkaar bekritiseren doen de reputatie van het ziekenhuis geen goed en zetten de verhoudingen nog verder op scherp. De raad van toezicht initieert een bijeenkomst tussen een afvaardiging van de raad van toezicht en het stafbestuur. Het bestuur zit er als toehoorder bij. De toezichthouders stellen inhoudelijke vragen over het kwaliteitsbeleid en roepen het stafbestuur ter verantwoording over de ontstane situatie. Het stafbestuur heeft grote moeite met deze rolinvulling door de raad van toezicht.¹¹⁷ De bijeenkomst wordt afgesloten met de afspraak dat er een onafhankelijk extern onderzoek gaat plaatsvinden.¹¹⁸

In de zomerperiode van 2014 probeert de raad van toezicht het conflict tussen de raad van bestuur en het stafbestuur te de-escaleren en informatie te krijgen over het draagvlak voor de raad van bestuur. Mede door het dreigende verscherpt toezicht van de IGJ zit de raad van toezicht er in deze zomer ‘bovenop’. Dat geldt vooral voor de voorzitter en een paar individuele leden. Ze lopen rond in het ziekenhuis, spreken veel medewerkers en hebben onderling regelmatig overleg. Het wordt voor de toezichthouders dan wel duidelijk dat het tussen deze bestuursvoorzitter en deze medische staf niet meer goed komt. Maar ze achten het ook niet verstandig om van bestuurders te wisselen met een dreigend verscherpt toezicht. Al met al besluit de raad van toezicht naar buiten toe achter de bestuursvoorzitter te blijven staan. Ook vanuit zorgvuldig werkgeverschap

¹¹⁵] Bron: Interview met B2.

¹¹⁶] Bron: brief stafbestuur aan de raad van bestuur, met kopie naar de raad van toezicht, 2014.

¹¹⁷] Bron: interview met C3.

¹¹⁸] Bron: verslag van bijeenkomst raad van toezicht – stafbestuur juni 2014.

achten zij het *not done* om hem naar huis te sturen vóór het externe onderzoek. Bovendien is het sentiment bij de toezichthouders nog steeds dat toegeven aan de medische staf een slechte precedentwerking heeft. Ze denken dat door nu in te grijpen in het bestuur de situatie verergert in plaats van verbetert.¹¹⁹ Maar er moet iets gebeuren. Ze kiezen voor het aanstellen van een derde bestuurder ad interim.

De jaren 2014-2015 zijn sowieso in alle ziekenhuizen roerig door de invoering van de integrale bekostiging en als gevolg daarvan de oprichting van MSB's. Ook het MSB van het GSZ onderhandelt vanaf dat moment met het bestuur van het ziekenhuis over de financiën. Mede doordat het stafbestuur aan eerdere onderhandelingen slechte herinneringen heeft verloopt dit proces uiterst moeizaam.¹²⁰ Ook voor de organisatie van de medische staf hebben deze veranderingen ingrijpende gevolgen. Daar dreigt desintegratie omdat het vrijgevestigde deel in een strakke juridische entiteit wordt gegoten waar de medisch specialisten in dienstverband buiten staan. Maar het stafbestuur wil ook de eenheid in de medische staf behouden. Op meerdere fronten is het dus hard werken voor de stafbestuursleden, naast hun uitvoerende werk als medisch specialist.¹²¹

Ronde 3: de derde man

“A3 kwam als derde man maar was geen derde man.”¹²²

De gedachte achter het aanstellen van een derde bestuurder is “rust te brengen in de relatie met de medische staf. We moesten heel snel iets doen voordat het een uitslaande brand werd.”¹²³ Een ervaren interim-bestuurder voor een paar dagen per week toevoegen aan de raad van bestuur zou soelaas moeten bieden. Zo komt, op voordracht van een van de toezichthouders, A3 in beeld. Naast het herstellen van de relatie met de medische staf is zijn opdracht om de contacten met de IGJ te onderhouden en de maatregelen die voortkomen uit het inspectierapport uit te voeren. De zittende raad van bestuur stemt ‘meestribbelend’ in met de aanstelling van A3. “Het was natuurlijk een motie van wantrouwen naar ons, maar we konden niet anders dan het accepteren.”¹²⁴

Zakelijk gezien verloopt de aanstelling van A3 moeizaam. In het contract dat hij voorgelegd krijgt staan volgens hem andere afspraken over zijn tarief dan mondeling toegezegd. Hij heeft daar toen nog wel iets van gezegd maar het

¹¹⁹] Bron: interview met B2.

¹²⁰] Bron: interview met C2.

¹²¹] Bron: interview met C3.

¹²²] Bron: interview met D3.

¹²³] Bron: interview met B2.

¹²⁴] Bron: interview met A2.

uiteindelijk geaccepteerd.¹²⁵ Volgens de raad van toezicht wilde A3 een fors tarief en is hierover stevig onderhandeld.¹²⁶ Dergelijke schermutselingen zijn exemplarisch voor de spanningen tussen de raad van toezicht en de interim-bestuurder in het jaar dat hij het GSZ bestuurt, zoals uit het navolgende zal blijken.

De IGJ is in deze periode druk met het GSZ. De brief die de raad van bestuur aan het begin van de zomer stuurt wekt verbazing bij de IGJ.¹²⁷ Een brief waarin het bestuur zijn eigen medische staf beschuldigt, dat hadden ze nog niet eerder meegemaakt. De IGJ onderzoekt een calamiteit op het OKC en de aanwijzingen die daaruit voortkomen volgt het bestuur adequaat op. Maar eigenlijk is het de brief zelf die de IGJ doet twijfelen aan de kwaliteit in het ziekenhuis, niet de calamiteit op zich. Er komen gesprekken tussen IGJ, de raad van bestuur, de raad van toezicht en het stafbestuur. In eerste instantie nog met het ‘oude’ bestuur (A1 en A2), later met de interim-bestuurder. De bestuurlijke verhoudingen blijven instabiel, oordeelt de IGJ, en uiteindelijk besluit zij in het najaar van 2014 het GSZ onder verscherpt toezicht te plaatsten. De raad van toezicht heeft grote moeite met dit besluit. Ten eerste had de IGJ positief gereageerd op het idee om A3 aan te stellen en ten tweede liet zij bij haar besluit weten dat de kwaliteit van zorg niet in het geding was. “Was dat anders geweest, dan zou de maatregel geheel terecht zijn geweest, nu kon het verscherpte toezicht slechts leiden tot verwarring in de omgeving van het huis. Wij als raad van toezicht vonden dat bestuurlijk verwijtbaar van de IGJ.”¹²⁸

Na de zomer vindt het onafhankelijke onderzoek plaats. De onderzoekers presenteren de resultaten in het najaar. Samengevat is de uitkomst:

“Het ziekenhuis is gegijzeld geraakt door een stevige achterstand in breed gedragen beleid op het gebied van kwaliteit en veiligheid, het onvermogen van de kernspelers en medische staf om deze in te lopen, de dominantie van enkele kernspelers en de vertrouwenscrisis tussen raad van bestuur en de medische staf.”

De onderzoekers bevelen een stevig veranderprogramma aan. Hun rapport heeft de stichtelijke opdracht: “Vechten is ‘uit’, samenwerken vanuit intrinsieke motivatie is ‘in’”.¹²⁹ “Het rapport concludeerde dat het GSZ op dat moment een verwaarloosde organisatie was. Dat bevestigde ons gevoel.”¹³⁰

¹²⁵] Bron: interview met A3.

¹²⁶] Deze onderhandelingen werden gevoerd door één lid van de raad van toezicht met A3. Bron: interview met B2 en A2.

¹²⁷] Bron: Brief raad van bestuur aan de IGJ over calamiteiten op het OK-complex.

¹²⁸] Bron: aanvullende schriftelijke informatie van B2 op het conceptverslag van de casestudie.

¹²⁹] Bron: rapport onderzoekers, 2014, p. 20 (zie bijlage 2.c).

¹³⁰] Bron: interview met C3.

Over de conclusies van het onderzoek zijn de raad van bestuur en de interim-bestuurder het niet eens. De interim-bestuurder zegt zijn verantwoordelijkheid alleen te kunnen nemen als het bestuur zich committeert aan alle aanbevelingen. De spanningen die in het driehoofdige bestuur al aanwezig zijn door de constructie met ‘*dem dritten im Bunde*’ lopen hoog op, vooral tussen de voorzitter en de interim-bestuurder. In het najaar van 2014 hakt de raad van toezicht de knoop door. Ze zetten de voorzitter van de raad van bestuur met onmiddellijke ingang op non-actief en ontslaan hem vervolgens in 2015. “We konden het ons niet permitteren dat A3 zou opstappen met de IGJ die in onze nek hijgde. En met de zekerheid dat de positie van A1 onhoudbaar was hebben we toen tegen hem moeten zeggen: ‘We kunnen niet verder met jou.’ Ja, dat was een nare boodschap.”¹³¹ A2 blijft nog een paar maanden na het vertrek van de voorzitter, maar begin 2015 kiest hij ervoor ook het veld te ruimen.

Dat het een onmogelijke opdracht was om als driehoofdig bestuur de bestuurlijke stabiliteit te herstellen ziet in retrospectief de interim-bestuurder (A3) zelf ook:

“Terugblikkend had de raad van toezicht met mijn aanstelling gelijk het gesprek aan moeten gaan met het zittende bestuur. Maar ze hadden altijd achter het bestuur gestaan dat jarenlang de medische staf als heel vervelend had afgeschilderd. Het heeft heel lang geduurd voordat er in de raad van toezicht overeenstemming was over het zittende bestuur. Als ik dat geweten had, had ik gezegd los dat eerst op voordat ik kom.”¹³²

Het verbaast de managers niet dat het tussen het zittende bestuur en de interim-bestuurder niet botert. Qua persoonlijkheid, bestuursstijl en opdracht nam A3 de facto de positie van voorzitter in, niet die van een toegevoegd lid raad van bestuur. Er was al een – stevige – voorzitter, dus dat moest wel mis gaan, volgens de managers.

Het jaarverslag van 2014 rapporteert in positieve bewoordingen over deze ontwikkelingen:

“2014 was voor de bestuurlijke verhoudingen in het ziekenhuis een turbulent jaar. Uiteindelijk heeft dit geleid tot het creëren van een goede uitgangspositie voor duurzame bestuurlijke samenwerking en een gezamenlijk ontwikkeld veranderprogramma, dat leidt tot de ontwikkeling van een professioneel leerklimaat en een lerende omgeving in het ziekenhuis.”¹³³

¹³¹] Bron: interview met B2.

¹³²] Bron: interview met A3.

¹³³] Bron: jaarverslag 2014, p. 17.

6.2.3 Bestuursperiode 2 (2014-2015)

Ronde 4: de energieke tussenpaus

De interim-bestuurder geeft krachtdadig leiding aan het veranderprogramma. Hij voert de IGJ-maatregelen uit, waaronder het instellen van een integraal kwaliteits- en veiligheidssysteem. Hij spant juridische procedures aan tegen een aantal individuele medisch specialisten over zaken die al lang lopen. Ook over de bouw neemt hij een aantal ingrijpende besluiten. Extern onderhoudt hij intensieve contacten met de IGJ, hij overlegt met de banken over de financiële positie van het ziekenhuis en voert oriënterende gesprekken met het naburige academische ziekenhuis. In dergelijke acties neemt hij meestal het stafbestuur mee. Ook trekken ze samen op als het gaat over de organisatie van de medische staf en de uitwerking van het financiële verdienmodel in het kader van het nieuwe MSB.¹³⁴

De korzeligheid in de relatie tussen de interim-bestuurder en de raad van toezicht neemt desondanks geleidelijk toe. Hoewel de zakelijke afhandeling onzorgvuldig was volgens de interim-bestuurder zaten ze bij de initiële opdrachtformulering inhoudelijk wel op één lijn. Dat verandert in het voorjaar 2015. Hij is dan inmiddels de enige bestuurder. Na het externe rapport is zijn opdracht veranderd, maar dat wordt niet vastgelegd. Ook over de randvoorwaarden en tijdsduur vindt geen duidelijke hercontractering plaats. In de loop van het jaar verscherpen de inhoudelijke meningsverschillen. De raad van toezicht vindt dat de interim-bestuurder goed diagnosticeert maar dat hij zich steeds meer opstelt als een alleenheerser. In de ogen van de interim-bestuurder is de raad van toezicht geen eenheid. Een deel wil de lijn van de vertrokken bestuursvoorzitter voortzetten, namelijk selectief investeren maar vooral de hand op de knip houden. Een ander deel is wel doordrongen van de ernst van de situatie en is bereid in te stemmen met de investeringsplannen van de interim-bestuurder.¹³⁵

Ook over de opvolging in het bestuur ontstaat onenigheid. De interim-bestuurder vindt het van belang dat het veranderprogramma conform de afspraken wordt uitgevoerd.

“Bij een wisseling van de wacht, zeker na een interim-periode, is het essentieel om de nieuwe koers vast te houden. Nieuwe bestuurders hebben de neiging hun eigen ‘plasje erover te doen’ waarbij het belang van de organisatie soms naar de achtergrond gaat. Als interim-bestuurder ben je daar alert op.”¹³⁶

¹³⁴] Bron: interview C3.

¹³⁵] Bronnen: interviews met A3 en B2.

¹³⁶] Bron: interview met A3.

Daarom wil hij invloed op wie hem opvolgt en wanneer, namelijk geleidelijk en met een lange inwerkperiode. De raad van toezicht ziet dat anders. Zodra de nieuwe bestuursvoorzitter er is moet A3 de bestuursverantwoordelijkheid overdragen. Deze onenigheden leiden ertoe dat de interim-bestuurder anderhalve maand voordat de nieuwe bestuurder aantreedt de handdoek in de ring gooit. Na enig hard-tegen-hard onderhandelen komen ze overeen dat A3 alleen nog voor de buitenwacht (met name de IGJ) als bestuurder in charge blijft. De besturing van het ziekenhuis ligt voor deze korte periode noodgedwongen bij een gedelegeerde toezichthouder en de controller van het ziekenhuis. Geen mooie oplossing maar het was een overmacht situatie, volgens meerdere geïnterviewden.

Het goede nieuws is dat het ziekenhuis erin slaagt om in het najaar van 2015 een nieuwe vaste bestuurder aan te trekken die voldoet aan het profiel. Hij kan eind 2015 starten. Bovendien wordt het verscherpte toezicht van de IGJ in het najaar van 2015 opgeheven. Er is weer perspectief.

6.2.4 Bestuursperiode 3 (eind 2015-2022)

Ronde 5: de verbinders

“We hadden behoefte aan bestuurders die konden verbinden. Dat was op alle fronten hard nodig. Met de medische staf, de managers, de raad van toezicht, alle verhoudingen stonden onder spanning.”¹³⁷

Op de vraag wat voor bestuurders het ziekenhuis op dat moment nodig heeft is het antwoord ‘bestuurders met het vermogen te verbinden’. Dit in tegenstelling tot de ‘power-man’ die het GSZ in 2008 nodig had. Ze willen nu iemand die begrijpt wat het runnen van een ziekenhuis inhoudt. En bestuurders die zich voor langere tijd aan het GSZ willen verbinden. Deze kwalificaties vormen de rode draad voor de zoektocht naar een nieuw bestuur.

De raad van toezicht schakelt gelijk na het afscheid van A1 en A2 een gerenommeerd searchbureau in met als opdracht op zoek te gaan naar een nieuwe voorzitter en lid raad van bestuur. Met de keuze voor dit bureau wil de raad van toezicht laten zien dat ze het werven en selecteren van een nieuw bestuur professioneel aanpakt. De procedure is volgens de searcher niet anders dan anders, maar volgens het GSZ haalt dit bureau de verwachtingen die er in het ziekenhuis leven over een nieuw bestuur breder op dan vorige searchers deden. Desondanks hebben de interne stakeholders nog steeds het gevoel weinig invloed te kunnen uitoefenen. “De procedure was wel transparant maar de raad van

¹³⁷] Bron: interview met D3.

toezicht hield de touwtjes strak in handen.” En: “De inspraak van de gremia was marginaal. De searcher haalde wel informatie op maar het was onduidelijk wat daarmee gedaan werd.”¹³⁸

Het is de bedoeling gelijktijdig te zoeken naar een voorzitter en een lid, maar de voorzitter als eerste te benoemen. Deze kan dan een invloedrijke rol krijgen bij de keuze voor de tweede bestuurder. Alle aandacht gaat dus in eerste instantie uit naar het werven van de voorzitter. De raad van toezicht draagt A4 voor. Hij voldoet aan bijna alle criteria, met twee nuances. Hij is weliswaar een ervaren ziekenhuisbestuurder maar was niet eerder voorzitter. Ook heeft hij een zorginhoudelijke achtergrond maar hij is geen medisch specialist. Over beide bezwaren stappen zowel de raad van toezicht als de andere partijen gemakkelijk heen omdat A4 hoog scoort op verbindend vermogen. Zo gaat hij al tijdens de procedure, op eigen initiatief, uitgebreid in gesprek met vertegenwoordigers van de medische staf. Daarmee maakt hij een goede start. De raad van toezicht is blij met alle positieve adviezen en benoemt A4.

“Er zat wel een addertje onder het gras bij deze search. WNT 1 zou over gaan naar WNT 2 en het was lange tijd onduidelijk of dat per 1 oktober 2015 of 1 januari 2016 zou gebeuren. Voor een aantal bestuurders maakte dit het verschil of ze wel of niet wilden komen. WNT 2 was een enorm zwaard van Damocles ook al ging het met staffels. Het betekende echt een flinke inkomensachteruitgang als je van baan veranderde als bestuurder.”¹³⁹

Dat A4 ondanks deze consequentie toch van ziekenhuis wil wisselen is voor de raad van toezicht een reden te meer enthousiast over hem te zijn. De andere geledingen hebben niet veel zicht op ontwikkelingen in de arbeidsvoorwaarden van bestuurders.¹⁴⁰ Voor A4 zelf spelen andere dan financiële overwegingen een rol bij zijn keuze voor het GSZ.¹⁴¹

Inmiddels loopt ook de procedure voor het lid raad van bestuur. Het ziekenhuis zoekt iemand die (ook) verbindend is, en die zowel inhoudelijk als qua stijl complementair is aan A4. Ook voor die vacature vindt de searcher een kandidaat. De raad van toezicht draagt deze voor aan de geledingen, nadat hij is goedgekeurd door A4. De raad van toezicht prijst in een uitgebreide brief deze kandidaat aan bij de andere partijen. Toch adviseren de vertegenwoordigers van de managers en de medische staf negatief. In de beleving van een manager

¹³⁸] Bronnen: interviews met D4 en E1.

¹³⁹] Bron: interview met E1. Zie ook 4.2.

¹⁴⁰] De managers, het stafbestuur, de OR en CR zeggen sowieso weinig zicht te hebben op de vijver waarin naar ziekenhuisbestuurders wordt gevist.

¹⁴¹] Zie 6.3.1.

valt dat niet goed bij de voorzitter van de raad van toezicht. “Dat was een vervreemdende ervaring: je vraagt iemand om advies en als dat gegeven wordt, wordt dat niet in dank afgenomen.”¹⁴² Ook de searcher zegt: “Het afwijzen van een kandidaat die door de raad van toezicht naar voren wordt geschoven, tja, dat ligt uitermate gevoelig.” De raad van toezicht kan het zich in deze periode waarin de verhoudingen nog broos zijn niet permitteren de negatieve adviezen naast zich neer te leggen. De kandidaat in kwestie wordt afgebeeld en een volgende procedure gestart. Deze leidt gelukkig tot een kandidaat die alle partijen omarmen. A5 start in het voorjaar van 2016.

Het nieuwe bestuursduo heeft geen tijd om rustig aan elkaar en aan het ziekenhuis te wennen. Er is veel achterstallig onderhoud in de bedrijfsvoering, de kwaliteit van zorg, het management, op facilitair gebied en qua samenwerking. Ze hebben hun handen vol om alles en iedereen met elkaar te verbinden.

Ronde 6: repareren en stabiliseren

“Het waren tropenjaren, elke dag gebeurde er wel iets naars. We zagen als belangrijkste opgaven de basis op orde te brengen en weer energie te krijgen in de organisatie.”¹⁴³

Hoewel noch de executive searcher noch de mensen uit het GSZ de situatie rooskleurig hadden voorgesteld, vallen de bestuurders na hun aantreden van de ene verbazing in de andere. De wanorde blijkt groter dan in de gesprekken was weergegeven. A5 vertelt over een rondleiding met de manager van het facilitair bedrijf. Bepaalde deuren bleven dicht want daarachter stonden dure apparaten die nooit waren aangesloten. Veel gebreken zijn terug te voeren op achterstallig onderhoud.

Als medewerkers tot tranen toe zijn geroerd door een behaalde NIAZ-accreditatie realiseert A5 zich eens te meer hoe diep de onzekerheid over de kwaliteit zit. A4 vertelt over een bijeenkomst met de medische staf, een paar maanden na zijn aanstelling, waarin een bepaald besluit over de locatieprofilering voorligt. Hij heeft toen een deal gemaakt: als wij die verbouwing realiseren dan verwachten we van jullie dat er op die locatie die productie gedraaid wordt. Hij vond dat heel spannend. Zou de medische staf een dergelijke opstelling van het bestuur accepteren? Maar dit soort confrontaties pakken juist goed uit. Openheid over motieven, een stevig gesprek over argumenten én “dat hij er persoonlijk stond en zich niet verschoot achter ‘ik ben de raad van bestuur’, was een verademing!”¹⁴⁴

¹⁴²] Bron: interview met D4.

¹⁴³] Bron: interview met A5.

¹⁴⁴] Bron: interview met C2.

Bij de managers vinden er veel wisselingen plaats, maar ook bij de overgebleven managers kunnen beide bestuurders rekenen op steun en vertrouwen.

Zoals veel nieuwe bestuurders hebben A4 en A5 het gevoel dat zij in de eerste jaren in de schaduw van hun voorgangers werken: niet gezien worden als unieke bestuurders maar als een samengeklonterde versie van hun voorgangers. Dit speelt ook in de relatie tussen het nieuwe bestuur en de raad van toezicht. De toenmalige voorzitter van de raad van toezicht (B2) wil aftreden maar blijft op verzoek van A4 nog een jaar langer aan. A4 heeft deze voorzitter nog nodig om een paar andere leden in hun toezichthoudende rol te houden. Volgens het bestuur willen deze toezichthouders het slechte nieuws, namelijk dat het ziekenhuis op alle fronten achterstallig onderhoud heeft en er dus fors geïnvesteerd moet worden, niet horen. Zo blijkt de jaarrekening van 2015 afgesloten te zijn met acht miljoen in de plus. Bepaalde leden in de raad van toezicht vinden dat een mooi resultaat. Maar A5 zegt: “Het ziekenhuis heeft twee rampjaren achter de rug, er is achterstand in alles, dan zou het logischer zijn als we in de rode cijfers hadden gezeten.” Uit een verslag van een evaluatie van de raad van toezicht en de raad van bestuur blijkt dat de toezichthouders door ervaringen uit het verleden er niet ‘zomaar’ op vertrouwen dat de informatie die van het bestuur komt ‘pluis is’.¹⁴⁵ Een paar toezichthouders stellen zich nog regelmatig wantrouwend en controlerend op, wat tot scherpe confrontaties met het bestuur leidt. De voorzitter (B2) treedt dan bemiddelend op.

In de periode 2016-2017 verandert ook de medische staf. De artsen richten een federatie op waarin de specialisten in dienstverband en de specialisten in vrije vestiging verenigd. Het bestuur ervan wordt gevormd door een geïntegreerde vertegenwoordiging van de onderdelen en heeft het mandaat om zaken te doen met de raad van bestuur. Hoewel er nog genoeg onderwerpen zijn waarover bestuur en stafbestuur verschillend denken, bieden de ingeregelde overleggen een goede structuur om samen op te trekken.

Al met al zijn het zware jaren voor het nieuwe bestuur, maar niet zonder resultaat. Op de vraag hoe hij het ziekenhuis aantrof bij zijn aantreden in 2017, antwoordt de nieuwe voorzitter van de raad van toezicht (B3): “Als een organisatie die herstellende was van een diep trauma.” Hij leidt dit af uit de onzekerheid bij de toezichthouders of ze destijds wel de goede stappen hebben gezet. Ook in contacten in het ziekenhuis refereert men nog regelmatig aan de moeilijke jaren vanaf 2010 die uitmondde in de bestuurscrisis. Het doorbreken van een cultuur van het ‘naar boven delegeren van problemen’ vindt B3 een belangrijke taak van de huidige bestuurders van het GSZ. Hij vindt ook dat ze daar steeds beter in slagen. De

¹⁴⁵] Bron: verslag evaluatie raad van toezicht-raad van bestuur 2016.

Tabel 2 Samenvatting rondes en buigmomenten

Ronde	Beginsituatie	Buigmoment	Belangrijkste partijen
1. 2008-2010 <i>A new kid on the block</i>	Aanstelling van ‘stevige persoonlijkheid’ als voorzitter RvB voor de bedrijfsvoering, met medicus als lid RvB	Opzeggen van vertrouwen in RvB door het SB; RvT verordonneert een mediationtraject	RvT, RvB, SB
2. 2010-2014 <i>Van gewapende vrede naar hernieuwde strijd</i>	De afspraken uit de mediation houden samenwerking tussen RvB en SB overeind	Brief RvB naar IGJ, dreigend verscherpt toezicht, wederom opzeggen vertrouwen in RvB door SB. RvT stelt interim-bestuurder als derde bestuurder aan en laat een extern onderzoek uitvoeren	RvT, RvB, interim-bestuurder, SB, IGJ
3. Eind 2014-najaar 2015 <i>De derde man, die geen derde man was</i>	Driehoofdig bestuur; interim-bestuurder onderhoudt relatie met stafbestuur en IGJ	IGJ stelt GSZ onder verscherpt toezicht. RvT zet voorzitter RvB eerst op non actief, later ontslag. Lid RvB neemt ontslag. Interim-bestuurder wordt eenhoofdige RvB	RvT, RvB, interim-bestuurder, SB, IGJ
4. Half 2015-eind 2015 <i>De energieke tussenpauze</i>	Interim-bestuurder geeft leiding aan grootscheeps verander-programma, relatie RvT - interim-bestuurder is moeizaam	RvT stelt nieuwe voorzitter RvB aan. Interim-bestuurder legt functie neer	RvT, interim-bestuurder, executive searcher, nieuwe voorzitter RvB
5. Eind 2015-2016 <i>De verbinders</i>	Nieuwe voorzitter RvB begint en de tweede bestuurder wordt benoemd	Managers en stafbestuur wijzen eerst een kandidaat van de RvT voor functie van tweede bestuurder af, de nieuwe procedure levert een kandidaat op waarover iedereen positief adviseert	RvT, RvB, managers en SB
6. 2016-2022 <i>Repareren en stabiliseren</i>	Bestuursduo brengt de ‘basis op orde’, werkt aan het herstellen van vertrouwen in het bestuur, de verhoudingen stabiliseren	Geen tot eind 2022	RvT, RvB, SB

nieuwe organisatiestructuur, met medisch managers naast zorgmanagers, helpt om die cultuur te verankeren. Ook de cliëntenraad ziet dat de stijl van dit bestuur leidt tot consistentie en congruentie in het beleid. “We zitten bij de gesprekken met de IGJ en dan merk je dat er geen andere informatie aan bod komt dan wij al hadden.” Tevens vindt de IGJ dat de verbeteringen die zijn doorgevoerd op het gebied van kwaliteit op het conto van het nieuwe bestuur te schrijven zijn.¹⁴⁶

Hoewel er ook in de derde bestuursperiode vele spannende momenten zijn, waren dit geen van alle buigmomenten, in de zin dat ze aanleiding zijn voor een (dreigende) bestuurswissel. Dus er dient zich op het moment van dit schrijven geen ‘bestuursperiode vier’ aan.¹⁴⁷ De vraag ‘wat voor soort bestuur heeft het ziekenhuis nodig na dit bestuur?’ kwam in de interviews af en toe aan de orde. De antwoorden zijn niet eenduidig. Iedereen is blij met de goede verhoudingen van de laatste jaren en is bang dat door een bestuurswissel deze stabiliteit in gevaar komt. Anderen hebben meer vertrouwen. Het GSZ staat er op alle vlakken beter voor dan in 2016 en de samenwerkingsrelaties zijn geborgd in een goede (overleg) structuur. Maar ze realiseren zich ook dat een nieuwe bestuursvoorzitter de bestuurlijke stabiliteit (weer) kan doen wankelen. Als deze voorzitter (A4) blijft en er een nieuw lid bij komt is dat risico kleiner, volgens een aantal geïnterviewden.

6.3 DE SPELERS EN HUN (ROL)GEDRAG IN DE CASUS

In deze paragraaf ga ik nader in op de partijen zelf, hun rollen en rolgedrag.¹⁴⁸ Zodoende krijgen we meer inzicht in hun gedrag. Als ze terugblikken horen we meer van hun motieven, afwegingen en hun reflecties. Hierin komen kenmerkende uitspraken van of over hen aan de orde. We zullen zien dat deze uitspraken invloed hebben op het proces van de bestuurswisselingen in het GSZ. Aan het eind van dit hoofdstuk staan per rol en ronde dergelijke kenmerkende uitspraken in een overzicht.

6.3.1 De bestuurders in een hoofdrol

Aan-, op- en aftreden beïnvloeden elkaar

Over de reden voor de aanstelling van A1 in 2008 zijn alle geïnterviewden het eens: er is behoefte aan een krachtige bestuurder die het GSZ financieel weer in

¹⁴⁶] Bron: interviews met E2 en F4.

¹⁴⁷] Eind 2022 kondigt A5 zijn vertrek naar een ander ziekenhuis aan, omdat hij een volgende stap wil maken in zijn carrière. Deze bestuurswissel is niet meegenomen in het onderzoek.

¹⁴⁸] Een rol is een gedragsspatroon gekoppeld aan een taakopvatting. Het vervult een bepaalde functie in een systeem en leidt tot bepaalde verwachtingen. Voor formele rollen is het gedrag min of meer voorgeschreven, wat de voorspelbaarheid ten goede komt. Rollen hebben ook een ‘informeel deel’: gedrag komt uit meer voort dan ingegeven door de formele rol. Rolgedrag wordt zichtbaar in interacties. Zo kan er spanning ontstaan in de wederzijdse verwachtingen. Dat zien we ook terug in de volgende paragrafen: de raad van toezicht, (interim-)bestuurders en stafbestuur verwijten elkaar regelmatig niet rolzuiver te zijn.

stabiel vaarwater brengt.¹⁴⁹ Op dat podium van hoge verwachtingen treedt de nieuwe bestuursvoorzitter aan en vervolgens op. We hebben gezien dat de betrokkenen dit optreden verschillend appreciëren.

A2 start optimistisch als hij toetreedt tot het bestuur van het GSZ. Hij weet wat er te doen is in het ziekenhuis en kent de bestuursvoorzitter en de medische staf van binnenuit. Maar het valt tegen. De weerstand in de medische staf en het verschil in bestuursstijl zijn te groot om effectief te kunnen zijn. Terugkijkend op de hele bestuursperiode zegt hij: “We hebben wel de goede dingen geadresseerd maar niet gerealiseerd. Ik ben van de inhoud en de kracht van de argumenten. Maar bij besturen gaat het ook over vertrouwen en omgaan met belangentegenstellingen.”¹⁵⁰ We hebben gezien dat na de aanstelling van de interim-bestuurder de spanningen binnen het bestuur uitlopen op ‘hij eruit of ik eruit’, waarna eerst A1 en daarna ook A2 vertrekt.

De zittingstermijn van A3 bestaat terugkijkend uit twee fasen: zijn benoeming als derde bestuurder en als eenhoofdig bestuurder. De bestuursstijl van A3 is joviaal en begripvol, waardoor hij al snel draagvlak verkrijgt. Vooral de medische staf waardeert de voortvarendheid waarmee hij veel zaken, samen met het stafbestuur, oppakt. Als in de loop van zijn zittingstermijn de spanningen met de raad van toezicht leiden tot zijn vertrek is dat geen verrassing, eerder een opluchting. Want niet alleen de toezichthouders maar ook de managers en medische stafleden krijgen toenemende moeite met zijn stijl. Joviaal wordt loslippig, daadkracht en voortvarendheid worden eigenmachtig en impulsief ingrijpen, en zijn eis loyaal te zijn dwingender. Om alle ballen die hij zelf heeft opgeworpen in de lucht te houden stelt hij steeds meer hulptroepen van buiten aan. Op een gegeven moment weten medewerkers niet meer wie hun leidinggevende is en praten ze in cynische termen over alles wat op de bestuursgang gebeurt.¹⁵¹ Het draagvlak voor het grootscheepse veranderplan neemt af en A3 ‘gooit de handdoek in de ring’. Met deze woorden typeren meerdere geïnterviewden het plotselinge vertrek van A3. Enerzijds zorgde A3 er dus voor dat de verhoudingen verbeteren en de kwaliteit van zorg weer aandacht krijgt. Anderzijds is er veel losgewoeld zonder dat er iets duurzaam is achtergelaten, volgens een aantal geïnterviewden.

Als in A4 een nieuwe voorzitter van de raad van bestuur is gevonden, is de werving voor het lid raad van bestuur ook al gaande. Dit leidt in het voorjaar 2016 tot de benoeming van A5. Ook deze bestuurder ‘past’, bij het ziekenhuis en bij A4.

¹⁴⁹] Ondanks een eerdere toezegging en herhaaldelijk vragen is het niet gelukt A1 zelf te interviewen in het kader van dit onderzoek.

¹⁵⁰] Bron: interview met A2.

¹⁵¹] Bron: interview met D3.

Iedereen blij en de raad van toezicht leunt weer achterover. Nu is het aan het nieuwe bestuur. Niet alle toezichthouders lukt het ‘achteroverleunen’.

Uit deze samengevatte weergave van aan- en aftreden blijkt dat de manier waarop de ene bestuurder is afgetreden, de basis vormt voor het aantreden van de ander. En vervolgens is zijn manier van aantreden van invloed op zijn optreden, wat in het geval van A1, A2 en A3 tevens een opmaat is voor hun aftreden.

De beschikbaarheid van kandidaten

Dat A4, een ervaren ziekenhuisbestuurder, in 2015 ‘op de markt komt’, is voor het GSZ een gunstige toevalligheid. A4 was bestuurder in een ander, groter ziekenhuis maar daar heeft hij onvoldoende uitdagingen en hij wordt er geen bestuursvoorzitter. Op dat moment ‘komt het GSZ langs’. Het feit dat hij er door deze benoeming qua inkomen niet op vooruitgaat als gevolg van de WNT neemt hij op de koop toe.

“Het GSZ had een negatieve pers. Ik heb er na dat eerste gesprek met de raad van toezicht goed over nagedacht. Maar wat overheerste was dat ik dacht: het kan toch niet zo zijn dat er een ziekenhuis is dat niet bestuurd kan worden omdat de medische staf ‘lastig’ is? Ik heb toen een keukentafelgesprek gehad met een aantal medisch specialisten. We hebben lang en goed met elkaar gesproken. Met de formele procedure erbij heb ik in totaal veertien gesprekken gehad voordat het rond was.”¹⁵²

Voor A5 liggen de afwegingen anders. Hij is topmanager in een ander ziekenhuis en wil de stap naar het bestuur maken. Bovendien is het GSZ goed bereikbaar vanaf zijn woonplaats. Met nog een jong gezin is dat voor hem belangrijk. Maar hij twijfelt om te beginnen als bestuurder in een ziekenhuis als het GSZ. Hij zegt ‘verleid’ te zijn door de executive searcher, hoewel deze de situatie in het GSZ niet mooier weergaf dan hij was. Als A4 ook een goede indruk achterlaat na hun eerste kennismakingsgesprek is de kogel wat hem betreft door de kerk. Maar de eerste jaren vallen bar tegen.

“Alles was nieuw: eerste bestuursfunctie, nieuw ziekenhuis, nieuwe collega. Ik kreeg er ook fysiek last van. Ik denk eigenlijk vooral van de spanning in combinatie met heel hard werken, heel veel uren maken, elke dag weer. Er zat echter niets anders op dan de rug recht houden en geleidelijk te wennen. Ons adagium was ‘de basis op orde brengen’, maar hoelang kun je dat blijven volhouden als er telkens weer dingen in de basis niet op orde blijken?”¹⁵³

¹⁵²] Bron: interview met A4.

¹⁵³] Bron: interview met A5.

De weerbarstigheid, zijn eerste rol als bestuurder met een raad van toezicht die nog steeds bovenop de bedrijfsvoering zit (zijn portefeuille), wennen aan een ‘duobaan’... Hij benoemt het achteraf als tropenjaren. Pas na een jaar of drie à vier, als het ziekenhuis op alle fronten in een rustiger vaarwater is gekomen, kan hij de vruchten plukken van zijn harde werken. Ten tijde van het interview (eind 2021) kijkt hij positief terug op zijn benoeming.

Dat A4 net op het juiste moment ‘vrij kwam’ en ze A5 na het afwijzen van een eerdere kandidaat konden aanstellen noemt de voorzitter van de raad van toezicht (B3) ‘mazzel’. Volgens hem kun je als raad van toezicht in de procedure veel doen voor een goede uitkomst maar moet je uiteindelijk geluk hebben dat er op dat moment goede kandidaten in de markt zijn die bereid zijn naar jouw ziekenhuis te komen. Hij voegt eraan toe dat hij een voorstander is van (meer) benoemingen van binnenuit. “Men heeft vaak de neiging om iemand van buiten te idealiseren op basis van zijn cv. Mensen van binnenuit worden beoordeeld op hun reputatie, die nooit helemaal vlekkeloos is.”

Samen besturen: over collegialiteit en complementariteit

In het voorafgaande gaat het regelmatig over ‘het bestuur’ maar hoe ‘werkt’ het tussen de twee mensen die in de verschillende bestuursperiodes in het GSZ het bestuur vormen? Hoe beoordelen zijzelf en anderen of ze elkaar aanvoelen en aanvullen?

Naast A1 wordt gezocht naar iemand met een medische achtergrond, en iemand die de scherpe kantjes van de bestuursstijl van A1 kan verzachten. Dat het ook nog iemand is uit de medische staf, is mooi meegenomen. Zo denken de meeste betrokkenen er destijds over, ook A2 zelf. Hij ziet in A1 de stevige bestuurder die het GSZ nodig heeft, met name om een hardnekkig dwarsliggend smaldeel in de medische staf aan te pakken. De raad van toezicht en de raad van bestuur bespreken in dit soort bewoordingen de verwachte complementariteit. Het is niet helemaal duidelijk of en hoe expliciet de andere partijen destijds hun bedenkingen hebben geuit over deze samenstelling van het bestuur. Onderling hebben ze het er zeker over gehad en door de *hindsight bias* lichten hun waarschuwingen van toen nu meer op. Hoe dan ook is noch bij aanvang, noch in de loop van de rit, formeel feedback opgehaald bij de andere partijen over de samenwerking in het bestuur. In de individuele jaargesprekken komt het functioneren van de collega-bestuurder wel aan de orde. Met de raad van toezicht praten over het functioneren van je collega is echter altijd precair, zegt A2. Het is moreel gezien not done en het kan negatief op jou afstralen.

Over de (slechte) samenwerking tussen het duo A1-A2 en de interim-bestuurder is al het nodige gezegd. De constellatie was vanaf het begin niet ideaal en niet

effectief, maar volgens de raad van toezicht was op dat moment het aanstellen van een interim-bestuurder naast het zittende bestuur de minst slechte keuze. Omdat de bestuurders elkaars positie in het bestuur niet accepteren is er geen sprake van complementariteit, constateren de betrokkenen achteraf.

Wijs geworden door eerdere ervaringen en omdat beide bestuurders daar veel waarde aan hechten is er bij de benoeming van A4 en A5 van meet af aan aandacht voor de onderlinge samenwerking. Ze maken ook buiten de formele procedure om uitgebreid kennis met elkaar en hebben regelmatig contact in de periode dat A5 al wel is benoemd maar nog niet is aangetreden. Ook doen ze samen een assessment. Eenmaal aan het werk realiseren ze zich dat iedereen met argusogen hun samenwerking volgt. In het GSZ weten ze als geen ander hoe cruciaal dit is voor bestuurlijke continuïteit. Het elkaar iets gunnen, met waardering over elkaar spreken en investeren in de samenwerking doen A4 en A5 niet alleen voor de buitenwereld, ze hebben elkaar ook hard nodig. Na verloop van tijd ervaart iedereen de complementaire en collegiale samenwerking tussen A4 en A5 als een prettige vanzelfsprekendheid.

De invloed van het verleden

Al eerder beschreef ik hoe (ook) het bestuur van het GSZ wordt beoordeeld vanuit eerdere ervaringen met 'het bestuur'. Naast deze figuurlijke slagschaduw heeft een bestuur te maken met bestuursbesluiten uit het verleden waarvan de consequenties pas in het heden zichtbaar worden. De raad van toezicht neemt A1 aan om het ziekenhuis financieel in een betere positie te brengen omdat zijn voorgangers daar niet in zijn geslaagd. De manier waarop hij dat doet – *penny wise and pound foolish* volgens velen – leidt onder andere tot risico's voor de kwaliteit en veiligheid. Het is met de kennis van nu te gemakkelijk om A1's beslissingen te veroordelen, volgens sommige geïnterviewden. Anderen hebben er minder begrip voor dat ook A1 het beste moest zien te maken van de erfenis van zijn voorgangers. Ook A4 en A5 halen eerdere bestuursbesluiten met enorme logistieke en financiële consequenties aan. Zij worstelen regelmatig met het dilemma een toenmalig besluit terug te draaien, met alle dure consequenties van dien (zoals openbreken van contracten met derden), of toch maar het beste zien te maken van een slechte maar eenmaal ingezette koers.

Achterstallig onderhoud is er ook in de cultuur. Beide bestuurders zeggen dat de hardnekkigheid van de 'oude cultuur' ze is tegengevallen. Ze noemen dan het omhoog delegeren van problemen, wegstijgen en elkaar niet aanspreken. Dat zijn gedragspatronen die kwaliteitsrisico's in stand houden. De eerste jaren zijn er op managementniveau nog veel wijzigingen maar na de structuurwijziging in 2018 stabiliseert de managementlaag. Heel geleidelijk verbetert de kwaliteit, werken de systemen beter en staat het ziekenhuis er qua financiën structureel beter voor.

Pas na verloop van een paar jaar keert het vertrouwen terug in het ziekenhuis. Dat de verbeterde bestuurlijke verhoudingen daarin cruciaal zijn geweest is voor alle betrokkenen evident.

Samengevat: welke bestuurders het GSZ kan aannemen is een kwestie van toeval (de beschikbaarheid van kandidaten) en sturing (door de executive searcher en de kandidaten zelf). Vervolgens beïnvloedt de manier waarop de ene bestuurder in het GSZ aftreedt het aantreden van de volgende. En moeten ze tijdens hun zittingsperiode het doen met de erfenis van hun voorgangers.

6.3.2 De raad van toezicht in de andere hoofdrol

Van veraf naar dichtbij

Uit de jaarverslagen en interviews blijkt hoe de raad van toezicht in bestuursperiode 1 zijn rol opvat, namelijk op afstand en zo nodig bijsturen wat betreft de financiën. Toezicht houden op de kwaliteit van zorg is lastiger. Omdat het ziekenhuis zijn informatie over de kwaliteit van zorg niet op orde heeft krijgt ook de raad van toezicht daar niet goed zicht op. Informatie over de bestuurlijke verhoudingen krijgen ze (alleen) van het bestuur zelf.

De jaargesprekken met A1 en A2 spitsen zich toe op de vooraf afgesproken resultaten. Aan deze resultaten is een financiële bonus gekoppeld. Er zijn echter geen resultaten afgesproken over de bestuurlijke verhoudingen. Een van de geïnterviewden (D2) kenschetst de houding van de raad van toezicht als een wijze vader die zijn kinderen (de raad van bestuur en het stafbestuur) vermanend toespreekt geen ruzie te maken. Er is geen beoordelingssystematiek waarmee de raad van toezicht informatie opvraagt over het functioneren van het bestuur en de individuele bestuurders. Dat is een omissie, zo erkent ook de voorzitter van de raad van toezicht achteraf. "Dat had beter gekund. De raad van toezicht had meer input op moeten halen in de organisatie."¹⁵⁴

Er is in de periode 2008 tot 2011/2012 weinig contact tussen de toezichthouders en de partijen in het ziekenhuis. Managers, de OR en het stafbestuur kennen de toezichthouders nauwelijks en er is dientengevolge weinig vertrouwen in hen op het moment van de bestuurscrisis. Dan komt de raad van toezicht 'dichtbij', mede daartoe gedwongen door de IGJ. Deze roept de raad van toezicht ter verantwoording over de samenwerkingsproblemen. De reactie van de toezichthouders is: de kwaliteit van zorg is niet aantoonbaar in het geding dus

¹⁵⁴] Bron: interview met B2.

‘schoenmaker blijf bij je leest’. Ten opzichte van de interne partijen proberen de toezichthouders actief de gemoederen tot bedaren te brengen. Deze vinden dat de raad van toezicht het bestuur, met name de bestuursvoorzitter, te lang de hand boven het hoofd houdt.

Bij een zelfevaluatie in 2015 is een aantal toezichthouders achteraf ook van mening dat ze eerder afscheid hadden moeten nemen van de bestuursvoorzitter. “We wisten dat het geen verbinder was en ook nooit zou worden.” Anderen zijn daar genuanceerder over: “Het blijft een van de moeilijkste opgaven van een raad van toezicht: wanneer zeg je ‘ho’ tegen een bestuurder?” En: “De raad van toezicht blijft in hoge mate afhankelijk van de bestuurders; met name via hen word je geïnformeerd over de gang van zaken in de organisatie.”¹⁵⁵ Uit hetzelfde verslag blijkt ook dat de toezichthouders achteraf vinden dat ze “zich er teveel in hebben laten zuigen”. Ze bedoelen dat ze te veel zijn meegegaan in het frame van het bestuur over de medische staf.

Na de aanvankelijke tevredenheid over zijn aanstelling heeft de raad van toezicht het regelmatig moeilijk met de interim-bestuurder. Enerzijds houden ze hem strak (wat betreft zijn honorering bijvoorbeeld), anderzijds zijn ze ook van hem afhankelijk en werkt bijsturen averechts. Ze leggen afspraken niet zorgvuldig vast waardoor de verwachtingen steeds meer uiteen gaan lopen. Dat verhindert een aaneensluitende bestuurswissel van A3 naar A4.

In aanloop naar bestuursperiode 3 vervult de raad van toezicht zijn rol als regisseur van het bestuurswisselproces zorgvuldig, en dat betaalt zich bij beide benoemingen uit. Zowel A4 als A5 kunnen bij hun aantreden al rekenen op een breed draagvlak omdat er echt is geluisterd naar alle partijen. Vanaf dat moment heeft de raad van toezicht vaker direct contact met de geledingen en houden zodoende meer de vinger aan de pols, ook wat betreft het functioneren van het bestuur.

Wisselende rolinvullingen

De voorzitter van de raad van toezicht (B2) neemt afscheid wanneer het nieuwe bestuur goed in het zadel zit. De nieuw aangestelde voorzitter (B3) heeft bestuurlijke functies in het bedrijfsleven vervuld. Hij ziet dat de onzekerheid van de toezichthouders, ontstaan in de vorige bestuursperiode, leidt tot er wel heel ‘dicht bovenop zitten’. Hij signaleert dat sommige toezichthouders zelf ‘in control’ willen zijn, in plaats van toezicht te houden op het ‘in control zijn’ door het bestuur. Dit breekt in 2018 een van de toezichthouders op. Hij is op voordracht van de CR in de raad van toezicht gekomen, maar mede door zijn optreden tijdens

de bestuurscrisis en in sociale media heeft hij geen draagvlak meer. Hij wordt niet herbenoemd na vier jaar.

De drie rollen van de raad van toezicht – toezichthouder, werkgever en sparringpartner – zijn volgens B2 complementair aan elkaar. B3 legt het accent op de werkgeversrol.

“Wij hebben in essentie maar één middel in handen en dat is bestuurders aanstellen en ontslaan, dus de werkgeversrol is de allerbelangrijkste rol. Het is ook een hele zware en hele lastige rol. Je houdt toezicht en bent sparringpartner en adviseur, maar in die twee rollen heb je eigenlijk geen effectieve middelen om veranderingen in de organisatie te bewerkstelligen. Als je je bewust bent van het belang van de werkgeversrol dan komen alle andere middelen in een heel ander licht te staan.”

De werkgeversverantwoordelijkheid is om zorgvuldig met de bestuurder om te gaan, niet om hem in het zadel te houden, voegt B3 er stellig aan toe. Hij ziet goede bestuurlijke verhoudingen als een verantwoordelijkheid van het bestuur, waar de raad van toezicht actief toezicht op houdt.¹⁵⁶

De raad van toezicht start in bestuursperiode 1 op afstand. In de bestuurscrisis komt hij dichterbij om te bemiddelen en uiteindelijk in te grijpen. Ook in de tweede bestuursperiode zitten de toezichthouders nog in de ‘dichtbij modus’. Zo dichtbij dat de interim-bestuurder het ervaart als meebesturen. Ook in het begin van bestuursperiode 3 kenmerken nabijheid en controle de houding van de raad van toezicht. Geleidelijk herstelt het vertrouwen in het bestuur als instituut en daarmee verbetert ook het samenspel tussen de raad van toezicht en de raad van bestuur.

6.3.3 De medische staf in een bijrol

Een “lastige” medische staf

“In 2007 waren de dokters in het GSZ boos. Ze hadden niet het gevoel dat de raad van bestuur hun belangen behartigde. De interim-bestuurders die er daarvoor zaten hadden geen van allen een goede werkrelatie met de medische staf opgebouwd. De een was een ‘walk-over’, de ander te voortvarend en veranderingsgezind. De dokters voelden zich miskend en bedreigd.”¹⁵⁷

¹⁵⁵] Bron citaten: verslag zelfevaluatie raad van toezicht (2015, p. 4).

¹⁵⁶] Bron: interview met B3.

¹⁵⁷] Bron: interview met F1.

Wat doet een geschiedenis met zoveel bestuurswisselingen met een medische staf? Volgens een van hen:

“Het beïnvloedt de autonomie van de staf in negatieve zin. Die houdt zich niet meer aan God noch gebod. Medisch specialisten doen dan waar ze goed in zijn: goede individuele patiëntenzorg leveren in de spreekkamer en elders in het ziekenhuis. Wat interessant is, is dat de wetenschappelijke productie toenam. We konden dus kennelijk wel goede specialisten ronselen. In die periode waren er meer wetenschappelijke publicaties dan ooit van GSZ-specialisten. Maar er was minder aandacht voor integraliteit en samenwerking.”¹⁵⁸

In de interviews en documenten komt de kwalificatie ‘een lastige medische staf’ meerdere keren terug. Vervolgens lijkt de kwalificatie ‘lastig’ als een selffulfilling prophecy te werken: bejegend als lastig gaat de staf zich ook als zodanig gedragen. Hoe ver dat doorwerkt blijkt uit een ervaring van een medisch specialist.

“Ik kwam X (een oud-bestuursvoorzitter van het naburige academische ziekenhuis, HB) een keer tegen en die zei dat wij te boek stonden als een lastige staf. Ik vond dat schokkend, ook storend. Dat er zo’n beeld leefde, zo’n uitgesproken mening en die dan ook zo uiten! Ik denk dat deze beeldvorming zeker invloed heeft gehad. Wij hadden ook het gevoel dat A1 de opdracht had van de raad van toezicht om de staf minder mondig te maken.”¹⁵⁹

Andere raad van bestuur, andere opstelling medische staf

Als de raad van toezicht een interim-bestuurder naast het zittende bestuur aanstelt is de reactie van de medische staf ‘er wordt een pleister op een gebroken heup geplakt’. Hoewel ze het niet eens zijn met dit besluit (het bestuur naar huis sturen was volgens hen beter geweest) kiezen ze eieren voor hun geld en maken kennis met A3.

“Op zich voelde dat goed. Hij was een enorme prater maar kon ook goed luisteren. Je merkt in zo’n gesprek dat de boodschap aankomt en dat hij ook wilde samenwerken met de staf. We hadden ook inlichtingen ingewonnen bij het ziekenhuis waar hij op dat moment bestuurder was om na te gaan welke pers hij had. Dat hebben we hem ook wel verteld. We speelden open kaart met hem.”¹⁶⁰

¹⁵⁸] Bron: interview met C2.

¹⁵⁹] Bron: interview met C3.

¹⁶⁰] Bron: interview met C2.

In het jaar dat A3 bestuurde is de samenwerking met de medische staf goed gebleven. Hij investeert fors vanwege het verscherpte toezicht en het veranderprogramma. Voor beide heeft hij de medische staf nodig en vice versa. Hij is niet alleen the good guy, maar steekt ook zijn nek uit door een proces aan te spannen tegen een aantal medisch specialisten.

A4 laat zien dat je een ‘lastige’ medische staf ook als een uitdaging kunt beschouwen. Hij is nieuwsgierig naar deze staf als hij deze kwalificatie hoort. Een ziekenhuis onbestuurbaar door een medische staf, dat kan niet waar zijn en dat blijkt inderdaad. Tijdens de derde bestuursperiode wordt de goede verstandhouding tussen raad van bestuur en stafbestuur verankerd in een overlegstructuur, en bij problemen trekken ze gezamenlijk op.

Uit bovenstaande blijkt dat de persoonlijke stijl van de bestuurders veel invloed heeft op de samenwerking met de medische staf. Dat geldt omgekeerd ook: bestuurders hebben het te doen met de stafbestuursleden van dat moment. Een externe adviseur vertelt dat een stafbestuurslid hem met name opviel ten tijde van de bestuurscrisis.

“Wat me blijft bezighouden is de onverenigbaarheid van karakters in die moeilijke jaren én de rol die andere karakters speelden bij het herstel van de bestuurlijke situatie. Zo was bijvoorbeeld de rol van X in het stafbestuur cruciaal. Het externe onderzoek was een wens van de medische staf, waartegen in eerste instantie rvb en rvt zich verzetten, maar door zijn rustige en vasthoudende druk kregen ze het er toch door. Zo was hij altijd lichtjes op de achtergrond aanwezig maar cruciaal voor het proces.”

Oordeel over besturen en bestuurswisselingen

De klassieke dichotomie tussen ‘bestuur’ en ‘medisch specialisten’ speelt in 2021 een veel minder grote rol dan in de periode daarvoor. In de medische staf in het GSZ heeft vanaf 2016 een cultuuromslag plaatsgevonden, mede onder leiding van de nieuwe stafvoorzitter, zo zegt een externe betrokkene.

“Zij (de dokters, HB) hadden het beeld ‘ik ben een hele goede dokter, ik lever goede zorg in de ogen van de klant en dat doen mijn collega’s ook’. Maar wat dat betekent voor het profiel van het ziekenhuis, daar hebben ze geen beeld van. Je wordt als dokter opgeleid om professioneel autonoom te zijn, dat is een groot goed maar staat haaks op multidisciplinair samenwerken en verantwoordelijkheid nemen voor iets anders dan je eigen vak. Die cultuuromslag heeft het stafbestuur na de crisis destijds goed opgepakt.”¹⁶¹

¹⁶¹] Bron: interview met F4.

Doordat het stafbestuur mee aan de bestuurstafel zit neemt hun begrip voor besturen en het bestuur toe. Een voormalig stafvoorzitter zegt:

“Wij dokters begrijpen van besturen überhaupt weinig. Hoe weet je nu of je bestuurder goed is? Je gaat vooral op je gevoel af. Dus benoemingen van ziekenhuisbestuurders zijn heel belangrijk om te onderzoeken. De impact ervan is enorm.”¹⁶²

De medische staf vervulde een invloedrijke bijrol bij de bestuurswisselingen. Ze laat haar invloed gelden in alle fasen van het proces: in de aanloop ernaartoe, bij het selecteren, bij de landing na benoeming, en in de fase dat het bestuur gaat ‘optreden’. Deze rol is ingebed in het beeld dat stafbestuur en raad van bestuur hebben van het besturen van een ziekenhuis en van elkaar. Elkaar snel opvolgende bestuurswisselingen tasten het gezag van het bestuur aan.

6.3.4 De managers, cliëntenraad en ondernemingsraad als figuranten

CR en OR: geen echte invloed

De positie van de OR en CR bij de aanstelling van A1 en A2 is gering. Ze hebben een klein beetje invloed op de profielschetsen en mogen adviseren over de kandidaat die de raad van toezicht heeft uitgekozen. Ze vinden het optreden van de raad van toezicht bij deze benoemingen eigenmachtig. “Er was geen gezamenlijk proces om te bepalen in welke fase het ziekenhuis zat en welk profiel daarbij passend was. De raad van toezicht heeft zelf bepaald wat het belangrijkste was: de tent weer financieel gezond maken.”¹⁶³

De OR en CR zijn (ook) kritisch over de bestuursstijl van A1. De OR dient zelfs op enig moment een motie van treurnis in, verder durven ze niet te gaan. In retrospectief is de OR echter milder over de bestuursperiode van A1. “Het klinkt misschien raar uit mijn mond, maar ik denk dat hij (A1, HB) meer krediet had mogen krijgen voor wat hij voor het GSZ heeft betekend.” Volgens deze bron werd A1 geconfronteerd met de consequenties van te zuinig bouwen in de jaren voorafgaand aan zijn komst. Als A1 zijn visie over de kernactiviteiten van het ziekenhuis vertaalt naar bouwplannen loopt hij op tegen de medische staf die irreële eisen stelt.

“Omdat hij drastisch moest bezuinigen nam A1 geen duurzame besluiten en door zijn stijl kreeg hij de mensen niet mee. Het werd hem niet gegund, maar er was wel behoefte aan iemand met visie, en die had hij.”¹⁶⁴

¹⁶²] Bron: interview met C3.

¹⁶³] Bron: interview met E1.

¹⁶⁴] Bron: interview met E1.

De CR neemt in de nasleep van de bestuurscrisis bij de samenstelling van de raad van toezicht even stevig positie in. Ze stemmen niet in met de herbenoeming van een van de leden van de raad van toezicht die op hun voordracht benoemd is. De CR is van mening dat deze toezichthouder zich te inhoudelijk gemengd heeft in de ruzie tussen bestuur en stafbestuur, ook extern. De raad van toezicht, onder leiding van een nieuwe voorzitter, besluit niet tot herbenoeming over te gaan. In de geschiedenis van de raad van toezicht van het GSZ is dat voor de eerste keer.¹⁶⁵

De managers: zien alles en worden (niet) gezien

De meeste geïnterviewde managers hebben de drie bestuursperiodes meegemaakt.¹⁶⁶ Twee van hen hebben zelfs de bestuurders van voor 2008 nog meegemaakt. Het citaat waarmee ik dit hoofdstuk begon (achttien verschillende bestuurders in twintig jaar tijd) is van een van hen.

D3 begon als teamleider in het GSZ. Hij vertelt dat hij in die positie geen idee heeft “wat daarboven allemaal gebeurt”. Hij keek er door de ogen van zijn manager naar. Wat hij meekrijgt is het politieke spel, want in die tijd (2007-2009) was ieders positie vergankelijk, vooral die van de managers. Als hij zelf manager is blijkt dat hij niet moet verwachten dat A1 en A2 zaken met elkaar afstemmen. Hij vindt daar zijn weg wel in, maar merkt dat het zijn collega’s onzeker maakt. Geleidelijk ziet hij de goede intenties van A1 en A2 sneuvelen. D1 en D3 zeggen beide dat de ruzie ‘bovenin’ hun samenwerking met medisch specialisten niet schaadt. Het operationele werk moet door en daarin hebben specialisten en managers elkaar nodig. Ook de managers onderling zoeken steun bij elkaar. Als het in het bestuur rommelt wordt daar dagelijks intensief over gepraat. Alsof ze door er een gezamenlijke betekenis aan te geven minder kwetsbaar worden, suggereert een van hen. Bovendien: “Het gedoe in de top leidt altijd af van het eigenlijke werk.”

Als de bestuurscrisis een feit is daalt de raad van toezicht af, ook naar de managers. De gesprekken zijn open, maar voorzichtig omdat ze elkaar niet of nauwelijks kennen. De managers vertellen over beide ‘kampen’ die naar hun idee samen verantwoordelijk zijn voor de crisis. Dus mocht de raad van bestuur naar huis worden gestuurd, dan ook een paar lieden uit de medische staf, is hun boodschap. Over dat laatste gaat de raad van toezicht niet, dat realiseren ze zich ook. Ze voelen mee met de onmacht in dezen van de toezichthouders maar verwachten dat zij de ‘regie nemen’.

De uitspraak dat A3 als derde man komt maar geen derde man is, is van een de managers. Hij bedoelt daarmee dat A3 geen bestuurder is die een aanvullende rol inneemt. De managers snappen de noodgreep maar zien meteen dat het bestuur

¹⁶⁵] Bron: interviews met E2 en B3. Voor zover zij kunnen nagaan.

¹⁶⁶] Twee van hen in andere functies dan als manager.

laten zitten en er een derde aan toevoegen niet gaat werken. Ook zien ze, door de openlijke diskwalificaties van de interim-bestuurder over de raad van toezicht, hoe het misgaat tussen hem en de raad van toezicht.

A3 gaat, A4 komt en daarna A5. In de procedure voor A5 gebeurt volgens de managers iets bijzonders: ze worden nauw betrokken bij de werving en selectie. Als het conceptprofiel langskomt voegt de searcher hun aanvulling toe, namelijk bij voorkeur een jongere bestuurder met moderne denkbeelden over besturen. De kandidaat die ze vervolgens gepresenteerd krijgen voldoet niet aan dat profiel. Als een van de managers hun negatieve advies over deze kandidaat mondeling overbrengt reageert de voorzitter van de raad van toezicht tot haar verrassing verbolgen. Omdat ook het stafbestuur negatief adviseert, start de raad van toezicht een nieuwe procedure.

Geleidelijk ontstaat er een stabiele managementlaag en komt het plezier met en het vertrouwen in het bestuur terug. Deze nieuwe raad van bestuur (A4 en A5) ziet en kent de managers en laat zich volgens de managers zien en kennen. Deze bestuurders dragen in woord en daad uit dat de financiën een middel zijn en de kwaliteit centraal staat.

Hoewel de rol van de OR en de CR bij bestuurswisselingen wettelijk is vastgelegd hebben zij, net als de managers, slechts een beetje invloed op wie er als nieuwe bestuurder binnen komt in het GSZ. Óf en wanneer deze weer vertrekt, ook daarin spelen zij geen rol van betekenis. In de regel figureren ze bij bestuurswisselingen. Soms treden ze even op de voorgrond en hebben dan wel invloed.

6.3.5 De externen als hulp - en buitenspelers

De hulpspelers: de executive searchers

De executive searchers zien het bijeenbrengen van de verschillende visies over de nieuwe bestuurder als de essentie van hun rol. Hun opdracht is daar goede kandidaten bij te zoeken en de procedure te begeleiden tot er een besluit ligt. Op dat moment is hun rol bij een bestuurswissel uitgespeeld. Vaak krijgen of vragen ze informatie over hoe de nieuwe bestuurder het doet en of het hem of haar bevalt. De terugkoppeling stelt echter weinig voor, tenzij deze financiële consequenties heeft. In de contracten staat dat als binnen een jaar een bestuurder weer vertrekt, dit onder bepaalde voorwaarden financieel wordt vergoed.

In 2008 wordt F1 gevraagd een nieuwe voorzitter raad van bestuur te zoeken voor het GSZ. Destijds speelden headhunters ook een rol bij het vaststellen van

de arbeidsvoorwaarden. F1 herinnert zich dat A1 stevig onderhandelt over zijn salaris, zoals hij dat vanuit het bedrijfsleven gewend is. Ook bonussen voor behaalde resultaten zijn nieuw voor de raad van toezicht. Maar ze staan ervoor open. Als de raad van toezicht naast A1 iemand van de medische staf aanstelt waarschuwt F1 voor het afbreukrisico. “Je komt aan de andere kant van de tafel en dan ben je opeens geen vriendjes meer met je vroegere collega’s.” F1 heeft slechts zijdelings gevolgd wat er vanaf 2009 is gebeurd in het GSZ. Hij heeft zich verbaasd over de benoeming van A3. Hem kennende als een eigengereid iemand vroeg hij zich af of dat goed zou gaan naast A1. “Maar raden van toezicht zoeken zekerheden bij een crisis en interim-bestuurders zijn dan de reddingboeien.” Terugkijkend vindt F1 dat A1 het niet slecht gedaan heeft. Het ziekenhuis wilde een breuk met het verleden en dat heeft zeven jaar A1 opgeleverd.¹⁶⁷

Executive searchers kennen in het proces van een bestuurswissel zowel de vraag- als aanbodkant. Wat betreft de vraagkant in de procedure bij de werving van A4 en A5 zegt F2:

“Ja, het profiel was een schaap met vijf poten maar dat heb je ook nodig in de zorg! Gaande het proces werd steeds duidelijker wat de nieuwe bestuurder moest brengen. Ik zie meanderen tussen en met de verschillende visies op de nieuwe bestuurder als onze taak. Om zodoende te komen tot een profiel waarmee alle verschillende betrokkenen in kunnen stemmen.”

De executive searchers zeggen dat ziekenhuizen, zoals ook het GSZ, irreële en soms tegenstrijdige eisen stellen aan de ‘vis’ terwijl ze geen idee hebben hoe de vijver eruitziet. Het gesprek over het profiel ten opzichte van het potentieel in de markt voeren ze met de raad van toezicht, niet met de andere partijen. Die mogen hun, eventueel tegengestelde, perspectieven inbrengen. Het is vervolgens aan de raad van toezicht deze te wegen. Achter de meningen over het profiel en de kandidaat zitten immers altijd belangen.¹⁶⁸

In de procedure van de benoeming van A4 en A5 is een assessment gebruikt om vooraf enigszins de samenwerking tussen beide in te schatten. F2 noemt dit een tool dat weliswaar de potentie aangeeft maar dat pas in de praktijk blijkt of het samen ‘werkt’. Veel belangrijker is volgens deze searcher dat de procedure van A4 een goed fundament legde voor zijn aantreden, en dat hij grote invloed had op wie zijn collega werd. “Hij voelde goed aan wat het huis nodig had en gaande de

¹⁶⁷] Bron: interview met F1.

¹⁶⁸] Bron: interviews met F1 en F2.

procedure groeide het vertrouwen, ook bij hem. Toen naast hem een lid raad van bestuur benoemd moest worden was dat niet meer zo spannend.”

De executive searchers zijn invloedrijke hulptroepen bij bestuurswisselingen in het GSZ, maar ze staan maar even op het toneel. Dan brengen ze informatie in over ‘de markt’ van ziekenhuisbestuurders, leveren kandidaten aan en zorgen voor een professionele procedure. Ze vervullen ook een brugfunctie tussen de raad van toezicht en de andere partijen. Het nadeel is dat de raad van toezicht een door hen gefilterd beeld krijgt van de meningen van de adviespartijen.

De IGJ, zorgverzekeraar en banken als ‘buitenspelers’

Als externe toezichthouder heeft de IGJ in 2014 niet rechtstreeks invloed op de bestuurswisseling in het GSZ, maar wel indirect. Als ze in het voorjaar van 2014 de gewraakte brief van de raad van bestuur ontvangen vraagt de IGJ zich af hoe ze moet optreden.

“In 2014 was de principiële vraag zeer relevant: als er gedoe is in de besturing van het ziekenhuis, is dan automatisch de kwaliteit van zorg in het geding? Toentertijd was ons antwoord: ja. Inmiddels zeggen wij genuanceerder dat het risico’s kán geven voor kwaliteit en veiligheid. Als het gedoe aanhoudt dan zullen die risico’s reëler worden.”¹⁶⁹

Dus hoewel de IGJ niet gaat over wie er in het ziekenhuis bestuurder is, toen niet en nu niet, gaat ze volgens F3 wel over het bestuurlijk handelen. Er zijn in die tijd een paar hardnekkige casussen in het GSZ. De IGJ geeft dan aanwijzingen en gaat in gesprek met de raad van bestuur én de raad van toezicht van het GSZ. “De raad van toezicht was daar heel emotioneel over. ‘Wij gaan over het bestuur, niet de IGJ’... Mede door de commotie tussen raad van toezicht, raad van bestuur en stafbestuur hebben we toen besloten verscherpt toezicht in te stellen.”¹⁷⁰

De zorgverzekeraar is in 2014 via het verscherpte toezicht zijdelings betrokken bij de bestuurscrisis. F4 reflecteert terug- en vooruitblikkend over de eventuele invloed die een zorgverzekeraar zou moeten hebben bij benoemingen van ziekenhuisbestuurders.

“Het ‘natuurlijke’ wantrouwen tussen zorgorganisaties en zorgverzekeraars speelt daarbij mee, maar ook hoe de rollen van de IGJ en de zorgverzekeraars

zich tot elkaar verhouden... In deze context moet je heel voorzichtig zijn je te bemoeien met benoemingen. Maar ik denk dat het wel goed zou zijn als de belangrijkste zorgverzekeraars in de voorfase, bij het vaststellen van het profiel, betrokken zouden worden. Alle relevante externe stakeholders overigens, dus ook banken.”¹⁷¹

De banken spelen destijds ook een indirecte rol bij de bestuurswisselingen in het GSZ. Een paar geïnterviewden vertellen dat ze ten tijde van het verscherpt toezicht regelmatig contact hebben met de belangrijkste financiers. Ze stellen deze gerust door aan te geven dat de kwaliteit van zorg niet in het geding is en de continuïteit van de bedrijfsvoering gewaarborgd. Maar ze geven ook toe dat de banken kritischer worden na het instellen van het verscherpte toezicht en nadrukkelijker vragen stellen over de bestuurlijke continuïteit.¹⁷²

De IGJ, zorgverzekeraars en banken zijn buitenspelers bij bestuurswisselingen, tot het moment dat de bestuurlijke dynamiek in het ziekenhuis hen in hun rol raakt. Maar ook dan wenden ze hun invloed (voornamelijk) indirect aan.

¹⁶⁹] Bron: interview met F3.

¹⁷⁰] Bron: interview met F3. Tegenwoordig zijn er reguliere gesprekken tussen bestuur, de raad van toezicht en de IGJ. In die gesprekken gaat het ook over bestuurlijke continuïteit en soms over de stabiliteit van de bestuurlijke verhoudingen maar de IGJ is heel terughoudend om zich te bemoeien met de samenstelling van de raad van bestuur: “Daar gaan wij niet over.” Alleen in situaties waar de kwaliteit van zorg aantoonbaar samenhangt met het bestuur spreken ze degene aan die daar wel over gaat, de raad van toezicht. Als deze niet goed functioneert wordt het ingewikkeld. Dat laatste was overigens destijds in het GSZ niet aan de orde.

¹⁷¹] Bron: interview met F3.

¹⁷²] Bronnen: interviews met B2 en D1. De destijds betrokkenen bij de banken waren niet meer beschikbaar voor een interview.

Tabel 3 Overzicht van kernuitspraken van de spelers in de rondes

Bestuursperiode	Ronde	Raad van bestuur	Raad van toezicht	Stafbestuur
2008-2014	1.	Een stevige persoonlijkheid om medische staf te trotseren en voor een betere financiële basis	Rust, bestuurlijke continuïteit en onderling vertrouwen	We werden een lastige medische staf gevonden
	2.	We hebben wel de goede dingen geadresseerd maar ze onvoldoende gerealiseerd, omdat het bij besturen ook gaat over vertrouwen en omgaan met belangen- tegenstellingen	Een beetje vertrouwen is geen vertrouwen	Brief aan IGJ met 'tekortkomingen uit het oogpunt van een professioneel leerklimaat' doet de emmer overlopen
	3.	Terugblikkend had de raad van toezicht met mijn aanstelling gelijk het gesprek aan moeten gaan met het zittende bestuur	Snel ingrijpen om uitslaande brand te voorkomen	Er wordt een pleister op een gebroken heup geplakt
2014-2015	4.	Een ziekenhuis niet kunnen besturen door een lastige staf? Dat kan niet waar zijn	Het was een nare boodschap om de voorzitter de wacht aan te zeggen	Samenwerking tussen bestuur en stafbestuur is wél mogelijk
2016-2022	5.	We bleven de basis op orde brengen	We willen geen gedoe meer	Het keukentafel-gesprek voorafgaand aan de benoeming was nuttig
	6.	De nieuwe cultuur afmaken kost nog twee jaar	Spanning tussen toezichthouder en werkgever zijn?	Het is moeilijk om te beoordelen wat goed besturen is

Bestuursperiode	Ronde	Managers	Ondernemingsraad, Cliëntenraad	Executive searchers, IGJ, zorgverzekeraars
2008-2014	1.	De top van het ziekenhuis is een politiek speelveld met vergankelijke posities	Ze zaten niet op één lijn en karakterologisch klikte het ook niet (OR)	7 jaar volmaken in het GSZ is best goed (ES)
	2.	Alles zien maar zelf niet gezien worden	Het gedrag van de voorzitter van de RvB paste wel bij wat een RvT in die tijd van de bestuurder verwachtte (OR)	We wilden niet als koevoet gebruikt worden naar de medische staf (IGJ)
	3.	De interim-bestuurder was geen derde man	Een motie van treurnis tegen de RvB om onze zorgen aan te geven (OR)	Uiteindelijk leiden de instabiele bestuurlijke verhoudingen tot verscherpt toezicht (IGJ)
2014-2015	4.	Het is vervreemd als een gevraagd advies door de RvT afwerend ontvangen wordt	Het profiel hou je er wel bij maar eigenlijk keken we alleen of A4 een verbinder was (OR)	Je hebt ook een schaap met vijf poten nodig in de zorg (ES)
2016-2022	5.	Geleidelijk neemt vertrouwen in en plezier met het bestuur toe	We hebben bewust niet ingestemd met een tweede termijn van de toezichthouder die op onze voordracht in de RvT zat (CR)	Cruciaal was of A4 en A5 een klik samen hadden (ES)
	6.	Het ziekenhuis is enorm opgebloeid onder dit bestuur	Dit bestuur voert een consistent beleid (CR)	De invloed van individuele bestuurders op een ziekenhuis is groot; zo is het GSZ enorm veranderd onder de nieuwe leiding (ZV)

6.4 PROCESSEN EN UITKOMSTEN

6.4.1 Bestuursperiode 1

De meeste betrokkenen hebben over de procedure voor een nieuw bestuur in 2008-2009 gemengde oordelen.¹⁷³ De adviespartijen worden betrokken bij zowel het profiel als de uiteindelijke keuze. Weliswaar presenteert de raad van toezicht A1 als enige kandidaat, ze mogen er wel over adviseren. Achteraf vinden ze dat het profiel van de voorzitter ogenschijnlijk duidelijk was maar dat de betekenis ervan niet goed is besproken. Zoals: waartoe moet de nieuwe voorzitter zijn 'stevige persoonlijkheid' inzetten en wat zijn risico's van krachtig optreden in combinatie met de financiële opdracht? De geïnterviewden realiseren zich ook hun *hindsight bias*: de latere gebeurtenissen rondom A1 beïnvloeden de kritiek op de procedure van destijds.

Bij de benoeming van A1 lijkt een eerdere afwijzing van een externe kandidaat mee te spelen. Een geïnterviewde die alle bestuurswisselingen in de afgelopen twintig jaar meemaakte signaleert een terugkerend patroon. De raad van toezicht stelt een kandidaat voor, de medische staf – meestal, soms een ander adviesorgaan – wijst deze af en over de volgende kandidaat durven ze dan niet nog eens negatief te adviseren, waarna een benoeming in de rebound plaatsvindt. Dat patroon lijkt zich bij A2 te herhalen. Er is een sterke aandring vanuit de raad van bestuur en de raad van toezicht om in te stemmen met de benoeming van A2 na het afwijzen van de eerste kandidaat. Daar komt nog bij dat het afwijzen van een interne (aardige) kandidaat gevoelig ligt.¹⁷⁴

Bijna alle geïnterviewden oordelen negatief over de uitkomst van de bestuurswisselingen die leiden tot bestuursperiode 1. "Je moet concluderen dat je als verantwoordelijke toezichthouder bestuurders aan wilt stellen waar je jaren mee vooruit kunt en die rust brengen. Vooral dat laatste is niet uitgekomen."¹⁷⁵ Het verscherpte toezicht, het achterstallige onderhoud, de reputatie in de regio en vooral de interne onrust heeft het ziekenhuis veel schade berokkend, is het algemene oordeel, en dat wordt A1 en A2 als bestuur aangerekend. De executive searcher van destijds kijkt als enige positief terug op de uitkomst van A1. Volgens hem was in het GSZ de duur van de bestuursperiode, bijna zeven jaar, op zich al een succesvolle uitkomst.

¹⁷³] De meeste geïnterviewden gebruiken 'proces' en 'procedure' als synoniemen.

¹⁷⁴] Bron: aanvullende schriftelijk opmerking van C1 naar aanleiding van het conceptverslag: "De opmerking over de rol van eerdere afwijzing in combinatie met een rvt die boos wordt is misschien wel een enorme onderschatte bijdrage aan de hele geschiedenis. Met name bij A1 en A2..."

¹⁷⁵] Bron: interview met B2.

Het oordeel over A1 is wel genuanceerder dan toentertijd. Sommige geïnterviewden zeggen dat als A1 als interim-bestuurder was aangetrokken voor een jaar of twee hij wellicht wél goed was geweest voor het ziekenhuis. Dan was de opbrengst een aantal strakker ingeregelde processen in de bedrijfsvoering, een wat zakelijker bedrijfscultuur en een gezondere financiële positie geweest. Bovendien: "We kregen waarom we vroegen: A1 paste precies in het profiel!"¹⁷⁶ De meest relativerende opmerking over proces en uitkomst komt van een externe partij. Deze vraagt zich af of zonder het verscherpte toezicht, min of meer veroorzaakt door A1 en A2, de verhoudingen in het GSZ zouden zijn wat ze vandaag de dag zijn.

De meeste betrokkenen maken een onderscheid tussen de procedure om tot de benoemingen van A1 en A2 te komen en het proces dat zich tijdens hun bestuursperiode voltrok. Over de procedure zijn ze terugkijkend kritisch in het licht van de uitkomsten van deze bestuursperiode. Naast de inhoudelijke negatieve resultaten van deze bestuursperiode zien zij ook de reputatie schade door de bestuurscrisis als schade.

6.4.2 Bestuursperiode 2

De urgentie om de bestuurlijke impasse te doorbreken is groot in 2014. De raad van toezicht maakt tempo en besteedt minder aandacht aan de procedure om A3 aan te stellen. De adviesorganen worden niet betrokken – met uitzondering van de medische staf – en voor hen zijn A3's opdracht en contract niet helder. In de beleving van de managers, OR en CR 'was hij er ineens'. Het effect is een nog sceptischer houding tegenover bestuur en toezicht.

Tegelijkertijd waarderen de meeste geïnterviewden de uitkomst van de zittingsperiode van A3 redelijk positief. A3 laat zien dat de raad van bestuur en het stafbestuur wél goed kunnen samenwerken. Ook vertelt hij de raad van toezicht hoe het ziekenhuis er echt voor staat én hij zorgt voor het opheffen van het verscherpte toezicht. Sommigen voegen als resultaat toe dat hij het uiteindelijke zetje geeft voor het vertrek van A1 en A2.

Ondanks de nare bijsmaak over zijn plotselinge vertrek oordeelt ook de raad van toezicht terugblikkend tamelijk positief over de uitkomst van de bestuursperiode van A3: hij heeft geleverd waarvoor hij was aangenomen. Anderen verwoorden het als volgt. A3 heeft in relatief korte tijd de grond bouwrijp gemaakt voor een

¹⁷⁶] Bron: interview met D2.

nieuwe bestuursperiode. Dat staat aan de batenkant. Velen vinden ook dat het veel heeft gekost. Niet alleen in financiële zin, maar ook door de onrust van de vele komende en gaande managers en staffunctionarissen. Zij vragen zich af welke duurzame verbeteringen hij heeft achtergelaten.

Het proces naar de aanstelling van de interim-bestuurder verliep geïmproviseerd, maar gezien de crisis moest door de raad van toezicht ingrijpen. Een derde bestuurder aanstellen naast het zittende tweetal zorgde voor een zeer onverkwikkelijk half jaar in de bestuurlijke verhoudingen, wat doorsijpelde naar de andere partijen. De partijen maken een verschillende kosten-batenanalyse. Het proces was niet fraai, de uitkomsten niet duurzaam maar misschien had het GSZ deze interim-periode nodig als overgang naar de bestuursperiode drie.

6.4.3 Bestuursperiode 3

Er is de raad van toezicht in 2015 veel aan gelegen dat het proces om tot een nieuw vast bestuur te komen goed verloopt. 'Goed' is in hun ogen onder andere dat het leidt tot een bestuur dat draagvlak heeft bij alle partijen. De geïnterviewden vinden het proces voorafgaand aan de benoeming van A4 weliswaar lang(dradig) maar positief. Ze waarderen daarin vooral de opstelling van A4 zelf omdat hij tijdens de procedure al investeert in de verhouding met de medische staf.

De procedure voor een tweede bestuurder heeft wat meer voeten in de aarde. Meerdere partijen adviseren negatief over de eerste door de raad van toezicht naar voren geschoven (en sterk aanbevolen) kandidaat. De raad van toezicht accepteert de adviezen, maar van harte gaat dat niet. Er wordt een nieuwe procedure gestart en de opluchting is groot als A5 door alle partijen acceptabel wordt gevonden. Ondanks (dankzij?) dit 'hink-stap-sprong-proces' oordelen de geïnterviewden positief over het proces van het werven en selecteren van A5.

Ook over de uitkomst van deze bestuursperiode zijn (tot nu toe) alle geïnterviewden positief. Deze waardering heeft drie 'lagen'. Allereerst zijn alle partijen blij dat ze destijds twee enthousiaste en, volgens hun cv's en reputatie, capabele bestuurders aan zich hebben kunnen binden. Ten tweede ging het bestuur, toen alle achterstanden aan het licht kwamen, onverstoord door met de 'basis op orde brengen'. Ten derde constateren alle partijen dat het ziekenhuis inmiddels is hersteld van de trauma's die het door de verschillende bestuurscrises in de periode van 2008 tot 2022, met alle bestuurswisselingen als gevolg, heeft opgelopen. Inmiddels is het GSZ, zes jaar na de laatste bestuurscrisis,

gewend aan de nieuwe status quo. Het is een stabiel ziekenhuis met een solide kwaliteit van zorg en financiële positie, een goede externe reputatie en, last but not least, een stabiel bestuur.¹⁷⁷ Kennelijk, stelt de voorzitter van de raad van toezicht, is er destijds niet alleen gekozen voor een bestuur voor de actuele situatie maar ook voor de toekomst, zoals een raad van toezicht behoort te doen. Maar van de toekomst weet je nooit precies hoe die uitpakt, dus misgaan kan het altijd, voegt hij er laconiek aan toe.¹⁷⁸

Alle partijen oordelen gematigd positief over het proces dat de bestuursperiode drie inluidde. Ook hier geldt dat de waardering voor de uitkomsten de kritische punten over de procedure neutraliseren. Als uitkomst wordt ten eerste de bestuurlijke verhoudingen genoemd. Deze zijn aanzienlijk verbeterd vanaf 2016. Ook de meer objectievebare uitkomsten als kwaliteit en financiën worden in positieve zin genoemd. Hoewel de bestuurlijke opgaven zwaar waren en negatieve patronen met de medische staf en de raad van toezicht zich dreigden te herhalen, zijn de geïnterviewden unaniem positief over het proces én de uitkomst

6.5 CONCLUSIES

In dit hoofdstuk werd verslag gedaan van een casestudie. Het onderzoek vond plaats in een 'gewoon stadsziekenhuis' (het GSZ). Het richtte zich vooral op de periode 2008 tot en met 2022, waarin drie bestuursperiodes zijn te onderscheiden. Op basis van deze longitudinale casestudie zijn de volgende conclusies te trekken.

Zoeken en benoemen: vraag en aanbod bij elkaar brengen

Of een nieuwe bestuurder past is tweerichtingsverkeer; er is een vraag- en aanbodkant. Uit de casus blijkt dat de meeste partijen geen goed beeld hebben van het beschikbare aanbod aan kandidaten. Ook weten zij niet hoe potentiële kandidaten de kant van het ziekenhuis op gelokt kunnen worden. Dat is het terrein van de executive searcher. Bij een aantal benoemingen in het GSZ bleek het aanbod op specifieke momenten een factor van belang te zijn. De omvang en de kwaliteit van het potentieel aan beschikbare kandidaten heeft dus een grote invloed bij bestuurswisselingen. Vervolgens blijkt uit de casus dat of potentiële kandidaten daadwerkelijk gaan solliciteren afhangt van het geleiden en

¹⁷⁷] Bron: aanvullende schriftelijke opmerking van C1 na lezing van de conceptversie van dit verslag: "Je bent als lezer geneigd om te denken dat A4 een goede verbinder is en door zijn gesprekken voorafgaand al veel steun had, en daarbij nog geholpen door A3 als voorbereider, maar feitelijk heeft hij dus ook voor minstens even grote financiële uitdagingen en grotere uitdagingen op het gebied van kwaliteit gestaan dan A1 en A2. En hij heeft deze wel in harmonie met alle gremia tot een goed einde weten te brengen!"

¹⁷⁸] Bron: interview met B3.

verleiden. Dat proces, het bij elkaar komen van de ambities van kandidaten en het profiel, speelt zich vooral af tussen executive searchers en kandidaten.

Te beginnen bij A1. In 2008 waren ziekenhuizen afhankelijk van executive searchers voor kandidaten uit het bedrijfsleven met een zakelijk profiel. A1 werd door de searcher van destijds voorgesteld als dé bestuurder die het ziekenhuis uit de jarenlange (financiële) misère kon helpen. Het is niet met zekerheid te zeggen, maar de deplorabele situatie van het GSZ van destijds heeft er waarschijnlijk toe bijgedragen dat ervaren ziekenhuisbestuurders niet solliciteerden. Dat droeg ertoe bij dat A1 dé kandidaat werd.

Bij de benoeming van interim-bestuurders speelt wie er beschikbaar is een nog grotere rol dan bij vaste bestuurders. Ze zijn qualitate qua slechts korte tijd beschikbaar en dat moet maar net aansluiten bij het moment dat een ziekenhuis dat bepaalde soort interim-bestuurder zoekt. A3 zat in het netwerk van de toezichthouders en hij stond op het punt een andere interim-klus af te ronden. Vanuit het ziekenhuis was er urgentie door het verscherpte toezicht en de bestuurscrisis. Vraag en aanbod sloten op dat moment naadloos aan.

De atypische overstap van A4 onderschrijft nog het meest de toevalligheid van wie er op dat moment beschikbaar is. A4 was bestuurder in een groter ziekenhuis dan het GSZ. Door een aantal gebeurtenissen had hij het daar op een gegeven moment niet meer naar zijn zin. En net op dat moment zocht het GSZ een voorzitter raad van bestuur. Vervolgens koos ook A5, mede door hem, voor het GSZ.

Bovenstaande weergave suggereert dat meer sprake is van toeval dan van sturing. Dat klopt echter ook niet helemaal. Executive searchers, toezichthouders en bestuurders hebben vaak achter de coulissen contacten met potentiële kandidaten. Zo kunnen in eerste instantie niet-geïnteresseerde kandidaten door gesprekken toch worden verleid te solliciteren. Of een kandidaat is actiever op zoek dan zij naar buiten toe laat blijken. Er is dus zowel sprake van doelbewuste sturing als samenkomende toevalligheden.

Improviseren met interim-bestuurder

Uit de kwantitatieve data bleek een significante toename van de inzet van interim-bestuurders in de ziekenhuizen. De cijfers boden tevens inzicht in de duur van hun betrokkenheid. Ze zeggen nog niets over de processen die ermee gemoeid zijn. De casestudie geeft daar nader inzicht in. Ze biedt onder andere een inkijkje in hoe een voorgenomen korte interim-periode met een gerichte opdracht kan uitmonden in een langere aanstelling met een bredere (en diffuse) opdracht.

De bedoeling van de raad van toezicht was om met de tijdelijke aanstelling van A3 de verhouding met de medische staf te normaliseren. A3 startte als een toegevoegde bestuurder op een moment dat nog niet duidelijk was hoe de bestuurscrisis zich zou ontwikkelen, dus stelde de raad van toezicht hem aan naast het zittende bestuur. Vanaf het vertrek van A1 en A2 was A3 de eenhoofdige interim-bestuurder en werd zijn opdracht verlengd.¹⁷⁹ De onenigheid tussen hem en de raad van toezicht leidde uiteindelijk tot zijn vroegtijdige vertrek.

Kon de raad van toezicht niet anders dan stap voor stap deze besluiten te nemen? Achteraf lijkt het klip en klaar dat A3 zijn opdracht niet naast de zittende bestuursvoorzitter kon uitvoeren. Maar op het moment van zijn aanstelling vond de raad van toezicht dat hij A1 nog niet konden ontslaan. De raad balanceerde tussen verschillende belangen. In zijn rol als werkgever wilde hij achter de coulissen tot overeenstemming komen over de condities van het vertrek van A1, en dat duurde even. Ook achtte de raad van toezicht het voor de dynamiek met de medisch specialisten niet wenselijk meteen toe te geven aan hun eis A1 te ontslaan. Zo zag de raad van toezicht zich gedwongen van moment tot moment naar bevind van zaken te handelen.

Enerzijds is uit dit procesverloop te concluderen dat het wenselijk is dat interim-opdrachten duidelijk, transparant en in tijd afgebakend zijn. Als de situatie verandert, is een expliciete (her)contractering gewenst. Anderzijds brengen interim-periodes per definitie onzekerheid met zich mee. Daardoor moet een raad van toezicht stapsgewijs manoeuvreren, ook al vragen organisatieleden om directieve sturing. Bovendien zijn dergelijke processen gebaat bij vertrouwelijkheid en snelheid van handelen. De vraag of deze reactieve manier van successievelijk beslissen inherent is aan interim-periodes komt terug in het volgende hoofdstuk.

Een inzicht dat aansluit bij eerdere bevindingen betreft het ontwrichtende karakter van een interim-periodes. Deze leiden vaak tot achterblijvende resultaten, instabiliteit en reputatieschade. Onderzoekers rapporteren echter ook over het tegenovergestelde. De gevolgen zijn met name positiever als de interimmer wordt aangesteld als bestuursvoorzitter na een gedwongen vertrek van de vorige. In dat geval is de verstoring te typeren als een *perfect storm*: een ongewone combinatie van gebeurtenissen die resulteert in bijzonder krachtige effecten.¹⁸⁰ De bestuursperiode van A3 was inderdaad stormachtig met krachtige effecten, daarover zijn de betrokkenen het eens. Maar de partijen verschillen van mening of de positieve effecten opwegen tegen de negatieve.

¹⁷⁹] A3 is in totaal ruim een jaar verbonden geweest aan het ziekenhuis en is daarmee één van de 85 interim-bestuurders die in de periode 2015-2022 langer dan één jaar ad interim besturen (zie 5.4).

¹⁸⁰] Zie 3.3.3.

Als urgentie en onzekerheid overheersen kiest een raad van toezicht vaak voor een interim-bestuurder. Een rationele inschatting van kosten en baten blijft meestal achterwege. Pas achteraf is de waarde van een interim-periode, c.q. van een bepaalde interim-bestuurder, in te schatten. Óf het was de verstoring waard – een tijdelijke disruptieve periode die de basis vormt voor een meer stabiele – óf de ravage is ‘na de storm’ zo groot dat de kosten de baten ver overstijgen.

Patronen bij opvolgingen

De casus van het GSZ laat een aantal patronen zien. Het meest zichtbare is het pendulepatroon waarbij de gezochte kwaliteiten van de nieuwe bestuurder een reactie zijn op (die van) de vertrekkende. In het GSZ was na de onrustige acht jaar daarvoor duidelijk behoefte aan een type als A1. Omdat zijn bestuursperiode afsloot met een bestuurscrisis zocht en vond men iemand (A3) die de verhoudingen herstelde. De “getraumatiseerde organisatie” (volgens B3) die A1 tot en met A3 achterlieten snakte naar stabiliteit en continuïteit. A4 en A5 werden aangesteld om dat te bewerkstelligen.

In de aanstelling van A1 is de in hoofdstuk 3 beschreven gefabriceerd-charismatheorie te herkennen: een sterke leider moest het ziekenhuis redden van een financiële ondergang. Het ontslag van A1 heeft kenmerken van het zondebokpatroon: als de resultaten teleurstellend zijn is er behoefte een schuldige aan te wijzen. Er ontstaat druk op de raad van toezicht om een daad te stellen. Met het ontslaan van een bestuurder demonstreert hij zijn verantwoordelijkheid voor de ondermaatse prestaties van de organisatie. De eerste bestuursperiode heeft ook kenmerken van het vicieuze-cirkelpatroon. De nieuwe bestuurders staan onder druk om op korte termijn een positieve ommekeer te bewerkstelligen en nemen directief risicovolle besluiten. Dat leidt tot weerstand bij en vertrek van goede managers, met nog slechtere prestaties als gevolg. Dit patroon is herkenbaar in de bestuursperiode van A1 en A2. De aanstelling van A4 en A5 is een voorbeeld van de gezond-verstand-theorie. Wijzer geworden van eerdere ervaringen realiseert de raad van toezicht zich dat inwerken tijd kost en dat de resultaten niet van de ene op de andere dag verbeteren. Een illustratie van het laatste is de opmerking van A5 tegen de raad van toezicht bij de bespreking van zijn eerste jaarrekening: gezien de staat van het GSZ zouden rode cijfers geruststellender moeten zijn dan de zwarte waarmee de raad van toezicht blij was.

Soms zijn dergelijke patronen pas achteraf herkenbaar, maar vaak zijn ze al tijdens een bestuurswissel zichtbaar. De casus-GSZ laat zien dat als de partijen zich bewust zijn van negatieve patronen dit het risico op herhaling vermindert.

Succesvolle bestuurswisselingen?

De partijen hebben geringe ervaring met (het reflecteren op) bestuurswisselingen en daardoor ook weinig referentiekader en taal, zoals over processen en uitkomsten. Zo reduceert de een het proces tot de werving-en-selectieprocedure en kijkt de andere ver terug bij de vraag naar ‘het proces’. Ook ontbreekt vaak een gemeenschappelijk beeld van de resultaten van het ziekenhuis. Laat staan dat de partijen evenwichtig kunnen beoordelen in hoeverre deze te danken of te wijten zijn aan het bestuur. Ondanks dit gebrek aan een gemeenschappelijk kader hebben alle geïnterviewden duidelijke en vaak eensgezinde normatieve oordelen over de processen en de uitkomsten van de verschillende bestuursperiodes.

Processen en uitkomsten bleken ten eerste samenhang te vertonen. Althans in de oordeelsvorming achteraf: hoe tevredener men was over de benoemde bestuurder, hoe milder men dacht over onvolkomenheden in de procedure. Ook het oordeel over de resultaten van een bestuursperiode veranderde met terugwerkende kracht. Eén oorzaak daarvan is de vertraagde feedbackloop van veel bestuursbesluiten; de effecten daarvan worden pas later zichtbaar. Zo kwamen bij bepaalde bouwbesluiten de negatieve logistieke consequenties pas aan het licht toen er daadwerkelijk werd verbouwd. De vertraagde feedback bleek ook schrijnend uit het achterstallige onderhoud op het gebied van kwaliteit.

De oordelen over bestuurders wisselen mee met de resultaten, en veranderen (dus) ook na verloop van tijd. Omdat de directieve stijl van A1 wordt gekoppeld aan slechte uitkomsten van zijn bestuursperiode heeft men voor hem, ook terugkijkend, minder clementie dan voor A3. Op beider bestuursstijlen hadden partijen veel aan te merken, maar dit wordt A3 meer vergeven dan A1 vanwege de resultaten die hij boekte. Over de bestuursperiode van A4 en A5 is men positief omdat zij brachten waarvoor ze waren aangesteld: rust, continuïteit en betere verhoudingen. De waardering voor hun bestuursstijl lijkt samen te vallen met het oordeel over de resultaten.

De meeste geïnterviewden kijken genuanceerder en milder terug na verloop van tijd. Een verklaring hiervoor kan de *hindsight bias* zijn. In het licht van het heden beoordelen de meeste partijen bestuurswisselingen anders dan ze op het moment zelf deden. Het oordeel dat men heeft over een bestuursperiode, gekoppeld aan bepaalde bestuurders, zette zich na verloop van tijd vast in een collectief, dominant verhaal. Dergelijke beelden over bestuurders en ziekenhuizen worden na verloop van tijd steeds ‘massiever’. Ze worden doorverteld als compacte waarheden die zich vastzetten in het collectieve geheugen van het ziekenhuis en dreigen een eigen leven te gaan leiden, ook extern.

DE PARTIJEN OVER BESTUURSWISSELINGEN: PATRONEN, ROLLEN EN LESSEN

INLEIDING

In dit hoofdstuk staan de bij bestuurswisselingen betrokken partijen centraal. Het geeft de uitkomsten weer van de focusgroepen, het derde empirische deel van het onderzoek. Het doel van focusgroepen is zicht krijgen op kennis, ervaringen, overtuigingen, afwegingen, twijfels en dilemma's van de relevante partijen bij bestuurswisselingen in ziekenhuizen. Elke focusgroep bestond uit deelnemers met dezelfde functie of rolachtergrond in een ziekenhuis. Een moderator leidde de gesprekken.

Ook dit hoofdstuk volgt de indeling 'verloop', 'partijen en hun rolgedrag' en 'de relatie proces en uitkomst'. Na een korte introductie van de deelnemers (paragraaf 7.1) geef ik weer hoe zij het verloop van de meegemaakte bestuurswisselingen beleefden. Ze vertellen over hun ervaringen aan de hand van een aantal thema's, zoals de procedure, het profiel, in- en uittreedende bestuurders (7.2). Daarna ga ik in op hun rollen: hoe zij kijken naar hun eigen positie en (rol) gedrag en dat van de andere partijen (7.3). Tot slot komen ze aan het woord over het proces en de uitkomsten van bestuurswisselingen (7.4). Deze vier paragrafen volgen de percepties van de deelnemers. De laatste bevat mijn analyse en conclusies (7.5).

7.1 DE DEELNEMERS

Met de volgende, homogeen samengestelde groepen zijn in totaal tien focusgroepsgesprekken en tien interviews gevoerd: voorzitters van raden van toezicht van ziekenhuizen, ziekenhuisbestuurders, voorzitters van medische stafbesturen, managers, voorzitters OR en CR, bestuurssecretarissen en executive searchers.¹⁸¹ In totaal vertegenwoordigen deze deelnemers ongeveer vijftig ziekenhuizen.

De bestuurders en de managers maakten de meeste bestuurswisselingen mee. Bij de stafvoorzitters is het moeilijk precies te bepalen hoeveel bestuurswisselingen zij meemaakten. Vaak gaat het stafbestuurslidmaatschap vooraf aan het stafvoorzitterschap. In die laatste functie met een zittingstermijn van drie tot vier jaar waren de meesten betrokken bij één tot twee bestuurswisselingen. De toezichthouders hebben relatief gezien het minste aantal bestuurswisselingen meegemaakt. Ook zij zijn gebonden aan een vaste zittingstermijn van twee keer vier jaar. "Je kunt dan pech hebben en gelijk geconfronteerd worden met

een bestuurswisseling. We hebben nu godszijndank al een paar jaar een stabiel bestuur." (Toezichthouder)

7.2 HET VERLOOP VAN BESTUURSWISSELINGEN

De gestandaardiseerde procedure geeft houvast

De meeste procedures bij bestuurswisselingen in ziekenhuizen zien er al jaren ongeveer hetzelfde uit. De ingebrachte casuïstiek in de focusgroepen bevestigt dit. Raden van toezicht varen daarbij op de expertise van de searchbureaus. Deze zeggen op hun beurt: "De toezichthouders willen het zo en voor ons is er geen reden om daarvan af te wijken." De partijen beschouwen de procedure als een kapstok die houvast biedt. Ze weten zo wie wanneer welke stappen neemt en wat er van ze wordt verwacht. De rollen in dit proces berusten voor de meeste betrokkenen op formele gronden: wetgeving, de ziekenhuisstatuten en de Governancecode Zorg.

De selectiecommissie kan bestaan uit (een delegatie van) toezichthouders en bestuur. Of de raad van toezicht vormt de selectiecommissie en het bestuur adviseert de raad van toezicht vanuit een eigen commissie. De bestuurders noemen dit de 'kamer-één-en-kamer-twee-constructie': in kamer één zitten de toezichthouders, die hun besluiten toetsen bij kamer twee, waarin de bestuurders zitten.

Een belangrijke kwestie in de procedure is de status van de gesprekken die de kandidaat voert met de betrokken gremia. Dit kan een 'adviesgesprek' zijn: de raad van toezicht vraagt een advies over de geschiktheid van een kandidaat. Het kan ook een 'klikgesprek' zijn, als de gremia nog een gesprek mogen voeren om te kijken of het klikt met de door de raad van toezicht gekozen eindkandidaat. Een nog minder invloedrijke rol is een 'kennismakingsgesprek' met de al benoemde kandidaat.

De invulling van de procedure verschilt enigszins per ingehuurde executive searcher. Eén van de executive searchers adviseert een zogenaamde carouselmethode: parallel aan elkaar worden de gesprekken van de adviescommissies met de verschillende kandidaten op een dag gepland. Een van de strikte spelregels is dat de adviescommissies geen voorkeur mogen uitspreken, maar alleen mogen aangeven wat (drie) sterke en (drie) aandachtspunten zijn.

"Steeds meer organisaties staan open voor deze manier van selecteren. Maar als ze de klassieke manier willen dan ga ik daar niet tegen in. Nooit doordrammen, heb ik al snel geleerd in deze business." ... "Het grote

¹⁸¹ Deze vonden plaats in de periode februari tot juli 2022. In de bijlage 4 is achtergrondinformatie te vinden over de deelnemers (3.a), hoeveel bestuurswisselingen zij per persoon meemaakten (3.b) en is een standaardprocedure opgenomen (3.c).

voordeel van deze carrouselmethode is dat aan het eind van de dag iedereen benoembaar is, de één mogelijk met iets zwaardere aandachtspunten dan de ander. Zo heeft de RvT zijn handen vrij en heeft de bestuurder bij benoeming al een paar aandachtspunten waarmee hij of zij aan de slag kan.”

(Executive searcher)

De looptijd van de procedures kan verschillen. Soms zit er tussen de start van de procedure en een benoeming drie tot vier maanden, zoals een standaardprocedure aangeeft. Vaak loopt dit op tot een half jaar, in enkele gevallen nog langer. Dat laatste gebeurt bijvoorbeeld als een kandidaat zich op het laatste moment terugtrekt of meerdere partijen negatief adviseren.

In een aantal focusgroepen worden goede ervaringen gemeld met het uitstellen van de start van de procedure als een bestuurder vertrokken is. Door eerst ‘pas op de plaats’ te maken is er ruimte voor bezinning op wat het ziekenhuis nodig heeft. Bijvoorbeeld:

“Die ‘uitgestelde wissel’ gaf ons gelegenheid om een nieuwe topstructuur te construeren. Dat was hard nodig maar hadden we te lang uitgesteld. De keuze die we toen konden maken voor de invulling van de vacature van de voorzitter was een veel betere dan als we die gelijk na de crisis gemaakt hadden. En een interimmer had weer van alles overhoopgehaald en daar hadden de organisatie en wij ons dan weer toe moeten verhouden. Dus uitstellen, even pas op de plaats, is soms een veel betere strategie.” *(Bestuurssecretaris)*

De keuze van de raad van toezicht voor een searchbureau is een eerste stap in een procedure. In deze business geldt dat de searcher in kwestie moet weten wat er gaande is in de ziekenhuiszorg. Zijn of haar inbreng is, naast en na het aandragen van potentiële kandidaten, het begeleiden van de procedure. Omdat het voor toezichthouders geen dagelijkse bezigheid is, wordt van de searcher verwacht dat hij of zij de raad van toezicht informeert, corrigeert (bijvoorbeeld bij irreële verwachtingen over wie de potentiële kandidaten zijn of het betrekken van de partijen), adviseert en ondersteunt. Er zijn zeven à acht bureaus die de markt voor ziekenhuisbestuurders bedienen.¹⁸² De keuze voor een bureau vindt op tamelijk willekeurige gronden plaats. Een toezichthouder heeft goede ervaringen met het ene bureau, een ander niet met een ander bureau. Soms wordt de bekendheid met het ziekenhuis als voordeel gezien, soms juist niet. Het ziekenhuiswereldje is klein wordt gezegd en de executive searchers realiseren zich dat hun reputatie wordt opgehangen aan de laatste benoemingen waarbij zij betrokken waren. Welk bureau de raad van toezicht kiest heeft volgens de bestuurders veel invloed.

¹⁸²] In 2022.

“We volgden een redelijk standaardprocedure maar het verschil was dat hier een RvT zat die nog aan elkaar en de organisatie moest wennen en de RvT koos voor een ouderwets headhuntersbureau. Deze kwam met kandidaten die niet goed pasten, volgens mij. De headhunter vond van wel en de RvT zat daartussen. Met als gevolg dat de eerste kandidaat sneuvelde. Nadat er nog weer dertig kandidaten langs zijn geweest koos de RvT voor een ander bureau.” *(Bestuurder)*

De functie van een profiel

Nadat het bureau is gekozen, is het opstellen van een profiel van de gezochte nieuwe bestuurder een volgende stap. Het gaat dan om het zorgvuldig formuleren van de bestuurlijke opgaven en de match met de zittende bestuurder(s). Hoewel alle partijen hierbij worden betrokken, ontbreekt het vaak aan het samen construeren van een logische redenatie: van de bestuurlijke opgaven via het bestuursmodel naar een profiel. De begrijpelijke gevoeligheid om open te spreken over de bestuurders, de zittende en vertrekkende, ligt hieraan ten grondslag. Ook ontbreekt vaak een explicitering van de bestuurlijke opgaven, waardoor consensus achterwege blijft. “Dat is jammer want de adviespartijen zijn zich niet echt bewust van de veranderingen die op het ziekenhuis afkomen en dat je juist bestuurders moet hebben voor de toekomst, niet voor vandaag.” De hier geciteerde toezichthouder voert de gesprekken met de partijen over het profiel dan ook bij voorkeur zelf. Hij besteedt het niet uit aan de executive searcher, zoals gebruikelijk.

Dus hoewel alle partijen zeggen veel waarde te hechten aan deze stap, trekken zij niet gezamenlijk de conclusies. Met als gevolg dat alle input wordt meegenomen, wat leidt tot een profiel van het bekende schaap met vijf poten. Een executive searcher reageert daar laconiek op: “Voor het besturen van een ziekenhuis heb je ook een schaap met vijf poten nodig!”

Ter relativering van de waarde van het profiel blijkt dat bij de beoordeling van kandidaten de stijl en het persoonlijke optreden meer telt dan de vraag of ze voldoen aan het profiel. Een van de executive searchers zegt het zo:

“Aan het opstellen van de profielen wordt veel aandacht en tijd besteed. Terwijl als het eenmaal op papier staat niemand zich er meer iets van aantrekt. Bij de gesprekken gaat het om: wie ben je als mens? Dan kan er onenigheid ontstaan en gaat het profiel schuiven. Terwijl je die houvast wel nodig hebt. In de inventariserende ronde heb je eventuele tegenstrijdigheden in het profiel opgehaald en besproken met de RvT. Heel soms gaan we terug naar de gremia. Essentieel is dat je deze tegenstrijdigheden oplost, ze niet naast elkaar laat bestaan. Je gaat terug naar je opdrachtgever en probeert met elkaar tot

een concreter beeld te komen van die toekomstige bestuurder. Dat is wel een kunst! Bijvoorbeeld als in het profiel staat dat het ziekenhuis zoekt naar een ‘jong talent’. Op papier kan de RvT het daarmee eens zijn, maar jij weet uit ervaring dat toezichthouders toch naar senioriteit zoeken.”

(Executive searcher)

Van longlist naar shortlist

De executive searcher levert een zogenaamde longlist aan met potentieel geschikte kandidaten. Het ene bureau presenteert letterlijk een lange lijst, het andere zegt alleen kandidaten voor te stellen waarvan zij weten dat ze beschikbaar zijn. Als dat er maar één is wordt alleen deze voorgelegd aan de raad van toezicht. De executive searchers zelf zijn kritisch over dit aspect van hun vak:

“Dit vak heeft de neiging lui te worden. Het heeft ermee te maken dat je eigenlijk niet echt hoeft te searchen. In offertes staat dat minstens dertig procent van de lijst bestaat uit nieuwe kandidaten, maar dat is vaak niet zo.”

(Executive searcher)

Hoe de raad van toezicht vervolgens beslist wie er op de shortlist komt is voor de adviespartijen ondoorgrondelijk. De bestuurders worden er meestal pas bij de shortlist bij betrokken.

Het profiel geeft (enige) richting aan de zoektocht: in welke vijver moet het executivebureau gaan vissen? Een lijst produceren van potentiële kandidaten is geen kunst, volgens de searchers. Deze hebben zij voor de ziekenhuizen wel in beeld. Daarna is het inschatten of ze beschikbaar zijn, en zo ja, dan worden ze benaderd. In veel gevallen betreft dit kandidaten die al ziekenhuisbestuurder zijn. In enkele gevallen komen kandidaten uit andere sectoren.¹⁸³ De executive searchers hebben het meeste zicht op de markt voor ziekenhuisbestuurders. Ze delen deze informatie met hun opdrachtgevers, de raden van toezicht. Ook de ziekenhuisbestuurders zelf hebben door hun onderlinge contacten zicht op deze markt. Zij bespreken hun informatie vaak pas met de executive searcher nadat de raad van toezicht de longlist heeft beoordeeld. Omdat de andere partijen niet betrokken worden bij dit aspect van het wervingsproces ontbreekt een gedeeld overall beeld van potentieel beschikbare kandidaten. Dit heeft regelmatig irreële verwachtingen als gevolg, signaleren de executive searchers. Bijvoorbeeld een relatief klein, algemeen ziekenhuis dat opteert voor een ervaren bestuurder met een medische achtergrond.

¹⁸³] Zie noot 97.

Een heikel punt zijn referenties. De andere partijen veronderstellen dat de executive searcher deze heeft ingewonnen of anderszins een goed beeld heeft van de *credentials* van de kandidaten. Alle partijen realiseren zich dat het *not done* is om buiten de procedure om referenties in te winnen. Toch houden sommigen zich daar niet aan. Er komen voorbeelden aan de orde van medisch specialisten die ‘even’ gebeld hebben met collegae uit het ziekenhuis waar de kandidaat vandaan komt. De stafvoorzitters zelf keuren dit af. Naast professioneel-morele redenen vinden ze dergelijke geheimzinnige via-via informatie ook gevaarlijk.

Sprekend over de markt wordt af en toe de Wet Normering Topinkomens (WNT) genoemd. De executieve searchers zijn verdeeld over de invloed ervan. De meeste van hen hebben de ervaring dat de WNT drempelverhogend werkt voor bestuurders uit het bedrijfsleven om naar een ziekenhuis over te stappen. Voor medisch specialisten die een bestuurlijke functie ambiëren zou de inkomensdaling door de WNT ook een barrière vormen. Maar de verwachting dat de markt ‘op slot’ zou gaan na de invoering van de WNT in 2015 is niet bewaarheid, zo signaleren andere executive searchers.¹⁸⁴ Volgens een van hen, die deze markt al meer dan twintig jaar volgt, heeft de WNT ook openingen geboden. Hij heeft het beeld dat er sinds enkele jaren meer kandidaten uit andere publieke sectoren voorgedragen worden. Volgens een andere searcher is het maar goed ook dat breder op de arbeidsmarkt gezocht wordt want “het is nog nooit zo ingewikkeld geweest ziekenhuisbestuurders te vinden. Er zijn op dit moment negen vacatures bij besturen van ziekenhuizen.” In de ogen van deze searcher is dat veel.¹⁸⁵

Selecteren en adviseren

Zoals gezegd kan de selectiecommissie bestaan uit toezichthouders en het bestuur of alleen (een delegatie van) de raad van toezicht. De commissie beslist na gesprekken met drie tot vijf kandidaten wie er doorgaan naar de tweede ronde. De toezichthouders zeggen dat het ondenkbaar is om het bestuur buiten deze keuze te houden. Maar ze zien hun rol ook als ‘boven de partijen staand’, als hoeder van de belangen van het ziekenhuis, en willen dus hun oren niet helemaal laten hangen naar de wensen van de bestuurder(s). Als raad van toezicht moet je “in zo’n proces van een bestuurswissel strepen trekken naar het bestuur en de ambities van de bestuurders.” Dat geldt ook voor de adviezen van de andere partijen. Deze wegen ze af tegen hun mening over de kandidaat. “Als de RvT een besluit neemt op basis van het gemiddelde van alle adviezen krijg je ook een gemiddelde uitkomst. Je moet als RvT juist durven afwijken van de adviezen, in de wind gaan staan.” *(Toezichthouder)*

¹⁸⁴] Ook in het populatie onderzoek is geen verband zichtbaar tussen de invoering van de WNT en het aantal bestuurswisselingen (5.2).

¹⁸⁵] Op een bestand van 187 ziekenhuisbestuurders in 2022, waaruit dit citaat stamt, is het de vraag of dit beeld klopt.

Soms spreken adviescommissies meerdere kandidaten. Eén stafbestuur werd betrokken bij de keuze tussen kandidaten. Maar de raad van toezicht had al wel een voorkeur. Toen de stafvoorzitter zei dat hij een andere voorkeur had zette de voorzitter van de raad van toezicht hem onder druk om dat toch nog eens te heroverwegen. Na een etentje met de voorkeur-kandidaat van de raad van toezicht kon de stafvoorzitter naar zijn gevoel niet anders dan toch positief adviseren: “Als je met iemand gaat eten kun je eigenlijk niet meer terug.” De stafvoorzitter heeft zijn twijfels gehouden (“Deze kandidaat was zo zacht als een pakje boter”) en volgens hem heeft zijn stijl het ziekenhuis geen goed gedaan.

Als adviescommissies al ruimte krijgen om hun visie op de kandidaat of zelfs kandidaten te geven, zijn ze terughoudend. En dat heeft een reden:

“Het is wel een dilemma, als je iemand afwijst, wetende dat je wel met die persoon verder moet als de RvT hem of haar toch benoemt. Als je een negatief advies wilt geven zou ik wel eerst de andere gremia opzoeken, om met hen te bespreken: herkennen jullie onze gevoelens.” (OR-voorzitter)

Interne benoemingen

Interne benoemingen hebben volgens de partijen voor- en nadelen. Dat een kandidaat het huis van binnen kent is een groot voordeel. Managers die willen doorstromen naar een bestuursfunctie stuiten echter op een ‘glazen plafond’. Dat geldt zeker in het ‘eigen’ ziekenhuis maar ook als managers solliciteren op bestuurdersfuncties in andere ziekenhuizen. Emotioneel-psychologische bezwaren gebaseerd op beeldvorming spelen een grotere rol dan inhoudelijke, is de mening van de meeste partijen. Ze kennen namelijk allemaal “pareltjes van managers die toch niet tot het bestuursniveau doorstromen”, zoals een stafvoorzitter het verwoordt. Een manager zegt: “Je komt er gewoon heel moeilijk tussen en daarin hebben die bureaus een zware stem. Ik realiseerde me, na in een bepaalde procedure te zijn afgevalen, dat ik meer moet bouwen aan mijn netwerk. Het is toch een old boys network. Nog steeds.”

Wat verder meespeelt bij interne kandidaten is dat de toezichthouders de managers meestal niet (goed) kennen. Zij schatten, daarin gevoed door de bestuurders, de geschiktheid van managers voor een bestuursfunctie over het algemeen minder positief in dan de andere partijen. Al dan niet intern benoemen heeft ook te maken met de schaal: of je een van de drie of vier bestuurders van binnen laat komen is wat anders dan een van de twee. Overigens is er wel doorstroming van directeuren/managers binnen de academische ziekenhuizen, en vanuit deze ziekenhuizen naar de perifere ziekenhuizen. Deze functies gelden als kweekvijvers voor ziekenhuisbestuurders. Een andere vorm van ‘intern benoemen’ is als een stafvoorzitter bestuurder wordt in het eigen

ziekenhuis. Deze vorm is slechts zijdelings besproken in de focusgroepen. Er is wel gespeculeerd waarom stafvoorzitters wel en managers minder gemakkelijk doorstromen naar een bestuursfunctie:

“Wij moeten door vier niveaus heen: eerst met de voeten in de klei, daarna teamleider, daarna hoofd, daarna clustermanager, daarna pas eventueel door naar directie/bestuur. Een medisch specialist kan van stafvoorzitter of MSB-bestuurslid vanuit het niets aan de bestuurstaafel plaatsnemen. Er waren al weinig ziekenhuisbestuurders met een verpleegkundige achtergrond en het lijkt wel of dat er steeds minder worden. Vaak hebben managers met deze achtergrond een tussenstap nodig via het bestuur van een andere sector.” (Manager)

Dat een procedure met een interne kandidaat precairder is voor de kandidaat en zijn ‘sponsors’ illustreert de volgende casus. Een medisch stafbestuurslid werd door de voorzitter raad van bestuur naar voren geschoven voor een vacature in de raad van bestuur. Deze kandidaat voldeed echter niet aan het profiel maar er moest toch met hem gesproken worden. De OR heeft toen negatief geadviseerd maar “we voelden ons gebruikt” (OR-voorzitter). Gelukkig adviseerden meerdere gremia negatief waardoor de benoeming niet doorging. Het “opdringen” van deze interne kandidaat schaadde de (goede) relatie tussen de OR en de bestuursvoorzitter. Ook de verhouding met de voorzitter van de raad van toezicht liep een deuk op. De relaties herstelden zich pas weer toen beide voorzitters hun excuses aanboden voor de manier waarop ze dit aangepakt hadden.

Kiezen voor een interim-bestuurder

Zoals we zagen duurt een procedure voor een nieuwe bestuurder ongeveer een half jaar. De vertrekkende bestuurder is vaak binnen drie maanden na aankondiging vertrokken. In die periode ben je kwetsbaar als ziekenhuis en bestuur, wordt gezegd. Dan is het nuttig om het bestuur tijdelijk te stutten door de aanstelling van een interim-bestuurder. De ervaringen met interim-bestuurders variëren. Een van de manager rapporteert positief over een interim-bestuurder die de opdracht kreeg drastisch te bezuinigen: “Het was een bijzondere man, maar hij behaalde goede resultaten. Het was ook goed dat hij op een bepaald moment weer vertrok. Een andere interimmer bracht rust in de periode dat de RvT zich aan het oriënteren was hoe verder met het bestuur. Ter overbrugging werkte dat in die fase prima.”

Bovendien kan een interim-bestuurder een fris geluid laten horen. Hij lijkt zich vrijer te uiten en te bewegen in het ziekenhuis. De nadelen van interim-bestuurders komen ook uitgebreid aan de orde. Zoals het feit dat het een passant is en dat je daarna met de vaste bestuurder opnieuw de samenwerking moet gaan

opbouwen. Ook illustreren meerdere casussen dat interim-bestuurders meer overhoophalen dan ze, voor de periode dat ze zijn aangesteld, aankunnen. Omdat vooral de managers de lasten en lusten van interim-bestuurders ervaren is het van belang de keuze met hen af te stemmen, zo verwoordt een bestuurder:

“De RvT en ik dachten aan een interimmer om de periode te overbruggen tussen het vertrek van X en de komst van de nieuwe bestuurder. Toen de managers dat hoorden vroegen ze belet aan en zeiden: we kunnen die periode best met elkaar overbruggen. Liever geen interim-bestuurder!”

In de meeste gevallen betrof de raad van toezicht de adviespartijen echter niet bij de keuze óf er een interim-bestuurder werd aangesteld en wie er benoemd werd. Laat staan dat ze wisten wat zijn opdracht was. Een bestuurder die voorheen manager was zegt:

“Wat voor mij altijd onduidelijk is geweest is welke opdracht deze interimmer had van de RvT. Het expliciet vaststellen en communiceren daarover had een hoop speculaties kunnen voorkomen. Nu had hij een onduidelijke rol en wist niemand in het ziekenhuis hoe ze zich tot hem moesten verhouden. Ook uitstel had geholpen en niet telkens nieuwe bestuurders op interim-basis aanstellen. Al die interim-bestuurders, dat heeft het ziekenhuis stilstand en zelfs achteruitgang opgeleverd. Omdat hun opdracht niet helder was en ze maar kort bleven bouwden ze geen gezag op. Andere krachten nemen het dan over, waardoor het enorm ingewikkeld werd.”

7.3 POSITIES, ROLLEN EN GEDRAG VAN DE SPELERS

Als tweede invalshoek geef ik weer hoe de partijen kijken naar hun eigen en elkaars rolinvulling en – gedrag. Aan het eind van elke subparagraaf vat ik hun rol samen.

7.3.1 De raad van toezicht in de hoofdrol

Zoals gezegd is de raad van toezicht regisseur van het bestuurswisselproces en de uiteindelijke beslisser. Beide rollen zijn onwennig voor de raad van toezicht. Desalniettemin zeggen ze “voldoende ervaring in de loop van hun carrière te hebben opgedaan, wat onder andere veel mensenkennis heeft opgeleverd, om te kunnen beoordelen welke bestuurder passend is”. *(Toezichthouder)*

Zicht op de bestuurders

De rol als werkgever hebben ze natuurlijk ook als er geen bestuurswisseling gaande is. Bijvoorbeeld bij de beoordeling van bestuurders. Een belangrijk aspect om zicht op te hebben is de samenwerking tussen de bestuurders. Eenheid in het bestuur zien de toezichthouders namelijk als voorwaarde voor eenheid van koers en zonder stabiele verhoudingen in de top komt dat in gevaar. Het blijkt echter lastig om zicht te krijgen hoe het echt gaat in het bestuursteam.

“Hoe adresseer je je bezorgdheid bij een RvB die daar afhoudend in is? Wat je oppakt aan signalen door contacten in de organisatie is selectief. Toen het ontplofte door een enquête in de medische staf had ik het gevoel hé, hé eindelijk komt het boven water.” Om er later aan toe te voegen: “Als raad van toezicht moet je overigens op dat moment ook op je hoede zijn. Je moet je oren niet helemaal naar de staf laten hangen. Maar als je het combineert met meerdere signalen moet je als RvT je verantwoordelijkheid nemen.”¹⁸⁶

Een ander illustratief citaat over de loyaliteit in het bestuursteam is:

“Ze vormen een front. Je komt er niet goed achter wat er binnen dat team speelt. Vanuit andere kanten hoorde ik dat er al wel wat barstjes waren in het team maar toen wij ernaar vroegen gaven ze geen krimp. We kwamen er niet doorheen. Het is een politiek spel. Heel lastig om daar als RvT iets mee te doen maar wel uiterst relevant!”

Een toezichthouder signaleert het volgende patroon. In de eerste fase van een nieuw team wordt de raad van toezicht nog wel geïnformeerd over hoe het gaat. In een volgende fase is de samenwerking als het ware ingeklonken: de bestuurders hebben een bepaald evenwicht gevonden en de onderlinge samenwerking is geen issue meer. Als raad van toezicht wil je geen slapende honden wakker maken maar het kan zijn dat het team dan nog niet ineffectief maar wel suboptimaal functioneert.

“En juist dát is ingewikkeld. Je voelt dan een rem op de flow en dat is niet goed voor de ontwikkeling van het ziekenhuis. Juist in deze tijd moet het bestuur energiek leidinggeven aan de zorgtransitie. Een bestuur dat te lang onder de radar blijft en waarbij niet duidelijk is wat hun visie en hun gezamenlijke drive is functioneert niet optimaal. Dan moet je als RvT interveniëren, maar hoe ... dat is niet gemakkelijk.”

¹⁸⁶ Alle citaten in deze en de navolgende paragrafen zijn van de partij waarover het gaat in betreffende sub-paragraaf, in dit geval de raad van toezicht.

Deze ervaringen in ogenschouw nemend, stellen de toezichthouders dat het noodzakelijk is om het functioneren als bestuursteam mee te nemen in het profiel, het proces en de uiteindelijke keuze. En daar moet het zittende bestuur zeer nauw bij betrokken worden. In een enkel ziekenhuis is eerst een diagnose gemaakt van wat het team dat overblijft nodig heeft als aanvulling. Een dergelijk teamassessment wordt gezien als een hulpmiddel dat bijdraagt aan het goede gesprek over de match tussen bestuursleden. Garanties beidt het niet. De echte proof of the pudding vindt immers in de praktijk plaats. Een toezichthouder vertelt dat zij het eerste half jaar van het nieuwe bestuursteam elke twee maand hen beide apart en samen sprak.

“Dat was in het begin wat ongemakkelijk maar zette wel de trend en de toon: wij houden toezicht op hoe het gaat in het bestuur. In elke fase daarna blijft het nodig om als raad van toezicht de vinger aan de pols te houden wat betreft het functioneren en motivatie van de individuele bestuurders en het team. Want samenwerken is een dynamisch gebeuren.”

Zicht op de verhoudingen met de medische staf

De toezichthouders realiseren zich dat de medische staf een van de belangrijkste partijen is in relatie tot het bestuur.

“Het verschil met de universiteit, maar ook andere zorginstellingen, is de positie van de medische staf, of de specialisten nu in dienst zijn of vrijgevestigd. Bij de universiteit nemen de hoogleraren een bijzondere positie in maar die hebben toch minder macht dan medisch specialisten in een ziekenhuis. Hun positie is ook anders dan die van de adviespartijen in andere sectoren en dat kan een grote impact hebben.”

Regulier vindt er een of twee keer per jaar een overleg plaats tussen een afvaardiging van de raad van toezicht en het stafbestuur, in bijzijn van de raad van bestuur. Of – wat de praktijk beter weergeeft – zitten een aantal toezichthouders bij een overleg tussen raad van bestuur en het stafbestuur.

Welke mechanismen en patronen zien de toezichthouders in de samenwerking tussen het bestuur en de medische staf, die een bestuurswisseling entameren? Het start vaak met ‘signalen’ van de medische staf over een verslechterende verhouding met de raad van bestuur. De toezichthouders zijn het erover eens dat negeren geen optie is. Een volgende fase is als de medische staf daadwerkelijk het vertrouwen opzegt in het bestuur. ‘Je wilt niet dat de medische staf een bestuurder naar huis stuurt’, dat is nooit goed voor een ziekenhuis, wordt gezegd. Dus moet je iets als raad van toezicht. De toezichthouders ervaren dit als een moreel en professioneel dilemma.

“Stel je zegt ‘het ligt aan de medische staf en niet aan de bestuurder’ wat kun je dan daaraan doen? Welke opties heb je om daar moreel zuiver in te handelen? Het criterium is ‘wat goed is voor het ziekenhuis’ maar als werkgever heb je ook een zorgplicht naar de bestuurder. Bovendien: een hele medische staf kun je niet naar huis sturen, een individuele bestuurder wel.”
(Toezichthouder)

De toezichthouders handelen verschillend, al naar gelang de situatie. Zo zijn in het ene ziekenhuis de verhoudingen al langer gespannen en gaat het in een ander ziekenhuis over een incidenteel probleem met het stafbestuur. Eensgezindheid is er over wat de inzet van de raad van toezicht dient te zijn, namelijk zorgen voor een nieuwe basis voor constructieve samenwerking tussen de raad van bestuur en medische staf, want zonder dat ‘werkt’ het in een ziekenhuis niet. En dat vergt “praten, praten en nog eens praten.” (Toezichthouder)

Zicht op de managers

Of de managers een invloedrijke rol toebedeeld krijgen in de procedure hangt mede af van hun relatie met de raad van toezicht vóór de bestuurswisseling. Bij een aantal ziekenhuizen zijn er geen reguliere contacten en kennen de toezichthouders de managers niet of nauwelijks. In andere ziekenhuizen is er wel regelmatig contact tussen de toezichthouders en de managers.¹⁸⁷

Alle toezichthouders zeggen de feedback van het tweede echelon over bestuur en besturing belangrijk te vinden. Toch halen niet alle raden van toezicht informatie daarover systematisch op. Sommige ziekenhuizen werken met 360-gradenfeedback waardoor de toezichthouders (enig) zicht krijgen op hoe de managers denken over het bestuur. In veel ziekenhuizen haalt de remuneratiecommissie deze feedback jaarlijks mondeling op. Aangevuld met indrukken uit informele en rituele momenten krijgen de toezichthouders een beeld van de relatie tussen de managers en het bestuur. Een andere manier voor toezichthouders om zicht te krijgen op het topmanagement is het houden van een zogenaamde vlootshouw, samen met het bestuur. De uitkomst geeft een beeld van de potenties en de risico's van het tweede echelon. Dit is van belang voor het profiel van een nieuwe bestuurder. Een van de toezichthouders voegt als bijvangst toe: “Als niemand van de topmanagers geschikt wordt geacht, dan zegt dat ook iets over de bestuurders. Die hebben dan te weinig geïnvesteerd in dat tweede echelon.”

Toezichthouders willen zich een eigen beeld vormen van de managers, maar tegelijkertijd wordt dit beeld sterk beïnvloed door wat zij horen van de

¹⁸⁷] Soms in reguliere vergaderingen van raad van toezicht en managementteam als geheel, soms tussen individuele managers en toezichthouders, zoals in de commissies kwaliteit en veiligheid en de auditcommissie financiën of bij presentaties door een manager in de raad-van- toezichtvergadering.

bestuurders. Als toezichthouders, en zeker ook de voorzitter, de managers wél persoonlijk kennen, luisteren ze beter naar hen, ook bij een bestuurswisseling. ‘Kennen’ betekent ook meer zicht op de verschillen tussen de managers, waaronder in belangen. Met dat in gedachten wegen de toezichthouders de adviezen van de managers.

De tijd nemen

Alle toezichthouders delen de ervaring dat een bestuurswisseling ze heel veel tijd kost. Vooral als ze voorzitter zijn. Ze ervaren ook dat ze uit hun ‘comfortzone’ moeten komen. Opeens hebben ze een regisserende rol waar veel van afhangt. We willen dit zo snel mogelijk achter de rug hebben, merkt een van hen op. Anderen (h)erkennen dit maar benadrukken dat ze inmiddels hebben geleerd dat je tijd moet nemen voor deze cruciale fase:

“Als ik eraan terugdenk, die tijdsdruk en lichte paniek... Achteraf bezien hadden wij meer tijd moeten nemen. Het ziekenhuis draait echt wel een paar maanden door. Waar komt die urgentie vandaan? Bij een eenhoofdig bestuur kan ik me voorstellen dat snel een nieuwe kapitein op het schip nodig is. Maar bij een twee- of driehoofdige RvB? Ik denk dat wij als toezichthouders ook zenuwachtig worden door het idee dat de workload bij ons terecht komt. Als je als toezichthouder zelf een volle agenda hebt dan kun je dat er niet bij hebben. Dus de samenstelling van een RvT ook qua tijd en ruimte in je agenda is in dit opzicht van belang. Ik zie het ook in het ziekenhuis waar ik nu toezichthouder ben. Het aftreden van een voorzitter van de raad van bestuur is heel heftig maar ook heel leerzaam om mee te maken. Ik ben er bijna voltiids mee bezig!”

De toezichthouders lijken bestuurswisselingen te beschouwen als incidentele onderbrekingen van hun doorlopende taak, namelijk toezicht houden. Als nadere reflectie erkennen ze het belang van hun rol op dit moment: “Juist bij een bestuurswissel kan en moet je als raad van toezicht je rol als werkgever met volle aandacht en energie invullen.”

Niet meerdere wisselingen tegelijk

De toezichthouders (en de bestuurders) bevelen aan om een bestuurswisseling niet samen te laten vallen met een voorzitterswisseling bij de raad van toezicht. Een voorzitterswissel heeft invloed op de eenheid binnen de raad van toezicht, die bij een bestuurswisseling noodzakelijk is. Bovendien moeten de bestuurders en de nieuw samengestelde raad van toezicht elkaar weer leren verstaan.

“Een mutatie binnen de RvT maakt het proces er niet gemakkelijker op. Bij ons waren er wisselingen in de RvT en vlak daarna vertrok er een bestuurder. Wij zochten naar een bestuurder met een innovatief profiel. Maar het bleek dat de

toezichthouders onderling en met de RvB geen eenduidig beeld hadden wat dat betekende. Toen is de search ook niet gelukt. De ene kandidaat vond de RvT heel innovatief maar die vond de RvB niet acceptabel.”

Onwennig in de hoofdrol

Samengevat brengt een bestuurswisseling toezichthouders in een andere positie dan ze gewend zijn. Ze moeten veel meer tijd besteden aan het ziekenhuis, vooral de voorzitter. Ook hebben ze in deze periode een andere, meer directe, relatie met de andere partijen. Ze zijn van hen afhankelijk voor draagvlak, maar laten hun oren niet helemaal naar hen hangen. Elke partij heeft immers ook zijn eigen belangen. De raad van toezicht claimt boven de partijen te staan en het ziekenhuisbelang voorop te stellen. Waar andere partijen een meer korte termijnperspectief hebben op het nieuwe bestuur, kijkt de raad van toezicht meer naar de langere termijn. Ook de rol van beslissers is ze niet eigen. We zagen in hoofdstuk 2 dat er maar een paar onderwerpen zijn waarover ze bevoegd zijn te besluiten. Bij een bestuurswisseling moeten ze beslissen over operationele aspecten (zoals de planning van de procedure) en bepalen wie de nieuwe bestuurder wordt, wat ik eerder aanmerkte als een strategisch besluit. In deze rol staan ze opeens volop in de spotlights. Dat is onwennig, maar ze vullen deze rol zelfverzekerd in.

7.3.2 De bestuurders in een tweede hoofdrol

De bestuurder kan bij een bestuurswisseling drie verschillende posities hebben. Hij is diegene die vertrekt, opvolgt of hij is de zittende bestuurder die een nieuwe collega naast zich krijgt. Vaak nemen bestuurders in hun loopbaan elk van deze drie posities een of meerdere keren in.

Wat betreft de *vertrekkende* bestuurder is allereerst de vraag: vertrekt hij ‘op tijd’? Dat bepalen blijkt in de praktijk niet gemakkelijk. Meerdere bestuurders zijn van mening dat een collega-bestuurder ‘te lang’ is gebleven. Sommigen koppelen dat aan hun eigen vertrek. “Ik worstel daar nu zelf ook mee. Je wilt beslist niet te lang blijven zitten. Voor jezelf is dat al moeilijk in te schatten maar het uitspreken naar een collega is nog moeilijker.” Door de contracttermijnen van twee keer vier jaar voor bestuurders is het ‘op tijd’ vertrekken iets vergemakkelijkt. Al dan niet her-contracteren wordt nu expliciet geagendeerd en in een procedure gegoten. De meeste partijen zien dit als winst. Bestuurders zelf zien voor- en nadelen. “Vier jaar houdt mij ook alert. Ik merk dat het psychologisch anders is. Het is een vast moment waarop je gereguleerde feedback krijgt en daar leer je ook weer

van. Het scherpt je.” Anderen hebben de ervaring dat het vier-jaar-contract als gelegenheidsargument wordt gebruikt als het de raad van toezicht uitkomt. Ook wordt als risico genoemd dat het bestuurders stimuleert ‘te vroeg’ te vertrekken. Vele voorbeelden illustreren de stelling ‘vier jaar is echt te kort om duurzame veranderingen te bewerkstelligen, en acht jaar niet altijd ‘te lang’. De meeste partijen zien het als “een gelegitimeerd middel om expliciet te evalueren en dat werkt.” (*Toezichthouder*).

Raden van toezicht maar ook de andere partijen vinden het van belang voorbereid te zijn op het vertrek van een bestuurder. Maar dat zijn ze meestal niet. De vertrekkende bestuurder heeft zo zijn motieven om pas op het moment dat zijn benoeming elders zeker is de raad van toezicht en zijn collega’s te informeren. Soms zijn deze al wel geïnformeerd maar de andere partijen nog niet. Onder andere omdat het gezag van de vertrekkende bestuurder dan aangetast zou worden. (Dit lijkt voor een voorzitter in mindere mate te gelden, omdat die de agenda kan bepalen en zo langer gezaghebbend blijft). Anderen zeggen dat als iemands gezag verdwijnt zodra duidelijk is dat hij vertrekt, hij daarvoor waarschijnlijk ook al weinig gezag had.

De meeste partijen zijn uitgesproken over welke rol een vertrekkende bestuurder zou moeten hebben in zijn opvolgingsproces, namelijk geen. Maar de toezichthouders hechten meestal nog wel waarde aan de visie van de vertrekkende bestuurder. De vertrekkende bestuurder zelf wil uiteraard niet ‘over zijn graf heen regeren’ maar blijkt dat in de praktijk achter de coulissen toch vaak te doen. Onder het mom van ‘er geen belang meer bij hebben’ wisselen hij en de voorzitter van de raad van toezicht uit welk(e) bestuur(der) het ziekenhuis nodig heeft.

Een aantal bestuurders heeft, wat zij noemen ‘bijzondere ervaring’ gehad, dat hun voorganger hen uitgebreid wil inwerken. Soms duurt deze overdracht wel een paar maanden. Onnodig en met nadelige gevolgen, volgens de opvolgers (en de managers). Het is onduidelijk waar het gezag ligt en je kunt als nieuwe bestuurder niet vrij kennismaken met het ziekenhuis. Het ziekenhuis staat in deze overgangsfase sowieso een tijdje stil qua essentiële ontwikkelingen. Door een bestuurder die maandenlang op de drempel naar de uitgang blijft staan duurt dat proces nog langer. Terwijl het juist van belang is dat de vertrekkende bestuurder met vertrouwen zijn nalatenschap overdraagt.

“In de periode van een transitie in het bestuur maak je geen ingrijpende strategische keuzes meer. Wat al ingezet is wordt incrementeel doorontwikkeld. Daarin heeft de vertrekkende bestuurder geen hele actieve rol meer. Wel is van invloed hoe hij kijkt naar zijn opvolging. De vertrekkende bestuurder heeft ook een rol om uit te stralen dat het goed is dat hij gaat, dat

er vertrouwen is in de organisatie, dat een nieuwe invulling nodig en gewenst is voor de volgende fase.” (*Bestuurder*)

Deze erfenis bevat soms een aantal ‘lijken in de kast’. Toezichthouders en executive searchers stellen de situatie van het ziekenhuis rooskleuriger voor dan zij is, ervaren bijna alle bestuurders. Op het gebied van financiën, van kwaliteit of ICT melden opvolgende bestuurders achterstanden die in de procedure niet aan de orde kwamen.

Zelfs als de vertrekkende bestuurder fysiek niet meer aanwezig is in het ziekenhuis waart diens geest nog rond, is de ervaring van de bestuurders. Ze ‘staan op de schouders van de voorgangers’. Terugkijkend over een langere tijd duiden ze vaak eerdere bestuursperioden in termen van het gedrag van de voorzitter van de raad van bestuur. Er volgen dan uitspraken als ‘X heeft het in zijn tijd voor elkaar gekregen...’, gevolgd door een wapenfeit. De nalatenschap kan ook een overall negatief beeld van de vorige bestuurder zijn. Ook dit beïnvloedt het functioneren van de opvolger.

Een zachte landing

Als opvolger kijken de meeste bestuurders positief terug op hun aanstellingsprocedure. Deze was weliswaar lang maar wordt – mede door de bevredigende uitkomst – als waardevol ervaren. Ze hebben zich tijdens hun eerste jaren wel gerealiseerd dat hun voorgangers het referentiekader vormen voor hoe ze beoordeeld worden. “Als je als nieuwe bestuurder aantreedt moet er meestal iets beter of anders gaan dan daarvoor en in die context treed je aan.” Wat kunnen de adviespartijen doen om een nieuwe bestuurder goed te laten landen? Best veel en je bent er medeverantwoordelijk voor, is de rode draad van de antwoorden. Er is een bestuurder aangesteld, daar heb je mee “te dealen” door hem op zijn minst het voordeel van de twijfel te geven.

“Ook al heb je negatief geadviseerd of bedenkingen geuit waar niets mee gedaan is, dan nog ben je er medeverantwoordelijk voor dat een nieuwe bestuurder goed landt. Het doet ook iets met het zelfvertrouwen van een bestuurder als er negatief is geadviseerd. En dat krijgt hij vroeg of laat toch te horen.” (*Stafvoorzitter*)

Vervolgens kun je de nieuwe bestuurder ook helpen om in zijn nieuwe rol te groeien. Er wordt een voorbeeld genoemd waarin er binnen een half jaar een conflict was met de nieuw aangetreden bestuurder. Nadat dit goed is uitgepraat is de samenwerking verbeterd. Als echter de raad van toezicht erop aandringt dat partijen investeren in de samenwerkingsrelatie met de nieuwe bestuurder kan dat ook averechts werken. “Dat zou hem gaan helpen, relationeel. Dat snapt

wij ook wel, maar we kregen er toch de kriebels van dat deze toezichthouder met dit ‘inzicht’ van hem bij ons langs kwam en op een wat moraliserende manier ons opriep te investeren in de samenwerking”, zegt een stafvoorzitter. Nog een ander voorbeeld is een uitgebreid gesprek naar aanleiding van een ‘eerste 100 dagen-presentatie’ van de nieuwe bestuurder. Dat werkte zowel inhoudelijk door in een gezamenlijke toekomstagenda, en het had relationeel een positief effect. De nieuwe bestuurder gaf er namelijk blijk van zowel respect te hebben voor het verleden als vernieuwing voor te staan.

Het nieuwe team

Unaniem zijn de bestuurders van oordeel dat het bestuur als team een cruciale rol speelt bij een bestuurswisseling. Ze erkennen de formele rol van de raad van toezicht, maar vinden dat die toezichthouders te ver af staan van de (bestuurlijke) praktijk om te weten welk team nodig is. Bij het aannemen van een nieuwe collega claimen de bestuurders meestal een invloedrijke rol, en krijgen deze in de meeste gevallen ook. Ze adviseren om in het profiel ook omschrijvingen over bestuursstijl en samenwerking op te nemen. Een bestuurder vertelt dat ze, na “dramatische ervaringen in een bestuursteam”, collegialiteit als waarde lieten opnemen in het profiel. Maar dan nog, voegt een ander toe, is het lastig om een passend iemand te vinden.

“Kijk, iedereen die op de short list komt heeft een prachtig cv. Maar het gaat ook om de klik en persoonlijkheid. Dus het duurde wel even tot ik iemand had waarmee ik goed door een deur dacht te kunnen. Maar hoe vaak mag je nee zeggen? Mijn toezichthouders waren sportief, ze accepteerden een langere procedure en gingen uiteindelijk met mijn besluit akkoord.”

Als de nieuwe collega is aangesteld, leren de binnenkomende en de zittende bestuurder(s) elkaar pas echt kennen. De nieuwe bestuurder is als een “logee die je zelf niet helemaal hebt uitgekozen maar die toch de zitkamer gaat innemen.” Als zittend bestuurder moet je vervolgens van deze logee een gewaardeerde huisgenoot maken, vult een ander de metafoor aan. Aandacht voor het inwerken noemen zij van even groot belang als het werven en selecteren. Ook op dit proces hebben de toezichthouders weinig zicht. Opgelucht, zeker na een bestuurscrisis, dat er een nieuwe fase aanbreekt met een andere samenstelling van het bestuur, gaan ze weer snel in de toezicht-stand, is de beleving van de bestuurders. Ze erkennen echter ook hun eigen verantwoordelijkheid: “Wij moeten er eigenlijk voor zorgen dat de RvT de vinger aan de pols kan houden hoe de RvB als team functioneert.” De bestuurders realiseren zich dat het functioneren van het ene bestuurslid afstraalt op het hele bestuur. Een bestuurder die een crisis in het bestuursteam meemaakte zegt: “Daarna waren mijn collega en ik ons bewust van het adagium: als het met één iemand in de RvB niet gaat, dan doet dat het

instituut RvB schade en daarmee de organisatie. Dat heb ik geleerd van deze dramatische bestuurswissel: als die geëindigd is in een crisis dan moet de organisatie weer vertrouwen krijgen in de RvB als instituut.”

De bestuurders over de raad van toezicht

Of bestuurders positief of negatief terugkijken op een procedure heeft bijna altijd te maken met de manier waarop de raad van toezicht zijn rol invult. Over het algemeen zijn de bestuurders daar redelijk positief over.¹⁸⁸ Op één na:

“Je bent als bestuurder wel heel erg afhankelijk van de relatie tussen met name de voorzitter van de RvT en de RvB. Als het referentiekader van zo’n voorzitter totaal anders is... als het iemand is die volop op de macht gaat zitten ... Vreselijk. Het was echt knokken!”

De anderen vertellen dat de raad van toezicht hen als zittende bestuurders een doorslaggevende rol laat spelen in een benoemingsprocedure van een collega. De tijd nemen voor die zoektocht moeten ze bij de raad van toezicht vaak afdwingen.

“Terwijl dat het leukste is, als je een nieuw team kunt bouwen” ... “We hebben ruim de tijd genomen voor kennismaking met elkaar. Ook dingen met elkaar gedáán, niet alleen vanachter een tafel gepraat. De RvT heeft echter altijd haast! Dus mijn rol is dan om te temporiseren.”

De bestuurders herkennen het beeld dat de toezichthouders schetsen over loyaliteit binnen een bestuursteam. Op het moment waarop je als bestuur aangeeft dat er samenwerkingsproblemen zijn is het eigenlijk al te laat. Ze realiseren zich dat ze daarmee de raad van toezicht voor een voldongen feit stellen. Een bestuurder, een voorzitter, verwoordt het zo:

“Je hebt toch de opdracht om als bestuur de eenheid van de kroon te bewaken in het belang van het ziekenhuis. Het bepalen van het moment dat er behoefte is aan veranderingen in het bestuursteam is een delicate aangelegenheid. De RvT heeft mij min of meer de opdracht gegeven om geen ruzie te maken. Met de geschiedenis van een vorig bestuursteam zit je dan wel opgescheept.”

Al met al is het een subtiel spel “waarin je de raad van toezicht in positie dient te houden. Dat betekent soms de bal voor open doel neerleggen en de raad van toezicht het doelpunt te laten maken”, zoals een bestuurder het spel omschrijft. Een ander: “Je krijgt de ruimte van een stoep en daar moet je op blijven.”

¹⁸⁸] De bestuurders in de focusgroepen keken meestal alleen terug op hun laatste procedure, die dus positief eindigde in hun benoeming. Eerdere procedures die mogelijk minder goed afliepen kwamen niet ter sprake.

De tweede hoofdrol voor de bestuurders

Alom wordt erkend dat de bestuurders een hoofdrol vervullen bij bestuurswisselingen, in elk van de drie posities. De vertrekkend bestuurder regeert toch nog vaak over zijn graf heen. Het zittende bestuur krijgt meestal een invloedrijke rol van profiel tot benoemingsbesluit. Deze ruimte claimen ze ook, zelfs als de procedure daardoor verlengd wordt. Toch blijft het een precair proces, stellen de bestuurders. De (hoofd)rol van de raad van toezicht als regisseur en beslisser dient te allen tijde overeind te blijven en dus moet je het spel subtiel spelen. Ook de inkomende bestuurder realiseert zich de afhankelijkheid van de raad van toezicht. Haar eerste belang is te worden aangenomen, een ander is een goede samenwerkingsrelatie met de raad van toezicht, waarvoor in de procedure al een basis wordt gelegd.

Kortom: ja, het bestuur vervult een hoofdrol bij bestuurswisselingen. Maar het is wel de tweede hoofdrol, niet de eerste. De jura niet en de facto ook niet.

7.3.3 De eerste bijrol: de stafbesturen

De andere partijen dichten de stafbesturen een invloedrijke rol toe bij een bestuurswisseling. Zijzelf ervaren deze echter als “betrekkelijk klein”. Ze geven de (ervaren) procedure zo weer. “De headhunter gaat aan de slag. Er wordt met je gesproken over het profiel, waarvan de schets al is voorbereid. Wij voegen daar wat smaakjes aan toe.” Dan komt er “kennelijk” een longlist met vijftig namen die wordt teruggebracht tot twee of drie kandidaten. Daaruit kiest de raad van toezicht (“waarschijnlijk samen met de achterblijvende of vertrekkende bestuurder”) één kandidaat. Met diegene praat dan de adviescommissie een uur. “In dat ene gesprek spiegel je de kandidaat aan het profiel. Als dat niet afwijkt dan kun je hem of haar bijna niet afwijzen.”

In een adviescommissie kan het stafbestuur alleen zitten of met afvaardigingen van ander gremia. De afgevaardigde vanuit het stafbestuur – niet per se de meest geschikte maar iemand die daarvoor de tijd kan vrijmaken – beslist op persoonlijke titel.

“Wat het lastig maakt is dat alles ontzettend vertrouwelijk is. Dus de cv’s worden wel in het stafbestuur heen en weer gepingpongd maar dat moet allemaal heel zorgvuldig gaan. Daarmee maak je als stafbestuur niet echt een keuze. Laat staan dat je meedoet in de keuze van longlist naar shortlist.”

Kandidaten beoordelen

Inschatten of een kandidaat geschikt is vinden de stafvoorzitters lastig. Hoe beoordeel je het cv? Hoe weeg je in één gesprek, zonder tegenkandidaten, of iemand bij het ziekenhuis past?

“Bij een kandidaat was er twijfel of deze in de rol van voorzitter dit grotere ziekenhuis wel aan kon. Deze zorg blijkt onterecht, want met deze bestuurder gaat het boven verwachting goed. Eerdere bestuurders pasten niet bij de cultuur van het ziekenhuis. Maar hoe neem je zoiets op in het profiel en vooral: hoe toets je dat?”

Een andere kwestie is hoe je in het gesprek toetst of de opvolger respect heeft voor de opgebouwde samenwerkingscultuur tussen stafbestuur en raad van bestuur. “Je wilt een vervanger die past bij de ongeschreven regels die je samen hebt opgebouwd.”

Twee casussen illustreren de dilemma’s van de stafbesturen. In een ziekenhuis had het stafbestuur het vertrouwen opgezegd in beide bestuurders maar de raad van toezicht besloot dat “de tweede man” mocht blijven. Het stafbestuur had daar vrede mee, het vertrek van de toenmalige voorzitter was voor hen het belangrijkste.

“We hebben meegedacht met de bestuurlijke puzzel die er toen lag. Wij schatten in dat het functioneren van de tweede man te maken had gehad met de samenwerking met de voorzitter. Nu die vertrokken was dachten wij dat die tweede man beter uit de verf zou komen. De bestuurlijke continuïteit was een tweede argument. De financiering van de bouw speelde toen en het vertrek van de hele RvB zou niet goed vallen bij de banken.”

In een ander ziekenhuis zat de voorzitter van de raad van bestuur er al vrij lang toen er een vacature ontstond voor een CFO. “Het ware beter geweest als de voorzitter was vertrokken. Nu is het moeilijk om daar een bestuurder naast te vinden die tegengas geeft.” Dat bleek ook in de procedure. Als stafbestuur spraken ze één kandidaat. Een “kundig financieel type”, die deze functie zag als de laatste stap in zijn carrière, waarin hij veel van de voorzitter zou kunnen leren. “Dus niks geen tegengas.” De stafbestuurders bespraken dit met de raad van toezicht maar durfden niet te zeggen dat deze kandidaat niet benoembaar was, “want waar baseer je dat precies op als iemand qua profiel wel klopt? Bovendien moet je toch met zo iemand zaken gaan doen als hij benoemd wordt.”

Al met al blijkt dat een ‘goede’ keuze pas achteraf vast te stellen is, stellen de stafbestuurders. En dan nog realiseren ze zich dat (hun) beoordelingen van bestuurders wisselen in de loop der tijd.

De relatie met de raad van toezicht

Een aantal stafvoorzitters ervaart het contact met de raad van toezicht als stroef.

“Wij zoeken wel toenadering tot de RvT maar verder dan het reguliere jaargesprek, in bijzijn van de RvB, komt het niet. Toen we een keer aankaatte hoe zij (de toezichthouders, HB) aan informatie komen over het functioneren van de RvB werd dat geen prettig gesprek, meer een overhoring en het ging meer over ons functioneren. Verder kwamen er ontwijkende antwoorden. In het bijzijn van de RvB zelf is het ook heel ongemakkelijk om daarover te praten.”

Ook andere stafvoorzitters hebben de ervaring dat toezichthouders het contact afhouden. Ze vinden dokters vaak ‘moeilijk’ en praten met de medische staf risicovol, zo schatten de stafvoorzitters in. “Met name toezichthouders uit ‘het bedrijfsleven’ vinden dat medisch specialisten in hun hok moeten blijven of daar naar teruggestuurd moeten worden.”

In andere ziekenhuizen zijn de verhoudingen positiever, waar ze bij een bestuurswisseling de vruchten van plukken. In het ene ziekenhuis is een bestuursraad gevormd waarin de raad van bestuur en het stafbestuur zitten. Beide hebben geen eigen bestuurstafel meer. Dat vond de raad van toezicht in eerste instantie heel spannend maar ze zijn daar toch in meegegaan. Dat zegt iets over deze raad van toezicht en zijn huidige voorzitter, volgens de stafvoorzitter:

“De vorige voorzitter van de RvT gaf zelfs aan de bestuursvoorzitter geen ruimte om te bepalen wie zijn collega werd. Dus toen er een nieuwe RvT-voorzitter moest komen was dat heel spannend. Maar dat pakte goed uit en heeft voor een hele omslag gezorgd in de opstelling van de RvT, wat met name voor de RvB heel prettig is.” ... “We voeren als bestuursraad regelmatig een 360-graden feedback-ronde uit. De uitkomsten daarvan gaan ook naar de raad van toezicht.”

In één ziekenhuis laat de raad van toezicht het aan de raad van bestuur, het stafbestuur en andere adviesorganen over om de aankomende bestuurswisseling voor te bereiden (bestuurlijke opgaven, topstructuur, profiel bestuur). De raad van toezicht is wel aangehaakt maar blijft nog op enige afstand.

Een bijrol en een rol erbij

Dat medische staven in ziekenhuizen relevante partijen zijn, ook bij een bestuurswisseling, melden alle partijen. Maar de andere partijen dichten hen een invloedrijkere rol toe dan zij zelf ervaren. Hun inbreng in de procedure beleven zij als minimaal, ze kunnen

meestal niet mee kiezen en ze hebben het gevoel dat hun feedback over de kandidaat nauwelijks effect heeft. Ze steken ook de hand in eigen boezem. Ten eerste relativeren ze hun oordeel – ‘waarop baseren we dat?’ – en ten tweede realiseren ze zich het gevaar van een zichzelf vervullende voorspelling. Het is te gemakkelijk om na de vaak omfloerste feedback in de procedure een ‘zie-je-wel’-houding aan te nemen na benoeming van de kandidaat. Ze zijn ook bereid hun kritische kanttekeningen in te trekken en de nieuwe bestuurder een kans te geven.

Zodoende hebben ze inderdaad een bijrol, zij het minder invloedrijk dan de andere partijen denken. Ze voelen zich onzeker over het beoordelen van de geschiktheid van de kandidaat – ze doen het er als stafbesturen maar even bij – en formuleren daardoor hun advies in verdeckte termen.

7.3-4 De managers ook in een bijrol?

Zoals in het begin van dit hoofdstuk al genoemd hebben de managers ten opzichte van de andere partijen veel bestuurswisselingen meegemaakt. Deze staan hen nog helder voor de geest. Sec én gedetailleerd geeft een van hen weer:

“Even tellen: ik werk nu vier jaar in dit ziekenhuis en rapporteer aan mijn vierde bestuurder. We hebben een RvB van drie bestuurders, maar daar was in de afgelopen jaren wel regelmatig discussie over, of het er nu drie of twee moesten zijn. Toen ik kwam was er een voorzitter, een lid en een interim lid. De voorzitter vertrok en toen kwam er een andere voorzitter en de interimmer werd vervangen door een vaste bestuurder. Maar deze nieuwe samenstelling werkte niet. Dus die twee, het lid en de voorzitter, zijn na een paar jaar allebei weer vertrokken. Een lid van de RvB was de constante factor en is nu voorzitter geworden. Onlangs zijn weer twee nieuwe bestuurders aangetrokken.”

Een andere manager vertelt dat hij in de tien jaar dat hij nu deze functie vervult inmiddels zeven bestuurswisselingen meemaakte. De aanleidingen varieerden: van conflicten binnen het bestuur en met de raad van toezicht, disfunctioneren en een regulier afscheid vanwege pensionering. Een bijkomstig effect was de wisselingen bij de managers. “In deze tien jaar heb ik ook 18 collega-managers zien vertrekken. Dit had ermee te maken dat elke nieuwe bestuurder ook nieuwe managers benoemde. Naast het wennen aan een nieuwe bestuurder kost het afscheid nemen van collega’s en nieuwe verwelkomen ook veel energie.”

De aanleidingen verschillen, de gevolgen ook. Zo leidde de ene bestuurswisseling tot “zeven jaar onrust na een commotievol vertrek van de voorzitter van het bestuur. Daarop volgde een onrustige periode waarin het MT geen rol had in wie er in het bestuur zat. De koers werd constant verlegd en het profiel telkens veranderd.” Een andere bestuurswisseling, in hetzelfde ziekenhuis maar een aantal jaren later en met een andere RvT-voorzitter, bracht wel stabiliteit. Dat was de resultante van een lang proces waarin het bestuursmodel werd geëvalueerd en de profielen mede daardoor beter uitgekristalliseerd werden. In dit proces werden de managers pro forma wel betrokken maar “toen puntje bij paaltje kwam was het krachtenspel tussen RvB en de medische staf bepalend.” Een andere manager heeft iets soortgelijks meegemaakt.

“De voorzitter viel onverwachts uit. Het tweede lid was nog maar kort bestuurder. Er is toen besloten om een driehoofdig bestuur te gaan vormen. Daar is geen procedure voor geweest. Althans, niet binnen ons gezichtsveld. Op papier zal dat best wel goed verlopen zijn maar het is niet zo geweest dat wij gehoord hebben waarom dit bedacht is. Ik weet dat er wel bij het stafbestuur is gesondeerd of er draagvlak was voor het nieuwe bestuursmodel.”

Door dergelijke ervaringen pleiten de managers ervoor de hele topstructuur ‘diagnostisch’ te betrekken bij een bestuurswissel. Dat bevordert volgens hen de continuïteit.

“Je zit niet te wachten op een nieuwe bestuurder die een andere lijn neer gaat zetten. Dus als je samen helder hebt wat je als ziekenhuis nodig hebt dan wordt het profiel wel duidelijk en kun je daarop werven. Je moet daar het MT wel bij betrekken: als je een sterk MT hebt zoek dan een bestuurder die daar bij past.”

Managers over het bestuur als team

Zoals uit de citaten al blijkt lijken de managers veel te zien van wat er zich binnen het bestuur afspeelt, tot en met de relatie tussen bestuur en toezicht. In een tweehoofdig bestuursmodel zien zij vaak onderlinge competitie: “Het waren twee kemphanen; de een wist het telkens beter dan de ander en ze probeerden elkaar te overtreffen...”. De managers zien vaak dat dan de machtigste, meestal de voorzitter, ervoor kiest de aanval te openen. De andere bestuurder kan zich daar moeilijk tegen verweren en moet vertrekken. In een driehoofdig bestuur wordt een ander patroon waargenomen. Er is een voorzitter die er al wat langer zit en die een “zoutlaagje tussen hem en de problemen” creëert. In de functiebenamingen CEO (de voorzitter), CFO (het lid met de financiële portefeuille) en COO (het lid voor de operationele aangelegenheden) wordt de legitimatie gevonden voor het profiel van de laatste. “Het moet iemand zijn die

zowel instemt met de koers die de voorzitter uitzet als het operationele gedoe bij hem weghoudt.” Maar als deze nieuwe bestuurder zich niet houdt aan dit scenario gaat het mis. “Toen er een derde lid bij kwam – waar de raad van toezicht op aangedrongen had – ging het niet goed. De voorzitter moest nog een paar jaar tot zijn pensioen en vond de nieuwkomer waarschijnlijk bedreigend. Lid twee en drie werden toen ‘partners in crime’ tegen de voorzitter.”

Naast de vraag hoe de managers weten wat zich binnen het bestuur afspeelt, dringt zich de vraag op waarom dit kennelijk zo belangrijk voor hen is. Volgens de managers is dit omdat de onderlinge samenwerking binnen de raad van bestuur altijd ‘doorsijpelt’ naar MT-niveau. Als je zo nauw samenwerkt met de raad van bestuur is het onmogelijk om niet te merken hoe de leden onderling samenwerken. Als dat niet goed gaat hebben managers daar last van.

“Wij als managers kregen alles mee, de bestuurders bespraken hoe het spel gespeeld werd vertrouwelijk in één-op-één gesprekken met de managers. Er is nooit een toezichthouder afgedaald om te vragen hoe het ging. Wij als managers zagen de dynamiek en in het MT legden we met elkaar de puzzelstukjes, daarmee kregen we een compleet beeld.”

Managers concluderen dat bestuurders hun loyaliteit verleggen naar anderen in de organisatie als er geen sprake is van collegialiteit binnen de raad van bestuur. “Zo werkt dat nu eenmaal. Het duurt overigens tot het moment dat er een nieuwe bestuurder is. Daarna sluiten de bestuurlijke gelederen zich weer.” Ze zeggen dat ze met de bestuurder in gesprek gaan als ze last hebben van onenigheid in het bestuursteam, maar erkennen ook dat zij het moeilijk vinden om feedback te geven: “Dat voelt kwetsbaar. Ook omdat het vaak omgedraaid wordt en het over jouw functioneren gaat. Daarnaast heb je ook geen zicht op hoe dit binnen de RvB besproken wordt en met de andere managers.”

De relatie met de raad van toezicht

Ook voor de managers geldt dat hun rol bij een bestuurswisseling een afspiegeling is van de reguliere verhoudingen met de raad van toezicht.

“We kennen de raad van toezicht alleen maar van sporadische bezoeken, dus het is ook moeilijk om een rol te claimen bij een bestuurswissel. In de afgelopen tien jaar werd ik wel eens opgeroepen om een presentatie te houden bij de RvT en onlangs heeft een nieuw lid RvT met alle managers een kennismakingsgesprek gevoerd, maar verder ken ik ze niet.”

In een ander ziekenhuis is er meer contact tussen de raad van toezicht en de managers.

“We proberen één keer per jaar een bijeenkomst te hebben met de RvB, de RvT en de managers waarin dan een bepaald thema aan bod komt. Sinds de RvT een andere samenstelling heeft vullen ze hun rol anders in maar ze blijven altijd balanceren tussen afstand en nabijheid.”

Na een bestuurscrisis spraken de managers in een aantal gevallen met de toezichthouders. Dan valt ze op dat deze kennelijk niet zagen hoe slecht de samenwerkingsrelatie tussen de bestuurders was. Een manager die door de bestuurder in vertrouwen genomen werd zegt:

“Op het moment dat ik die verhalen aanhoorde van X dacht ik: dat moet de RvT toch ook zien, waarom doen die niets? Maar inmiddels weet ik dat bestuurders zelden hun beklag doen over hun collega(s) bij de RvT. Zodra ze dat doen leggen ze hun lot in handen van de RvT, want wie mag er dan blijven en wie moet er vertrekken?”

Geen van de managers heeft overwogen zelf de raad van toezicht te informeren over het functioneren van het bestuur. “Kijk, we zijn als managers ‘opgevoed’ dat alleen als het heel ernstig is, je naar de RvT mag stappen.” Dus wachten ze tot de toezichthouder ‘afdaalt’.

Figurant in plaats van bijrol

De managers krijgen in de procedure een vergelijkbare positie als de medische staf, de CR en de OR. Ook zij ervaren hun rol als relatief marginaal. De andere partijen belijden met de mond het belang van de inbreng van de managers maar uit geen van de casussen blijkt dat ze een invloedrijke rol toebedeeld krijgen. Ze lijken deze ook niet te claimen.

Evenals bij de andere partijen vertalen de reguliere verhoudingen tussen de managers en de overige gremia zich naar hun rol bij bestuurswisselingen. De toezichthouders zeggen waarde te hechten aan de feedback van de managers over het bestuur maar organiseren dat meestal niet. De managers verbazen zich over de onwetendheid van de toezichthouders over de kwaliteit van de samenwerking binnen het bestuur.

Al met al zien de managers veel, maar worden zij vaak niet gezien door de andere partijen, met name niet door de raad van toezicht. Van een relevante bijrol lijkt geen sprake. Ze zijn figuranten in bestuurswisselingsprocessen. Hooguit vervullen ze een rol als

edelfigurant.¹⁸⁹ Dat is het geval als ze bijvoorbeeld indringend een negatief advies geven of contact zoeken met de raad van toezicht.

7.3-5 De (bij)rol van de cliëntenraad en de ondernemingsraad

Desgevraagd ervaren de voorzitters van de OR of van de CR¹⁹⁰ geen verschil in invloed bij een bestuurswisseling. Beide krijgen dezelfde informatie en positie in de procedure. In tegenstelling tot de managers en medische staf heeft hun rol een wettelijke basis.¹⁹¹ Dit maakt echter geen verschil in de procedure. Ze praten (ook) mee over het profiel en adviseren meestal maar over één kandidaat, vaak vanuit één gezamenlijke adviescommissie. De CR kijkt dan vanuit de belangen van de patiënt, de OR vanuit medewerkersperspectief. Daarop bevragen ze kandidaten en baseren ze hun oordeel.

Over hun rol bij bestuurswisselingen stelt een CR-voorzitter: “We hebben als CR niet veel invloed. Maar dat is niet erg. De RvT is er voor de continuïteit van het ziekenhuis, wij voor de patiëntbelangen. Vanuit die uitgangspositie kijk je waar je invloed kunt hebben.”

Hoewel de raad van toezicht het niet zo brengt, is de voordracht van de kandidaat al een voorgenomen besluit. Het gesprek tussen de kandidaat en de CR vindt uit “courtesy” plaats en dat accepteert deze CR-voorzitter: “Ik ga ervan uit dat de andere partijen hun werk goed gedaan hebben, wie ben ik dan om op basis van een kort gesprekje negatief te adviseren?” Andere voorzitters zien hun rol als iets invloedrijker, in ieder geval in de profielfase. Maar als er nog maar één kandidaat is, erkennen ook de anderen, is de druk om deze te accepteren groot.

Negatief adviseren

Een negatief advies heeft niet altijd effect, merkte een CR na zijn advies aan de raad van toezicht om een bestuursvoorzitter met een “slechte reputatie” niet aan te nemen. Na de aanstelling van deze omstreden bestuurder ging het na korte tijd al mis tussen hem en de medische staf en met zijn collega-bestuurder. De CR is teleurgesteld over de gang van zaken. Ze hadden de raad van toezicht gewaarschuwd en deze “is nooit langs geweest. Je zou toch denken, als een adviesorgaan negatief adviseert, dat je dan navraagt na verloop van tijd hoe

¹⁸⁹ Een figurant is op de set aanwezig om scènes te levendig te maken op de achtergrond. Een edelfigurant is een figurant die af en toe duidelijk of close up in beeld is. Figuranten dienen door stil spel – acteren zonder te spreken – het spel van de hoofd- en bijrolspelers te ondersteunen.

¹⁹⁰ Ze vormden samen in een focusgroep en aanvullend heb ik nog een aantal interviews met CR-voorzitters gehouden. Zie hoofdstuk 4 en bijlage 4.A.

¹⁹¹ Formeel heeft de CR vanuit de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen wat te zeggen over het profiel. Over status van dit advies zegt de wet niets. De OR heeft volgens de WOR een adviesrecht bij het benoemen en ontslaan van een bestuurder. Zie verder hoofdstuk 2.4.3.

het gaat?” Nadat de betreffende bestuurder en van de weeromstuit ook zijn collega waren vertrokken is er wel iets veranderd in de verhouding met de raad van toezicht. Er is een nieuwe voorzitter gekomen en nu hebben ze regelmatig contact.

Ook de andere CR- en OR-voorzitters illustreren met voorbeelden dat de reguliere verhoudingen de basis vormen voor hun rol tijdens een bestuurswisseling. Zo zijn in een ziekenhuis zowel de CR als de OR nu al betrokken bij een wisseling in het bestuur die pas volgend jaar actueel is. Dat betekent dat de geledingen nu al met elkaar bespreken wat het ziekenhuis nodig heeft, nog voordat er een executive searcher is ingeschakeld.

Deze voorzitters realiseren zich dat de raad van toezicht aan het advies van andere partijen, zoals van de medische staf en de managers, meer waarde hecht. Maar als het profiel evident niet aansluit bij de gepresenteerde kandidaat, zoals in één casus het geval was, legitimeert dat een negatief advies. In dit geval waren de andere gremia enthousiast, maar de OR was tegen. Toch werd deze bestuurder benoemd.

“We hebben toen besproken in de OR ‘hoe gaan we dit oplossen’? Zo’n negatief advies kan toch een goede start in de weg staan. In een open gesprek en met humor hebben we heel veel op kunnen lossen. Het had anders heel vervelend kunnen worden.”

De OR heeft in dit geval met de raad van toezicht de procedure geëvalueerd. Daaruit leerde de raad van toezicht de OR eerder en meer te informeren. In dit geval bijvoorbeeld door een toelichting te geven waarom besloten werd af te wijken van het profiel.

Soort bestuurder

CR-voorzitters accepteren weliswaar hun geringe invloed op wie de nieuwe bestuurder wordt, ze kijken wel degelijk kritisch mee. “We willen in ieder geval geen ‘hopper’”, zegt een van hen. Een ‘hopper’ is een bestuurder die van (kleiner) ziekenhuis naar (groter) ziekenhuis ‘hopt’ en zich niet echt verbindt aan de waarden van het ziekenhuis. Een andere voorzitter herkent dit. Ook zij hebben ervaring met een bestuurder die na korte tijd weer vertrok naar een groter ziekenhuis. Hoewel hij niet negatief terugkijkt op de bestuursperiode van deze bestuurder – “de verhoudingen in het ziekenhuis zijn binnen korte tijd onder zijn leiding verbeterd – zoekt men nu naar iemand aan het eind van zijn carrière en “niet iemand die het ziekenhuis als een tussenstap ziet naar een volgend ziekenhuis.”

De OR- en CR-voorzitters noemen de raad van toezicht “de baas van het bestuur.” De andere partijen staan naar hun idee dicht bij het bestuur en zij accepteren daarmee hun bijrol bij een bestuurswisseling. Van de wettelijke basis waarover ze beschikken maken ze geen gebruik, waardoor ze meestal figureren in plaats van echt mee te spelen. Ervoor zorgen dat je een goede relatie hebt en houdt met zowel het bestuur als de raad van toezicht, dat lijkt de strategie die ze kiezen als uitgangspunt om invloed uit te oefenen bij een bestuurswisseling. “Want de toezichthouders stellen iemand aan. Het enige wat je als OR kunt doen als je tijdens de gespreksronde negatief wilt gaan adviseren is uitleggen wat je wilt als OR.”

Medezeggenschap (ook) in figurantenrol

De CR- en OR-voorzitters accepteren hun eigen bijrol bij een bestuurswisseling. Van de wettelijke basis waarover ze beschikken maken ze geen gebruik, waardoor (ook) zij (net als de managers) figureren in plaats van echt meespelen. Ze zorgen ervoor een goede relatie te hebben met de raad van toezicht zodat hun advies daar goed landt.

7.3.6 Een dubbelrol voor de bestuurssecretarissen

De bestuurssecretarissen hebben bij een bestuurswisseling een dubbelrol. Ze faciliteren de procedure, maar zijn ook partij. Bovendien zijn ze een vertrouwenspersoon voor het bestuur. Meestal weten ze als een van de eersten dat een bestuurder vertrekt. Hun rol van ‘olliemannetje’ vervullen ze door bijvoorbeeld te signaleren of de partijen op één lijn zitten wat betreft procedure en profiel. Omdat ze ook secretaris zijn van de raad van toezicht kijken ze mee in ‘kamer één en twee’.

De dubbelrol maakt het soms lastig manoeuvreren. Omdat de bestuurssecretarissen veel interne informatie hebben ligt samenwerking met de executive searcher voor de hand. Maar dit staat soms op gespannen voet met de vertrouwelijkheid, zowel van de kant van de executive searcher als van de bestuurssecretaris. Voor een invloedrijke adviesrol moeten de bestuurssecretarissen zich vaak hard maken. Zij gaan nauw samenwerken met de nieuwe bestuurder, dus lijkt het meenemen van hun kennis, ervaring en mening vanzelfsprekend. In de praktijk is dat echter niet altijd het geval. Meestal wordt de bestuurssecretaris toegevoegd aan de adviescommissie van de managers, waardoor haar of zijn stem minder hoorbaar is.

In de fase dat er een ‘eindkandidaat’ is laten de betrokken partijen niet het achterste van hun tong zien, volgens de bestuurssecretarissen. Zelfs bij

de zittende bestuurder zien de bestuurssecretarissen terughoudendheid: hoe kritisch kun je je uiten over je mogelijke toekomstige collega? Voor de managers geldt deze voorzichtigheid nog sterker, terwijl zij volgens de bestuurssecretarissen een belangrijke informatiebron zijn naar wie meer geluisterd zou moeten worden. De bestuurssecretarissen zelf zijn dientengevolge ook vaak terughoudend in hun eigen advies over de eindkandidaat.

De paradox van de dubbelrol

Bestuurssecretarissen kennen als geen andere partij de verschillende perspectieven. Ze horen de beraadslagingen van de toezichthouders, zien de onzekerheden en afwegingen van de bestuurders (wegen vaak ook mee af), horen in de wandelgangen hoe de managers erover denken en hebben contact met OR en CR over hun rol in de procedure. Kortom: zij hebben lijnen naar alle partijen. In hun dienende en vertrouwelijke rol gebruiken ze deze informatie om het proces zo goed mogelijk te laten verlopen. Ze hebben echter ook een wezenlijk eigen belang. Hun werkplezier hangt immers af van de samenwerking met de nieuwe bestuurder. Dit belang maken zij echter ondergeschikt aan hun 'eerste' rol, die van dienende facilitator.

7.3.7 De hulpspeler: de executive searcher

Mogelijk omdat met de executive searchers individueel gesproken is, is deze groep het meest kritisch over hun vak en elkaar.

“De wereld van de ES¹⁹² hangt aan elkaar van vaste gewoontes en rituelen. Als je de offertes vergelijkt dan zie je dat het proces overal hetzelfde is. Op basis waarvan kiezen opdrachtgevers dan wie de procedure gaat begeleiden? Is dat op basis van vertrouwen, en waarin dan? Of kiezen ze uit gemakzucht?”

Een ander zegt: “Er is geen push om te veranderen. Het is een traditioneel vak, waardoor je ook wel een beetje gedeformeerd wordt.” De spreker doelt op de routine ten opzichte van het belang voor mensen en organisaties.

Ook qua technische modernisering loopt het vak achter, volgens hen: “De datarevolutie is aan de headhunterswereld volstrekt voorbijgegaan.” Een ander punt van kritiek op hoe concullega's het vak uitoefenen is samen te vatten onder de noemer 'schoenmaker blijf bij je leest'. Zo vindt een kritische beroepsgenoot dat het

inzetten van eigen assessmentinstrumenten of lezingen houden over leiderschap niet passen bij het vak: “Ik heb geen verstand van leiderschap, wel van search.”

De executive searchers presenteren zich als 'searchers' (het hele jaar door zoekend naar goede bestuurders), en niet als 'wervers' (die komen in actie als er een vraag is). Daarom moeten ze ook altijd twee lijnen blijven bedienen. Aan de ene kant de opdrachtgevers, en aan de andere de kant de kandidaten. Vaak lopen deze lijnen synchroon, soms niet. Dát is de essentie van het vak, waardoor “de beste nooit benoemd wordt. Maar wel de meest geschikte en meest passende.”

De executives searchers zijn ook kritisch naar hun opdrachtgevers. Ze hebben last van de, volgens hen, sterke generieke beeldvorming over de beroepsgroep. “Zie daar maar tegen op te boksen. Wij wijzen ook regelmatig bestuurders af die wij niet goed genoeg vinden voor de zorg op dit moment. Dat gebeurt achter de coulissen en hebben opdrachtgevers geen weet van. Dus van 'rondpompen' is geen sprake.”

Evenals de andere partijen – met uitzondering van de toezichthouders zelf – vinden de executive searchers dat raden van toezicht veel aan hen overlaten. Sommige hebben daar geen moeite mee, anderen vinden dat toezichthouders te veel verantwoordelijkheid neerleggen bij het searchbureau. De voorzitter speelt hierin een cruciale rol. Heeft deze vaker met het bijltje – een bestuurswisseling – gehakt, dan trekt hij of zij het proces meer naar zich toe dan een onervaren voorzitter. De executive searchers vinden een hechte relatie met de raad van toezicht noodzakelijk. De toezichthouders kennen het ziekenhuis beter, maar wij kennen de markt beter, zeggen de executive searchers. Dat bij elkaar brengen vergt een vertrouwelijke samenwerking.

Toezichthouders zijn naast afhankelijk ook argwanend naar executive searchers, omdat deze mede de belangen van de kandidaten én hun eigen belangen dienen. Voor de andere spelers geldt hetzelfde: ze gebruiken de executive searcher maar zijn ook op hun hoede.

'Credo's' van executive searchers

Of het ziekenhuis een 'bestuurderskerkhof' is of een stabiele bestuursgeschiedenis kent, heeft invloed op het werven, selecteren, inwerken en functioneren van nieuwe bestuurders. Dát met elkaar bespreken draagt bij aan een goed proces. Eén executive searcher maakte bij het begin van de procedure een lijstje van de vorige bestuurders en vroeg aan de raad van toezicht wie het verschil had gemaakt. Een dergelijke evaluatieve stap in het begin maakte dat de toezichthouders meer inzicht kregen in benoemingspatronen.

¹⁹²] Executive searcher.

Of het gaat ‘werken’ in het bestuursteam begint met elkaar mogen, stelt een executive searcher.

“Daar dient een eerste gesprek voor. Ik raad ze aan om het dan niet over de organisatie te hebben maar hun doopceel te lichten. Als een kandidaat daarna gesprekken heeft gevoerd in de organisatie ga dan, in geval van een tweehoofdig bestuur, met elkaar dingen doen, een eind wandelen of zo. Dan pas kan een klik ontstaan. Die tweede keer moet het ook over de inhoud gaan en zoek dan daarin de scherpste op.”

Om de samenwerking vooraf in te schatten en bespreekbaar te maken zijn assessment-instrumenten bruikbaar. Sommige executive searchers zetten dergelijke instrument bij de laatste twee kandidaten in. In een enkel ziekenhuis wordt daar gebruik van gemaakt. Toezichthouders, bestuurders en kandidaten realiseren zich het belang van een goede match maar “je hebt ook heel veel toezichthouders en bestuurders die de standaardprocedure graag efficiënt afwerken en niet van dit soort ‘oponthoud’ houden.”

Van assistent-regisseur tot spelverdeler

In alle casussen die in de focusgroepen langskwamen hadden de executive searchers een belangrijke rol. Omdat ze van alle spelers de meeste ervaring hebben met bestuurswisselingen krijgen ze de rol van assistent-regisseur als vanzelfsprekend toebedeeld en vervullen ze deze routineus. Deze rolinvulling brengt ook risico's met zich mee. Opdrachtgevers laten graag de regie aan hen over, inclusief de contacten (en soms onderhandelingen) over profiel en procedure. Deze brugfunctie lijkt efficiënt, maar schept ook (meer) afstand tussen adviesorganen en de raad van toezicht.

Zo kunnen executive searcher van assistent-regisseurs tot spelverdelers worden, al naar gelang hun eigen professionele standaarden en hoe de andere partijen hen inzetten.

7.4 GOEDE PROCESSEN EN UITKOMSTEN

Wat de spelers zien als een goed proces en goede uitkomsten van een bestuurswisseling is de derde invalshoek om de uitkomsten van de focusgroepen weer te geven. Weliswaar meer samengevat volg ik in dit laatste deel nog steeds de beleving van de spelers zoals deze in de focusgroepen naar voren kwamen.

7.4.1 Een ‘goed’ proces

De focusgroepen benoemen een goed proces vanuit verschillende dimensies. Zo speelt de *uitgangssituatie* een grote rol: goede verhoudingen bevorderen een soepel verloop, gespannen verhoudingen leiden tot een spanningsvol proces. Daarnaast is voor veel betrokkenen het proces een synoniem voor de procedure. *Transparantie* en *draagvlak* zijn dan criteria voor een goed proces. De derde dimensie is de tijd: het oordeel over het proces kan veranderen na verloop van tijd.

De uitgangssituatie als brug tussen verleden en toekomst

De relatie tussen verleden, heden en toekomst komt onder andere in het profiel tot uitdrukking. Welke ontwikkeling maakte dat het ziekenhuis nu een bepaalde bestuurder zoekt? Daarin spelen de ervaringen met de bestuursstijl van de voorganger(s) mee. Partijen willen iemand die zich steviger opstelt ten opzichte van de medische staf of juist iemand die zorgt voor betere verhoudingen. Ook in de procedure heeft het verleden invloed, zoals de opgebouwde reputatie van het ziekenhuis. Een ziekenhuis dat gezien wordt als een “bestuurderskerkhof” (typering door een bestuurder) trekt andere sollicitanten aan dan een huis waar jarenlang een stabiel bestuur heeft gezeten. “Wie wil nog naar een ziekenhuis waar de turnover in het bestuur korter is dan anderhalf jaar?” (Stafvoorzitter). “Dit ziekenhuis heeft geen goed trackrecord wat betreft bestuurswisselingen en het lijkt wel of dat heel lang duurt.” (Toezichthouder).

Of er een goed proces gelopen kan worden, hangt ook af van de onderlinge verhoudingen. De verschillende perspectieven komen alleen op tafel als de partijen goede ervaringen hebben met zich uitspreken. Door een toezichthouder aldus verwoord:

“Dat iedereen zijn/haar twijfels hardop mag uiten, dat daar niet voor teruggedeinsd wordt. Als die op tafel liggen dan kun je dat met elkaar bespreken tijdens het proces. Zo’n cultuur van ‘speak up’, van open met elkaar praten over de toekomst van het ziekenhuis, moet al aanwezig zijn.”

Transparantie zorgt voor draagvlak

Een goed proces is een transparant proces, stellen alle partijen. Duidelijk moet zijn hoe de procedure eruitziet en wie welke rol daarin wel en niet heeft. Ook inhoudelijke transparantie over verwachtingen wordt bepleit. Dat bestuurswisselingen precaire processen zijn waar transparantie niet altijd mogelijk noch wenselijk is realiseert men zich ook. Er is een *frontstage* met de procedure waar uitwisseling van perspectieven plaatsvindt en er zijn *backstages*. Elke partij weegt in de eigen ‘binnenkamer’ zijn belangen af en bepaalt zijn strategie.

- De **toezichthouders** geven hun visie op wat en wie het ziekenhuis nodig heeft en bespreken binnenskamers meer gelaagde verwachtingen. Zoals de gewenste complementariteit ten opzichte van de zittende bestuurder(s) en de bestuursstijl naar de managers of medische staf.
- De **vertrekkende bestuurder** wil haar nalatenschap zo goed mogelijk vastgelegd zien, want daar hangt haar reputatie mee samen. Daarom oefent zij invloed uit op de omschrijving van het ziekenhuis in wervingsteksten. Over haar graf heen regeren door mee te denken over haar opvolger is niet wenselijk, is het verhaal naar buiten. Maar tussen menige raad van toezicht en vertrekkende bestuurder vindt vertrouwelijk overleg plaats.
- De **zittende bestuurder** heeft belang bij een proces waarin zij goed kan kennismaken met haar nieuwe collega. De ruimte die ze daarvoor neemt en krijgt hangt af van haar relatie met de raad van toezicht.
- De **inkomende bestuurder** is gebaat bij transparantie over hoe het ziekenhuis ervoor staat en hoe de sfeer en verhoudingen zijn. Maar zij is niet in de positie om kritisch door te vragen. Bovendien speelt wishful thinking mee: psychologisch is ze al bijna over de drempel en staat niet meer open voor informatie die haar tegenhoudt. Door dergelijke patronen blijven de vragende en aanbiedende partij vaak zeggen wat de ander wil horen en vragen zij geen van beide door.
- “Ze zitten allemaal gevangen in het spel”, zegt een **OR-voorzitter**. Zij doelt met deze uitspraak in eerste instantie op de andere partijen, maar erkent vervolgens dat het ook voor de OR en CR geldt. Ook zij hebben de neiging zich te voegen naar het gestandaardiseerde proces en min of meer voorgeschreven (rol)gedrag te vertonen.
- De **managers** hebben de meest tegenstrijdige belangen, stellen de executive searchers, door de diversiteit van deze groepering. De een heeft behoefte aan een sterke bestuurder waar hij van kan leren, de ander vreest juist voor bedreiging van zijn autonomie. Transparantie over dergelijke tegenstrijdigheden verzwakt de macht van de managers als groep, dus blijven ze vaak onbesproken.
- De **stafbesturen** kiezen strategisch of en welke strijd zij aangaan. Soms met de raad van toezicht, soms met de bestuurder. Zo schaarde een stafbestuur zich achter de net aangetreden voorzitter van de raad van bestuur, toen deze in conflict kwam met de raad van toezicht. Niet omdat ze deze nu zo geweldig vonden, maar omdat de raad van toezicht zich in de media negatief had uitgelaten over de medische staf. De stafvoorzitters ervaren het proces zelden als transparant, zelfs als de verhoudingen goed zijn. “In ons ziekenhuis geloven we in duaal management. Maar als je heel direct in hun (van de raad van bestuur en raad van toezicht, HB) geledingen doordringt zoals bij een benoeming, dan vinden ze samen optrekken toch moeilijk!”

Dat inspraak en betrokkenheid leiden tot een breder en beter draagvlak voor de nieuwe bestuurder wordt door een aantal casussen onderschreven. Of beter gezegd: het ontbreken van echte inspraak en betrokkenheid leidde in een aantal casussen tot een slechte landing van de nieuwe bestuurder. Daar trad het ‘zie-je-wel’-effect op: de vooringenomenheid van partijen werkte als een zichzelf waarmakende voorspelling. Inspraak wordt gezien als een gestandaardiseerd onderdeel van de procedure, waarin de adviespartijen een afgebakende stem hebben. En dat leidt regelmatig tot quasi-inspraak. Een illustratie hiervan is de gesloten vraag van de raad van toezicht: “Kunnen jullie je er een beetje in vinden?” (*Geciteerd door een stafvoorzitter*).

Wisselend oordeel in de tijd

In een aantal gevallen oordeelden de partijen kort na de benoeming anders over het proces dan terugkijkend na langere tijd. Bijvoorbeeld: na een procedure met negatieve adviezen werd het proces als ‘niet goed’ getypeerd. Maar toen na verloop van tijd de uitkomst (de aangestelde bestuurder) bleek mee te vallen, ging men ook positiever denken over het proces. De partijen die negatief geadviseerd hadden gaven toe dat het beeld van de raad van toezicht destijds klopte, waardoor hun oordeel over het proces kantelde. Zelfs na een negatief advies van de zittende bestuurder kan het goed komen, vertelt de betreffende bestuurder:

“Ja, een zorgvuldig proces is heel belangrijk: transparant en met een brede betrokkenheid. Maar uit een disruptief proces kan ook wat moois komen. Toen ik als bestuurder werd geconfronteerd met een collega die de RvT ons door de strot duwde was dat onaangenaam, maar eerlijk gezegd werd het bestuur er beter van. Je zou denken dat het beschadigend zou werken, maar noch binnen de RvB noch in de relatie tussen RvB en RvT was dat het geval. Dus soms heb je een slecht proces maar wel een goede uitkomst en dat maakt dat je achteraf bezien het toch een goed proces vindt.”

Een ander voorbeeld is een procedure die mislukte omdat de opvolging van een bestuurder die er jarenlang had gezeten ingewikkelder bleek dan aanvankelijk gedacht. Toen de raad van toezicht besloot ter overbrugging een interim-bestuurder aan te stellen, waren de andere partijen daar negatief over. Maar achteraf bezien was het oordeel positiever:

“Die interim-bestuurder beviel eigenlijk heel goed, dus terugkijkend is die mislukte procedure een zegen geweest. We hadden namelijk mentaal de tijd nodig om afscheid te nemen van de bestuurder die er zo lang gezeten had, dat was een rouwproces, daar ontstond nu ruimte voor. Dus dat halsoverkop die procedure inzetten destijds was helemaal niet goed.” (*Bestuurssecretaris*)

7.4.2 Een ‘goede’ uitkomst

De oordelen over de uitkomst laten zich met drie invalshoeken ordenen. Het *profiel* is de eerste weergave van de gewenste uitkomst. Een passende bestuurder is uiteraard de belangrijkste uitkomst. Als referentiekader voor een goede uitkomst hanteren partijen – meer impliciet dan expliciet – wat een *goede ziekenhuisbestuurder* is.

Het profiel als richtsnoer

De kwalificaties in de profielen liegen er niet om. De nieuwe bestuurder moet veel kunnen én ‘stevig’ zijn. In het profiel zitten de wensen en verwachtingen van alle partijen. Al deze eisen leiden vaak tot een breed en abstract profiel. De partijen noemen vooral de nadelen daarvan (verwachtingen blijven impliciet en interpretatieverschillen leiden bij concrete kandidaten tot tegengestelde oordelen). Ze geven echter ook toe dat ze de voordelen strategisch benutten. Zo hanteren ze het profiel als een afvinklijstje als een kandidaat niet bevalt en losser als dat wel het geval is.

Al met al is het profiel meer een richtsnoer dan een keurslijf. In abstractie zijn partijen het vaak eens: het moet een sterke bestuurder zijn die veel (aan) kan. Impliciet blijft naar wie of wat de nieuwe bestuurder ‘sterk’ moet optreden, of welke resultaten deze bestuurder geacht wordt te behalen.

Een passende bestuurder

Een goede uitkomst, zo benoemen de meeste partijen, is een bestuurder die op dát moment past bij wat het ziekenhuis nodig heeft. Dat betekent dat bij deze bestuurder de bestuurlijke opgaven in goede handen zijn, dat zijn of haar bestuursstijl past bij de cultuur van het ziekenhuis en last but not least dat hij of zij past bij het zittende bestuur. “Als de RvT er door een bestuurswissel in slaagt te zorgen voor een nieuw complementair bestuursteam dat goed landt in de organisatie en dat erin slaagt vooruitgang te boeken conform de strategische doelen,” zegt een toezichthouder. Alle focusgroepen omschrijven op een soortgelijke manier wat een passende goede bestuurder is.

Maar hoe beoordeel je dat in de procedure? Dat is voor alle partijen lastig, om verschillende redenen. De adviespartijen voelen zich onzeker. Ze hebben niet de expertise om in één gesprek met één kandidaat te beoordelen of dit hun goede nieuwe bestuurder is. En hoewel de toezichthouders en de zittende bestuurder(s) meerdere gesprekken hebben moeten ook zij hun keuze baseren op deze, oppervlakkige, momentopnamen. Voor alle partijen zijn de ‘zachte’ criteria als stijl en persoonlijkheid doorslaggevend. Als die deugen is er vertrouwen dat deze bestuurder de beoogde resultaten behaalt.

Net als over het proces wisselen de oordelen over de uitkomst na verloop van tijd. Bij de start is het oordeel over de aangestelde bestuurder vooral gebaseerd op wensdenken vanuit de indrukken uit de sollicitatiegesprekken: “Eerst zie je iemand door de bril van zijn reputatie.” (Manager) Na enige tijd oordelen partijen met name over hoe iemand (met hen) samenwerkt. Een genuanceerder beeld bouwen de partijen pas in de loop der jaren op. Nog heel lang zetten ze hun oordeel af tegen de vorige bestuurder. Uiteindelijk beoordelen de partijen de bestuurder op zijn eigen merites: “Het gaat in fasen. Als bij de eerste testcase blijkt dat hij niet wijkt voor de druk vanuit de medische staf raakt geleidelijk iedereen er van overtuigd dat deze bestuurder goed is voor het ziekenhuis.” (Bestuurssecretaris)

Terugkijkend worden de partijen zich bewust van dergelijke ontwikkelingen in verwachtingen. “Het gekke is dat waarop je iemand na verloop van tijd beoordeelt niet als zodanig in het profiel stond,” zegt een bestuurssecretaris. Ook over de vertrokken bestuurder stelt men oordelen tegen het licht van de actuele situatie bij. En kan een positief oordeel in de beginperiode omslaan.

“Het enthousiasme in het begin had met name te maken met de verbeterde relatie met de medische staf. Hij liet zijn oren vaak hangen naar de hardste schreeuwers daar en dan verloopt het samenwerken goed maar later word je als manager met de consequenties geconfronteerd.” ... “De reflex die na verloop van tijd ontstond was mopperen op het zittende bestuur en idealiseren van de vorige omdat we achteraf meer zicht hadden op de gevolgen van een bepaalde stijl.” (Manager)

In meerdere focusgroepen concluderen de deelnemers dat ze in de profielfase (nog) spreken over de inhoudelijke resultaten die de nieuwe bestuurder moet behalen. Ook bij het kiezen uit de longlist wordt gekeken naar de concrete wapenfeiten van de kandidaten. Maar na het contact met de kandidaten kwalificeren de partijen hen vooral in termen van bestuursstijl, persoonlijkheid en collegialiteit. “Je wordt aangenomen om wie je bent”, stelt een executive searcher. Althans, om wie de kandidaat tijdens de procedure lijkt te zijn, is de toevoeging op basis van de leerervaringen van partijen. Het beoordelen van bestuurders in stijl-kwalificaties zet zich gedurende de hele zittingstermijn voort. Er werden bijvoorbeeld geen casussen ingebracht over mislukte fusies, jarenlange financiële problemen, of een opgelegd verscherpt toezicht waardoor bestuurders moesten aftreden. Het koppelen van succes of falen van bestuurders aan zijn of haar bestuurs- en/of samenwerkingsstijl geldt vooral voor de adviespartijen. Raden van toezicht betrekken ook inhoudelijke resultaten bij hun oordeel. Voor de bestuurders zelf lopen stijl, samenwerken en inhoudelijke competenties en resultaten in elkaar over: een goede collega is competent in stijl en resultaten.

Als ze na langere tijd terugkijken betrekken de partijen de inhoudelijk behaalde resultaten wél (weer) bij hun 'eindoordeel'.

Een CR-voorzitter vindt het onderscheid tussen stijl en resultaten gekunsteld. Hij hanteert 'operationele continuïteit' als de uiteindelijke beoogde uitkomst van een bestuurswisseling. Bestuurders kunnen alleen indirect invloed hebben op de resultaten.

“Waar ze voor moeten zorgen is dat het ziekenhuis zo ongehinderd mogelijk doet waar het goed in is. Je moet professionals niet voor de voeten lopen. Omgekeerd geldt hetzelfde. Bestuurders onderhandelen met de zorgverzekeraars, niet de managers of de professionals. Bestuurders en managers scheppen de voorwaarden, daar moet het ziekenhuis op kunnen vertrouwen, de professionals doen het werk. Dat wederzijdse vertrouwen in elkaars rol is bij een bestuurswisseling wel belangrijk.”

Het ziekenhuisbestuur van de toekomst

Hoewel er in de focusgroepen weinig expliciet werd uitgewisseld hoe het ziekenhuisbestuur van de toekomst eruit zou moeten zien lijken partijen daar impliciet wel een beeld over te hebben. De basis is en blijft dat een bestuur dient zorg te dragen voor stabiele verhoudingen. Met name goede samenwerking met de medische staf wordt nog belangrijker in de nabije toekomst, stellen alle partijen. Wat betreft de rollen in de raad van bestuur wordt gezegd dat deze moeten passen bij de bestuurlijke opgaven van deze tijd. De laatste jaren werden de functiebenamingen uit het bedrijfsleven overgenomen maar volgens een bestuurder zijn “de traditionele rollen van CFO, COO, CIO uitgewerkt. Deze rollen moeten op tactisch niveau goed zijn belegd en bestuurders moeten meer generalist zijn of worden.” Hoewel in de meeste gesprekken de rol van de voorzitter van de raad van bestuur regelmatig prominent naar voren kwam, nuanceert men dat in de nabeschouwingen. In een driehoofdig bestuur heeft de voorzitter nog wel een duidelijke functie. Maar ook daar ligt het accent op teamwork. Een voorzitter die een prominente boegbeeld-positie inneemt of zich opstelt als leider van het bestuursteam past daar niet bij. Een tweehoofdig model zal zich steeds meer ontwikkelen naar een collegiaal model zonder voorzitterschap, zo voorzien de bestuurders en toezichthouders. Zij voorspellen ook dat de, naar verwachting, verdere ontwikkeling van cobestuur een medisch specialist in de raad van bestuur minder noodzakelijk maakt.

Een goede uitkomst betekent voor alle partijen een vorm van continuïteit. Een CR-voorzitter benoemt vooral de continuïteit door bestuurders:

“Continuïteit is voor ons wel een criterium! Dus we zouden niet willen dat deze twee bestuurders gelijk zouden vertrekken of vlak na elkaar. Daar hebben we het ook wel over met ze. Ook naar aanleiding van de tweede termijn van de ene bestuurder.”

Met name bestuurders benadrukken het belang van de continuïteit van beleid en projecten in relatie tot die in het bestuur. Door een van hen aldus verwoord:

“Veel onderwerpen die bestuurlijk aandacht krijgen betreffen niet het hier en nu. Continuïteit van besturing en beleid heeft niet alleen te maken met de bestuurder als persoon en diens relaties intern en extern maar ook met het systeem eromheen. Dát borgt deze zo noodzakelijke continuïteit. Dit is bij uitstek een onderwerp waar toezichthouders zich van moeten vergewissen om verrassingen te voorkomen. Nieuwe bestuurders brengen nieuwe inzichten, nieuw elan, maar voordat de wisselwerking in al die netwerken functioneert, ben je vaak een forse periode verder en dat kan een bedreiging vormen voor de continuïteit.”¹⁹³

7.4.3 Proces versus uitkomst

De vraag of een goed proces bijdraagt aan een goede uitkomst is een no-brainer volgens de focusgroepen: de kans dat een (niet 'de') goede bestuurder gekozen wordt is groter bij een goed proces. Het is echter geen garantie voor een goede uitkomst. In de casussen kwamen alle variaties langs. Bij een slecht proces met een dito uitkomst zien partijen oorzakelijke verbanden, andersom ook. Voor mooie processen met teleurstellende uitkomsten en slechte processen met goede uitkomsten hebben de partijen geen verklaring. Laconiek verwoordt een toezichthouder wat ook de andere partijen denken: “Soms heb je mazzel en soms heb je pech. Hoe goed je een proces ook inricht, soms kies je een bestuurder die wegens privéomstandigheden na korte tijd weer vertrekt.”

We zagen eerder voorbeelden van ogenschijnlijk slechte processen met achteraf gezien toch goede uitkomsten. Een procedure werd bijvoorbeeld als mislukt beschouwd omdat het geen nieuwe bestuurder opleverde. Achteraf bleek het echter a blessing in disguise voor bezinning en verwerking. In deze voorbeelden wordt 'het proces' smal opgevat, namelijk als het verloop van de procedure. Eerder bleek al dat dit proces een afspiegeling is van de gegroeide verhoudingen tussen de partijen. Zijn deze goed, dan komt dat ten goede van het bestuurswisselproces. Laten deze te wensen over, dan plukt men daarvan de wrange vruchten bij een bestuurswisseling.

¹⁹³ De bestuurder doelt hier op de toenemende rol van ziekenhuizen in de lokale en regionale netwerken, zowel binnen de zorg als met het sociaal domein en de opleidingscentra.

7.5 CONCLUSIES

De rijke opbrengst van de focusgroeps gesprekken laat zich weergeven in vijf conclusies. Ze hebben betrekking op de procedure, de match, beeldvorming, op 'goede' processen en uitkomsten en op leren van bestuurswisselingen.

De keerzijde van de standaardprocedure

Bijna alle ziekenhuizen volgen een standaardprocedure, in sommige ziekenhuizen met een kleine variatie. De opdrachtnemers (de executieve searchers) en opdrachtgevers (raden van toezicht) hebben er kennelijk geen van beide belang bij dit te veranderen. De andere partijen voegen zich daarnaar. Deze standaardprocedure biedt houvast en voorspelbaarheid. Alle partijen weten wat ze te doen staat en wat ze van de andere partijen kunnen verwachten.

De keerzijde is dat de geïnstitutionaliseerde procedure gestandaardiseerd (rol) gedrag voorschrijft. De partijen zitten met elkaar 'gevangen in het spel', zoals een OR-voorzitter het omschreef. Waarmee ze bedoelde dat ze ieder voor zich en samen een ritueel patroon volgen. Met als risico voorspelbare uitkomsten die gebaseerd kunnen zijn op pseudo-instemming.

Partijen kennen dus hun rol – lees: plaats – en manoeuvreren vandaaruit strategisch. Ze hebben 'de ruimte van een stoep' zoals een bestuurder het verwoordt, maar proberen deze wel optimaal te benutten. In het net, transparante proces van de procedure vervullen ze hun formele rol, vanwaaruit ze zich tot elkaar verhouden. Dat betekent ook dat de stem van de een, bijvoorbeeld het bestuur, van grotere invloed is dan van de ander. Uiteindelijk beslist de raad van toezicht. De partijen accepteren dat en handelen rolvast. Dit patroon vermengt zich met het strategische gedrag van partijen: ze anticiperen op elkaar. Het duidelijkst komt dit tot uitdrukking in de adviezen over de door de raad van toezicht naar voren geschoven kandidaat. Als de adviespartijen verwachten dat hij deze wil benoemen ongeacht een negatief advies worden ze voorzichtig en verwoorden hun advies in omfloerste termen. Daarmee voelt de raad van toezicht de ruimte van het advies af te wijken. Zo kan dit patroon werken als een selffulfilling prophecy.

Verschillende vormen van matches

Alle ziekenhuizen zoeken bij een vacature in het bestuur naar een opvolger die zo goed mogelijk past. De 'match' tussen kandidaat en ziekenhuis kan op verschillende manieren worden bekeken. Allereerst dient er een match te zijn met de bestuurlijke opgaven. Is deze kandidaat opgewassen tegen de taak die haar te wachten staat? Dit kan zowel gaan om de inhoudelijke expertise als de bestuurstijl van de kandidaat. Een tweede vorm van matches is van

interpersoonlijke aard: gaat deze kandidaat passen bij de andere bestuurder(s)? En breder gezien: gaat haar stijl passen bij de managers, de samenwerking zoals die is opgebouwd met het stafbestuur, de omgangsvormen met OR en CR? Zoals een van de managers zei: bij een sterk MT zoek je een andere bestuurder dan bij een zwak MT.

Andersom geredeneerd moet het ziekenhuis ook bij de kandidaat passen. Hoewel partijen zeggen dat het gaat om de wederzijdse match is er minder aandacht voor de optiek van de kandidaat. Ook in de focusgroepen kwam dit perspectief weinig ter sprake. Terwijl er wel casussen werden ingebracht waarin achteraf gezien de gekozen kandidaat andere afwegingen had moeten maken. De partijen en de kandidaat lijken samen in een 'verleidingsfuik' te zitten. De kandidaat wil de uitverkorene worden, de partijen willen in haar de passende bestuurder zien. Dat overschaduwde hun twijfels en kleurt hun afwegingen.

Matchen blijkt ook een paradoxale opdracht te zijn. Namelijk het zoeken naar een bestuurder die enerzijds past, en anderzijds juist niet. Als deze namelijk volledig zou (in)passen blijft de situatie zoals die is, wat zelden de opdracht is. Het benoemen van dergelijke spanningen en tegenstellingen krijgt echter zelden plaats, tijd en aandacht in de procedure.

Van al deze vormen van 'passen' moeten partijen én kandidaten een inschatting maken. Een schier onmogelijke opgave, zo blijkt. De adviespartijen ontberen daartoe de (voor)kennis, ervaring en tijd, de opdrachtgevers en bestuurders baseren hun keuze op beperkte informatie en de kandidaten zelf willen (te) graag. Wishful thinking leidt zo tot gedrag op basis van voordelen van de twijfel. Voor dit, begrijpelijke én nuttige, twijfelen wordt in de procedure geen tijd ingeruimd. Alle partijen, inclusie de kandidaat/kandidaten, vinden de procedure al lang duren. Ze voelen vaak weinig voor een verlenging die een dergelijke pas-op-de-plaats met zich meebrengt. Zittende bestuurders vragen soms wel meer tijd, maar daarmee onttrekken ze zich aan het spel. Niet elke bestuurder kan zich dat permitteren.

Beeldvorming is inherent aan bestuurswisselingen

Over ziekenhuisbestuurders ontstaan in de loop der tijd beelden. Deze zijn gebaseerd op rondvertelde verhalen, in het oog springende gebeurtenissen of wapenfeiten en publieke optredens. Deze beeldvorming speelt een rol bij het werven en selecteren, tijdens de bestuursperiodes en na het aftreden van bestuurders. Ze komen achtereenvolgens aan bod.

Om van longlist naar shortlist te komen wisselen executive searcher, toezichthouders en bestuurders informatie en beelden uit over kandidaten uit

de ‘vijver’ van ziekenhuisbestuurders. Verifiëren in hoeverre deze beelden stoelen op feitelijkheden is heel lastig. Vertrok een bestuurder na ruzie met de medische staf, omdat de raad van toezicht geen vertrouwen meer had in haar financiële competenties of omdat zij een aantrekkelijk aanbod kreeg? Beeldvorming is de resultante van bepaalde dominante percepties van spelers uit de bestuurlijke ziekenhuiswereld. Executive searchers, toezichthouders en bestuurders denken de uit de sector afkomstige kandidaten te kennen en op basis van deze beelden selecteren ze. Een bestuurder uit een ziekenhuis dat positief in de publiciteit is gekomen wordt al snel gezien als een goede bestuurder. Andersom ook. Een klein incident kan nog jaren aan een bestuurder kleven en maakt de drempel om haar te selecteren hoger.

Beelden van bestuurders worden jaren na vertrek nog bijgesteld. Zo kan een vertrokken bestuurder steeds meer geïdealiseerd of gedemoniseerd worden. Soms omdat haar opvolgers slecht bevallen, soms omdat bepaalde resultaten pas na verloop van tijd aan het licht komen. Partijen gebruiken bepaalde beelden al naar gelang het ze uitkomt. Het voordeel van de vertrekkende bestuurder tot zondebok maken is dat de problemen van het ziekenhuis aan haar worden toegeschreven en dus verdwijnen met haar vertrek. Haar als held neerzetten legt de lat hoog voor haar opvolger en ook daar kunnen partijen belang bij hebben. Dit strategisch gebruik van herinneringen zien we bij alle partijen.

Beeldvorming is inherent aan bestuurlijke posities. Dat is in ziekenhuizen niet anders dan in andere sectoren. Hetzelfde geldt voor bestuurswisselingen. Sec bezien wordt bestuurder A ingewisseld voor bestuurder B en wordt B beoordeeld op haar daden en de resultaten daarvan. Wat echter maar heel geleidelijk en moeizaam verandert is de perceptie van ‘de’ bestuurder en ‘het’ bestuur in het betreffende ziekenhuis. Hoe partijen over bestuurder B denken wordt beïnvloed door eerdere ervaringen met het bestuur als instituut, en met de reputatie van de voorgangers. In een dynamisch proces van oordeelsvorming functioneren bestuurders, in ieder geval de eerste jaren na hun aantreden, in de slagschaduw van hun voorgangers.

Als een beeld van een bestuurder eenmaal is gevormd, laat dit zich maar moeizaam corrigeren door haar feitelijke gedrag. Zoals een standbeeld niet van zijn sokkel kan stappen en gedoemd is onwrikbaar te blijven imponeren als redder of bespot te worden als mislukkeling, kan een bestuurder zich niet verweren tegen het beeld dat anderen van hem vormen.¹⁹⁴

¹⁹⁴] Vrij naar Ilja Leonard Pfeijffer in *Alkibiades* (2023).

Naast de verhalen over bestuurders en ziekenhuizen construeren de partijen ook een narratief over bestuurswisselingen. Deze voorziet in de behoefte betekenis toe te kennen aan uitkomsten van bestuurswisselingen, zodat een volgende net zo goed of (meestal) beter wordt gekozen. Dat ze soms het gevolg zijn van pech of mazzel, zoals uit een aantal casussen bleek, vinden de partijen geen prettig idee bij een cruciaal proces als een bestuurswisseling. Ze maken dus van hun lot een plot: aan toevalligheden worden verklaringen gekoppeld.¹⁹⁵

‘Goede’ processen en uitkomsten: tussen droom en daad

Partijen zijn het eens over wat een goed proces zou moeten zijn. Transparantie over de procedure, de rollen en het profiel staat bovenaan. Vervolgens moeten alle relevante spelers binnen het ziekenhuis vertegenwoordigd zijn, zowel vanwege hun inhoudelijke inbreng als voor draagvlak. Rust inbouwen om te reflecteren en partijen in de gelegenheid te stellen hun rol goed te vervullen is een andere les die veel partijen noemen. Er moet tijd zijn om te praten over verwachtingen die verschillen, of om de bestuurder weloverwogen te laten kiezen voor een nieuwe collega. ‘Bij twijfel vertragen’, lijkt een goed adagium bij een bestuurswisseling. Ook wordt na afloop gezamenlijk reflecteren en leren van ervaringen gezien als bijdragend aan een goed proces.

Hoewel alle partijen bovenstaande criteria als normen noemen staan er kennelijk ‘bezwaren’ in de weg om ze in praktijk te brengen. Ik noemde al het rituele spel dat de partijen gevangenhoudt door de gestandaardiseerde procedure en het strategische gedrag dat een open uitwisseling van verwachtingen belemmert. Toch kwamen er een paar casussen langs waarin bovengenoemde criteria werden gepraktiseerd. Daaruit blijkt dat het toepassen bijdraagt aan tevredenheid over het proces en de uitkomsten. Ook als de uiteindelijke keuze van de raad van toezicht niet overeen komt met de voorkeur van een van de andere partijen.

Een andere conclusie – voor de hand liggend maar daarom niet minder relevant – is dat processen van bestuurswisselingen mensenwerk zijn. Hoe integer de betrokkenen hun rol ook vervullen, hoe zorgvuldig de processen ook zijn bedacht en worden geregisseerd, uiteindelijk zijn het individuen die met menselijk (soms onvoorspelbaar en onhandig) gedrag het verloop van het proces bepalen.

De verschillende partijen hanteren voor een goede uitkomst een ander tijdsperspectief. Grofweg kijken de toezichthouders het verst vooruit. “Een bestuur stel je aan voor de toekomst, niet voor vandaag”, zei een toezichthouder. Bestuurders zoeken op korte termijn iemand met wie het klikt, maar ook iemand die past bij de bestuurlijke opgaven op de langere termijn. De tijdshorizon van

¹⁹⁵] Geïnspireerd door een essay van Connie Palmen in *De Groene Amsterdammer*, 14 oktober 2023.

de overige partijen is meestal kort: ze willen een bestuurder met wie ze vanaf dag één goed kunnen samenwerken.

Hoewel partijen van mening kunnen verschillen over een concrete uitkomst – de te kiezen bestuurder – zijn ze het eens over wat een bestuurswisseling op zou moeten leveren. Ze formuleren het allemaal iets anders maar op een hoger abstractieniveau noemen ze drie elementen. Ten eerste het belang van bestuurlijke continuïteit: de voortgang van de processen die vanuit de bestuurstafel in gang zijn gezet. Het behouden van goede onderlinge verhoudingen is volgens hen een tweede wenselijke uitkomst. Maar ze zeggen tegelijkertijd dat er vaak op beide verbeteringen nodig zijn. Daarom noemen ze als derde uitkomst bestuurlijke vernieuwing: veranderingen die het bestuur moet instigeren. Voor een goede uitkomst van een bestuurswissel zou van deze drie elementen een bij het ziekenhuis passende cocktail moeten worden gebrouwen.

Louterende reflectie

Aan het eind van alle focusgroepsgesprekken is met de deelnemers teruggekeken. De bestuurders noemden het gesprek ‘therapeutisch’, de toezichthouders vonden de verhalen die ze hoorden ‘een feest der herkenning’. Ook de andere partijen uitten zich in dergelijke bewoordingen. De gefocuste aandacht van de deelnemers voor elkaars ervaringen, de gedetailleerde beschrijvingen van bestuurswisselingen en de openheid waren opvallend.¹⁹⁶

Ook na aftrek van de sociale wenselijkheid van evaluatieve opmerkingen was het unanieme oordeel van de deelnemers dat de gesprekken leerzaam en louterend waren. De meeste deelnemers maakten meerdere bestuurswisselingen mee en hebben deze ervaren als spannende, emotionele en impactvolle gebeurtenissen. Ze bespraken dit thema zelden of nooit eerder met hun ‘soortgenoten’.¹⁹⁷

En hoewel de bestuurders wel hun ervaringen in intervisiegroepen inbrengen, was ook voor hen het collectief leren in de focusgroep waardevol. Voor een gemiddelde voorzitter van de raad van toezicht wordt het regisseren van een bestuurswisselingsproces nooit routine. Dus ook zij meldden geleerd te hebben van en getroost te zijn door de ervaringen van hun collega’s. De managers ontmoeten elkaar in opleidingen, maar dit thema bespreken met hun collega’s uit andere ziekenhuizen was ook voor hen nieuw en helend: hun ervaringen bleken niet uniek.

Hoewel de deelnemers het evaluatief terugkijken op bestuurswisselingen leerzaam vinden, doen ze dat in hun eigen ziekenhuis niet of nauwelijks.

¹⁹⁶] Deze observatie kwam van de moderatoren.

¹⁹⁷] Met name toezichthouders onderling en CR- en OR-voorzitters uit verschillende ziekenhuizen treffen elkaar zelden.

In de ongeveer vijftig deelnemende ziekenhuizen is het geen gewoonte bestuurswisselingen na afloop te evalueren. Ziekenhuizen leren zodoende onvoldoende van goed en minder goed verlopen processen. Het nadeel hiervan is het onvoldoende verankeren van positieve en het risico op herhaling van negatieve patronen.

**CONCLUSIES OVER BESTUURSWISSELINGEN:
EEN ANDERE KIJK OP DE RODE LOPER**

INLEIDING

De doelstelling van dit onderzoek is het openen van de black box van bestuurswisselingen – het proces waarin het bestuur van samenstelling verandert – in de Nederlandse ziekenhuizen. Want hoewel het cruciale processen zijn in de geschiedenis van (ook) deze organisaties, is over het verloop nog weinig bekend. In dit onderzoek staat dan ook de vraag centraal hoe bestuurswisselingen in Nederlandse ziekenhuizen verlopen en hoe ze geduid en gewaardeerd kunnen worden. De onderzoeksvraag is uiteengezet in vier deelvragen.

In dit slothoofdstuk beantwoord ik de deelvragen en de centrale onderzoeksvraag. Ik geef de bevindingen weer van het literatuur- en empirisch onderzoek (8.1) en de conclusies die ik daaruit heb getrokken (8.2). Vervolgens blik ik terug op de literatuur en gemaakte keuzes in het onderzoek en doe ik suggesties voor verdere studie in 8.3. In de slotparagraaf herbezie ik de metafoer van de ‘rode loper’ waarmee deze studie begon (8.4).

8.1 BEANTWOORDING DEELVRAGEN: BEVINDINGEN

8.1.1 Bestuurswisselingen in maat en getal

De eerste deelvraag is welke kwantitatieve ontwikkelingen zich voordeden in bestuurswisselingen in de Nederlandse ziekenhuizen in de periode 2010-2022. Het in beeld brengen van deze gegevens dient meerdere doelen: het ondersteunt de relevantie van het onderwerp, het corrigeert of bevestigt een aantal in de ziekenhuiswereld heersende overtuigingen en het levert bouwstenen voor het kwalitatieve deel van het onderzoek. Ik beantwoord de deelvraag aan de hand van deze drie doelen.

Bestuurswisselingen komen onregelmatig maar frequent voor

Bestuurswisselingen in de Nederlandse ziekenhuizen zijn geen ‘losse’ gebeurtenissen die zich nu en dan voordoen. De kwantitatieve gegevens laten zien dat ze onregelmatig en frequent voorkomen.

De kwantitatieve informatie onderbouwt tevens mijn keuze voor de focus op *bestuurswisselingen* in plaats van op *bestuurderswisselingen*. Er vinden meer bestuurswisselingen plaats en de bestuursteams zijn in omvang toegenomen. Daardoor hebben ziekenhuizen vaker (dan tien jaar geleden) te maken met veranderingen in het bestuursteam. Dat betekent dat bestuurswisselingsprocessen voortdurend latent aanwezig zijn: in een meerhoofdig bestuur is er altijd wel iemand die net is aangesteld of aanstalten maakt om te vertrekken. Tevens is in

bestuurswisselfasen een van de bestuurszetels gedurende enige tijd onbezet. Voor de raad van toezicht zijn bestuurswisselingen dus ook geen incidentele maar reguliere en structurele processen.

Overtuigingen over bestuurswisselingen stoelen niet altijd op feiten

Het tellen en meten van bestuurswisselingen bevestigt sommige in de ziekenhuiswereld gangbare overtuigingen, maar dan wel met nuances. Ja, de zittingstermijnen van ziekenhuisbestuurders zijn in het afgelopen decennium gemiddeld korter geworden. Dat betekent niet dat bestuurders ‘hoppers’ zijn van ziekenhuis naar ziekenhuis. Ze worden ook niet willens en wetens ‘rondgepompt’ door executive searchers. Dergelijke generalisaties slaan de plank mis. Er bestaan namelijk grote verschillen tussen de ziekenhuizen in de zittingsduur van individuele bestuurders en het bestuursteam. Ook ontcrachten enkele kwantitatieve uitkomsten bepaalde overtuigingen. Bijvoorbeeld dat financiële motieven doorslaggevend zouden zijn voor ziekenhuisbestuurders om (niet) over te stappen. Dit onderzoek was er niet op gericht een dergelijke overtuiging te toetsen. Maar het is opvallend dat er in de jaren na de invoering van de WNT niet minder bestuurswisselingen waren, hoewel bestuurders er financieel op achteruitgingen als ze overstapten.

Cijfermatig inzicht biedt meerwaarde

Deze studie laat zien dat het ook voor ziekenhuizen en de ziekenhuissector waardevol is om kwantitatieve gegevens bij te houden over bestuurswisselingen. Het bespreken van dergelijke informatie en deze vervolgens van kwalitatieve betekenissen voorzien draagt bij aan inzichten over de besturing, het bestuur en de bestuurscultuur. Toch gebeurt dat weinig, waardoor de kennis over bestuurswisselingen zich niet ontwikkelt.

In de ziekenhuizen zelf worden patronen onvoldoende doorzien. Daardoor herhalen negatieve patronen zich en wordt de lering uit goed verlopen bestuurswisselingen niet geborgd. Dit heeft invloed op de volgende aspecten. Er wordt te veel belang toegedicht aan de kenmerken en het gedrag van individuele bestuurders. De rol van de andere partijen, de specifieke context en bestuurscultuur van het ziekenhuis blijven daarbij buiten beeld. Ook wordt zodoende onevenwichtige betekenis toegekend aan incidenten en uitzonderingen. En de afhankelijkheid van de executive searcher blijft groot.

Samengevat is er te weinig aandacht voor bestuurswisselingen als een institutioneel proces, namelijk onderdeel uitmakend van het besturingssysteem van ziekenhuizen. Dat geldt ook voor de ziekenhuissector als geheel. Populaire opvattingen en bestaande frames worden daardoor niet gecorrigeerd. Taal speelt daarbij een rol. Woorden als ‘houdbaarheidsdatum’ of ‘bestuurderskerkhof’

scheppen een te simplistisch beeld van het complexe samenspel tussen bestuurders en de betrokken interne en externe partijen.

8.1.2 De temporele logica van bestuurswisselprocessen

De tweede deelvraag richt zich op de temporele logica van het bestuurswisselproces: hoe ontvouwt het zich in de tijd? Ik heb gekozen voor een volgtijdelijke indeling: de pre-bestuurswisselfase, de bestuurswisselfase en de post-bestuurswisselfase. De bevindingen over de specifieke fasekenmerken komen achtereenvolgens aan de orde. De indeling in fasen bewijst daarmee haar waarde. Ze heeft ook beperkingen. Deze staan aan het eind van de paragraaf.

Pre-bestuurswisselfase: schijnbaar evidente aanleidingen en motieven

De pre-bestuurswisselfase kenmerkt zich door de ogenschijnlijk duidelijke aanleidingen en redenen van aftreden van bestuurders. Het ziekenhuis fuseert of het bestuursmodel verandert, 'dus' vindt er een bestuurswisseling plaats. De bestuurder heeft de pensioengerechtigde leeftijd bereikt, 'dus' neemt zij afscheid. In werkelijkheid speelt er vaak veel meer mee bij dergelijke redenen, die als logisch naar buiten worden gebracht.

Terugkijkend lijkt het alsof een bestuurswissel te voorspellen was. Bijvoorbeeld als de raad van toezicht tegen het advies van de medische staf toch zijn voorkeurskandidaat benoemt en deze binnen een jaar in conflict komt met die medische staf. Of als de reisafstand van privé naar werk toch tegenvalt en de bestuurder na anderhalf jaar weer vertrekt. Er spelen vaak meerdere zaken tegelijk. Zo kan het conflict het gevolg zijn van een zichzelf waarmakende voorspelling. En was de reisafstand wel overbrugbaar geweest bij een betere verhouding met de andere bestuurders. Ook zagen we het omgekeerde. Een niet overgenomen negatief advies van de zittende bestuurders pakte bijvoorbeeld goed uit. Met de nieuwe bestuurder bleek het beter te matchen dan ze vooraf hadden ingeschat en een volgende bestuurswissel bleef nog lange tijd uit.

Veronderstellen dat een vertrek voorspelbaar was, is vaak te wijten aan hindsight bias: met de kennis van nu lijkt de uitkomst vanzelfsprekend. Ook is sprake van een prospectieve bias: voorspellingen doen over de onzekere toekomst na een bestuurswisseling. 'Met bestuurder X gaat het ons lukken om...'. Dergelijke bezwerende voorspellingen komen met name van de raad van toezicht en de bestuurders. Ze lijken te suggereren dat de aanzet en afloop van bestuurswisselingen voorspelbaarder zijn dan in werkelijkheid het geval is.

Ook al zijn bestuurswisselingen vaak niet voorspelbaar, partijen kunnen zich er wel op voorbereiden. Vroeg of laat wisselt het bestuur van samenstelling. In

ziekenhuizen waar de raad van toezicht het vierjarencontract strikt toepast is dat voorspelbaarder dan in ziekenhuizen waar de bestuurders een contract voor onbepaalde tijd hebben. We zagen dat enkele ziekenhuizen zich voorbereiden op een potentiële bestuurswisseling, terwijl deze nog niet concreet aan de orde is. Ze bespreken de actuele match tussen bestuurlijke opgaven, bestuursmodel, de samenwerking tussen partijen in de topstructuur en wat het ziekenhuis in de nabije toekomst nodig heeft. Dit zijn echter precaire onderwerpen die vragen om vertrouwelijkheid en om vertrouwen. Tegelijkertijd dragen ze bij aan het opbouwen van dat vertrouwen.

De bestuurswisselfase werkt patroonbevestigend of -doorbrekend

Kenmerken van deze fase zijn het gestandaardiseerde verloop van de procedure en het strategische gedrag van de partijen. De patronen die aan deze kenmerken ten grondslag liggen kunnen ook worden doorbroken.

In deze fase werken de partijen routineus de procedure af. Het gestandaardiseerde verloop geeft houvast. De partijen volgen het voorgeschreven script, ze weten wat ze te doen staat en gedragen zich over het algemeen rolvast. De keerzijde van deze medaille is dat de standaardprocedure leidt tot ritueel gedrag. Het profiel verwordt dan tot een samenraapsel van tegengestelde verwachtingen, advies vragen tot een procedurele verplichting. En na het besluit van de raad van toezicht gaan de partijen weer over tot de orde van de dag. In een paar ziekenhuizen gedroegen partijen zich soms niet volgens het voorgeschreven patroon. Bijvoorbeeld de bestuurder die, ondanks een eerdere afwijzing, de moed had ook de volgende door de raad van toezicht uitgezochte kandidaat af te wijzen. Of een manager en een CR die bleven bij hun negatieve advies, ondanks de druk van de raad van toezicht. Ook de executive searcher die een andere dan de standaardprocedure voorstelde doorbrak een patroon.

Het voorgeschreven en voorspelbare gedrag vermengt zich met strategisch gedrag. Dat betekent dat partijen, al naar gelang hun positionele belangen, anticiperen op de andere partijen. Zoals de medische staf die een omfloerst advies uitbrengt, omdat hij verwacht dat de raad van toezicht ondanks een negatief advies de voorgestelde kandidaat toch benoemt. Of de managers die aandringen op aanpassingen in het profiel, omdat ze verwachten dat de zittende bestuurders een collega kiezen die te veel op ze lijkt. Dergelijk strategisch gedrag is inherent aan bestuurswisselingen. In het zoekproces naar een nieuw samengesteld bestuur onderhandelen en (her)positioneren alle partijen zich. Hoe opener echter de verhoudingen, met partijen die elkaar kennen en vertrouwen in hun rol, hoe kleiner de kans op scherpe en onuitgesproken tegenstrijdige verwachtingen.

Enerzijds zien we in deze fase dus gestolde patronen van min of meer voorgeschreven gedrag. Deze vormen de neerslag van de normatieve opvattingen over hoe partijen zich volgens hun rol behoren te gedragen. Anderzijds biedt juist deze fase de mogelijkheid de verhoudingen te veranderen en beelden over elkaar bij te stellen. De partijen komen in deze fase namelijk op een andere manier met elkaar in contact dan regulier. Ze bespreken ook een ander en voor allen heel relevant onderwerp, namelijk het toekomstige bestuur. Zo kan deze fase patronen bevestigen ('zo doen wij het hier', of het nu gaat over het nieuwe bestuur of iets anders) of patronen doorbreken (bijstelling van beelden door een open uitwisseling van percepties). Op instigatie van een nieuwe voorzitter doorbrak een raad van toezicht het patroon van elkaar snel opvolgende bestuurswisselingen door een jaar lang geen besluit te nemen over de samenstelling van het bestuur. In dat jaar spraken de toezichthouders uitgebreid met alle partijen. In verschillende focusgroepen stelden de deelnemers uit dit ziekenhuis dat het huidige stabiele bestuur te danken was aan de patroon-doorbrekende acties in de laatste bestuurswisselfase.

De post-bestuurswisselfase: het voortzetten van zoeken naar de match

In alle bestuurswisselfasen gaat het over de match. Om het hele zoekproces ernaar weer te geven ga ik nog even terug naar de vorige fasen.

De match tussen het profiel en het potentieel aan kandidaten, de 'vijver', is de eerste toets. Als dan al sprake is van een mismatch – het opgestelde profiel past niet bij de kandidaten die voor dat ziekenhuis beschikbaar zijn – strandt de procedure. Vervolgens gaat het om de match tussen kandidaat en ziekenhuis. Daarbij gaat het om het wederzijds passen qua bestuurlijke opgaven, inhoudelijke expertise en bestuursstijlen. Passen ook de nieuwe bestuurder en de andere bestuurder(s) bij elkaar en matchen de nieuwe bestuurder en de andere partijen? De partijen én de kandidaat proberen al deze 'pasvormen' in te schatten. Dit is echter in beperkte mate mogelijk met vaak maar één of een paar gesprekken. Is de nieuwe bestuurder benoemd dan onderzoeken de partijen in de post-bestuurswisselfase of het inderdaad gaat passen.

Matchen is een tweezijdig proces. Maar meestal wordt de relatie eenzijdig bekeken: de nieuwe bestuurder moet passen bij en integreren in het ziekenhuis. Deze eenzijdigheid heeft waarschijnlijk te maken met de paradoxale opdracht om enerzijds te zoeken naar iemand die past, maar anderzijds ook juist niet. Als de nieuwe bestuurder namelijk volledig zou (in)passen verandert er weinig, wat zelden de opdracht is. De partijen onderkennen deze spanning vaak niet, en/of bespreken deze niet expliciet. Naarmate de partijen het matchen benaderen als een wederkerig proces, staan ze ook meer open voor de (vruchtbare) spanning die een bepaalde mate van mismatch met zich meebrengt. Anders gezegd: ze toetsen

niet of de nieuwe bestuurder zich (voldoende) aan hen aanpast maar benaderen een bestuurswissel als een wederzijds integratieproces. Dat vergt inspanningen van alle partijen.

De inwerkperiode is een cruciale start van dat integratieproces. Voor een nieuwe bestuurder is het leren kennen van het ziekenhuis verre van eenvoudig, vooral niet als deze van buiten de sector komt. Van een zorgvuldig ontworpen en gemanaged transitieproces van de vertrekkende naar de opvolgende bestuurder was in geen van de bij dit onderzoek betrokken ziekenhuizen sprake. In combinatie met de snelle wisselingen in de samenstelling van bestuursteams vraagt dit met name in de post-bestuurswisselfase een groot aanpassingsvermogen. Dit geldt vooral voor de bestuurders. Maar ook de andere partijen moeten zich vaker dan voorheen opnieuw verhouden tot het anders samengestelde bestuursteam.

Waarde en beperking van een fasenperspectief op bestuurswisselingen

De waarde van de fasegewijze, volgtijdelijke indeling is dat elke fase op zijn eigen merites geanalyseerd en van kenmerken voorzien kan worden. Bovendien volgen de fasen de chronologie zoals de betrokkenen een bestuurswisselproces ervaren. Deze benadering heeft ook beperkingen. Ten eerste het miskennen van de inbedding van het bestuurswisselproces in de historie en context van het ziekenhuis. Het starten met aanleidingen en aftreden suggereert dat deze losstaan van de geschiedenis van het ziekenhuis en zijn bestuurswisselingen. Ten tweede kunnen verklaringen voortkomend uit de samenhang tussen de fasen worden gemist. Terwijl de manier waarop de ene bestuurder vertrekt van invloed is op hoe een volgende binnenkomt. Ook heeft het verloop van de procedure vaak een voorspellende waarde voor de inwerkperiode. Voor deze samenhang is weinig aandacht. Ten derde suggereert de chronologie dat het gaat om elkaar logisch opvolgende gebeurtenissen, waardoor 'buigmomenten' gemakkelijk over het hoofd worden gezien. Een vierde beperking is dat partijen de ambigue en onzekere periode tussen het oude en nieuwe bestuur onderwaarden en dus onvoldoende benutten. Het snel en efficiënt willen regelen van een bestuurswisseling staat gezamenlijke bezinning – en soms verwerking – in de weg en kan leiden tot overhaaste keuzes.

8.1.3 De partijen en hun interacties

Het antwoord op de derde deelvraag, welke partijen betrokken zijn bij bestuurswisselingen in ziekenhuizen, is als volgt. De twee hoofdrollen zijn weggelegd voor de raad van toezicht en de raad van bestuur. De enige bijrol is voor de medische staf. De managers, CR en OR hebben in de regel een

figurantenrol. Soms zijn ze even ‘edelfigurant’.¹⁹⁸ De bestuurssecretaris en de executive searcher vervullen ‘hulprollen’. De ‘buitenpartijen’ als de NVZD, NZa, IGJ, zorgverzekeraars en de banken, spelen blijkens dit onderzoek geen rol van betekenis. De kenmerken van het rol(gedrag) van alle partijen geef ik in onderstaande tabel weer. Het tweede deel van de deelvraag, over hun onderlinge interactie, komt onder de tabel aan de orde.

¹⁹⁸] Edelfiguranten zijn af en toe duidelijk in beeld om de aandacht op een bepaalde actie te vestigen.

Rol	Kenmerkend rolgedrag bij bestuurswisselingen
Tweede hoofdrol: de bestuurders	Bestuurders vervullen de tweede hoofdrol in drie mogelijke posities: vertrekkend, inkomend en zittend. De <i>vertrekker</i> zegt niet over haar graf heen te willen regeren maar doet dat vaak toch, al dan niet daartoe uitgenodigd door de raad van toezicht. Ook wil de vertrekker haar opvolger meestal langer inwerken dan deze wenselijk acht. De <i>inkomende</i> bestuurder vormt vanaf de procedure haar reputatie. Vanaf dat moment is die van haar voorganger het toetsingskader. Met name in de inwerkfase, maar vaak ook nog daarna, functioneert zij in de slagschaduw van haar voorganger(s). Zowel de inkomende als de <i>zittende</i> bestuurder kan zich opstellen als ‘erfgenaam’ (het voortzetten van het beleid van de voorganger), als hervormer (die aanstuurt op een breuk met het verleden) of als ‘shopper’ (selectief ‘shoppend’ in te continueren en te wijzigen beleid en/of stijl). Deze keuze hangt samen met hoe de vorige bestuurder is vertrokken en met de positie van de zittende bestuurder. Een problematisch vertrek van een bestuurslid tast in de meeste gevallen de reputatie van de bestuursvoorzitter aan omdat deze medeverantwoordelijk wordt gehouden. Het bestuurslid heeft een moeilijke positiekeuze bij de komst van een nieuwe voorzitter: volgt ze deze in de nieuwe koers dan zien partijen haar als windvaan, verzet ze zich ertegen dan heeft dat repercussies voor haar samenwerking met de voorzitter. Dit proces volgen de andere partijen met argusogen, zeker in de inwerkfase en zeker na een problematisch vertrek van een voorganger. In alle gedaantes vervullen de bestuurders weliswaar een hoofdrol maar komen ze op de tweede plaats. De raad van toezicht heeft de eerste hoofdrol, de jura en de facto. Bestuurders ervaren vaak ‘de ruimte van een stoep’ maar proberen deze optimaal te benutten.
Figurantenrollen: managers, CR en OR	In tegenstelling tot mijn verwachting vervullen de managers, de OR en de CR geen bijrol bij bestuurswisselingen maar slechts een rol als figurant. De <i>managers</i> hebben in de procedure een vergelijkbare positie als de medische staf, maar hun rol is aanmerkelijk minder invloedrijk. Omdat ze vaak dicht bij het bestuur staan en (dus) veel horen en zien is het enerzijds opmerkelijk dat hun feedback door de raad van toezicht niet actiever wordt benut. Anderzijds is de verhouding tussen de raad van toezicht en de managers bij bestuurswisselingen een weerspiegeling van hun reguliere relatie. De toezichthouders zeggen waarde te hechten aan de feedback van de managers over het bestuur maar organiseren dat meestal niet. De managers verbazen zich over de onwetendheid van de toezichthouders, onder andere over de kwaliteit van de samenwerking binnen het bestuur, maar ongevraagd leveren zij deze informatie niet aan. Raden van toezicht ‘dalen niet af’ naar de managers en zij ‘stijgen’ op hun beurt niet ‘op’ naar de raad van toezicht. Dat leidt ertoe dat de managers veel zien maar niet worden gezien bij bestuurswisselingen.

Tabel 4 Kenmerkend rolgedrag

Rol	Kenmerkend rolgedrag bij bestuurswisselingen
Hoofdrol: raad van toezicht	Bij een bestuurswisseling hebben de toezichthouders een andere, voor hen onwennige, rol dan bij regulier toezichthouden. Ze plukken bij een bestuurswisseling wel de (wrange of zoete) vruchten van hun verhouding tot de andere partijen. De toezichthouders nemen op basis van summieri informatie en contacten in relatief korte tijd een cruciaal besluit. Het snel en efficiënt (laten) afhandelen van de procedure lijkt ingegeven door hun bezorgdheid over de leemte in bestuurlijke verantwoordelijkheid. De toezichthouders wegen de, soms tegenstrijdige, adviezen van de partijen tegen elkaar af en nemen dan zelfverzekerd een nieuwe bestuurder aan. Niet zelden treedt daarbij ‘blikvernauwing’ op: naarmate ze zich meer hebben ingespannen om een bepaalde bestuurder benoemd te krijgen staan zij minder open voor kritiek op deze bestuurder. Als deze echter (ook) hen op een gegeven moment teleurstelt is hun commitment ‘opeens’ (in de beleving van de bestuurder) verdwenen. Het is voor de raad van toezicht lastig (goed) geïnformeerd te zijn over het functioneren van het bestuur als team. Bestuurders zelf rapporteren hierover meestal pas als de spanningen al hoog zijn opgelopen. De andere partijen vragen zich af waarom de raad van toezicht niet ziet wat voor hen vaak allang evident is. Als er echter geen regulier feedbacksysteem is over het functioneren van bestuurders is het lastig een ‘vinger aan de pols te houden’, laat staan te interveniëren bij onvoldoende samenwerking. Deze onvolkomenheid werkt negatief door bij een bestuurswisseling. Een bestuurswisseling kan daarvoor ook een wake-upcall zijn.

Rol	Kenmerkend rolgedrag bij bestuurswisselingen
Vervolg Figurantenrollen: managers, CR en OR	De <i>OR</i> en <i>CR</i>-voorzitters hebben als enige partij een wettelijke basis voor hun invloed bij bestuurswisselingen. Ze gaan echter maar zelden op hun wettelijk bepaalde strepen staan. Meestal accepteren ze hun figurantenrol. Net als de andere partijen hangt hun invloed samen met de reguliere verhouding tussen hen en de andere partijen, met name met de raad van toezicht. Naarmate deze relaties beter zijn is hun inbreng (iets) invloedrijker. Zowel voor de managers als voor de <i>CR</i>- en <i>OR</i>-voorzitters geldt dat ze heel soms een edelfigurantenrol aannemen. Bijvoorbeeld als ze vasthouden aan een negatief advies of anderszins hun invloed opeisen.
Hulprollen: de bestuurssecretaris en de executive searcher	<i>Bestuurssecretarissen</i> hebben lijnen naar alle partijen. Ze zetten hun vertrouwelijke en faciliterende rol in voor een goedlopend proces. Hun eigen belang, een nieuw bestuursteam waarmee ze goed kunnen samenwerken, maken zij daaraan ondergeschikt. De <i>executive searcher</i> staat de raad van toezicht bij in zijn tijdelijke hoofdrol. Door de genoemde onwennigheid van de toezichthouders laten zij het proces graag over aan een ervaren ‘assistent-regisseur’, de executive searcher. Deze spreekt en onderhandelt met de andere partijen over het profiel en de procedure. Als de raad van toezicht wel direct contact heeft met de adviesorganen, levert hem dat een beter beeld op van de verwachtingen van partijen over het nieuwe bestuur. De ene executive searcher ziet het faciliteren van dat gesprek als de essentie van haar of zijn rol. Anderen vervullen hun rol zoals hun opdrachtgevers dat het liefst zien. Ze accepteren dat de toezichthouders het proces aan hen als professionals overlaat en zorgen ervoor dat het de raad van toezicht zo min mogelijk tijd en aandacht kost.
Buitenspelers: de NVZD, de NZa, IGJ, zorgverzekeraar en banken	Deze partijen spelen in conditionerende zin op de achtergrond een rol bij bestuurswisselingen. Als accrediterende instantie heeft de NVZD enige invloed op de kwaliteit van ziekenhuisbestuurders. Wat betreft de kwaliteit van zorg of financiële gezondheid van ziekenhuizen kijken de IGJ, de NZa, de zorgverzekeraars en de banken op afstand mee met de besturing. Als ze risico’s zien komen ze dichterbij en kijken dan ook naar de kwaliteit van het bestuur. Dit onderzoek heeft niet aangetoond dat de genoemde externe partijen hun invloed direct aanwenden bij bestuurswisselingen. Ook het tegendeel is niet aan het licht gekomen. De casus en uitspraken van focusgroepeelnemers doen vermoeden dat ze achter de schermen meedenken over vertrek en aantreden van ziekenhuisbestuurders.

Patronen in interacties

De partijen leggen in de procedure al de basis voor hun samenwerking. Zo wil de inkomende bestuurder in haar sollicitatiegesprekken achterhalen hoe het ziekenhuis er (echt) voor staat en hoe de sfeer en verhoudingen zijn. Maar zij is niet in de positie om kritisch door te vragen. Bovendien speelt *wishful thinking* mee: psychologisch is ze bijna over de drempel en staat niet meer open voor informatie die haar tegenhoudt. De andere partijen spelen ook liever mooi weer. Van raad van toezicht tot *CR*, iedereen schetst een positief beeld van het ziekenhuis. Dit patroon leidt ertoe dat nieuw aangestelde bestuurders vaak onaangenaam worden verrast in hun inwerkperiode. Er komen dan in hun beleving ‘lijken uit de kast’.

Goed inschatten of een kandidaat en het ziekenhuis gaan passen blijkt een schier onmogelijke opgave. Dat leidt vaak tot keuzes op basis van voordelen van de twijfel. Het echte voordeel van twijfel, namelijk als reden om meer tijd nemen om na te denken en verwachtingen uit te wisselen, zetten toezichthouders en kandidaten zelden in. De procedure is al lang en dit zou een extra verlenging betekenen. Zittende bestuurders die behoefte hebben aan meer tijd om een nieuwe collega te kiezen, nemen of krijgen daartoe niet altijd de gelegenheid. Voor de twijfels van de andere partijen is meestal ook geen ruimte in de strakke procedure. Zoals gezegd staan het decor en de scripts voor de bestuurswisseling klaar en de partijen conformeren zich daaraan.

Ook al is de vertrokken bestuurder in de post-bestuurswisselfase niet meer fysiek aanwezig, ze fungeert nog steeds als referentiemateriaal of afzetpunt. De partijen halen bijvoorbeeld selectief bepaalde herinneringen op. Ze koppelen de vorige bestuurder aan successen of problemen en houden daarmee de nieuwe bestuurder een spiegel voor. Zo kunnen nostalgische verhalen over voorgangers dienen om de nieuwkomer buiten te sluiten. Het aanhalen van een dergelijke ‘symbolische keten van gebeurtenissen’ kan in positieve zin bijdragen aan de betekenis van het bestuur als continue factor in het ziekenhuis. Ze kunnen echter ook het irreële beeld voeden van de bestuurder als redder of veroorzaker van problemen.

Kan op basis van het voorafgaande worden gesteld dat raden van toezicht bestuurswisselingen niet (kunnen) regisseren? Als we de beleving van de andere partijen volgen is het antwoord hierop bevestigend. Zij ervaren de regisseursrol van de raad van toezicht veelal als dwingend zijn keuze te volgen, waarbij de drang subtiel of minder subtiel kan zijn. Maar de partijen hebben juist in dit spannende proces en deze onzekere periode behoefte aan een gezaghebbende instantie die boven de partijen staat. Ze willen het besluit van de raad van toezicht accepteren, ook als hun keuze anders zou zijn geweest. Althans, als de raad van toezicht eerst echt naar hen heeft geluisterd. En als de raad van toezicht zijn rol zowel

relatieveert als serieus neemt. Dit betekent dat hij erkent dat hij beperkt zicht heeft op hoe het er werkelijk aan toe gaat in het ziekenhuis, maar desalniettemin zijn gezaghebbende rol inneemt en bestuurswisselingen regisseert als een proces.

Patronen bij interne en interim-benoemingen

Insiderisme en outsiderisme, een thema dat in de opvolgingsliteratuur veel aandacht krijgt, speelt niet of nauwelijks een rol in de ziekenhuizen. Met uitzondering van de umc's komt het benoemen van bestuurders van 'binnenuit' veel minder vaak voor dan van 'buitenaf'. In de opvolgingsliteratuur staan echter kenmerken van in- en externe benoemingen die ook in de ziekenhuiswereld herkenbaar zijn. Interne kandidaten hebben het vaak moeilijker dan externe. De eerste kent men in feilen en falen. Op de tweede kunnen allerlei wensen worden geprojecteerd, omdat deze nog een ongeschreven blad is. Soms kiest men echter liever *'the known devil than the unknown God'*.

Deze patronen zien we ook in de ziekenhuiswereld. Althans: als we 'intern' opvatten als 'binnen de ziekenhuissector', niet als 'intern' vanuit het eigen ziekenhuis. De meeste ziekenhuisbestuurders maken namelijk carrière binnen de sector. Ze gaan bijvoorbeeld van een algemeen ziekenhuis naar een topklinisch ziekenhuis of worden van directeur in een umc bestuurder van een perifeer ziekenhuis. Omdat de markt van ervaren ziekenhuisbestuurders klein is kent men de kandidaten. Lees: denken de toezichthouders, de bestuurders zelf en de executive searchers de kandidaten te kennen. De reputatie van de kandidaat bepaalt haar positie op de ziekenhuis-bestuurlijke arbeidsmarkt. In die zin heeft zij het vaak moeilijker dan een 'externe' kandidaat van buiten de sector. Aan de andere kant hebben ervaren ziekenhuisbestuurders het ook makkelijker: hoe zij het er ook vanaf hebben gebracht in het vorige ziekenhuis, aan bestuurlijke ervaring wordt veel waarde gehecht. De echte interne kandidaten, uit de eigen gelederen van het ziekenhuis, doorbreken maar zelden het glazen plafond. Omdat het rekruteren van kandidaten van buiten het eigen ziekenhuis de standaard is, investeren ziekenhuizen waarschijnlijk ook nauwelijks in managers en stafvoorzitters; althans niet als potentiële interne opvolgers. En bouwen algemene en topklinische ziekenhuizen geen routine op met interne benoemingen.

Interim-bestuurders worden ingehuurd om de periode te overbruggen tussen het vertrek en de komst van een vaste bestuurder, of om bepaalde veranderingen tot stand te brengen, of om meer tijd te kunnen nemen. Wat ook de reden is, alle partijen ervaren een interim-periode als ingrijpend. Des te opmerkelijker is de tijdsdruk die partijen zichzelf opleggen, ook bij de keuze voor een interim-bestuurder. Zo weegt de raad van toezicht zelden vooraf de 'kosten' – een extra bestuurswisseling, onrust, materiële kosten – af tegen te verwachten

'baten': bestuurlijke continuïteit en wegbereiding voor de nieuwe bestuurder. Bovendien worden de adviespartijen nauwelijks betrokken bij de keuze voor een interim-bestuurder, met als gevolg dat ze zich afwachtend opstellen. 'Hij was er ineens', is een uitspraak van managers uit meerdere ziekenhuizen over interim-bestuurders. De deelnemers aan het onderzoek zeggen dat hen meenemen in het 'waartoe' bevorderlijk zou zijn voor de effectiviteit van de interim-periode. Het zou meer recht doen aan de toename, omvang en het belang van interim-benoemingen, die vaak nauwelijks onderdoen voor vaste benoemingen.

8.1.4 De 'goede' bestuurswisseling

Door middel van de vierde deelvraag is onderzocht welke betekenis de partijen hechten aan processen en uitkomsten van bestuurswisselingen. In eerste instantie vatten de meeste partijen het 'proces' van een bestuurswisseling op als het verloop van de procedure. In tweede instantie betrekken ze ook de uitgangssituatie en de inwerkperiode bij het proces. Hun duidingen van en waarderingen voor proces en uitkomsten veranderen in de loop der tijd. Bovendien lopen processen en uitkomsten in de beleving van de partijen in elkaar over. In onderstaande bevindingen volg ik hen in deze betekenissen.

Een goede procedure: preciaire transparantie

Het proces in de bestuurswisselfase moet volgens alle partijen transparant zijn. De meeste ziekenhuizen voldoen aan dit criterium. Althans, wat betreft de duidelijkheid over de procedure en wie welke rol daarin heeft. De adviespartijen zijn kritischer over de inhoudelijke transparantie: wat welke partij aan resultaten verwacht van het nieuwe bestuur blijft veelal impliciet.

Inspraak en betrokkenheid in de procedure dragen bij aan een breder en beter draagvlak voor de nieuwe bestuurder. Omgekeerd leidt het ontbreken van echte inspraak en betrokkenheid vaak tot een slechte landing van de nieuwe bestuurder. In zulke gevallen kan de onuitgesproken vooringenomenheid een zichzelf waarmakende voorspelling worden.

De partijen realiseren zich ook dat bestuurswisselingen preciaire processen zijn waarin transparantie niet altijd mogelijk noch wenselijk is. De duidelijkheid over de stappen in de procedure is daarbij van een andere orde dan de afwegingen over kandidaten. Het laatste is gebaat bij vertrouwelijkheid. Dat begrijpen en accepteren ook de adviespartijen, mits er vertrouwen is in de raad van toezicht.

Een ander criterium voor een goed proces is: hebben we ervan geleerd? Dat vraagt om uitwisseling achteraf van ervaringen, resulterend in aanpassingen van de procedure of regels zodat een volgende bestuurswisseling beter gaat.

Dit gebeurt volgens alle partijen te weinig. Alleen in een paar ziekenhuizen met slechte ervaringen met bestuurswisselingen (te veel wisselingen, na te korte tijd vertrokken bestuurders, meerdere bestuurscrises) werd geëvalueerd. Als een procedure niet vlekkeloos verloopt, maar er wordt wel de moeite genomen om ervan te leren, kan dat veel goed maken voor betrokkenen. Daarnaast kan het bijdragen aan een betere Ausgangssituatie bij een volgende bestuurswissel.

De partijen zijn het dus eens over de kenmerken van een goed proces in de feitelijke bestuurswisselfase: het is transparant, de betrokkenheid van alle partijen is gegarandeerd – niet alleen procedureel maar ook inhoudelijk – en er wordt van geleerd. Deze eensgezindheid in praktijk brengen blijkt moeilijk. De verschillende partijen maken andere keuzes in de mate van transparantie en de afweging van betrokkenheid versus vertrouwelijkheid.

Impliciete resultaatverwachtingen

In de bestuurswisselfase blijven de resultaten die het nieuwe bestuur wordt geacht te realiseren impliciet. Dat lijkt ook te gelden voor het beoordelen van ziekenhuisbestuurders als er geen wisselproces is. De raad van toezicht spreekt met het bestuur retro- en prospectief over behaalde en beoogde resultaten, maar de andere partijen zijn daar vaak niet bij betrokken. Een aantal van de bij dit onderzoek betrokken ziekenhuizen heeft geen formeel beoordelingssysteem waarin de adviespartijen regulier worden gehoord over het functioneren van het bestuur. Dergelijke informatie wordt wel anderszins, minder formeel, opgehaald. De remuneratiecommissie maakt bijvoorbeeld ‘een rondje langs de velden’ om van de adviespartijen te horen wat ze van het bestuur vinden. Of de raad van toezicht haalt informatie op als het einde van een vierjaarstermijn van een bestuurder in zicht komt. Deze acties maken echter geen deel uit van een (twee-) jaarlijks transparant beoordelingssysteem van de bestuurders en het bestuur als geheel. Daardoor ervaren de adviespartijen het ophalen van feedback als ad-hoc-acties, wat als minder veilig wordt beleefd. Het blijkt voor de partijen sowieso lastig om de resultaten van het bestuur te beoordelen. Dit komt deels door de vertraagde feedbackloop: de resultaten van de meeste bestuursbesluiten zijn vaak pas jaren later zichtbaar.

De partijen bouwen zodoende geen routine en taal met elkaar op om bij bestuurswisselingen over resultaten te praten. Eerder bleek dat deze ook in het profiel impliciet blijven. Dit heeft tot gevolg dat de partijen de nieuwe bestuurder vooral beoordelen op wat ze wel kunnen waarnemen. Nieuwe bestuurders hebben grote invloed op de toon aan de top en de bestuursstijl. Dit begint in het bestuursteam en werkt door naar de andere partijen. De communicatie met de in- en externe relaties verandert vaak door hun komst. Ook initiëren nieuwe bestuurders nieuwe projecten en wisselen ze van (top)managers. Dáárop

beoordelen de partijen nieuw aangestelde bestuurders. Of deze activiteiten ook leiden tot de gewenste resultaten voor het ziekenhuis, dat blijft impliciet. Deze zijn pas achteraf zichtbaar.

Ook al hebben de partijen geen gezamenlijk beeld van de resultaten, op een bepaald abstractieniveau zijn ze het wel eens over wat een bestuurswisseling zou moeten opleveren. Als eerste benoemen ze het belang van inhoudelijke continuïteit: het voortzetten van ingezet beleid, (bouw)plannen en projecten. Vervolgens hechten ze waarde aan relationele stabiliteit: het instandhouden van de gegroeide onderlinge verhoudingen, de opgebouwde mores en cultuur. Op beide punten wensen de partijen meestal ook bepaalde verbeteringen. Als derde component verwachten ze dus vernieuwing van een bestuurswissel. Een goede uitkomst bestaat dan uit een bij het ziekenhuis passende ‘cocktail’ van deze drie componenten.

Fluctuerende oordelen

Het oordeel over een bestuurswissel verandert vaak na verloop van tijd. Hoe verder terug in de tijd, des te scherper én genuanceerder beoordelen de partijen het proces en de uitkomsten. Met terugwerkende kracht vloeien proces en uitkomst ook in elkaar over: hoe tevredener men is over de nieuwbenoemde bestuurder, hoe milder men denkt over onvolkomenheden in het proces van aanstelling. Ook het omgekeerde geldt. Als de nieuw benoemde bestuurder tegenvalt zoeken de partijen in het proces naar oorzaken.

Geleidelijk komt er meer unanimiteit in de oordelen van de partijen. Vanuit het heden beoordelen ze proces en uitkomsten anders dan ze tijdens of vlak na de bestuurswisseling deden. Door het uitwisselen van dergelijke oordelen vormt zich met terugwerkende kracht een collectief beeld van een bestuursperiode. Dit beeld is meestal gekoppeld aan één bestuurder (vaak de voorzitter), soms aan meerdere. Na verloop van tijd zet dit zich vast in een dominant verhaal. Opmerkelijk was bijvoorbeeld de eensgezindheid van de geïnterviewden in de casus, terugblikkend op de drie onderzochte bestuursperiodes.

Wat de samenhang tussen proces en uitkomst betreft, kwamen in de casus en de focusgroepen de volgende variaties langs.

- Dat de kans op een goede uitkomst na een goed proces groter is dan na een slecht proces, is volgens de partijen evident. De inspanning om samen een goed proces te doorlopen leidt dan tot gezamenlijke tevredenheid over de gekozen bestuurder. De partijen krijgen ‘*loon naar werk*’.
- Als een slecht proces leidt tot een uitkomst waarover de partijen achteraf ontevreden zijn steekt men de hand in eigen boezem: het is hun ‘*verdiende loon*’.
- Er zijn ook voorbeelden van slechte processen met goede uitkomsten. Hoewel

achteraf meestal het 'slechte' proces wordt vergoelijkt bij tevredenheid over de uitkomst, bleven er toch een aantal gevallen over in deze categorie. Zo werd bijvoorbeeld het 'doordrukken' van de benoeming van een interim-bestuurder door de adviespartijen beoordeeld als een slecht proces. Maar met de uitkomst waren ze uiteindelijk toch tevreden. Ook andere voorbeelden van slechte procedures leverden goede bestuurders op. Dergelijke gevallen betitelen de partijen als 'mazzel'.

- Ten slotte zijn er voorbeelden van goede procedures met teleurstellende uitkomsten. Dan zoeken de partijen naar verklaringen. De nieuwe bestuurder is bijvoorbeeld niet open geweest over haar privésituatie of ambities, waardoor een vroegtijdig vertrek niet ingeschat had kunnen worden. Of de samenwerking tussen de bestuurders blijkt minder goed te verlopen dan gehoopt. Zo kunnen er allerlei onverwachte gebeurtenissen zijn die na een goed proces toch een slechte uitkomst opleveren, namelijk geen stabiele bestuursperiode. Dergelijke gevallen duiden de partijen als 'pech'. Ze realiseren zich dan dat bestuurswisselingsprocessen weliswaar beter in te richten, voor te bereiden en te evalueren zijn, maar niet beheersbaar. Het is onmogelijk het proces zo te controleren en managen dat de uitkomsten voorspelbaar zijn.

Veel bevindingen hebben betrekking op de individuele nieuwe bestuurder. In eerste instantie geven de partijen zich weinig rekenschap van andere invloedrijke factoren voor het slagen of falen van de nieuwe bestuurder. Van contextuele en andere condities zijn zij zich tijdens een bestuurswisseling niet bewust. Net zo min als van hun eigen aandeel in een al dan niet succesvol verloop van een bestuurswisseling. Zo realiseren ze zich niet altijd dat hun eerdere ervaringen met 'het' bestuur hun oordeel voedt. Al deze elementen staan los van de nieuwe bestuurder. Toch wordt haar feilen en falen haar aangerekend. Ter troost: haar succes ook.

Reflecterend – mede daartoe uitgenodigd door deelname aan dit onderzoek – geven respondenten een genuanceerder antwoord op de vraag of door een bestuurswisseling de resultaten zijn verbeterd, verslechterd of hetzelfde zijn gebleven. Dan lijken ze bestuurswisselingen meer te zien als wederzijdse, relationele processen, ingebed in de context en geschiedenis van het ziekenhuis.

8.2 CONCLUSIES

Na de bevindingen in de vorige paragraaf volgen nu vijf conclusies. Ze sluiten aan bij de bedoeling van deze studie, namelijk een dieper inzicht verkrijgen in hoe bestuurswisselingen in Nederlandse ziekenhuizen verlopen. De eerste conclusie heeft betrekking op het achterliggende doel, namelijk bijdragen aan een betere

besturing van ziekenhuizen. De betekenis van processen en uitkomsten van bestuurswisselingen wordt verwoord in de tweede conclusie. De derde geeft de waarde van (dis)continuïteit weer. De symboliek rondom het bestuur en daarmee van bestuurswisselingen komt terug in de vierde conclusie. De vijfde heeft betrekking op de focus van het onderzoek op *bestuurs-* en niet op *bestuurders-*wisselingen. Ik sluit af met een conclusie over leren van bestuurswisselingen.

Een bestuurswisseling is een stresstest voor het ziekenhuis

Bestuurswisselingen doen ertoe. Uit deze studie blijkt dat ze een cruciale invloed hebben op de besturing van ziekenhuizen. Dit is zowel feitelijk het geval – in de casussen die de revue passeerden veranderde een bestuurswisseling iets aan de koers, het beleid of de verhoudingen – als in de perceptie van de partijen. Bestuurswisselingen worden ervaren als spannende, emotionele en impactvolle perioden in de geschiedenis van het ziekenhuis.

In het drukke speelveld rond het ziekenhuisbestuur heersen ambigue opvattingen over ziekenhuisbestuurders. Ook intern denken de partijen gedifferentieerd over het bestuur. De verschillende perspectieven bestaan naast elkaar, tot zich een bestuurswisseling aandient. Dan ontmoeten de betrokken partijen elkaar anders dan regulier. En zoals zorgvisies pas duidelijk worden bij de bouw van een nieuw ziekenhuis, zo komen bij bestuurswisselingen de al dan niet overeenstemmende verwachtingen, gebaseerd op normatieve opvattingen over 'goede' ziekenhuisbestuurders, aan het licht. Daarmee zijn bestuurswisselingen graadmeters: zijn onze inhoudelijke verwachtingen voldoende transparant en zijn onze verhoudingen goed genoeg om samen te bepalen welk bestuur past bij de bestuurlijke opgaven van ons ziekenhuis? Het is aan te bevelen regelmatig te reflecteren op wat een 'passend' bestuur is, maar dit blijkt in de praktijk lastig te zijn. Praten over een toekomstig bestuur is oordelen over het huidige. Het is daarmee een precair onderwerp dat om zorgvuldigheid en enige routine vraagt. Als een ziekenhuis geen ervaring heeft met het regulier ophalen en bespreken van feedback op het bestuur, ontwikkelt het hierin geen procedures, proces en taal. Enkele ziekenhuizen, door schade en schande wijs geworden, agenderen eens per jaar het onderwerp 'bestuurlijke opgaven en passend bestuur'. Door de opgaven expliciet te koppelen aan het bestuur als geheel zijn ze bovendien minder vatbaar voor het personaliseren van bestuurswisselingen. Tevens zijn ze door deze werkwijze beter voorbereid op de volgende – te verwachten, maar niet te voorspellen – bestuurswisseling.

Een goed proces vergroot de kans op een goede uitkomst

Bestuurswisselingen brengen onzekerheid met zich mee. Het proces om tot een nieuw samengesteld bestuur te komen wordt beïnvloed door vele factoren die niet beheersbaar zijn. Oftewel: er zijn geen noodzakelijke voorwaarden te

benoemen die leiden tot een succesvolle bestuurswisseling. Er zijn wel een aantal bevorderende kenmerken.

- Het proces om een nieuwe bestuurder te kiezen is optimaal transparant. De belangrijkste partijen die betrokken zijn bij de besturing van het ziekenhuis worden gehoord door de raad van toezicht, die als gelegitimeerde regisseur en beslissend orgaan wordt ervaren. De inclusieve procedure levert een bediscussieerd en daardoor breed gedragen profiel op, dat voor de nabije toekomst past bij de bestuurlijke opgaven, de andere bestuurder(s) en het ziekenhuis.
- Het leidt tot de aanstelling van een nieuwe bestuurder en daarmee tot een nieuw samengesteld bestuur. De raad van toezicht en de bestuurders schatten in dat dit nieuwe bestuur voor een bepaalde periode een bepaalde mix van bestuurlijke continuïteit, stabiliteit en vernieuwing kan realiseren, en dat het kan rekenen op een breed draagvlak bij de andere partijen.
- De partijen, ieder voor zich en samen, leren door te reflecteren op de recente bestuurswisseling(en) waardoor ze het proces om tot een nieuw samengesteld bestuur te komen verbeteren.

Als aan deze kenmerken wordt voldaan kunnen ziekenhuizen desondanks de ‘pech’ hebben het tijdelijk te moeten doen zonder een stabiel en goed samenwerkend bestuursteam. Als aan de kenmerken niet wordt voldaan kunnen ziekenhuizen de ‘mazzel’ hebben dat een bestuurswisseling toch leidt tot een stabiel en goed samenwerkend nieuw bestuursteam. Onvoorziene factoren, ontwikkelingen en gebeurtenissen kunnen het proces verstoren, óf helpen.

Continuïteit en discontinuïteit zijn beide legitieme doelen van bestuurswisselingen

Bestuurlijke continuïteit wil zeggen: de voortgang van beleid en processen die vanuit de bestuurskamer worden geautoriseerd. Bestuurlijke stabiliteit heeft betrekking op de verhoudingen tussen de partijen die betrokken zijn bij de besturing van het ziekenhuis. De continuïteit van het bestuur hangt met beide samen, maar mag er niet mee worden gelijkgesteld. In de meeste ziekenhuizen worden grote delen van de koers en andere ingezette ontwikkelingen gecontinueerd, ook al wisselt het bestuur van samenstelling. Hetzelfde geldt voor de stabiliteit van de verhoudingen. Deze zijn door de geschiedenis van het ziekenhuis zodanig geïnstitutionaliseerd in gedragspatronen dat een wisseling van de bestuurlijke wacht daar niet meteen verandering in brengt. ‘The tone at the top’ verandert meestal wel door de komst van een nieuwe bestuurder in een nieuw samengesteld bestuur. Het veranderen van de diepere lagen van de gegroeide verhoudingen duurt veel langer. Dus ook hier mag bestuurlijke stabiliteit niet een-op-een gelijk worden gesteld met stabiliteit in het bestuur.

Ondanks de positieve connotatie is het de vraag of continuïteit en/of stabiliteit altijd wenselijk is. Hierop past een genuanceerd antwoord, namelijk dat een ziekenhuis soms belang heeft bij bestuurlijke discontinuïteit. Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer een ooit ingeslagen koers dood blijkt te lopen, zoals bij een fusie die niet doorgaat of bouwplannen die niet gefinancierd kunnen worden. Het kan ook zijn dat bepaalde hardnekkige patronen in de verhoudingen om een doorbraak vragen, bijvoorbeeld een jarenlange conflictueuze relatie met de medische staf of een managementlaag die maar niet stabiel wordt. Bij gereede twijfel over het bestuursmodel, of als er ‘gedoe’ is in het bestuur, kan een reset nodig zijn. Een bestuurswisseling biedt daartoe bij uitstek gelegenheid. Ziekenhuizen maken echter weinig gebruik van een bestuurswisseling als reflectieperiode.

Bestuurswisselingen hebben ook een symbolische betekenis

Net als iedere vorm van bestuur is ook een ziekenhuisbestuur meer dan een louter functioneel orgaan dat al dan niet ‘doet wat het moet doen’: richting geven, besluiten nemen, conflicten beslechten, de omgeving managen. Het heeft ook een symbolische betekenis. Het bestuur belichaamt geïnstitutionaliseerd gezag en geeft mede vorm aan de identiteit van het ziekenhuis én van de bestuurders. De bij de besturing van het ziekenhuis betrokken partijen zijn gesocialiseerd in deze gezagsverhoudingen en dat geeft stabiliteit, orde en houvast.

Daarmee zijn ook bestuurswisselingen geen louter functionele gebeurtenissen. Zij vormen een verhaal, en hun verloop en uitkomsten beïnvloeden het bredere narratief van het ziekenhuis. Organisatieleden, en zeker de direct betrokkenen, hebben behoefte aan het toekennen van betekenis aan bestuurswisselingen. Men wil ze verklaren, een begrijpelijke reden hebben waarom de ene keuze wel en de andere niet goed uitpakte. Of waarom de raad van toezicht niet ingreep bij de ruziënde bestuurders en bestuurder X het onderspit moest delven. Bestuurswisselingen krijgen betekenis als ze worden voorzien van een begin en eind, en van oorzaak en gevolg. De verhalen die in en rond het ziekenhuis te horen zijn over bestuurswisselingen vormen een duidingskader. Het gaat hierbij zowel om een acceptabele uitleg – waarom is het logisch dat het liep zoals het liep – als een collectieve waardering, positief of negatief. In de verhalen maken de partijen van hun lot een plot dat past bij het in de loop der jaren geconstrueerde grotere verhaal over het ziekenhuis en de bestuurswisselingen daarbinnen. Daarin gaan sommige bestuurders eruit met een rode loper, en vertrekken andere met stille trom of via een dichtslaande achterdeur.

De symbolische betekenis van bestuurswisselingen wordt niet altijd op waarde geschat. Door beeldvorming en personalisering wordt aan de persoon van de bestuurder te veel invloed toegekend. De snelheid waarmee met name toezichthouders bestuurders willen vervangen of interim-bestuurders aanstellen,

voedt bijvoorbeeld het beeld dat het ziekenhuis onbestuurbaar is als niet alle bestuurszetels bezet zijn. Er kan ook sprake zijn van onderschatting van de symbolische betekenis. Dan wordt het vervangen van een bestuurder benaderd als efficiënt af te handelen wisselproces. Het is daarmee een gemiste kans op bevestiging van de symbolische waarde van het hoogste gezag in het ziekenhuis. Dat raden van toezicht bestuurswisselingen onvoldoende zien als een van hun meest essentiële functies – misschien zelfs de belangrijkste – is ook een vorm van onderschatting van de symbolische betekenis.

De partijen leren weinig van bestuurswisselingen

De meesten deelnemers aan dit onderzoek voelen zich maar beperkt toegerust voor hun rol bij bestuurswisselingen. Het uitwisselen van ervaringen in de focusgroepen vonden ze leerzaam en louterend. In hun eigen ziekenhuizen evalueren ze bestuurswisselingen zelden, waardoor er geen sprake is van gedeelde kennis of kennisvermeerdering. Het proces van bestuurswisselingen blijft hierdoor een ritueel en semiprofessioneel karakter houden.

Kenmerkend is het repeterende geïnstitutionaliseerde gedrag dat leidt tot pseudo-inspraak, waaronder over het profiel. Hierin staan de verschillende verwachtingen naast elkaar, waardoor het profiel in de procedure al rap aan betekenis inboet. Aankondigingen van vertrek kenmerken zich vaak door rituele taalformules als ‘op zoek naar nieuwe uitdagingen’ of ‘verschil van inzicht over’. Achter dergelijke formuleringen gaat vaak een wereld van andere betekenissen schuil.

Het proces is semiprofessioneel omdat raden van toezicht bestuurswisselingen onvoldoende als proces regisseren en partijen ze niet samen evalueren. Hierdoor ontwikkelen ze maar in beperkte mate een passend handelingsrepertoire. Met onder andere als gevolg dat ook hierdoor beeldvorming en personalisering vrij baan krijgen. Dit uit zich in termen als ‘houdbaarheidstermijn’ (‘het is nu wel mooi geweest met deze bestuurder’), een ‘bestuurderskerkhof’ (een ziekenhuis waar relatief kort na elkaar veel bestuurswisselingen plaatsvonden) en ‘hoppers’ (bestuurders die uit eigen carrièrebelang het ene ziekenhuis voor het andere inruilen). Deze uitdrukkingen getuigen van een gebrek aan taal die recht doet aan de invloedrijke factoren die een rol spelen bij bestuurswisselingprocessen. Semiprofessioneel heeft ook betrekking op de mate waarin raden van toezicht zich laten leiden door executive searchers en hun standaardprocedures.

Er is dus ruimte voor professionalisering van het proces van bestuurswisselingen. Dit is om nog een andere reden belangrijk. Bestuurswisselingen zijn iteratieve processen: het verloop van het vorige heeft invloed op de start van het volgende, en zo verder. De partijen zijn zich hier niet altijd van bewust. Met als nadeel het onvoldoende verankeren van positieve en het herhalen van negatieve patronen.

In bredere zin hebben bestuurswisselingen hun weerslag in de bestuurlijke systemen van ziekenhuizen nog niet gevonden.

8.3 REFLECTIE EN VOORUITBLIK

In dit onderzoek staan de wisselingen in het ziekenhuisbestuur centraal. Met behulp van theorieën over bestuurswisselingen (in de literatuur *successions* of opvolgingen genoemd) onderzocht ik met drie verschillende methoden hoe deze processen in Nederlandse ziekenhuizen verlopen. In deze paragraaf reflecteer ik eerst op het gebruik en de bruikbaarheid van de theorie voor de centrale vraagstelling (8.3.1). Vervolgens (8.3.2) blik ik terug op de ingezette onderzoeksmethoden: waarin bleken ze al dan niet de in de deelvragen beoogde informatie op te leveren? Deze studie levert vragen op voor mogelijk vervolgonderzoek. Suggesties daarvoor zijn te vinden in 8.3.3.

8.3.1 Discussie

Het merendeel van de omvangrijke opvolgingsliteratuur is gebaseerd op onderzoek dat plaatsvindt in *corporate* omgevingen. Een daarvan vrijwel geheel gescheiden onderzoekslijn richt zich op politieke opvolgingsprocessen. Er bestaat weinig onderzoek naar bestuurswisselingen in de non-profitsector. Een basale vraag voor dit onderzoek was daarom hoe ik de uitkomsten van de aanwezige opvolgingsliteratuur verantwoord – toepasbaar voor bestuurswisselingen in ziekenhuizen – kon gebruiken. Hieronder expliciteer ik de aandachtspunten die een kritische beschouwing van de literatuur opleverden, om vervolgens weer te geven hoe ik deze in het onderzoek toepaste.

Personaliseringsprocessen in literatuur en empirie

De onderliggende aanname van de meeste opvolgingstheorieën is dat er een directe relatie is tussen het optreden van het bestuur en de resultaten van de organisatie. Daaraan ligt het idee ten grondslag dat wat in de organisatie gebeurt de resultante is van handelingen van het bestuur: hiërarchische aansturing leidt tot beheersbare uitkomsten. In veel studies blijft onduidelijk welke maatstaven (moeten) worden gehanteerd om het succes van een opvolging aan af te meten, en wie dat bepaalt. Ook in studies met meer oog voor de dynamiek tussen de partijen tijdens opvolgingsprocessen is het gevaar dat het bestuur geïsoleerd wordt onderzocht, alsof het bestuur en de organisatie losstaande entiteiten zijn. Ik zeg hier ‘bestuur’ maar de literatuur heeft vooral aandacht voor de (persoon van) de bestuurder. Aan deze wordt een eenzijdige invloed toegekend. Men zoekt verklaringen voor al dan niet succesvolle opvolgingen in persoonskenmerken als kennis, stijl en vaardigheden.

In mijn onderzoek heb ik van meet af aan gefocust op *bestuurswisselingen* en niet op *bestuurderswisselingen*. Het al dan niet succesvol besturen hangt niet af van één bestuurder. Op basis van mijn praktijkervaringen leek de rol van het bestuursteam en zijn relatie met de andere partijen een belangrijke factor bij bestuurswisselingen. In de kwantitatieve deelstudie werd deze intuïtieve veronderstelling onderbouwd, doordat ik zicht kreeg op de frequent wisselende samenstelling van de bestuursteams in de meeste ziekenhuizen. Uit de casestudie en de focusgroepen kwamen vervolgens vele voorbeelden naar voren die het belang van teamdynamiek in het voor- en naspel van bestuurswisselingen aantoonde. Mede gevoed door bovenstaande kritische beschouwing van de literatuur op dit punt, bleek de keuze voor *bestuurswisselingen* een juiste.

De invloed van gepersonaliseerde beeldvorming kwam naar voren in de casestudie, maar nog meer in de focusgroepen. In de (kleine) ziekenhuiswereld krijgen individuele bestuurders kwalificaties opgeplakt die een eigen leven gaan leiden. Eenmaal benoemd gaat deze beeldvorming en personalisatie verder. De kennelijk ‘natuurlijke’ neiging om bij spannende processen bestuurders als redders of schuldigen aan te wijzen, zoals in de literatuur beschreven, zag ik terug in het casestudie-ziekenhuis en in de casussen van de focusgroepen. Interessant was dat betrokkenen wél breder keken als ze terugblikten met enige afstand, in tijd of anderszins. Dan verklaarden ze uitkomsten van bestuurswisselingen meer vanuit de geschiedenis van het ziekenhuis en werden ze zich ook meer bewust van hun eigen aandeel.

Bovenstaande mag niet worden opgevat als ‘de persoon van de bestuurder doet er niet toe’. Uit de literatuur en de empirische uitkomsten van dit onderzoek blijkt wel degelijk dat de bestuursstijl van een nieuwe bestuurder invloed heeft op de (bestuurs)cultuur van het ziekenhuis. Haar gedrag vermengt zich als het ware met de gegroeide verhoudingen en nieuwe dynamiek tussen de partijen. Personalisatieprocessen hebben als risico dat ze context, geschiedenis en wederzijdse dynamiek van bestuurswisselingen veronachtzamen. Uitkomsten van bestuurswisselingen worden dan op het conto van de individuele bestuurder geschreven.

De invloed van contextverschillen

Bestuurswisselingen in ziekenhuizen spelen zich af op een ander speelveld dan in het bedrijfsleven en de politiek-bestuurlijke omgeving, met eigen spelregels. Er zijn andere partijen betrokken met andere rollen. Maar gedragen zij zich diensgevolg ook heel anders? Ik zag uiteindelijk meer overeenkomsten dan verschillen. Er is overal sprake van dynamische maar complexe relaties tussen het benoemende orgaan en de bestuurder. Ook de drie posities van de bestuurder tijdens een bestuurswissel – vertrekkend, zittend of inkomend – zijn vergelijkbaar,

in welke governancecontext dan ook. Vertrekkende ziekenhuisbestuurders hebben net als hun evenknieën in het bedrijfsleven bijvoorbeeld de neiging over hun graf heen te regeren, ook al beweren ze dat niet te willen. Maar als het zekerheid zoekende benoemende orgaan ze daartoe uitnodigt gaan ze er meestal graag op in. Ook het patroon dat leden van het benoemende orgaan de neiging hebben diegene die zij hebben aangesteld lang de hand boven het hoofd te houden, dook op in zowel de casestudie als de focusgroepen.

Een ander verschil is dat in ziekenhuizen de formele en informele macht van partijen niet altijd overeenkomen. Dat komt met name tot uitdrukking in het gegeven dat de machtigste medewerkers, de medisch specialisten, (deels) niet in dienst zijn. Hoewel dit aspect een rol speelt bij de besturing van ziekenhuizen, blijkt het bij bestuurswisselingen verwaarloosbaar. De stafbesturen en met name de stafvoorzitter worden er nauw bij betrokken. De invloed daarvan schatten de andere partijen groter in dan zichzelf. Dat een deel van hun achterban niet in dienstverband werkt, is daarbij niet relevant.

Tot slot is er het wezenlijke verschil in ‘resultaten’ van bestuurswisselingen. In studies uit het bedrijfsleven worden uitkomsten van opvolgingen vaak gekoppeld aan de aandelenwaarde, die stijgt of daalt. Bij een publieke organisatie als een ziekenhuis is het de autoriserende omgeving die op basis van allerlei criteria beoordeelt of de nieuwe bestuurder aan de verwachtingen voldoet. Van meet af aan koos ik ervoor om dicht bij de belevingen en formuleringen van de partijen te blijven: wat zij definieerden als uitkomsten van bestuurswisselingen bracht ik in beeld.

Conceptualiseren en afbakenen

Bestuurswisselingen definieerde ik als cruciale *processen* in de geschiedenis van een ziekenhuis. Gedurende het hele onderzoek heeft deze definitie mij scherp gehouden én uitgedaagd. De procesbenadering van bestuurswisselingen vergde diepteonderzoek. In de casus bleef ik dicht bij de beschrijvingen en belevingen van de betrokken partijen. Ik analyseerde deze bijvoorbeeld aan de hand van dramatische omkeerpunten, de ‘buigmomenten’. Deze markeerden de drie bestuursperiodes. Ook in de focusgroepen lag de nadruk op de ervaringen van de deelnemers. Hoe zij de processen benoemden en waardeerden voedde mijn analyse. Zowel de casus als de gesprekken in de focusgroepen bevestigden dat bestuurswisselingen zich ontvouwen in de context van het betreffende ziekenhuis. Het proces mondt op een gegeven moment uit in een gebeurtenis: een verandering in de samenstelling van het bestuur. Deze processen zijn alleen te begrijpen als ze van binnenuit en gebaseerd op de beleving van de betrokkenen worden geanalyseerd.

Deze definitie leidde ertoe dat ik mij moest verhouden tot de onderzoeken die opvolgingen beschouwen als gebeurtenissen. Er is een bestuurder die op enig moment vertrekt en opgevolgd moet worden, en dat proces is te plannen en te managen. Deze zienswijze isoleert een opvolging te veel van contextuele factoren zoals marktontwikkelingen, de geografische ligging en ex- en interne verhoudingen.

Ook worden de fasen van opvolgingen in veel opvolgingsliteratuur gezien als gebeurtenissen in plaats van deel uitmakend van een langduriger proces. De pre-opvolgingsfase, de opvolgingsfase zelf en de post-opvolgingsfase worden namelijk opgevat als aparte, te managen, onderdelen. Een uitdaging voor dit onderzoek was de afbakening: waar begint en eindigt een proces van een bestuurswisseling? Bij formuleringen als ‘processen die zich ontvouwen in de context’ en ‘ingebed in de geschiedenis’ ligt concept-*stretching* op de loer. Bestuurswisselingen verworden dan tot allesomvattende processen in een ziekenhuis. Concreet deed dit risico zich voor bij het thema zittingstermijn. De basis voor een bestuurswissel wordt ergens tijdens de zittingsperiode van het bestuur gelegd. Maar hoe ver terug in de tijd precies en hoe lang werken de gevolgen ervan door? Ik dwong mijzelf dicht bij het scharnierpunt, de bestuurswisseling zelf, te blijven (zie paragraaf 8.1.2). Zodoende deed ik recht aan bestuurswisselingen als processen, zonder het verloop van zittingstermijnen te verklaren vanuit die twee momenten van aankomst en vertrek.

Wegblijven van how to

Een laatste aandachtspunt sluit aan op de term *succession management*. De ‘industrie’ van adviseren over opvolgingen heeft een stroom van niet-wetenschappelijk onderbouwde literatuur opgeleverd. De daarin beschreven ‘how-to’-instrumenten voorzien in de behoefte aan handvatten om het complexe en rommelige opvolgingsproces ordentelijk te laten verlopen. Als het stappenplan maar netjes wordt gevolgd komt het goed met de opvolging, zo wordt gesuggereerd. Deze en andere opvolgingsliteratuur is vaak toegankelijk, smeug en praktisch. De verhalen over de dramatische *rise and fall* van publieke figuren, de puntsgewijze adviezen en handzame schema’s vormen een aantrekkelijk houvast bij ongewisse processen als bestuurswisselingen. Maar in de praktijk houden deze zich zelden aan de ordeningen en het verloop die deze literatuur suggereert. Bovendien is de dramatiek die met name bij problematische opvolgingen een rol speelt voor buitenstaanders smeug, maar voor de direct betrokkenen is dat geenszins het geval. Bestuurswisselingen zijn weerbarstig, niet alleen voor betrokkenen, maar ook voor onderzoekers.

8.3.2 Methodische reflecties

Op basis van de eerste twee hoofdstukken, de context van de ziekenhuizen en de theorie over bestuurswisselingen, kwam een conceptueel model tot stand. Dit ordende de kernbegrippen – de temporele indeling, het rolgedrag van partijen en de relatie tussen proces en uitkomsten – in een bepaalde samenhang. Met behulp hiervan werd informatie verzameld om na te gaan of, en zo ja welk verband de kernbegrippen met elkaar hebben. Het exploratieve gebruik van het conceptuele model bracht focus aan en gaf houvast voor de empirische delen van het onderzoek. Bij het populatieonderzoek was het een handvat voor de ordening en weergave van de informatie. Voor de casestudie en de focusgroepen gaf het een stramien voor de beschouwing, de gespreksagenda en de verslaglegging van de informatie. In de conclusies van de drie empirische hoofdstukken en in dit laatste concluderende hoofdstuk kwamen de verbanden tussen de kernbegrippen aan de orde.

Het merendeel van de opvolgingsliteratuur is gebaseerd op kwantitatieve onderzoeken. Het betreft dan omvangrijke studies met sleutelvariabelen en parameters van een gebeurtenis, namelijk de opvolging. Het voordeel van dergelijke studies met grote aantallen is dat ze relatief snel veel ‘harde’ data bijeenbrengen. Het nadeel is dat achtergronden en patronen van complexe processen als bestuurswisselingen niet zichtbaar worden. Een proces-georiënteerde studie, waar ik voor koos, is tijd- en onderzoekstechnisch intensiever. Door het gebruik van drie verschillende onderzoeksmethoden om de centrale onderzoeksvraag te beantwoorden benutte ik de complementariteit van kwantitatief en kwalitatief onderzoek, met het accent op het laatste. Het kwantitatieve deel, het populatieonderzoek, diende als factcheck, onderbouwing en voeding voor de twee kwalitatieve delen, de casestudie en de focusgroepen.

Voor het populatieonderzoek kon ik alle ziekenhuizen in Nederland meenemen. Het betreft immers een beperkt en qua onderzoek te hanteren aantal. De gekozen meetperiode van dertien jaar was lang genoeg om een aantal trends en patronen op het spoor te komen. Voor de beantwoording van enkele andere vragen was de periode te kort voor valide uitkomsten. Zo waren aantallen bestuurswisselingen en trends in de omvang van bestuursteams verantwoord in beeld te brengen. De vraag of bestuursvoorzitters een langere zittingsduur hebben dan leden van de raad van bestuur, en of vrouwelijke bestuurders langer of korter blijven, kon (nog) niet worden beantwoord. Ook bleef onduidelijk of bestuurders die niet uit de ziekenhuissector afkomstig zijn gemiddeld genomen een langere of kortere bestuurstermijn hebben dan insiders. Dit type verklarende analyses behoeft grotere aantallen.

De casestudie besloeg eveneens dertien jaar. Hierin vonden vijf heel verschillende bestuurswisselingen plaats. Door dergelijk intensief, longitudinaal onderzoek wordt inzichtelijk hoe de verschillende fasen in deze processen samenhangen, maar ook hoe patronen doorbroken worden. Het begrip ‘buigmomenten’ bleek behulpzaam om cruciale wendingen te markeren en daarmee bestuursperioden af te bakenen. Dus hoewel het één ziekenhuis betrof, legde de casestudie mechanismen bloot die wellicht gemist waren bij (oppervlakkiger en korter) onderzoek in meerdere ziekenhuizen. Een kanttekening bij het casestudieonderzoek betreft de rol van externe partijen. Kwamen de interne partijen uitgebreid aan het woord, voor de externe autoriserende omgeving gold dat in mindere mate. De reden daarvoor is dat ze niet goed identificeerbaar waren. Van de banken die betrokken waren bij de verschillende bestuurswisselingen was bijvoorbeeld niet meer te achterhalen om welke personen het ging. Uiteindelijk zijn gesprekken gevoerd met een IGJ-inspecteur en een vertegenwoordiger van een zorgverzekeraar. Zij maakten meerdere bestuurswisselingen in het GSZ mee, soms dichtbij, soms van afstand. De informatie uit deze interviews geeft wel enig inzicht in de rol van externe partijen, maar biedt een te smalle basis voor robuuste bevindingen over de rol van de externe autoriserende omgeving bij bestuurswisselingen.

Doordat moderators bij de focusgroepen de gesprekken leidden, kon ik als onderzoeker voldoende afstand houden. Het risico op over-socialisatie (te bekend met deelnemers en problematiek om afwijkende informatie te horen) werd daardoor gereduceerd. De gesprekken leverden verdiepende inzichten op over motieven, afwegingen en dilemma's van de verschillende partijen. Ze maakten nog eens onomwonden duidelijk hoe groot de (negatieve) impact is van problematisch verlopen of uitgedaagde bestuurswisselingen. De focusgroepmethode liet ook goed zien hoe de deelnemers bestuurswisselingen verklaren vanuit de verhalen over de geschiedenis van hun ziekenhuis.

8.3.3 Suggesties voor vervolgonderzoek

Elk onderzoek geeft antwoorden en roept nieuwe vragen op. De nieuwe vragen waartoe dit onderzoek inspireert, komen in deze paragraaf aan de orde.

Het bestuur als team

Bestuurswisselingsprocessen kwamen in dit onderzoek aan de orde als zowel een product van onderlinge verhoudingen, gedragingen en afspraken als een factor die deze zaken beïnvloedt. Als dit onderzoek iets heeft aangetoond is het wel dat dit zeker geldt voor het ziekenhuisbestuursteam. Hierover zocht ik tevergeefs naar verdieping of verklaringen in de literatuur. Meer onderzoek naar de samenstelling en de werking van dit specifieke team in zorgorganisaties

is daarom aan te bevelen. Het toepassen van de (omvangrijke) literatuur over teamontwikkeling op deze specifieke teams levert waarschijnlijk een bijdrage aan de theorie en de praktijk. Het verloop van de transitieprocessen van inkomende en vertrekkende bestuurders zou daarvan deel kunnen uitmaken. Dit onderzoek toont immers aan dat komen en gaan van bestuursteamgenoten een reguliere en geen incidentele gebeurtenis is. Net als in elk ander team is er sprake van verloop en doorstroming, van functionele en disfunctionele teamkenmerken. In andere opzichten zijn bestuursteams echter bijzonder en is empirisch onderzoek dus op zijn plaats. Bestuursteams zijn onder andere zichtbaarder. Vele ogen volgen dit team. Gezien het belang dat wordt toegekend aan een goed functionerend bestuursteam, bestaat bovendien de neiging om disfunctioneren of onderlinge conflicten lang binnenskamers te houden. Het gedrag van de bestuursleden als team in het openbaar kan sterk verschillen met hoe het zich in de beslotenheid van de bestuurskamer voordoet. Ten slotte zijn de rollen in het bestuursteam aan verandering onderhevig. Onderzoek naar (de ontwikkelingen in) dit bijzondere team kan alle betrokkenen helpen en potentieel de bestuurscontinuïteit vergroten.

De raad van toezicht als evaluator

Naar raden van toezicht, ook van zorgorganisaties, vindt veel onderzoek plaats. We blijken echter nog weinig te weten van het beoordelingsproces van zorgbestuurders door de toezichthouders. Op basis van welke bronnen evalueren zij bestuurders, welke procedures hanteren ze? We zagen dat de raden van toezicht gedurende een zittingsperiode op verschillende manieren proberen inzicht te krijgen in het functioneren van individuele bestuurders en het bestuur als geheel. Ze melden dat ze moeite hebben er ‘de vinger echt achter te krijgen’, met name wat betreft het teamfunctioneren van het bestuur. Nader onderzoek naar deze beoordelingsprocessen in het algemeen is inzichtgevend en behulpzaam voor toezichthouders én bestuurders. Toezichthouders blijken in vergelijking met de meeste interne partijen relatief weinig bestuurswisselingen mee te maken in hun loopbaan. Meer inzicht in hoe zij voorafgaand, gedurende en achteraf zittingsperiodes van bestuurders beoordelen en evalueren kan bijdragen aan het collectief leren over het functioneren van toezicht en bestuur in zorgorganisaties.

Interne opvolgingen en interim-bestuurders

Een ander nader te onderzoeken thema is opvolging door interne kandidaten. In dit onderzoek bleek het te gaan om nog geen 4 procent van alle benoemingen. Wat zegt dit lage aantal? Leidt men managers in de ziekenhuizen in het algemeen niet op tot potentiële bestuurders of alleen niet tot bestuurders in het eigen ziekenhuis? Uit dit onderzoek lijkt het probleem niet aan de aanbodkant te zitten. Genoeg managers hebben de ambitie (ziekenhuis)bestuurder te worden

en de partijen in dit onderzoek rapporteerden positief over hun capaciteiten. Hoe kan de relatief geringe interne doorstroming naar een bestuursfunctie in de topklinische en algemene ziekenhuizen worden verklaard, terwijl dat bij de academische ziekenhuizen wel gebeurt? De literatuur laat positieve effecten zien van opvolgingsplannen. Dit zou organisaties vooral helpen als ze geconfronteerd worden met een ongepland vertrek. Ook blijkt uit onderzoek in andere sectoren dat bestuurswisselingen minder ontwrichtend verlopen als de op te volgen bestuurder vroegtijdig investeert in potentiële opvolgers. In de onderzochte ziekenhuizen waren er geen opvolgingsplannen en werd er, voor zover zichtbaar, nauwelijks geïnvesteerd in potentiële opvolgers. We zagen dat een bestuurswisseling pas een thema wordt als die zich concreet aandient. Onderzoek naar motieven en werking van interne versus externe benoemingen kan leiden tot waardevolle opbrengsten voor de ziekenhuissector.

De opkomst en de rollen van interim-bestuurders in ziekenhuizen (en/of zorgorganisaties) zijn tevens een onderwerp dat nader onderzoek verdient. Hoe is de significante toename van de inzet van interim-bestuurders te verklaren, en maken zij de verwachtingen waar? Zijn de uit dit onderzoek komende verschillen in duur van een interim-periode te koppelen aan de redenen waarvoor een interim-bestuurder wordt ingeschakeld of spelen er andere mechanismen mee? De uitkomsten van dit onderzoek suggereren dat interim-bestuurders snel ter overbrugging worden ingeschakeld. Alsof toezichthouders vanuit hun bezorgdheid over bestuurscontinuïteit een vacante bestuurszetel onverantwoord achten. Een vraag is of de andere partijen deze zorg delen. En zo niet, wat dan alternatieven zijn. Het zou waardevol zijn de uitkomsten van algemene onderzoeken naar interim-bestuurders te leggen naast die van de ziekenhuizen. Uit de algemene onderzoeken blijkt bijvoorbeeld dat hij (zelden zij) zich vaak niet houdt aan zijn initiële opdracht en dat er vraagtekens worden gezet bij de realisatie ervan. Kortom: onderzoek naar interim-bestuurders en -periodes in de ziekenhuizen leveren waarschijnlijk waardevolle inzichten en handvatten op voor toezichthouders en andere partijen.

Gedeeld besturen

Ziekenhuizen worden geconfronteerd met een toenemende zorgvraag en tegelijk krimpende budgetten en krapte op de arbeidsmarkt. De literatuur toont aan dat hoe groter de externe druk is, des te meer de partijen van elkaar afhankelijk worden. Dit speelt intern tussen partijen in de organisatie, maar ook extern tussen netwerkpartners. Hoe hiermee om te gaan is onder andere onderwerp van onderzoek naar ‘gedeeld leiderschap’. Het delen van leiderschap in een sterk geïnstitutionaliseerde sector als de ziekenhuissector is echter geen sinecure, het delen van besturen waarschijnlijk ook niet. De hardnekkige rolpatronen, geritualiseerde verhoudingen, personalisering en de beeldvorming over en

weer spelen waarschijnlijk mee. Het koppelen van de inzichten van gedeeld leiderschap aan bestuurlijk leiderschap is mogelijk relevant. Of en hoe de symbolische betekenis van het (ziekenhuis)bestuur gedeeld zou kunnen verdient tot slot nader onderzoek.

8.4 ‘DE RODE LOPER’ HERBEZIEN

‘Over de rode loper’ is een metafoor voor een vloeiend en bestuurbaar bestuurswisselingsproces. Met dit motto als richtsnoer adviseerde ik jarenlang raden van toezicht en bestuurders over bestuurswisselingen. Het vertrek van de ene bestuurder over de rode loper zou de intrede van haar opvolger over dezelfde loper garanderen, was de onderliggende implicatie. Dit onderzoek heeft aangetoond dat dit helaas én gelukkig niet het geval is. ‘Helaas niet’ omdat een bestuurswisselproces nooit beheersbaar is, hoe zorgvuldig het ook wordt voorbereid en uitgevoerd. ‘Gelukkig niet’ omdat dit onderzoek ook duidelijk heeft gemaakt dat een vloeiend proces niet altijd wenselijk is. Soms is een ziekenhuis gebaat bij een zekere mate van discontinuïteit of tijdelijke instabiliteit. Het kan een verstandige keuze zijn om een bestuurswisseling te benutten als een waardevolle overgangsfase, en dus niet gelijk de rode loper uit te leggen.

De metafoor van de rode loper is om nog een andere reden toe aan herziening. Zij benadrukt namelijk het wisselen van individuele bestuurders, terwijl dit onderzoek het belang laat zien van het bestuur als team, ook bij bestuurswisselingen. Het is dus tijd om de beeldspraak van de rode loper achter ons te laten.

Bibliografie

- A** Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (2009). *Reflexive Methodology: New Vistas for Qualitative Research*. SAGE.
- Anandaciva, S., Ward, D., Randhawa, M., & Edge, R. (2018). *Leadership in today's NHS. Delivering the impossible*. London: The Kings Fund and NHS Providers.
- B** Ballinger, G. A., & Marcel, J. J. (2010). The use of an interim CEO during succession episodes and firm performance. *Strategic Management Journal*, 31(3), 262-283.
- Barron, J. M., Chulkov, D.V., & Waddell, G.R. (2011). Top management turnover, CEO succession type, and strategic change. *Journal of Business Research*, 64(6): 904-910.
- Baughman, W. A., Dorsey, D. W., & Schalm, R. L. (2009). Executive fit is negotiated, not selected. *Industrial and Organizational Psychology*, 2(2), 155-158.
- BDO-Benchmark Ziekenhuizen 2023. *Smalle marges blokkeren noodzakelijke transitie*. Geraadpleegd op 5 december 2024, van <https://insights.bdo.nl/benchmark-ziekenhuizen-2023-23-ps-dzb-bmz-zrg/benchmark-ziekenhuizen-2023>
- Beijer, H., & De Ruijter, A. (2004). *Less is more*. ZM, 4.
- Beijer, H., Paquay, R., & De Vries, G. (2021). *Het wisselen van de wacht*. Dev organisatieadviseurs.
- Beijer, H., Huijsmans, H., & De Vries, G. (2023). *Het wisselen van de wacht*. Dev organisatieadviseurs.
- Beijer, H., Lange, H., & Abeln, H. (2015). *Bestuurskracht, Vuistregels voor de inrichting van zorgbesturen*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Bennett, A., & Elman, C. (2006). Qualitative research: Recent developments in case study methods. *Annual Review of Political Science*, 9(1), 455-476.
- Berden, B. (2009). *Dat wat verstandig lijkt...* Oratie. Tilburg University.
- Berghout, M., Oldenhof, F., van der Scheer, W., & Hilders, C. (2020). From context to contexting: professional identity un/doing in a medical leadership development programme. *Sociology of Health & Illness*, 42(2), 359-378. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13007>
- Berns, K. V., & Klarner, P. (2017). A review of the CEO succession literature and a future research program. *Academy of Management Perspectives*, 31(2), 83-108. <https://doi.org/10.5465/amp.2015.0183>
- Bevir, M. (2006). *How narratives explain. Interpretation and method: Empirical research methods and the interpretive turn*, 281-290.
- Bilgili, H., Campbell, J. T., O'Leary, A., Ellstrand, A. E., & Johnson, J. L. (2020). The Final Countdown: Regulatory focus and phases of CEO-retirement. *The Academy of Management Review*, 45(1). <https://doi.org/10.5465/amr.2016.0455>
- Bijloos, S., Van der Scheer, W., & Van Veen-Berkx, L. (2017). *Bestuurders in beeld: Vijftien jaar onderzoek naar het besturen van zorgorganisaties*. De Tijdstroom.
- Bijloos, S. (2019). *Building a license to lead: Hoe zorgbestuurders bouwen aan draagvlak om te besturen*.
- Blank, B., Hadley, B., Minnick, K., & Rivolta, M. L. (2022). A game of thrones - Dynamics of internal CEO succession and outcome. *European Financial Management*, 28(1), 280-324.
- Born, M. Ph. (2007). *Vruchten van selectie*. Erasmus Universiteit.
- Born, M. Ph. (2012). Het selecteren van rechters: oude en nieuwe methoden. *Rechtstreeks*, 4, 17-26.
- Boyne A. G., James O., John P., & Petrovsky N. (2011). Top management turnover and organizational performance: A test of a contingency model. *Public Administration Review*, 71(4), 572-581.
- BOZ. *Governance Code Zorg*. Principes voor goed bestuur en zorg in Nederland. Geraadpleegd op 5 december 2024, van <https://www.governancecodezorg.nl>
- Brakel, Van, E. (2021). *Duaal management: 'De inhoud voorop!'*, Boommanagement.
- Brancheorganisaties zorg (2020), *Evaluatieonderzoek Governance Code Zorg*.
- Brancheorganisaties zorg, *Governancecode Zorg 2022*.
- Brandsen, T., & Karré P. M. (2011). Hybrid Organizations: no cause for concern? *International Journal of Public Administration*, 34(13), 827-836.
- Brockhoff, G., & Verkaik, N. (2024). Hoe bepaal je de bestuursomvang voor zorgorganisaties? *Goed Bestuur & Toezicht*.
- Buurman, B., (2020). *Advies Bianca Buurman over zeggenschap: 'Niets over ons, zonder ons'*.
- Bynander, F. (2016). Leadership succession in politics and business: Converging logics? In *The Routledge Companion to Leadership* (pp 179-194). Routledge.
- C** Chambers, N., & Exworthy, M. (2020). *Long serving NHS CEOs: what makes them tick and what keeps them going?*
- Chambers, N., Smith, J., Proudlove, N., Thorlby, R., Kendrick, H., & Mannion, R. (2020). Roles and behaviours of diligent and dynamic healthcare boards. *Health services management research*, 33(2), 96-108.
- Cheng, J. Y. J., Groysberg, B., & Healy, P. (2020). Your CEO succession plan can't wait. *Harvard Business Review*.
- Chih Lin, A. (1998), Bridging Posivist and Interpretivist Approaches to Qualitative Methods. *Policy Studies Journal*, 26(1), 162-180.
- Collier, D., & Mahon, J. E. (1993). Conceptual 'stretching' revisited: Adapting categories in comparative analysis. *American Political Science Review*, 87(4), 845-855.
- Commissie onderzoek faillissementen ziekenhuizen (2020). *De aangekondigde ondergang. Onderzoek naar de faillissementen van het MC Slotervaart en de MC IJsselmeerziekenhuizen*.
- Conger, J. A., & Fulmer, R. M. (2003). Developing your leadership pipeline. *Harvard business review*, 81(12), 76-85.

- Coyne, K. P., Rao, B. S. Y. (2005). *A guide for the CEO-elect. The days, weeks, or months between taking the job and assuming power are precious. Put them to good use.*
- Cragun, O. R., Nyberg, A. J., & Wright, P. M. (2016). CEO succession: what we know and where to go? *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance*, 3(3), 222-264.
- Citrin, J. M., Hildebrand, C. A., & Stark, R. J. (2019). The CEO life cycle. *Harvard Business Review*, 97(6), 56-60.
- D** Darouichi, A., Kunisch, S., Menz, M., & Cannella Jr, A. A. (2021). CEO tenure: An integrative review and pathways for future research. *Corporate Governance: An International Review*, 29(6), 661-683.
- Deckers, C., (2022). Werving en selectie van zorgbestuurders verdient beter. *Goed Bestuur en Toezicht*. Geraadpleegd op 5 december 2024, van <https://christeldeckers.nl/artikel-goed-bestuur-toezicht-01-2022/>
- De Koeijer-Gorisse, R., & Van der Scheer, W. (2020 en 2022). *Bestuurders in beeld: 20 jaar onderzoek naar het besturen van zorgorganisaties*. ESPHM, Erasmus Centrum voor Zorgbestuur.
- Derks, M., & Grit, K. (2015). *Een zorgbestuurder benoemen, een gewaagde beslissing*. Erasmus Centrum voor Zorgbestuur.
- De Waal, M. M. (2020). *The Balancing Act of Effective Supervision: Understanding the Relationship between Internal and External Supervision*. University of Groningen.
- Dijk van, G. M. (2018). *Game of Thrones, regels en bedoelingen*. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Publiek Leiderschap aan de School of Business and Economics van de Vrije Universiteit Amsterdam op 21 maart 2018.
- Dinjens, P. (Ed.). (2018). *Goede raad voor commissarissen. 21 inzichten voor toezichthouders en bestuurders*. Mediawerf.
- E** Eriksson, T., Strøjer Madsen, E., Dilling-Hansen, M., & Smith, V. (2001). Determinanten van het verloop van de CEO en de raad van bestuur. *Empirica*, 28(3), 243-257.
- Evers, J. (2015). *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde*. Boom.
- Evers, J. (2016). *Kwalitatief analyse: kunst én kunde*. Boom.
- F** Federatie Medisch Specialisten, NVZ (2024). *Handreiking Gelijkgerichtheid. Samen werken aan passende zorg*. Geraadpleegd op 5 december 2024, van https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2024-11/handreiking_gelijkgerichtheid_samen_werken_aan_passende_zorg.pdf
- Finkelstein, S., Hambrick, D., & Canella, A., (2008). *Strategic Leadership: Theory and Research on Executives, Top Management Teams, and Boards*. Oxford University Press.
- Frissen, P., & Meurs, P. (2020). Blog: Verlangen naar uniformiteit frustreert goed bestuur. *Zorgvisie*. Geraadpleegd op 5 december 2024, van <https://www.zorgvisie.nl/blog/verlangen-naar-uniformiteit-frustreert-goed-bestuur/>
- Froelich, K., McKee, G., & Rathge, R. (2011). Succession planning in non-profit organizations. *Nonprofit Management and Leadership*, 22(1), 3-20.
- G** Gabarro, J. J. (1987). *The dynamics of taking charge*. Harvard Business School Press.
- Gao, H., Harford, J., & Li, K. (2017). CEO turnover-performance sensitivity in private firms. *Journal of financial and quantitative analysis*, 52(2), 583-611.
- Geib, N., & Boenigk, S. (2022). Improving nonprofit succession management for leadership continuity: A shared leadership approach. *Nonprofit Management and Leadership*, 33(2).
- George, A. L., & Bennett, A. (2005). *Case studies and theory development in the social sciences*. The MIT Press.
- Geys, B., Connolly, S., Kassim, H., & Murdoch, Z. (2020). Follow the Leader? Leader Succession and Staff Attitudes in Public Sector Organizations. *Public Administration Review*, 80(4), 555-564. <https://doi.org/10.1111/puar.13189>
- Giambatista, R. C., Rowe, W.G., Riaz, S. (2005). Nothing succeeds like succession: A critical review of leadership succession literature since 1994. *The Leadership Quarterly*, 16(5), 963-991.
- Groves, K. S. (2017). Developing and Validating a Succession Management Assessment for Healthcare Organizations. *Academy of Management Proceedings*, 2017(1), 15097.
- Grunberg, J. (2002). *Problematic Departures, CEO exits in Large Swedish Publicly Traded Corporations*.
- Grusky, O. (1963). Managerial succession and organizational effectiveness. *American Journal of Sociology*, 69(1), 21-31.
- Gupta, A. (2019). Physician versus non-physician CEOs: the effect of a leader's professional background on the quality of hospital management and health care. *Journal of Hospital Administration*, 8(5), 47.
- H** Haddadj, S. (2006). Paradoxical process in the organizational change of the CEO succession. *Journal of Organizational Change Management*, 19(4), 447-456.
- Hambrick, D. C. (2007). Upper echelon theory: An update. *Academy of Management review*, 32(2), 334-343.
- Hambrick, D. C., & Fukutomi, G. D. S. (1991). The Seasons of a CEO's Tenure. *Academy of Management Review*, 16(4), 719-742.
- 't Hart, P., & Uhr, J. (Eds.) (2011). *How Power Changes Hands: Transition and succession in Government*. Palgrave Macmillan Ltd.

- 't Hart, P., & Tummers, L. (2019). *Understanding public leadership*. Bloomsbury Publishing.
- Havrylyshyn, A., & Schepker, D. J. (2020). Succeeding at CEO Succession Planning: Linking Expertise, Board Attention, and Planning Activities. *Academy of Management Proceedings*, 2020(1), 12253.
- Hearld, L. R., Opoku-Agyeman, W., Kim, D. H., & Landry, A. Y. (2019). CEO turnover among US acute care hospitals, 2006-2015: variations by type of geographic area. *Journal of Healthcare Management*, 64(1), 28-42.
- Helderman, J.K. (2007). *Bringing the Market Back In? Institutional Complementarity and Hierarchy in Dutch Housing and Health Care*. Erasmus University.
- Henderson, A., Miller, D., & Hambrick, D. (2006). How quickly do CEO's become obsolete? Industry dynamism, CEO tenure, and company performance. *Strategic Management Journal*, 27(5), 447-460.
- Henselmans, H. (2021). *Het broze huwelijk tussen bestuur en toezicht*. NVTZ.
- Het Financieele Dagblad, 3 augustus 2020. *Zorgbestuurders gruwen van aangekondigd verscherpt toezicht*.
- Hooge, E., Houwen, L., Van der Meer, N., & Slappendel, R. (2016). *Evaluatierapport msb's*. TIAS Business School.
- Huijsmans, H. (2024). *Co-bestuur, een pas de deux*. Dev organisatieadviseurs.
- Huijsmans, H., Paquay, R., & Spijkers, F. (2018). *Bestuurskracht in het MSB*. Dev organisatieadviseurs.
- Huiting, M., Jong, R. de, Frissen, P., & Schulz, M. (2021). *Aftreden of optreden, over schuld en symboliek van wethouders in problemen*. Nederlandse School voor Openbaar Bestuur.
- Hutzschenreuter, T. (2012). How new leaders affect strategic change following a succession event: A critical review of the literature. *The Leadership Quarterly*, 23(5), 729-755.
- I** IGJ en NZa. (2022). *Kader Goed Bestuur*. Geraadpleegd 5 december 2024, van <https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2020/07/03/kader-goed-bestuur>
- Intintoli, V. J., Zhang, A., & Davidson, W. N. (2014). The impact of CEO turnover on firm performance around interim successions. *Journal of Management & Governance*, 18(2), 541-587.
- J** Janke, K., Propper, C., & Sadun, R. (2019). *The impact of CEOs in the public sector: Evidence from the English NHS* (No. w25853). National Bureau of Economic Research.
- Jansen, R. T. J. M. (2017). *Het zekere voor het onzekere. Tweebenig besturen in de zorg*. Rede uitgesproken bij de openbare aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar vanwege de NVZD. Erasmus Universiteit.
- Joshi, A., Hambrick, D. C., & Kang, J. (2021). The generativity mindsets of chief executive officers: a new perspective on succession outcomes. *Academy of Management Review*, 46(2), 385-405.
- K** Kaats, E., Opheij, W. (2008). *Bestuurders zijn van betekenis. Allianties en netwerken vanuit bestuurlijk perspectief*. Read Business.
- Karaevli, A. (2007). Performance consequences of new CEO 'Outsiderness': Moderating effects of pre and post succession contexts. *Strategic management journal*, 28(7), 681-706.
- Katz, R. (1980). Time and work: An integrative perspective. In B. M. Staw & L. L. Cummings (Eds.) *Research in organizational behavior*, 2, 81-127. JAI Press.
- Keil, T., Lavie, D., & Pavićević, S. (2021). When Do Outside CEOs Underperform? From a CEO-Centric to a Stakeholder-Centric Perspective of Post-Succession Performance. *Academy of Management Journal*, 65(5).
- Keil, T., & Zangrillo, M. (2021). *The Next CEO: Board and CEO Perspectives for Successful CEO Succession*. Routledge.
- Kesner, I. F., & Sebor, T. C. (1994). Executive succession: Past, present en future. *Journal of management*, 20(2), 327-372.
- Khurana, R. (2011). *Searching for a corporate savior: The irrational quest for charismatic CEOs*. Princeton University Press.
- Khurana, R., & Nohria, N. (2000). *The performance consequences of CEO turnover*. Available at SSRN 219129.
- KPMG (2022). *Wie doet het met wie? Op weg naar een houdbare toekomst voor de zorg*.
- Koopman, J., & Pool, J. (1992). *Management en besluitvorming in organisaties: Een strategisch perspectief*. Van Gorcum.
- L** Lange, H. (2014). *Uit het goede hout gesneden: de enerverende stap van manager naar bestuurder*. Mediawerf.
- Lange, H., Beijer, H., & Abeln, H. (2016). componeer een topteam. *Skipr*, 9, 30-31.
- LeCounte, J. F., Prieto, L. C., & Phipps, S. T. (2017). CEO succession planning and organizational performance: A human capital theory approach. *Journal of Leadership, Accountability, and Ethics*, 14(1), 46-57.
- Leibert, M., & Leaming, L. E. (2010). Critical access hospital chief executive officer turnover: implications and challenges for governing boards. *The Health Care Manager*, 29(1), 22-28.
- Lewellen, K. (2022). *Women in charge: Evidence from hospitals*. Available at SSRN 4173367.
- Luciano, M. M., Nahrgang, J. D., & Shropshire, C. (2020). Strategic leadership systems: Viewing top management teams and boards of directors from a multiteam systems perspective. *Academy of Management Review*, 45(3), 675-701.

- M** March, J. G., & Olsen, J. P. (2010). *Rediscovering institutions*. Simon and Schuster.
- Maso, I., Smaling, A. (1998/2004). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Boom.
- Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American journal of sociology*, 83(2), 340-363.
- Meurs, P.L. (1997). *Nobele wilden. Over verantwoordelijkheden van directeuren van instellingen in de gezondheidszorg*. Oratie uitgesproken bij het aanvaarden van het ambt van bijzonder hoogleraar met als leeropdracht: 'Management van instellingen in de Gezondheidszorg aan het Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Meurs, P. (2022). *Zorgen over grenzen*. Erasmus School of Health Policy & Management. Geraadpleegd 5 december 2024, van <https://www.eur.nl/eshpm/media/2022-07-35326boekjeaafscheidsredepaulinemeursdefo>
- Moen, J. (2016). *Hectiek in de bestuurskamer*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Mooney, C. H., Semadeni, M., & Kesner, I. F. (2017). The selection of an interim CEO: Boundary conditions and the pursuit of temporary leadership. *Journal of Management*, 43(2), 455-475.
- Moore, M. H. (1997). *Creating public value: Strategic management in government*. Harvard university press.
- Moore, M. H. (2020). Organizational Strategy in the Public sector. In *Making Policy Happen* (pp. 247-258). Routledge.
- Muijsers, L. (2016). *Samengesteld Besturen: de kracht en kwetsbaarheid van duale besturing in algemene ziekenhuizen*. Erasmus University.
- N** Niessen, L. (2022). *Hospital Leadership Monitor*. Tias Business School.
- Nyberg, A. J., Cragun, O. R., & Schepker, D. J. (2021). Chief executive officer succession and board decision making: review and suggestions for advancing industrial and organizational psychology, human resources management, and organizational behavior research. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 8, 173-198.
- NVTZ (2019). In *Vogelvlucht*. Geraadpleegd 5 december 2024, van <https://www.nvtz.nl/wp-content/uploads/2022/04/Jaarverslag-NVTZ-2019.pdf>
- NVTZ, NVZD (2021). *Goed zorgbestuur, gezonde voorwaarden*. Geraadpleegd op 5 december 2024, van <https://www.nvtz.nl/wp-content/uploads/2024/03/Goed-zorgbestuur-gezonde-voorwaarden.pdf>
- NZa (2024). *Monitor verbeterpotentieel medisch-specialistische bedrijven*. Geraadpleegd 5 december 2024, van https://puc.overheid.nl/doc/PUC_760379_22
- O** Ocasio, W. (1999). Institutionalized action and corporate governance: The reliance on rules of CEO succession. *Administrative Science Quarterly*, 44(2) 84-416.
- Oosterling, M. (2019). *Op zoek naar leiderschap: de top in non-profit organisaties gezien vanuit selectie*.
- Ott, M. (2013). *Talent in beweging: Loopbanen voor en na de Topclass*. Erasmus CMDz.
- Overman, S., & Bokhorst, M. (2021). *Bestuurlijk verval in de semipublieke sector: Toezicht als meegroeierende tegenkracht*. Boom.
- P** Pache, A. C., Battilana, J., & Spencer, C. (2024). An integrative model of hybrid governance: The role of boards in helping sustain organizational hybridity. *Academy of Management Journal*, 67(2).
- Pennens, van der, R. M. A. (2016). *Besluitvorming in het ziekenhuis*. Tilburg University.
- Pettigrew, A.M. (1990). Longitudinal field research on change: Theory and practice. *Organizational Science*, 1(3), 267-292.
- Putters, K. (2009). *Besturen met duivelselastiek*. Oratie uitgesproken bij het aanvaarden van het ambt van bijzonder hoogleraar met als leeropdracht: Management van instellingen in de Gezondheidszorg aan het Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Putters, K., Van der Grinten, T., & Wallenburg, I. (2023). *Bestuurlijke deling en gedeeld bestuur: hoe staat het met de 'boedelscheiding'?* Hoofdstuk in Liber Amicorum ter gelegenheid van het afscheid van Pauline Meurs als hoogleraar Bestuur van de Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam.
- R** Rijksoverheid (2020). *De onaangekondigde ondergang, een onderzoek naar het faillissement ziekenhuizen*. Geraadpleegd op 5 december 2024, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/03/04/de-aangekondigde-ondergang>
- Rijksoverheid (2022). *Integraal Zorgakkoord: Samen werken aan gezonde zorg*. Geraadpleegd op 5 december 2024, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
- Rijksoverheid (2024). *Hoofdlijnenakkoord kabinet-Schoof*. Geraadpleegd op 5 december 2024, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2024/09/13/regeerprogramma-kabinet-schoof>
- Rivolta, M. L. (2018). Worth the wait? Delay in CEO succession after unplanned CEO departures. *Journal of Corporate Finance*, 49(3), 225-251.
- Rothwell, W. J. (2010). *Effective Succession Planning: Ensuring Leadership Continuity and Building Talent From Within*. Amacom.
- Rowe, W. G., Cannella Jr, A. A., Rankin, D., & Gorman, D. (2005). Leader succession and organizational performance: Integrating the common-sense, ritual scapegoating, and vicious-circle succession theories. *The Leadership Quarterly*, 16(2), 197-219.
- S** Schepker, D. J., Nyberg, A. J., Ulrich, M. D., & Wright, P. M. (2018). Planning for future leadership: Procedural rationality, formalized succession processes, and CEO-influence in CEO-successionplanning. *Academy of Management Journal*, 61(2) 523-552.

Scholtes, E. (2012). *Transparantie, icoon dolende overheid*. Boom.

Scholtes, E., & Abeln, H. (2008). Deel III Governance in de gezondheidszorg.

In J. G. Sijmons, T. A. M. Van den Ende, T. J. Van der Ploeg, H. H. M. Scholtes, H. J. B. M. Abeln, J. Verhagen, S. G. Room & Y. M. Jansen (2008). *Preadvies van de Vereniging Handelsrecht 2008: Maatschappelijk ondernemen in het bijzonder in de zorg*. Kluwer. Geraadpleegd op 5 december 2024, van <https://www.koninklijke-vereenigingshandelsrecht.nl/images/docs/VHR2008.pdf>

Scott, W. R. (2013). *Institutions and organizations: Ideas, interests, and identities*. Sage publications.

Sessa, V. I. (2013). Executive promotion and selection. In *How people evaluate others in organizations* (pp. 91-110). Psychology Press.

Smit, J. (2019). *Het grote gevecht & het eenzame gelijk van Paul Polman*. Prometheus.

Sonnenfeld, J. (1988). *The Heroes Farewell*. Oxford University Press.

Stolker, J. (2023). *Het spel in de boardroom, een introductie in Behavioral Governance*. Boom.

Stoopendaal, A. (2008). *Afstand en nabijheid*. Van Gorcum.

Suchman, M. C. (1995). Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches. *Academy of management review*, 20(3), 571-610.

Swanborn, P. G. (2010). *Basisboek sociaal onderzoek*. Boom onderwijs.

T Teisman, G. R. (2000). Models for research into decision-making processes: on phases, streams and decision-making rounds. *Public administration*, 78(4), 937-956.

Turner, P., & Turner, P. (2019). Linking leadership and succession planning. In *Leadership in Healthcare. Delivering Organisational Transformation and Operational Excellence* (pp 233-262).

Tushman, M.L., & Rosenkopf, L. (1996) Executive succession, strategic reorientation and performance growth. *Management Science*, 42(7), 939-953.

Twist, M. (2018). *Woorden wisselen, Werken aan een hertaling van besturen, organiseren en adviseren*. Management Impact.

V Van Bergen, K. (2019). *CEO succession within top management teams: A process understanding of the (un) successful emergence and development of high quality collaboration*.

Vancil, R. F. (1987). *Passing the Baton: Managing the Process of CEO Succession*. Harvard Business School Press.

Van den Oever, K., & Beerens, B. (2021). Does task-related conflict mediate the board gender diversity-organizational performance relationship? *European Management Journal*, 39(4), 445-455.

Van der Kemp, S., & Faun, H. (2020). *Evaluatie van de accreditatie van zorgbestuurders*. Panteia.

Van der Scheer, W. (2013). *Onder zorgbestuurders. Omgaan met bestuurlijke ambiguïteit in de zorg*. Reed Business Education.

Van der Wal, Z., & Van Hout, E. T. J. (2009). Is public value pluralism paramount? The intrinsic hybridity and multiplicity of public values. *International Journal of Public Administration*, 32(3), 220-231.

Van der Woerd, O., Janssens, J., Van der Scheer, W., & Bal, R. (2024). Managing (through) a network of collaborations: A case study on hospital executives' work in a Dutch urbanized region. *Public Management Review*, 26(5), 1299-1321.

Van Eijck, E., (2018). *Bestemming Boardroom, over zoeken en gevonden worden*. Boom.

Venekamp, L. (2022). *De medisch specialist als ziekenhuisbestuurder. Voorbereiding, rolopvatting en spagaat*. Erasmus University.

Van Ooijen, M. (2013). *Toezichtsdynamica. Een exploratief kwalitatief onderzoek naar het functioneren van Raden van Toezicht in de gezondheidszorg*. Tilburg University.

Verschuren, P. J. M., & Doorewaard, J. A. C. M. (1995). *Het ontwerpen van een onderzoek*. Lemma.

W Wallenburg, I., Felder, M., Bal, R., & Kuijper, S. (2020). *Deelonderzoek 1 - Organisatie en waardering verpleegkundig werk*. RN2Blend.

Wiegman, N. (2019). Verpleegkundig leiderschap moet terug in het bestuur. *TVZ*, 129(29). <https://doi.org/10.1007/s41184-019-0015-3>

Wijnsma, P., Pelzer, H., & Milz, M. (2020). *Onvrijwillig. Lessen uit gedwongen vertrek van bestuurders*. Mediawerf.

Witvliet, L. (2005). *Beeldenstorm. Een (re) constructie van de interim manager*. Rozenberg Publishers.

WRR, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021). *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak* (WRR-Rapport 104).

Y Yazan, B. (2015). Three approaches to case study methods in education: Yin, Merriam, and Stake. *The qualitative report*, 20(2), 134-152.

Yin, R. K. (2002). *Case study research: Design and methods*. SAGE Publications.

Z Zajac, E. J., & Westphal, J. D. (1996). Who Shall Succeed? How CEO/Board Preferences and Power Affect the Choice of New CEOs. *The Academy of Management Journal*, 39(1) 64-90. Geraadpleegd op 5 december 2024, van <https://www.jstor.org/stable/256631>

Zhang, Y., & Rajagopalan, N. (2004). When the known devil is better than an unknown god: An empirical study of the antecedents and consequences of relay CEO successions. *Academy of management journal*, 47(4), 483-500.

Zhu, Q., Hu, S., Shen, W. (2020). Why do some insider CEOs make more strategic changes than others? The impact of prior board experience on new CEO insiderness. *Strategic Management*, 41(10) 1933-1951. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/smj.3183>

Zorgverzekeraars Nederland (2020). *Perspectief voor verandering. Visie Zorgverzekeraars Nederland op de medisch specialistische zorg*. Geraadpleegd op 5 december 2024, van <https://www.zn.nl/app/uploads/2023/03/Visie-ZN-MSZ-april-2022.pdf>

Zorn, M. L., DeGhetto, K., Ketchen Jr, D. J., & Combs, J. G. (2020). The impact of hiring directors' choice supportive bias and escalation of commitment on CEO compensation and dismissal following poor performance: A multimethod study. *Strategic Management Journal*, 41(2), 308-339.

Bijlagen

VERANTWOORDING LITERATUURSTUDIE

Invalshoeken

- De literatuurstudie werd met behulp van drie invalshoeken, gebaseerd op de deelvragen, verzameld en geselecteerd:
1. Het verloop van het proces van aan- tot aftreden. De te beantwoorden vragen zijn onder andere:
 - Wat zijn triggers voor bestuurswisselingen en (hoe) hebben de aanleidingen effect op het verloop van de zittingstermijn?
 - Volgens welke patronen (if any) verlopen het aan- en aftreden en de zittingstermijnen van bestuurders?
 2. De rollen en gedrag van betrokken partijen bij die processen, met vragen als:
 - Wie zijn de betrokken partijen en hoe gedragen ze zich ten opzichte van elkaar? Met name ging mijn aandacht uit naar de bestuurders in verschillende hoedanigheden (vertrekkend, inkomend en zittend, en als team) en het benoemende orgaan dat verantwoordelijk is voor het aannemen en ontslag van bestuurders.
 - Welke dynamiek en mechanismen tussen deze partijen komt uit de literatuur naar voren en in hoeverre hangen deze samen met de verhoudingen tussen de partijen vóór de bestuurswisseling?
 3. De uitkomsten van bestuurswisselingen in relatie tot het proces. Vragen aan de hand van deze invalshoek zijn:
 - Hoe worden in de literatuur processen en uitkomsten gedefinieerd en met elkaar in verband gebracht?
 - Welke verklaringslogica's over de invloed van nieuwe bestuurders op de resultaten van organisaties zijn er?

De ‘vertalingsuitdaging’ was hoe ik op een verantwoorde manier gebruik kon maken van literatuur over bestuurswisselingen uit met name de *corporate* omgeving, en eventueel uit de politiek-bestuurlijke omgeving, voor toepassing op de Nederlandse ziekenhuizen. Dat betekende kijken naar de overeenkomsten en verschillen in hoe de organisaties in de verschillende sectoren hun governance hebben georganiseerd. Door in die verschillende omgevingen te zoeken dacht ik optimale informatie op te halen over de genoemde drie invalshoeken.

De terminologie in de Engelstalige literatuur over ‘bestuurswisselingen’ zijn *leadership succession*, *leadership transition*, *executive succession*. In de meeste

literatuur is het de CEO over wiens opvolging het gaat, dus komen we ook de termen *CEO-succession* en *CEO-turnover* tegen. De Nederlandstalige literatuur hanteert ook de term *succession*. Voor bestuurders gaat het over opvolging- of managementplanning van bestuurders, leiderswisselingen en – zij het minder vaak – bestuurswisselingen.

Om de ‘vertaalslag’ goed te maken benoemde ik de equivalenten van de belangrijkste spelers bij bestuurswisselingen in de verschillende omgevingen en de aanduidingen van de wisselingen aan de top van de organisatie.

	Corporate omgeving	Gezondheidszorg en ziekenhuizen
Eindverantwoordelijke	Executive CEO	Bestuurder
Bestuur	Board, het executive deel	Raad van bestuur
Werkgever van bestuurder	Board, het non-executive deel	Raad van toezicht
Bestuurswisselingen	Leadership selection/transition Executive succession CEO-succession CEO turnover	Leiderschapswisselingen Bestuurswisselingen

De context en partijen in de politiek-bestuurlijke omgeving bleek achteraf te divers en afwijkend van ziekenhuizen om de literatuur daarover mee te nemen. Ik richtte me dus vooral op de rijke, qua omvang en gevarieerde benaderingen, van de opvolgingsliteratuur, die met name is gebaseerd op onderzoeken in het bedrijfsleven.

Verantwoording literatuurverzameling

Met dit in gedachten verzamelde ik in vier slagen de literatuur.

1. Concept literatuurlijst

- In de loop der jaren had ik al een voorlopige literatuurlijst samengesteld door bibliografieën/literatuuropgaven te scannen over bestuurswisselingen. Deze bevatte ook relevante literatuur over de governance van de gezondheidszorg en specifiek van ziekenhuizen.
- Deze literatuurlijst vulde ik aan met actuele publicaties vanuit de Academy of Management (AOM) over bestuurswisselingen en navenante onderwerpen vanuit de drie invalshoeken. Door mijn lidmaatschap van deze organisatie ontvang ik wekelijkse updates van alle recente publicaties.

- Dit leverde een eerste, globale lijst op van 45/50 artikelen die te maken hadden met het onderwerp bestuurswisselingen.

2. Zoektocht met algemene termen

- Via Google Scholar voerde ik vervolgens de term CEO succession in (geavanceerd zoeken, term in titel). Dat leverde meer dan 500 hits op. De andere termen (zie boven) leverden soortgelijke aantallen op.
- Voor verdere selectie paste ik *CEO-succession* in de laatste 3 jaar toe. Dat leverde 105 hits op. Deze lijst ben ik doorgelopen en heb daaruit nog een aantal artikelen/boeken gehaald die nog niet op mijn conceptlijst stonden. Zo kwam ik tot een aanvulling van 70/80 artikelen en boeken.
- Daarna voerde ik de term *bestuurswisselingen* in. Dat leverde in die zin interessante informatie op dat er geen artikelen zijn met ‘bestuurswisselingen’ in de titel. Toen ik zocht op ‘woorden in artikel’ leverde dat weliswaar rond de 450 hits op, maar bij het scannen van deze uitkomsten bleek dat het bijna in alle gevallen ging om bepaalde organisaties waar een bestuurswisseling plaats vond. Ik vond geen wetenschappelijke beschouwende artikelen over ‘bestuurswisselingen’. (Behalve drie artikelen en boekjes van mijzelf en/of met anderen).

3. Verdere specifieke zoektocht

- Het bestuderen van deze literatuur zorgde voor enerzijds uitdunning (sommige literatuur bleek minder bruikbaar omdat het bijvoorbeeld specifieke onderzoeken betrof naar de honorering van CEO's of anderszins te bedrijfsleven specifiek was) en anderzijds voor uitbreiding van de literatuurlijst. De aanvullingen haalde ik uit de bibliografieën van sommige artikelen en boeken, die specifieke informatie opleverde voor een van de drie invalshoeken.
- Zo was de appendix in het boek ‘Understanding public leadership’ (‘t Hart & Tummers, 2019: 157) behulpzaam. Hierin staan tien ‘*must reads*’ met een leeswijzer over betreffend onderwerp, waar ik vervolgens de boeken en artikelen heb gehaald die betrekking hebben op bestuurswisselingen.
- Met de ongeveer 80 artikelen en boeken die ik zodoende identificeerde ging ik aan de slag. Te beginnen met de eerste invalshoek: het proces van aan tot aftreden van bestuurders. Met de literatuur die ik daar tegenkwam en relevant was voor mijn andere deelvragen vulde ik de literatuurlijst verder aan.

4. Iteratieve zoektocht leidend tot bibliografie in proefschrift

Bovenstaand was geenszins een eenmalig en statisch proces. In de loop van de ruim vijf jaar die dit onderzoek in beslag nam werd de literatuurlijst voortdurend aangepast (meestal uitgebreid). Zoals ik verantwoord in hoofdstuk 4 ging ik regelmatig vanuit de empirie terug naar de theorie, en omgekeerd. Meestal

betrof dit verdieping in een bepaald thema (de vertrekkende bestuurder of het beoordelen van bestuurders door de raad van toezicht), soms kwam vanuit de empirie de behoefte aan een relatief nieuw thema op. Zo bleken bijvoorbeeld beeldvorming en personaliseren invloedrijke factoren bij bestuurswisselingen, samenhangend met de symbolische betekenis van bestuurswisselingen. Naar aanleiding van het empirische belang van het bestuursteam bij bestuurswisselingen leverde nader onderzoek daarnaar enige theoretische aanvullingen op.

Met de literatuur over de ziekenhuizen (hoofdstuk 2) en de methodologische literatuur (hoofdstuk 4) leidde dat uiteindelijk tot de bibliografie zoals opgenomen in dit proefschrift.

BIJLAGE 2

POPULATIEONDERZOEK

Openbare bronnen

Alle gegevens zijn uit openbare bronnen afkomstig. Dat betekent informatie van websites en jaarverslagen van ziekenhuizen, LinkedIn en in sommige gevallen de Kamer van Koophandel.

Definities

Bestuurders

Onder bestuurders verstaan we iedereen die **statutair als bestuurder** van betreffend ziekenhuis is benoemd en als zodanig bij de Kamer van Koophandel staat ingeschreven.

Ook interim-bestuurders die door ziekenhuizen als zodanig zijn benoemd zijn in het onderzoek meegenomen. In sommige gevallen was uit de openbare gegevens niet af te leiden of een bestuurder ad interim of regulier was benoemd. In deze gevallen hebben we dat verantwoord in het Excel file in de kolom 'bijzonderheden'.

In sommige ziekenhuizen zien we zogenaamde **cobestuurders**: medisch specialisten die parttime 'meebesturen'. We hebben deze alleen als 'bestuurders' aangemerkt als ze ook statutair en in de Kamer van Koophandel als bestuurder geregistreerd staan. Dat was maar in één ziekenhuis het geval. In een aantal andere ziekenhuizen zijn er vormen van niet-statutaire cobestuurders; deze hebben we niet aangemerkt als ziekenhuisbestuurders.

Bestuurswisseling

We definiëren zowel het moment dat een (interim-)bestuurder aftreedt als het moment dat een (interim-)bestuurder aantreedt als een bestuurswissel. Het bestuur wisselt dan namelijk van samenstelling. Dus als een bestuurder in 2012 aantreedt is dat één bestuurswissel en als hij of zij in 2017 aftreedt is dat weer een bestuurswissel.

Interim-bestuurders die korter dan 12 maanden aangesteld zijn geweest zijn niet meegeteld als een bestuurswissel.

Voor de zittingstermijnen rekenen wij generiek het jaar van aantreden en het jaar van aftreden beide als half jaar mee. De aanname daarbij is dat de in- en uitstroom gelijkmatig verdeeld zijn over de maanden van het jaar en we dan van dat gemiddelde (een half jaar) kunnen uitgaan.

Ziekenhuisorganisaties

We hebben de ziekenhuizen onderverdeeld in **academische ziekenhuizen**, **topklinische ziekenhuizen** en algemene ziekenhuizen. We hebben voor deze indeling gekozen omdat die gangbaar is in 'ziekenhuis-Nederland' en een historische en inhoudelijke achtergrond heeft.

Een ziekenhuis is in onze definitie een **juridisch zelfstandige entiteit**. Ook al maakt een ziekenhuis deel uit van een holding met andere ziekenhuizen, we beschouwen het als één ziekenhuis, totdat er een juridische fusie heeft plaatsgevonden. Dus als de ziekenhuizen alleen bestuurlijk maar (nog) niet juridisch zijn gefuseerd dan werden ze aangemerkt als zelfstandige ziekenhuizen.

Zo zijn bijvoorbeeld de ziekenhuizen die sinds 2013 de Reinier Haga Groep vormden in ons onderzoek als drie ziekenhuizen meegenomen: het HagaZiekenhuis en het Reinier de Graaf als STZ-ziekenhuizen en het Langeland Ziekenhuis als algemeen ziekenhuis. Dat deze holding in 2020 weer ontvlochten is, heeft dus geen invloed gehad op onze analyse. De bestuurders op holding-niveau van de Reinier Haga Groep in de periode 2013-2022 zijn dan ook niet meegenomen als ziekenhuisbestuurders en meegerekend bij bestuurswisselingen. (In dit geval zijn in de kolom 'bijzonderheden' zijn de namen van de holding-bestuurders vanaf de bestuurlijke fusie in 2013 wel vermeld).

De twee ziekenhuizen die de Santiz ziekenhuizen vormden, het Slingeland Ziekenhuis in Doetichem en het Streekziekenhuis Koningin Beatrix in Winterswijk, zijn vanaf 2017 gefuseerd. In het najaar van 2020 is het proces van de fusie ingezet. Van 2017 tot en met 2020 is Santiz als één ziekenhuis in onze analyse meegenomen. Vanaf 2021 worden ze weer aangemerkt als twee ziekenhuizen.

In het geval van fusie of de-fusie van een ziekenhuis zijn er in veel gevallen bestuurders die 'doorstromen' naar het nieuwe ge(de)-fuseerde ziekenhuis. We spreken dan niet van een bestuurswissel. Hoewel er juridisch sprake is van een nieuwe benoeming voor de nieuwe rechtspersoon, zien wij dit als een vorm van bestuurscontinuïteit.

Er zijn in Nederland een paar ziekenhuizen die deel uitmaken van een zorggroep waar ook ouderenzorgorganisaties deel van uitmaken, zoals de Rivas Zorggroep,

de Pantein Zorggroep en ZorgSaam. Omdat deze organisaties een bestuur hebben dat integraal verantwoordelijk is voor de hele zorggroep hebben we alle bestuurders van deze organisaties aangemerkt als ziekenhuisbestuurders.

Kolommen Excel file

In het basis-Excel file staan eerst de academische ziekenhuizen, dan de topklinische ziekenhuizen en vervolgens de algemene ziekenhuizen. Het file bestaat uit de volgende kolommen:

- De naam van het ziekenhuis op alfabetische volgorde
- Ziekenhuizen die in de onderzoeksperiode zijn gefuseerd, zijn opgenomen met hun huidige naam. Daaronder staan de namen van de ziekenhuizen waaruit zij zijn voortgekomen.
- De provincie waarin het ziekenhuis ligt
- Soort ziekenhuis: academisch, STZ of algemeen
- RvB: omvang van de raad van bestuur
- De achternaam en voornaam van de bestuurder
- Gender: man/vrouw
- Zijn of haar geboortejaar
- Positie in de RvB: voorzitter of lid, of interim
- Jaren 2010 tot en met 2022: 0 = niet (in functie), 1 = benoemd, 2 = in functie, 3 = vertrek
- In geval van fusie is bij een bestuurder die van ziekenhuis A doorstroomt naar het fusieziekenhuis, in het jaar van fusie een '2' genoteerd. (Zie eerder voor de verantwoording daarvan).
- Reden voor vertrek, in 9 categorieën
 - 1 = Overstap naar bestuursfunctie in ander ziekenhuis
 - 2 = Overstap naar andere sector in zorg
 - 3 = Overstap naar andere sector
 - 4 = Overstap naar andere functie binnen het ziekenhuis
 - 5 = Pensioen
 - 6 = Vertrek wegens verschil van inzicht (als zodanig in de pers of anderszins naar buiten gebracht)
 - 7 = Ontbinding arbeidsovereenkomst (reden onbekend)
 - 8 = Ziekte/overleden
 - 9 = Overige redenen van vertrek.

In veel gevallen was niet (betrouwbaar) te achterhalen wat de reden van vertrek was van een bestuurder. Dan werd in deze kolom niets ingevuld. Vulden we een 9 in (overige reden van vertrek) dan namen we in de kolom bijzonderheden op wat deze reden was.

Data analyse

De statistische analyses zijn uitgevoerd met R 4.0.2 (The R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2020), door dr. E. Schuit, Assistent-Professor Klinische Epidemiologie in het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht.

Het prepareren van de data voor uiteindelijke data analyse bestond uit de volgende stappen:

1. Het bepalen van aan- (code = 1) of aftreden (code = 3) van individuele bestuurders.
2. Het op basis van stap 1 bepalen van de zittingstermijn per bestuurder.
3. Het bepalen van de samenstelling van het bestuur binnen één ziekenhuis door opeenvolgende jaren binnen het ziekenhuis met elkaar te vergelijken ten aanzien van de persoonlijke bezetting. Bij veranderingen van de persoonlijke bezetting was sprake van een bestuurswissel.
4. Het op basis van stap 2 en 3 bepalen van de duur van het aantal bestuurswisselingen per ziekenhuis.
5. Analooq aan stap 3 is ook gekeken naar de bezetting van de raad van bestuur door te analyseren wat de duur was dat alle posities van de volledige raad bezet waren.

De genoemde werkwijze maakte het mogelijk om inzicht te krijgen in het absolute aantal bestuurswisselingen op het niveau van individuele bestuurders en op het niveau van de afzonderlijke ziekenhuizen. Daarnaast was het mogelijk om op het niveau van het ziekenhuis te kijken naar de zittingstermijnen.

Om rekening te houden met het feit dat in een ziekenhuis met een grotere raad van bestuur (bijvoorbeeld 5 leden) er meer bestuurswisselingen plaats kunnen vinden dan in een ziekenhuis met een kleine raad van bestuur (bijvoorbeeld 2 leden) is per ziekenhuis ook gekeken naar het aantal bestuurswisselingen per zetel in de raad van bestuur.

Een complicerende factor in de analyses waren de fusieziekenhuizen. Voor fusieziekenhuizen is ervoor gekozen om het aantal bestuurswisselingen te bepalen op basis van informatie uit de ziekenhuizen die bestonden voor de fusie (ziekenhuis A en B) en het ziekenhuis dat is ontstaan uit de fusie (ziekenhuis C). Hierbij is informatie gepoold over ziekenhuizen, gewogen op basis van het aantal bestaansjaren. Stel dus dat ziekenhuis A en B in 2015 zijn gefuseerd tot ziekenhuis C dan hebben alle ziekenhuizen, wanneer we het fusiejaar (2015) meetellen bij de bestaansjaren van ziekenhuis C, 5 jaar bestaan.

Stel dat er respectievelijk 6, 9, en 5 bestuurswisselingen hebben plaatsgevonden dan komt dit neer op $(6+9+5)/3 = 6.7$ bestuurswisselingen per ziekenhuis, en $(6+9+5)/(5+5+5) = 20/15 = 1.33$ bestuurswisselingen per ziekenhuis per jaar.

De statistische analyse is uitgevoerd middels beschrijvende statistiek, waarbij resultaten vooral inzichtelijk zijn gemaakt door middel van histogrammen, boxplots, en forest plots. De resultaten zijn gepresenteerd voor de totale groep ziekenhuizen alsook gestratificeerd per type ziekenhuis (academisch, topklinisch en algemeen), en op het niveau van de individuele bestuurder.

BIJLAGE 3

DE CASESTUDIE

3.A Notitie aan geïnterviewden en het interviewprotocol

Promotieonderzoek: waartoe en hoe

In 2019 ben ik gestart met een promotietraject, met bestuurswisselingen in Nederlandse ziekenhuizen als onderwerp. De aanleiding hiervoor is mijn uit jarenlange waarneming voortkomende verwondering over het proces van bestuurswisselingen in ziekenhuizen en de uitkomsten daarvan. De centrale vraagstelling van mijn onderzoek is dan ook: *Hoe verlopen bestuurswisselingen in Nederlandse ziekenhuizen en hoe waarden betrokkenen het proces en de uitkomst van bestuurswisselingen?*

De bovenliggende doelstelling is de betekenis en waarde van de continuïteit van het bestuur in het ziekenhuis te onderzoeken. Onder bestuurscontinuïteit versta ik een onafgebroken periode versta waarin een bestuur het ziekenhuis bestuurt. In het algemeen is het periodiek wisselen van een bestuurder gezond en is teveel wisselen te 'kostbaar', qua aandacht, tijd, geld, discontinuïteit van bestuurlijke processen én van het bestuursteam. Maar wat is 'periodiek' en 'teveel', en is dat te beïnvloeden? Om antwoord te krijgen op deze vragen bestaat mijn empirisch onderzoek uit drie delen:

1. Het in kaart brengen van alle bestuurswisselingen in de Nederlandse ziekenhuizen in de afgelopen 10 jaar
2. Casestudieonderzoek in drie ziekenhuizen
3. Focusgroepen bestaande uit relevante groeperingen bij bestuurswisselingen in ziekenhuizen, zoals ziekenhuis-bestuurders, voorzitters van raden toezicht, stafvoorzitters, en dergelijke.

Deze notitie is bedoeld als achtergrondinformatie voor de casestudies.

Mijn promotoren zijn prof. dr. Paul 't Hart (Universiteit Utrecht) en dr. Wilma van der Scheer (ESHPM, Erasmus Universiteit).

Case studies

Onderwerp casestudie

Na een theoretische verkenning en het in kaart brengen van alle bestuurswisselingen van de afgelopen tien jaar in de Nederlandse ziekenhuizen wil ik in 2021 een casestudieonderzoek verrichten. Deze richt zich op de laatste drie bestuursperiodes in betreffend ziekenhuis.

Onder een 'bestuursperiode' versta een bepaalde periode van een ZH-bestuur. Deze hangen op een bepaalde samen met de wisselingen in het bestuur. Hoe precies is een van de te onderzoeken elementen. Het onderzoek in het casestudie-ziekenhuis richt zich op het proces en de uitkomst van het wisselen van het bestuur in die periodes.

In welk ziekenhuis casestudieonderzoek?

Op basis van de in kaart gebrachte bestuurswisselingen heb ik een aantal ziekenhuizen geselecteerd waar de afgelopen tien tot twaalf jaar minimaal drie bestuurswisselingen hebben plaatsgevonden. Van de 75 ziekenhuizen in Nederland zijn dat er zestien.¹⁹⁹

Van de zestien ziekenhuizen met drie bestuurswisselingen in de afgelopen tien jaar heb ik de ziekenhuizen die in die periode gefuseerd zijn, of anderszins qua context afwijken van de andere ziekenhuizen, afgetrokken. Van de ziekenhuizen die overbleven koos ik er drie waar ik het verzoek heb neergelegd er casestudieonderzoek te mogen uitvoeren. Inmiddels heeft in één ziekenhuis de raad van toezicht en de raad van bestuur toestemming gegeven, namelijk uw ziekenhuis.

Werkwijze

Ik ben voornemens als volgt te werk te gaan.

Reconstructie van het proces van de drie bestuurswisselingen

- Op basis van documenten/schriftelijke informatie, verstrekt door het ziekenhuis, breng ik chronologisch en achtereenvolgend de bestuurswisselingen van de afgelopen 12 jaar in kaart. Ook de ontwikkelingen in de context worden in grote lijnen meegenomen in deze reconstructie.
- Vervolgens benoem ik drie bestuursperiodes: tijdperken/periodes waarin een bestuur in een bepaalde samenstelling het ziekenhuis bestuurde.
- Met deze reconstructie identificeer ik ook de verschillende betrokkenen.

¹⁹⁹] Drie bestuurswisselingen in tien jaar tijd blijkt ook een gemiddelde, maar de variatie tussen alle ziekenhuizen is groot. Zo is er één ziekenhuis waar in tien jaar tijd geen enkele bestuurswissel heeft plaatsgevonden en een academisch ziekenhuis met in dezelfde periode zestien bestuurswisselingen. Uiteraard is de omvang van het bestuur een relevante factor in dezen.

Interviews met betrokkenen

Vervolgens vraag ik aan elk van de belangrijkste betrokkenen uit de reconstructie of ik hem of haar mag interviewen. Ik schat dat dit interviews betreft met vier/vijf bestuurders, twee voorzitters van de raad van toezicht, twee /drie voorzitters van de medische staf, OR en CR, een vier-/vijftal managers en de betrokken executive searcher(s). In totaal ongeveer twintig interviews.

Deze interviews worden semigestructureerd afgenomen en daarin zullen in hoofdlijnen de volgende onderwerpen aan de orde komen:

- Check op de chronologie van het feitelijke proces.
 - Ik ben voornemens de geïnterviewden ter voorbereiding op het interview de chronologie toe te sturen, en dan in het gesprek te checken of dit klopt met hun herinnering.
- De beleving van het proces.
 - Dit betreft vragen naar de procedure, hun rol in het proces, waaronder het tot stand komen en hanteren van het profiel.
- De beleving van de uitkomst.
 - Dit betreft vragen naar de criteria die de geïnterviewden hanteerden/hanteren voor het waarderen van de uitkomst, de benoeming van de nieuwe bestuurder(s).
- De waardering van proces en uitkomst in relatie tot elkaar.
 - Dit zijn vragen over wat geïnterviewden een 'goed proces' vinden en welke criteria ze hanteren om de uitkomst te waarderen, zowel op het moment van aantreden als op volgende momenten in de zittingsduur van de betreffende bestuurder.

Transparantie, vertrouwelijkheid en anonimiteit

Een proefschrift is een openbaar document. Het is een proeve van wetenschappelijke bekwaamheid en daarvoor zijn transparantie en validatie noodzakelijk. Tevens dient de privacy van het betrokken ziekenhuis en individuen beschermd te worden. Dat betekent dat het ziekenhuis en de betrokkenen geanonimiseerd zullen worden. Noch de naam van het ziekenhuis, noch van de geïnterviewden worden genoemd in het proefschrift.

Elke geïnterviewde wordt geïnformeerd over het onderzoek en de werkwijze, en gevraagd een *informed consent*-formulier in te vullen. Van de interviews wordt een verslag gemaakt. Het concept verslag wordt aan de geïnterviewden voorgelegd. Zodoende vindt correctie plaats op feitelijke onjuistheden. Hoewel de citaten uit interviews niet naar de geïnterviewden herleidbaar zullen zijn, worden deze wel ter verificatie aan hen voorgelegd. De privacy van de geïnterviewde wordt

zodoende maximaal beschermd. Er wordt op geen enkele manier vertrouwelijke of persoonsgegevens van de geïnterviewden naar buiten gebracht

De goedgekeurde interviewverslagen en de documentbestudering verwerkt ik vervolgens tot de conceptrapportage. Deze wordt aan alle geïnterviewden voorgelegd voordat de definitieve rapportage in het proefschrift wordt gebruikt.

3.B Codering geïnterviewden naar bestuursperioden en functie

Bestuursperiodes

1. Bestuursperiode 1: periode 2008 – begin 2015
2. Bestuursperiode 2: periode september 2014 – november 2015
3. Bestuursperiode 3: periode december 2015 – tot heden

Functies en code

Functies

A = bestuurders (5)

B = toezichthouders (2)

C = voorzitters/leden stafbestuur (3)

D = managers/staffunctionarissen (4)

E = voorzitters/leden bestuur OR/ CR (2)

F = externen: executive searchers, zorgverzekeraars, onderzoekers, IGJ (5)

Bestuursperiode en geïnterviewden

Bestuursperiode 1

Bestuurders → (A1), A2

Voorzitters RvT → (B1), B2

Medisch Specialisten → C1, C2, C3

Managers/bestuurssecretaris → D1, D2, D3

Voorzitters CR/OR → E1

Externen → F1, F2, F4, F5

Bestuursperiode 2

Bestuurders → A3

Voorzitters RvT → B2

Medisch Specialisten → C2, C3

Managers/bestuurssecretaris → D1, D2, D3

Voorzitters CR/OR → E1

Externen → F2, F3, F5

Bestuursperiode 3

Bestuurders → A3

Voorzitters RvT → B2, B3

Medisch Specialisten → C2, C3

Managers/bestuurssecretaris → D1, D2, D3

Voorzitters CR/OR → E1, E2

Externen → F2, F3, F5

3.C Documentatie

Jaarverslagen 2007 tot en met 2019.

Verslagen raad van toezicht:

- 2008: 20/2, 13/5, 24/9 en 20/11.
- 2014: 21/11, 18/12.
- 2015: 5/2, 26/3, 22/5.
- Zelfevaluatie 2016, 2018 en 2020.

Overige documenten:

- Arbeidscontracten A1 (2008), A2 (2009), A4 (2015), A5 (2016).
- Resultaten medewerkers tevredenheidsonderzoek (2012).
- Opzeggen vertrouwen door stafbestuur (brief van stafbestuur en reactie van de raad van bestuur in 2014).
- Brief raad van bestuur aan IGJ over misstanden op het OK-complex (2014).
- Managementovereenkomst A3 (2014).
- Extern rapport (2014).
- Afwikkelingen ontslag (A1, brief OR aan raad van toezicht, 2015), A4 (brief aan A3, 2015)
- Brief raad van toezicht over werkwijze selectie nieuw bestuur (2015)

BIJLAGE 4

FOCUSGROEPEN

4.A De deelnemers aan de focusgroepen

Met de volgende, homogeen samengestelde groepen, zijn in totaal tien focusgroeps gesprekken en tien interviews gevoerd, met in totaal 57 deelnemers. De gesprekken vonden plaatst in de periode februari tot juni 2022:

- Voorzitters van raden van toezicht van ziekenhuizen (2)
- Ziekenhuisbestuurders (2)
- Voorzitters van medische staven en/of MSB's (2)
- Managers in ziekenhuizen (2)
- Voorzitters OR en CR (1, plus 4 individuele gesprekken)
- Bestuurssecretarissen (1)
- Executive searchers (6 individuele gesprekken)

Met de toezichthouders, de bestuurders, de stafvoorzitters en de managers zijn twee focusgroeps gesprekken gevoerd, met de bestuurssecretarissen één. Met de OR- en CR-voorzitters is vond één focusgroeps gesprek plaats. Omdat daar maar één CR-voorzitter aan mee kon doen zijn er aanvullend met nog vier CR-voorzitters interviews gehouden. Ook met de executive searchers, vertegenwoordigers van de bureaus betrokken bij werving en selectie van bestuurders van ziekenhuizen, zijn (zes) individuele interviews gehouden.

De groepsgrootte varieerde van vier tot acht deelnemers. De deelnemers waren afkomstig uit de drie categorieën ziekenhuizen: umc's, STZ en de algemene ziekenhuizen.

Nadere kennismaking

Een deel van de 12 deelnemende toezichthouders is ziekenhuisbestuurder geweest voordat hij of zij toezichthouder werd bij een ziekenhuis. Een aantal van hen is toezichthouder bij meerdere organisaties, in de gezondheidszorg of elders, sommigen ook bij meerdere ziekenhuizen. Het zijn dus ervaren toezichthouders, in dit geval bijna allemaal voorzitters, die aan het eind van hun eerste of in hun tweede vierjaarstermijn zitten in het ziekenhuis waaraan zij nu verbonden zijn. De bestuurswisselingen die zij meemaakten varieert van (nog) geen tot vijf.

Van de 12 deelnemende ziekenhuisbestuurders zijn er vijf voorzitter en zeven lid van raden van bestuur. De meeste deelnemende bestuurders hebben tussen de

vijf en twaalf jaar ervaring als ziekenhuisbestuurder, in één of twee ziekenhuizen. (Eén van hen in drie ziekenhuizen). Sommigen hebben in een andere sector bestuurservaring opgedaan of zijn als medisch specialist gestart en daarna ziekenhuisbestuurder geworden, een paar zijn als managers begonnen. Zij maakten tussen 'geen' tot zeven bestuurswisselingen mee. Een deelnemer heeft in de 13 jaar dat hij/zij ziekenhuisbestuurder is inmiddels in acht bestuursteams gezeten.²⁰⁰

De deelnemende 12 stafvoorzitters zijn voorzitter van het bestuur van de hele medische staf in een ziekenhuis of voorzitter van het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). Veelal maakt de voorzitter van een MSB deel uit van het stafbestuur (SB).^{201, 202} De meeste stafvoorzitters hebben een maximale zittingstermijn van drie jaar, bij andere ziekenhuizen is dit vier jaar. De deelnemers aan deze focusgroepen bekleden dus relatief kort deze functie. Ze zijn afkomstig uit topklinische en algemene ziekenhuizen verspreid over het hele land.²⁰³ De meegemaakte bestuurswisselingen van deze groep varieerde van geen tot zeven.

In totaal hebben 8 managers, uit drie STZ- en vier algemene ziekenhuizen, deelgenomen aan twee focusgroeps gesprekken. De meeste deelnemers zijn zeer ervaren managers, sommigen al meer dan 12 jaar. Ze begonnen als verpleegkundige of werden na een studie bedrijfskunde manager. Een aantal van hen werkte in meerdere ziekenhuizen. Zij maakten tussen de vier en negen bestuurswisselingen mee. Gemiddeld maakten zij dus de meeste bestuurswisselingen mee van alle partijen.

Het bij elkaar krijgen van de groep CR- en OR-voorzitters had meer voeten in de aarde dan bij de andere focusgroepen. Enerzijds omdat deze doelgroep ons bureau en mij niet of minder goed kent dan de andere groeperingen. Daardoor was het leggen van contacten moeilijker en de drempel om deel te nemen aan een focusgroep hoger. Anderzijds was er vooral vanuit de cliëntenraden schroom om deel te nemen omdat, zo meldde een aantal, zij geen of maar weinig bestuurswisselingen hadden meegemaakt. Ook bleek het begrip 'bestuurswisselingen' bij hen minder ingeburgerd dan bij de andere groeperingen. Uiteindelijk bestond de groep uit 7 deelnemers maar op het afgesproken tijdstip meldden zich 2 deelnemers af. In deze focusgroep zat er daardoor maar één CR-voorzitter en drie voorzitters van OR-en en

200] Twee jaar later sprak ik deze bestuurder weer. Deze vertelde dat hij/zij inmiddels in 15 jaar tijd in tien verschillende bestuursteams heeft gezeten. Relatief gezien is de omvang van deze bestuursteams groter dan gemiddeld.

201] Deze groepen stafvoorzitters vormden een al bestaande groep die gedurende een jaar zes keer bijeen komen bij dev.

202] Voor het leesgemak spreek ik verder van 'stafvoorzitters'. In de gesprekken maakten de deelnemers zelf geen onderscheid of ze voorzitter waren van de hele medische staf of alleen van het MSB als het gaat om bestuurswisselingen.

203] Umc's hebben een andere governance wat betreft medisch specialisten. Uit de umc's hebben twee bestuurders en een toezichthouder deelgenomen aan de focusgroepen.

één vicevoorzitter uit hetzelfde ziekenhuis als een van de voorzitters. Dus d deelnemers kwamen uit vier ziekenhuizen waarvan twee topklinische en twee algemene ziekenhuizen. Om meer ervaringen van de CR mee te kunnen nemen in het onderzoek is met vier CR-voorzitters nog een aanvullend interview gehouden. Dus uiteindelijk is met **8 CR- en OR-voorzitters** gesproken. Ze maakten tussen de drie en vijf bestuurswisselingen mee.

Bij het focusgroepsgesprek waren **5 bestuurssecretarissen** aanwezig. Eén van hen heeft jarenlang deze functie bekleed en heeft nu een andere functie in hetzelfde ziekenhuis. Met één bestuurssecretaris heeft er nog een apart gesprek plaatsgevonden, omdat hij onverwachts niet kon aansluiten bij het geplande focusgesprek. De bestuurssecretarissen waren afkomstig uit vier algemene ziekenhuizen en één STZ-ziekenhuis. Ze maakten één tot zeven bestuurswisselingen mee.

Het plan was om ook een focusgroep executive searchers te vormen. Op mijn uitnodiging gaven verschillende executieve searchers aan wel mee te willen werken aan het onderzoek maar alleen in de vorm van een individueel interview. Ze voelden zich niet comfortabel het gesprek over bestuurswisselingen gezamenlijk te voeren. In navolging daarvan is met **6 executive searchers** een individueel gesprek gevoerd, waarin wel uitspraken van hun collegae aan ze voorgelegd heb. De meeste van hen zijn al een groot deel van hun werkzame leven executive searcher. Allen zijn dagelijks bezig met werving-en-selectieprocedures voor diverse functies in de gezondheidszorg, sommigen ook in andere sectoren. Hun ervaring met bestuurswisselingen in ziekenhuizen varieerde van vijf tot meer dan dertig ziekenhuizen

Bovenstaand overziend dan hebben de managers de meeste bestuurswisselingen meegemaakt, gevolgd door de bestuurders zelf. Bij de stafvoorzitters is het moeilijk precies te bepalen hoeveel bestuurswisselingen zij meemaakten. Vaak gaat het stafbestuurslidmaatschap vooraf aan het stafvoorzitterschap. In die laatste functie met een vast zittingstermijn van drie tot vier jaar hebben de meesten gemiddeld één bestuurswisseling meegemaakt. De toezichthouders hebben relatief gezien het minste aantal bestuurswisselingen meegemaakt. Ook zij zijn gebonden aan een vaste zittingstermijn van twee keer vier jaar.

4.B Meegemaakte bestuurswisselingen

In de onderstaande tabel zijn de gegevens over het aantal meegemaakte bestuurswisselingen per deelnemer en groepering weergegeven. In bijna alle gevallen betrof het een twee- of driehoofdige raad van bestuur; in een enkel geval een vierhoofdig bestuur. De executieve searchers zijn niet meegenomen omdat zij q.q. veel bestuurswisselingen meemaken.

Overzicht deelnemers en meegemaakte bestuurswisselingen

Groepering	Jaren in functie en meegemaakte bestuurswisselingen
Bestuurders (12)	• A: 6 jaar in functie → 1 bestuurswisseling • B: 1 jaar in functie → geen bestuurswisseling (hiervoor manager in ziekenhuis, toen in 18 jaar 12 bestuurswisselingen meegemaakt, inclusief aantal interim-bestuurders) • C: 3 jaar in functie → 2 bestuurswisselingen • D: 3 jaar in functie → 2 bestuurswisselingen (w.o. 1 bestuurder die maar 1 jaar in functie was) • E: 11 jaar in functie, in eerste ZH 8 jaar in functie → 5 bestuurswisselingen, in huidige ZH 3 jaar in functie → 2 bestuurswisselingen (deze bestuurder heeft in 11 jaar inmiddels in 6 verschillende bestuursteams gezeten) • F: 5 jaar in functie → 3 bestuurswisselingen • G: 4 jaar in functie → 1 bestuurswisseling • H: 6 jaar in functie → 2 bestuurswisselingen • I: 10 jaar in functie → 5 bestuurswisselingen • J: 18 jaar in functie in meerdere ziekenhuizen, in huidige ZH 5 jaar in functie → 2 bestuurswisselingen • K: 1 jaar in functie → nog geen (in vorige functie als manager in 4 jaar 4 bestuurswisseling, inclusief 3 interim-bestuurders) • L : 7 jaar in functie → 2 bestuurswisselingen

Groepering	Jaren in functie en meegemaakte bestuurswisselingen
Toezichthouders (12)	- A: 4 jaar in functie → 2 bestuurswisselingen in huidige ZH - B: In 2 ZH toezichthouder 4 jaar in functie → 1 bestuurswisseling 1 jaar in functie → geen bestuurswisseling (wel aftreden voorzitter verwacht) - C: is ook in 2 ZH toezichthouder 5 jaar in functie → 2 bestuurswisselingen 2 jaar in functie → geen bestuurswisseling - D: 8 jaar in functie → 5 bestuurswisselingen - E: 2 jaar in functie → geen bestuurswisselingen - F: 3 jaar in functie → 5 bestuurswisselingen (waaronder een interim-bestuurder; daarnaast werd een lid voorzitter RvB) - G: 10 jaar toezichthouder in 3 ZH → 10 bestuurswisselingen in totaal; in 'laatste' ZH nog geen bestuurswisselingen (ws volgend jaar) - H: 2 jaar in functie → 2 bestuurswisselingen - I: 4 jaar in functie → 1 bestuurswisseling - J: 6 jaar in functie → 2 bestuurswisselingen - K: 5 jaar in functie → 4 bestuurswisselingen - L: 6 jaar in functie → 2 bestuurswisselingen
Stafvoorzitters (12)	Stafvoorzitters worden in de meeste ziekenhuizen voor een periode van 3 tot maximaal 4 jaar aangesteld. Vaak gaat hieraan een aantal jaren als stafbestuurslid vooraf. De aantallen bestuurswisselingen hebben betrekking op hun periode als stafbestuurslid. - A: 3 bestuurswisselingen - B: geen bestuurswisselingen - C: in twee perioden 8 bestuurswisselingen, inclusief interimers - D: nog geen bestuurswisselingen, volgend jaar een verwacht - E: idem - F: 7 bestuurswisselingen, w.o. 3 interim-bestuurders (in twee zittingsperioden met een aantal jaar daartussen). - G: 3 bestuurswisselingen (in twee zittingsperioden met een aantal jaar daartussen) - H: 3 bestuurswisselingen, waaronder bestuurslid dat bestuursvoorzitter werd - I: geen bestuurswisselingen - J: 4 bestuurswisselingen - K: nog geen bestuurswisselingen als stafvoorzitter, wel 5 bestuurswisselingen als stafbestuurslid sinds 2016 - L: 2 bestuurswisselingen

Groepering	Jaren in functie en meegemaakte bestuurswisselingen
Managers (8)	- A: 4 jaar in functie → 4 bestuurswisselingen (inclusief één interim-bestuurder) - B: 4 jaar in ZH 1 → 1 wissel en 1 uitbreiding RvB, en 3 jaar in ZH 2 → 3 - C: 12 jaar in en een ZH → 7 bestuurswisselingen, 2 in functie → geen bestuurswisseling - D: 10 jaar in functie → 7 bestuurswisselingen (inclusief 2 interim-bestuurders, van de 18 managers waarmee hij begon tien jaar geleden is hij als enige nog in functie) - E: 7 jaar in functie → 9 bestuurswisselingen (inclusief 1 interim-bestuurders en 2 leden RvB die binnen twee jaar vertrokken) - F: 7 jaar in functie → 7 bestuurswisselingen (inclusief 3 interim-bestuurders) - G: 8 jaar in functie → 7 bestuurswisselingen (inclusief 1 interim-bestuurder) - H: 6 jaar in functie → 3 bestuurswisselingen
Voorzitters CR en OR (8)	- A: 9 jaar in functie als CR-voorzitter → 3 bestuurswisselingen - B: 3 jaar in functie als OR-vicevoorzitter → 3 bestuurswisselingen - C: 3 jaar als voorzitter OR (daarvoor 13 jaar lid OR) → 3 bestuurswisselingen - D: 2 jaar in functie als OR voorzitter (daarvoor 11 jaar OR-lid) → in hele periode als OR-lid 6 bestuurswisselingen - E: 2 jaar in functie als voorzitter OR (daarvoor 3 jaar als lid OR) → 5 in hele periode als OR-lid - F: 2 jaar in functie → nog geen bestuurswisseling meegemaakt - G: 4 jaar in functie → 1 bestuurswisseling - H: 3 jaar in functie → 2 bestuurswisselingen
Bestuurssecretarissen (5)	- A: 22 jaar in functie → 6 bestuurswisselingen (laatste 7 jaar geen) - B: 10 jaar in functie → 5 bestuurswisselingen (mede door fusie) - C: 8 jaar in functie → 3 bestuurswisselingen - D: 9 jaar in functie → 5 bestuurswisselingen - E: 3 jaar in functie → 1 bestuurswisseling

4.c Voorbeeld standaard werving-en-selectieprocedure nieuwe ziekenhuisbestuurder

Week	Actie	Betrokkenen
0	Keuze searchbureau	Raad van toezicht
1	Intakefase en opstellen wervingsprofielen De werving-en-selectieprocedure start met het maken van afspraken over het proces.	Raad van toezicht Search Bureau
2	Opstellen profielen Op basis van de kennis van de organisatie en de interviews met de partijen stelt het searchbureau een profiel op.	Raad van toezicht Raad van bestuur Managers Medische staf Ondernemingsraad Cliëntenraad Search Bureau
3	Goedkeuren profielen De vastgestelde profielen worden ter goedkeuring voorgelegd aan de belanghebbenden binnen de organisatie. Daarmee start de werving.	Raad van toezicht Raad van bestuur Managers Medische staf Ondernemingsraad Cliëntenraad
4 - 8	Search en voorselectie	Search Bureau
9	CV presentatie Het searchbureau presenteert een longlist van geschikte kandidaten. Op basis hiervan beslist de raad van toezicht welke kandidaten worden uitgenodigd voor de selectiegesprekken.	Selectiecommissie Search Bureau
10	Selectiegesprekken De selectiecommissie voert gesprekken met de geselecteerde kandidaten.	Selectiecommissie Search Bureau
11	Vervolggesprekken met eind kandidaat/kandidaten	Adviesgremia Search Bureau
12/13	Voordracht en benoeming eind kandidaat/kandidaten	Raad van toezicht

Samenvatting

Bestuurswisselingen zijn betekenisvolle gebeurtenissen

Een wisseling in het bestuur is een betekenisvolle en kritieke gebeurtenis voor organisaties. Als organisatieadviseur van ziekenhuizen propageerde ik jarenlang een vloeiende overgang van de ene naar de andere bestuurder. Het wenkende perspectief was de rode loper: als de vertrekkende bestuurder hierover het ziekenhuis verliet, zou de opvolger over dezelfde loper kunnen intreden. Maar de werkelijkheid was meestal weerbarstiger. Dat motiveerde mij tot dit promotieonderzoek, met als centrale onderzoeksvraag:

Hoe verlopen bestuurswisselingen in Nederlandse ziekenhuizen en hoe is dit proces te duiden en te waarderen?

Een bestuurswisseling definieer ik als een verandering in de samenstelling van het bestuur. Bestuurswisselingen komen weliswaar voort uit bestuurderswisselingen, maar de focus van dit onderzoek ligt op het bestuur als geheel.

Theoretische verkenning en aanpak onderzoek

De bestuurlijke context van het Nederlandse ziekenhuis is complex en hybride. Ziekenhuisbesturen hebben te maken met in- en externe autoriserende partijen in toezichthoudende, normerende, controlerende en sanctionerende rollen. Hun hoge en ambigue verwachtingen van het bestuur komen bij een wisseling bij elkaar – of niet.

Ik heb de wetenschappelijke literatuur over opvolgingen in bedrijven vertaald naar bestuurswisselingen in Nederlandse ziekenhuizen. Hoewel de context verschilt zijn de sociaalpsychologische processen die een belangrijke rol spelen hetzelfde. Denk aan de interactie tussen het benoemende orgaan en de vertrekkende, zittende en inkomende bestuurder.

Veel onderzoekers benaderen bestuurswisselingen als gebeurtenissen. Andere, waar ik mij achter schaar, duiden ze als zich ontvouwende processen, ingebed in een specifieke context en geschiedenis van een organisatie. Zo beschouwd zijn bestuurswisselingen meer dan opvolgingsvraagstukken. Er zijn drie fasen te onderscheiden: een pre-bestuurswisselfase (aanloop naar het aftreden), een bestuurswisselfase (van profiel tot aanstelling) en een post-bestuurswisselfase (van aanstelling tot en met het inwerken). Het onderliggende thema in veel studies is de juiste match. De onderzoekers redeneren daarbij veelal vanuit de individuele bestuurder en niet vanuit de interacties tussen de verschillende partijen. Zo is er in de opvolgingsliteratuur weinig aandacht voor het bestuursteam. Andere literatuur relativeert de juiste match: ondanks naarstig

onderzoek is er geen relatie te vinden tussen de benoeming van een nieuwe bestuurder en de organisatieresultaten.

De uitkomsten van de literatuurstudie leiden tot een exploratief en interpretatief onderzoek. Dat wil zeggen: ik bestudeer een, in deze context, niet eerder onderzocht fenomeen en benader het vanuit de betekenisgeving door betrokkenen. Ik gebruik hiervoor *mixed methods*: het naast en op elkaar betrekken van onderzoeksuitkomsten uit zowel kwantitatieve als kwalitatieve bronnen. Met een *populatieonderzoek* heb ik alle bestuurswisselingen in Nederlandse ziekenhuizen tussen 2010 en 2023 in kaart gebracht. In een *casestudieonderzoek* beschrijf ik de bestuurswisselingsprocessen in één ziekenhuis tussen 2008 en 2022 op basis van documentanalyse en interviews. Het derde empirische deel van het onderzoek is een *focusgroepenonderzoek* onder de betrokken partijen: raden van toezicht, bestuurders, managers, bestuurssecretarissen, executive searchers en voorzitters van de medische staf, de ondernemingsraad (OR) en de cliëntenraad (CR). Zij bespreken in afzonderlijke groepen hun belevingen, ervaringen en dilemma's rond bestuurswisselingen. In totaal namen betrokkenen uit 50 (van de 74) ziekenhuizen deel.

Bevindingen

Bestuurswisselingen komen frequent voor

De inventarisatie van alle bestuurswisselingen in de periode 2010-2023 laat zien dat het aantal bestuurswisselingen toeneemt. Er zijn grote verschillen tussen de ziekenhuizen en tussen de zittingstermijnen van bestuurders. Ook is de omvang van raden van bestuur toegenomen, waardoor er logischerwijs vaker personele wisselingen zijn. Dat betekent dat bestuurswisselprocessen voortdurend latent aanwezig zijn: in een meerhoofdig bestuur is er altijd wel iemand die net is aangesteld of bijna vertrekt, en is regelmatig een van de zetels tijdelijk onbezet. Voor de raad van toezicht zijn bestuurswisselingsprocessen dus geen incidentele maar een structurele en reguliere taak.

Bestuurswisselingen: een proces van zoeken naar 'de match'

Bij een wisseling zoekt men allereerst een match tussen het profiel met de bestuurlijke opgaven en het potentieel aan kandidaten. Vervolgens gaat het om de match tussen de kandidaat, de andere bestuurder(s) en overige partijen. Na een benoeming onderzoeken de partijen of het in de praktijk gaat 'passen'. Bij elk van deze 'pasvormen' wordt de match eenzijdig benaderd: de nieuwe bestuurder moet passen bij en integreren in het ziekenhuis. Deze eenzijdigheid heeft te maken met de paradoxale opdracht om enerzijds te zoeken naar iemand die past, maar anderzijds ook niet. Als de nieuwe bestuurder namelijk volledig zou (in) passen verandert er weinig, wat zelden de opdracht is. Deze spanning expliciteren de partijen meestal niet.

In de *pre-bestuurswisselfase* zijn de aanleidingen voor het vertrek van een bestuurder ogenschijnlijk duidelijk en lijkt een bestuurswissel dus voorspelbaar. Dat komt echter door *hindsight bias*: met de kennis van nu lijkt de uitkomst vanzelfsprekend. In werkelijkheid worden toezichthouders niet zelden overvallen door een vertrek. In de *bestuurswisselfase* is het risico dat het routineus afwerken van de procedure leidt tot ritueel gedrag. Hoe beter de verhoudingen, hoe kleiner de kans op onuitgesproken tegenstrijdige verwachtingen. De raad van toezicht neemt meestal echter weinig tijd om verwachtingen uit te wisselen. Hij mist daarmee – juist in deze fase, waarin hij anders dan regulier met de andere partijen in contact komt – een kans om de verhoudingen te beïnvloeden. In de *post-bestuurswisselfase* functioneert de nieuwe bestuurder in de slagschaduw van haar²⁰⁴ voorganger. De partijen koppelen successen of problemen aan de vorige bestuurder en houden daarmee de nieuwkomer een spiegel voor. Het aanhalen van een dergelijke ‘symbolische keten van gebeurtenissen’ kan in positieve zin bijdragen aan de betekenis van het bestuur als continue factor in het ziekenhuis. Het kan echter ook het irreële beeld voeden van de bestuurder als redder of veroorzaker van problemen. En daarmee de andere partijen indirect verontschuldigen, alsof zij passieve omstanders zijn.

Kenmerkend rolgedrag en patronen

De eerste hoofdrol bij bestuurswisselingen is weggelegd voor de raad van toezicht. Bij een bestuurswisseling heeft deze een andere – onwennige – rol dan normaal. Hij plukt nu de wrange of zoete vruchten van de bestaande verhouding tot de andere partijen. Toezichthouders willen de procedure bovenal snel en efficiënt afhandelen, omdat ze grote waarde hechten aan bestuurlijke continuïteit. Hebben ze eenmaal een bestuurder aangesteld, dan treedt niet zelden blikvernuwing op: ze staan minder open voor kritiek op haar. Stelt de nieuwkomer echter (ook) hen teleur, dan is hun commitment ‘opeens’ (in de beleving van de bestuurder) verdwenen. Hierbij speelt mee of de raad van toezicht dankzij een regulier feedbacksysteem zicht heeft op het functioneren van het bestuur. Zo niet – en dit lijkt in een derde van de ziekenhuizen het geval – breekt dat ze op bij een bestuurswisseling. De andere partijen vinden de regisseursrol van de raad van toezicht vaak onvoldoende. Maar ze hebben ook juist in dit spannende proces en deze onzekere periode behoefte aan een gezaghebbende instantie die boven de partijen staat. Ze accepteren over het algemeen het besluit van de raad van toezicht, ook als hun keuze anders zou zijn geweest. Althans, als de raad van toezicht eerst echt naar hen heeft geluisterd.

De tweede hoofdrol is voor de *bestuurders*, in drie posities. De *vertrekker* zegt niet over haar graf heen te willen regeren, maar doet dat vaak toch, al dan niet

daartoe uitgenodigd door de raad van toezicht. Ook wil ze haar opvolger meestal langer inwerken dan deze wenselijk acht. De *inkomende* bestuurder probeert in de procedure te achterhalen hoe het ziekenhuis er (echt) voor staat en hoe de sfeer en verhoudingen zijn. Maar zij is niet in de positie om kritisch door te vragen. Bovendien speelt wishful thinking mee: psychologisch is ze bijna over de drempel, waardoor ze niet meer openstaat voor informatie die haar tegenhoudt. De andere partijen spelen ook liever mooi weer. Van raad van toezicht tot CR, iedereen schetst een positief beeld van het ziekenhuis. Dit patroon leidt ertoe dat nieuwe bestuurders vaak onaangenaam worden verrast door ‘lijken uit de kast’ in hun inwerkperiode. Zowel de inkomende als de *zittende* bestuurder kan zich opstellen als erfgenaam (het beleid van de voorganger voortzettend), als hervormer (die aanstuurt op een breuk met het verleden) of als shopper (selectief ‘shoppend’ in te continueren of te wijzigen beleid en stijl). Hun keuze hangt samen met hoe de vorige bestuurder is vertrokken en met de positie van de zittende bestuurder(s).

Een bijrol is weggelegd voor *medische stafbesturen*. Omdat zij onzeker zijn over hun oordeel en anticiperen op hetorgenomen besluit van de raad van toezicht, formuleren ze hun advies vaak omfloerst. Met als gevolg dat het voordeel van de twijfel het hoogst haalbare is wat de nieuwe bestuurder van de medische staf krijgt. Eenmaal in functie blijken de meeste stafbestuurders toch in staat de bestuurder op haar daden te beoordelen. Sommige stafbestuurders nemen echter een reactieve ‘zie-je-wel’-houding aan. Het ‘bewijs’ van hun (niet duidelijk uitgesproken) kritiek zien zij terug na de benoeming. Het gedrag dat hieruit volgt draagt bij aan een zichzelf waarmakende voorspelling.

De managers en de voorzitters van OR en CR vervullen figurantenrollen. De *managers* hebben op papier een vergelijkbare positie in de procedure als de medische stafbestuurders, maar hun invloed is aanmerkelijk kleiner. Enerzijds is het opmerkelijk dat hun feedback niet actiever wordt benut, omdat ze vaak dicht bij het bestuur staan en dus veel horen en zien. Anderzijds weerspiegelt de verhouding tussen de raad van toezicht en de managers bij bestuurswisselingen hun reguliere relatie. De wederzijdse onbekendheid draagt ertoe bij dat managers veel zien, maar door de raad van toezicht niet worden gezien. De *OR- en CR-voorzitters* hebben als enige partij een wettelijke basis voor hun invloed bij bestuurswisselingen. Ze gaan echter zelden op hun wettelijk bepaalde strepen staan. Meestal accepteren ze hun figurantenrol.

De hulprollen zijn weggelegd voor *bestuurssecretarissen* en executive searchers. De eerste zetten hun vertrouwelijke en faciliterende rol in voor een goedlopend proces. Hun eigen belang, een nieuw bestuursteam waarmee ze goed kunnen samenwerken, maken zij daaraan ondergeschikt. De rolinvulling van de *executive*

²⁰⁴] Waar ‘zij’ of ‘haar’ staat kan ook ‘hij’ of ‘zijn’ worden gelezen.

searcher hangt af van diens opdrachtgever, de raad van toezicht. Wil die sterk worden ontzorgd – wat meestal zo is – dan treedt de executive searcher op als ‘assistent-regisseur’ die overlegt met de partijen over profiel en procedure. Dit in tegenstelling tot de ‘spelverdeler’ die regelt dat de partijen dit met elkaar bespreken.

De *buitenspelers* zijn de beroepsvereniging NVZD, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de zorgverzekeraars en de banken. Zij spelen op de achtergrond een conditionerende rol. Als accrediterende instantie heeft de NVZD enige invloed op de kwaliteit van ziekenhuisbestuurders. Op de kwaliteit van zorg of financiële gezondheid van ziekenhuizen houden de IGJ, de NZa, de zorgverzekeraars en de banken op afstand toezicht. Als ze risico’s zien komen ze dichterbij en kijken dan ook naar het bestuur. Dit onderzoek heeft niet aangetoond dat deze externe partijen hun invloed direct aanwenden bij bestuurswisselingen. De casus en uitspraken van focusgroepdeelnemers doen echter vermoeden dat ze achter de schermen meedenken. Met name bij bestuurswisselingen in ziekenhuizen waarover zij in een of meer opzichten (financieel, kwaliteit van zorg of bestuurlijk) zorgen hebben.

Patronen bij interne en interim-benoemingen

Een belangrijk thema in de opvolgingsliteratuur is in- en outsiderism: het benoemen van opvolgers vanuit de eigen organisatie of van buiten. Interne benoemingen komen in ziekenhuizen weinig voor; managers en stafvoorzitters doorbreken zelden het glazen plafond naar het bestuur in het eigen ziekenhuis. Maar als we intern opvatten als vanuit de ziekenhuissector zijn kenmerkende patronen uit de literatuur zichtbaar. Omdat de markt van ervaren ziekenhuisbestuurders klein is kennen de spelers in de ziekenhuiswereld de kandidaten, althans van reputatie. Dat kan een nadeel zijn, omdat zij hun onvolkomenheden denken te kennen terwijl zij op een externe kandidaat (irreële) wensen kunnen projecteren. Anderzijds zijn ervaren ziekenhuisbestuurders in het voordeel: ongeacht hoe ze het ervan af hebben gebracht in een vorig ziekenhuis wordt aan bestuurlijke ervaring veel waarde gehecht. Oftewel *‘better the known devil than the unknown god.’*

Interim-bestuurders worden om verschillende redenen ingehuurd: om de periode te overbruggen tussen het vertrek en de komst van een vaste bestuurder, om veranderingen tot stand te brengen of om tijd te kopen. Wat de reden ook is, alle partijen ervaren een interim-periode als ingrijpend. Des te opmerkelijker is de tijdsdruk die toezichthouders zichzelf opleggen, ook bij de keuze voor een interim-bestuurder. Zij wegen zelden vooraf de kosten en baten van een interim-oplossing af. Tegenover pluspunten, zoals bestuurlijke continuïteit en de realisatie van veranderingen, staan minpunten zoals een extra bestuurswisseling, onrust en materiële kosten. Ook betrekken toezichthouders nauwelijks de

adviespartijen bij de keuze voor een interim-bestuurder. ‘Hij was er ineens’, vertellen managers en stafbestuurders. Daardoor stellen deze partijen zich terughoudend en afwachtend op tegenover de interim-bestuurder.

Een goed proces: preciaire transparantie

In de meeste ziekenhuizen is er transparantie over de procedure, maar ontbreekt het aan inhoudelijke transparantie. Het blijft vaag welke resultaten het nieuw samengestelde bestuur wordt geacht te realiseren. Als het gaat om afwegingen over kandidaten begrijpen de adviespartijen dat transparantie niet altijd mogelijk en wenselijk is. Vertrouwen in de raad van toezicht in zijn regisseursrol betekent meestal acceptatie van zijn oordeel. En ook al loopt een proces niet vlekkeloos, als de moeite wordt genomen om ervan te leren, maakt dat veel goed voor betrokkenen. Al met al dragen inspraak en betrokkenheid in de procedure bij aan een breder en beter draagvlak voor de nieuwe bestuurder.

Goede uitkomsten: moeilijk vast te stellen, toch eensgezindheid

Het eenvoudigste criterium voor een goede uitkomst van een bestuurswissel is een nieuwe bestuurder die samen met haar collega(s) een nieuw samengesteld bestuur vormt. Het vaststellen van de resultaten die een bestuurswissel zou moeten opleveren is ingewikkelder, blijkt uit de literatuur en de empirie. Dit heeft tot gevolg dat de partijen de nieuwe bestuurder vooral beoordelen op wat ze wél kunnen waarnemen. Zo heeft een nieuwkomer grote invloed op *‘the tone at the top’* en de bestuursstijl. Ook initiëren nieuwe bestuurders projecten en wisselen ze van topmanagers. Dáárop beoordelen de partijen nieuw aangestelde bestuurders. Of deze activiteiten leiden tot de gewenste resultaten is mede door de vertraagde feedbackloop niet duidelijk.

Al zijn de uitkomsten van bestuurswisselingen niet helder, partijen zijn het op een hoger abstractieniveau wel eens over wat ze zouden moeten opleveren. Als eerste benoemen ze het belang van inhoudelijke continuïteit: het voortzetten van ingezet beleid, (bouw)plannen en projecten. Daarnaast staat relationele stabiliteit: het in stand houden van de opgebouwde onderlinge verhoudingen, mores en cultuur. Op beide punten wensen de partijen meestal ook bepaalde verbeteringen. Als derde component verwachten ze dus vernieuwing van een bestuurswissel. Het kan zijn het veranderen van de koers, bepaald beleid of in de positionering van partijen. Een goede uitkomst bestaat dus uit een bij het ziekenhuis passende ‘cocktail’ van *bestuurlijke continuïteit, bestuurlijke stabiliteit en bestuurlijke vernieuwing*.

Fluctuerende oordelen

Het oordeel over een bestuurswissel verandert meestal na verloop van tijd. Met terugwerkende kracht vloeien proces en uitkomst in elkaar over: hoe groter

de tevredenheid over de nieuwe bestuurder, des te milder men denkt over onvolkomenheden in het benoemingsproces. Ook het omgekeerde geldt. In het oordeel over de samenhang tussen proces en uitkomst zien we de volgende varianten. Dat de kans op een goede uitkomst groter is na een goed proces dan na een slecht proces, is volgens de partijen evident: *'loon naar werk'*. Als een slecht proces leidt tot een uitkomst waarover de partijen ontevreden zijn, steken ze de hand in eigen boezem: het is hun *'verdiende loon'*. Er zijn ook voorbeelden van slechte processen met goede uitkomsten. Dergelijke gevallen betitelen ze als *'mazzel'*. Ten slotte zijn er goede procedures met teleurstellende uitkomsten. Allerlei onverwachte gebeurtenissen leiden dan tot een slechte uitkomst, namelijk geen nieuw stabiel bestuur. Dergelijke gevallen duiden de partijen als *'pech'*.

De reflectie op processen en uitkomsten gaat vooral over de nieuwe bestuurder. De partijen geven zich weinig rekenschap van contextuele factoren voor haar slagen of falen. Net zomin als van hun eigen aandeel. Zo realiseren ze zich niet altijd dat hun eerdere ervaringen met 'het' bestuur hun oordeel voedt. Haar falen wordt alleen haar aangerekend. Ter troost: haar succes ook.

Conclusies

Een bestuurswisseling is een stresstest voor het ziekenhuis

Binnen het ziekenhuis lopen oordelen over en verwachtingen van bestuurders vaak uiteen. Die opvattingen bestaan naast elkaar tot zich een bestuurswisseling aandient. Daarmee zijn bestuurswisselingen testcases: zijn de partijen in staat met elkaar te bepalen welk bestuur past bij het ziekenhuis? Regelmatig reflecteren op wat een 'passend' bestuur is, is aanbevelenswaardig maar lastig. Praten over een toekomstig bestuur is oordelen over het huidige. Het is daarmee een precair onderwerp dat vraagt om zorgvuldigheid en enige routine. Enkele ziekenhuizen, door schade en schande wijs geworden, agenderen eens per jaar het onderwerp 'bestuurlijke opgaven en passend bestuur'.

Een goed proces vergroot de kans op een goede uitkomst

Er zijn drie bevorderende kenmerken voor succesvolle bestuurswisselingen. Ten eerste is het *proces* optimaal transparant: de belangrijkste partijen die betrokken zijn bij de besturing van het ziekenhuis worden gehoord door de raad van toezicht. Ze ervaren deze als gelegitimeerde regisseur en beslisser bij een bestuurswisseling. Een tweede kenmerk betreft de *uitkomst*: het leidt tot een nieuw samengesteld bestuur, dat de gewenste mix van bestuurlijke continuïteit, stabiliteit en vernieuwing kan waarmaken, én kan rekenen op een breed draagvlak. Ten derde *leren* de partijen – ieder voor zich en samen – door te reflecteren op recente bestuurswisselingen. Daardoor kunnen ze het proces verbeteren.

Als aan deze kenmerken wordt voldaan kunnen ziekenhuizen alsnog de pech hebben dat ze het tijdelijk moeten doen zonder een stabiel en goed samenwerkend bestuursteam. Als er niet aan wordt voldaan kunnen ze de mazzel hebben dat het proces toch leidt tot een stabiel en goed samenwerkend bestuursteam. Onvoorziene factoren, ontwikkelingen en gebeurtenissen beïnvloeden bestuurswisselprocessen, ten goede of ten kwade.

Continuïteit en discontinuïteit zijn beide legitieme doelen van bestuurswisselingen

Bestuurlijke continuïteit en stabiliteit houden verband met de bezetting van de bestuurszetels, maar vallen er niet mee samen. In de meeste ziekenhuizen worden grote delen van het beleid en ontwikkelingen gecontinueerd, ook al wisselt het bestuur van samenstelling. Hetzelfde geldt voor bestuurlijke stabiliteit. De verhoudingen tussen de betrokken partijen zijn zodanig geïnstitutionaliseerd in historisch gegroeide gedragspatronen dat een wisseling van de bestuurlijke wacht daarin niet meteen verandering brengt. De toon aan de top wordt weliswaar anders, maar de diepere lagen van de gegroeide verhoudingen veranderen niet zo snel.

Soms heeft een ziekenhuis belang bij bestuurlijke discontinuïteit en tijdelijke instabiliteit. Dat geldt bijvoorbeeld als een ingeslagen koers herziening behoeft of hardnekkige patronen in de verhoudingen om een doorbraak vragen. Ook bij twijfel over het bestuursmodel kan een pas op de plaats nuttig zijn. Een bestuurswisseling is bij uitstek een overgangsperiode, waarin al afscheid is genomen van het oude, maar het nieuwe nog niet is gestart. Dat ziekenhuizen deze gelegenheid om te 'resetten' zelden aangrijpen is een gemiste kans.

Bestuurswisselingen hebben ook een symbolische betekenis

Net als elk bestuur is ook een ziekenhuisbestuur meer dan een louter functioneel orgaan dat al dan niet doet wat het moet doen: richting geven, besluiten nemen, conflicten beslechten, de omgeving managen. Het heeft ook een symbolische betekenis. Het belichaamt geïnstitutionaliseerd gezag dat stabiliteit, orde en houvast biedt, en geeft mede vorm aan de identiteit van het ziekenhuis. Daarmee zijn bestuurswisselingen ook meer dan functionele processen. De verhalen die erover rondgaan in en rond het ziekenhuis vormen een duidingskader. Het gaat hierbij zowel om een acceptabele uitleg – waarom is het logisch dat het zo liep – als om collectieve waardering. De partijen maken van hun lot een plot dat past bij het in de loop der jaren geconstrueerde narratief van het ziekenhuis. Daarin gaan sommige bestuurders eruit met een rode loper, en vertrekken andere met stille trom of via een dichtslaande achterdeur.

De symbolische betekenis van bestuurswisselingen wordt niet altijd op waarde geschat. Mede door beeldvorming wordt vaak te veel invloed toegekend aan de persoon van de bestuurder. Het benaderen van bestuurswisselingen als een efficiënt af te handelen proces is te zien als een gemiste kans op bevestiging van de symbolische waarde van het hoogste gezag in het ziekenhuis. Dat raden van toezicht bestuurswisselingen onvoldoende zien als een van hun meest essentiële functies – misschien zelfs de belangrijkste – is ook een vorm van onderschatting van de (symbolische) betekenis van het bestuur.

De partijen leren weinig van bestuurswisselingen

In de ziekenhuizen worden bestuurswisselingen zelden geëvalueerd, waardoor er geen sprake is van gedeelde of toenemende kennis. Het proces van bestuurswisselingen houdt hierdoor een ritueel en semiprofessioneel karakter.

De rituele procedure leidt vaak tot pseudo-inspraak. Het profiel bevat bijvoorbeeld de verschillende verwachtingen naast elkaar, waardoor het aan betekenis inboet. Het proces is semiprofessioneel omdat raden van toezicht de bestuurswisselingen onvoldoende regisseren, waaronder het samen evalueren. Mede hierdoor krijgt beeldvorming over de bestuurder als persoon vrij baan. Dit uit zich in termen als ‘houdbaarheidstermijn’ (een periode die leidt tot het moment van disfunctioneren), ‘bestuurderskerkhof’ (ziekenhuizen met veel bestuurswisselingen) en ‘hoppers’ (bestuurders die uit carrièrebelang het ene ziekenhuis inruilen voor het andere). Deze uitdrukkingen duiden op een gebrek aan taal die recht doet aan de factoren die feitelijk van invloed zijn op bestuurswisselingsprocessen. Semiprofessioneel heeft ook betrekking op de mate waarin raden van toezicht zich laten leiden door de executive searcher en diens standaardprocedure.

Er is dus ruimte voor professionalisering. Dat betekent leren van het iteratieve karakter van bestuurswisselingen: het proces van en naar een vorige bestuurder heeft invloed op de start van een volgende, en zo verder. De partijen zijn zich hiervan niet altijd bewust. Daardoor is er onvoldoende verankering van positieve patronen en blijven negatieve zich herhalen. In bredere zin hebben bestuurswisselingen hun weerslag in de bestuurlijke systemen van ziekenhuizen nog niet gevonden.

Terugblik op het onderzoek

Het empirische deel van het onderzoek riep vragen op die in theorie (nog) niet worden beantwoord. Deels komt dit doordat de ziekenhuiscontext een andere is dan de corporate omgeving waarin veel van het opvolgingsonderzoek plaatsvindt. Een ander deel van de verklaring is dat de meeste theorie gebaseerd is op een aantal aannames die ter discussie zijn te stellen. Zo blijkt uit dit onderzoek dat een bestuurswisseling meer is dan een te isoleren gebeurtenis, wordt het belang van wederkerigheid tussen de partijen onderschat en de invloed van de eigenschappen van individuele bestuurders overschat. Het veronachtzamen van de invloed van de geschiedenis van de organisatie en het ‘personaliseren’ gebeurt in de literatuur én in de empirie. Een bestuurswisseling zien als een proces dat zich afspeelt tussen de partijen, ingebed in de historie, cultuur en context van het ziekenhuis, zou de besturing van ziekenhuizen ten goede komen.

De rode loper herbezien

Dit onderzoek heeft aangetoond dat de metafoor van de rode loper helaas én gelukkig niet klopt. ‘Helaas niet’ omdat de suggestie dat een goed afscheid van een bestuurder het pad effent voor haar opvolger geen realiteit is. ‘Gelukkig niet’ omdat dit onderzoek laat zien dat een vloeiend proces niet altijd wenselijk is. Vaak is het een verstandige keuze om een bestuurswisseling te benutten als een waardevolle overgangsfase en dus niet direct de rode loper voor een opvolger uit te leggen. Bovendien benadrukt de metafoor het wisselen van individuele bestuurders, terwijl dit onderzoek het belang van het bestuursteam aantoont, ook bij bestuurswisselingen. Kortom: het is tijd om de beeldspraak van de rode loper achter ons te laten.

Summary

Board changes are meaningful events

A change in the board is a meaningful and critical event for organizations. As a hospital organizational consultant for many years, I promoted a smooth transition from one director to another. The beckoning prospect was the red carpet: if the departing director left the hospital on the red carpet, the successor could step on to the same carpet. But reality was usually more unruly. This motivated me to do this doctoral research, with the central question: *How do board changes in Dutch hospitals take place and how can this process be interpreted and valued?*

A board change means in my definition a change in the composition of the board. While board changes result from director changes, the focus of this study is on the board as a whole.

Theoretical exploration and approach to research

The governance context of the Dutch hospital is complex and hybrid. Hospital boards have to deal with internal and external authorizing parties in supervisory, normative, controlling, and sanctioning roles. Their high and ambiguous expectations of the hospital directors come together during a board change, or not.

I have applied the outcomes of scientific research on corporate successions to board changes in Dutch hospitals. Even though the context is different, the social psychological processes that play an important role are similar. Consider the interaction between the appointing body and the departing, incumbent and incoming director.

Most researchers approach board changes as events. Others, which I subscribe to, interpret them as unfolding processes, embedded in an organization's specific context and history. Viewed this way, board changes are more than succession issues. Three phases can be distinguished: a pre-board change phase (leading up to resignation), a board change phase (from profile to appointment), and a post-board change phase (from appointment to onboarding). The underlying theme in many studies is the right match. In doing so, researchers tend to reason from the perspective of the individual director rather than the interactions between the various parties. For example, succession literature pays little attention to the board team. Other literature puts the right match in perspective: despite diligent research, no relationship can be found between the appointment of a new director and organizational performance.

The results of the literature review lead to an exploratory and interpretative study. In other words, I study a - in this context - not previously researched phenomenon and approach it from the point of view of the meaning given by those involved. For this I use *mixed methods*: the juxtaposition and interrelation of research outcomes from both quantitative and qualitative sources. With a *population study* I mapped all board changes in Dutch hospitals between 2010 and 2023. In a *case study*, I describe the board change processes in one hospital between 2008 and 2023, based on document analysis and interviews. The third empirical part of the study is a *focus group survey* of the parties involved in board changes: supervisory board members, directors, managers, board secretaries, executive searchers and the chairs of the medical staff, the works council (OR) and client council (CR). In separate groups they discussed their perceptions, experiences and dilemmas regarding board changes. In total 50 (out of 74) hospitals participated.

Findings

Board changes occur frequently

The inventory of all board changes from 2010 to 2023 shows that the number is increasing. There are significant differences between hospitals and directors' terms of office. The size of boards has also increased, so logically there are more frequent personnel changes. This means that board change processes are constantly latent: on a multi-headed board, there is always someone who has just been appointed or is about to leave, and regularly one of the seats is temporarily vacant. So for the supervisory board, board change processes are not an incidental but a structural and regular task.

Board changes: a process of searching for 'the match'

When a change occurs, the first thing one looks for is a match between the profile and the potential candidates. Then what follows is the match between the candidate, the other director(s) and other parties. After an appointment, all parties examine whether it will 'fit' in practice. In each of these 'fits' the match is approached one-sidedly: the new director must fit in and integrate with the hospital. This one-sidedness is related to the paradoxical task of on the one hand appointing someone who fits, but on the other someone who does not fit. After all, if the new director were to fit in completely, little would change, which is rarely the preferred outcome. The parties usually do not make this tension explicit.

In the *pre-government change phase*, the reasons for a director's departure seem clear and thus a board change seems predictable. However, this is due to *hindsight bias*: with today's knowledge, the outcome seems obvious. In reality,

the supervisory board is frequently caught off guard by the announcement of a departure. In the *board change phase*, routine completion of the procedure leads to ritualistic behavior. The better the relations, the smaller the chance of unspoken conflicting expectations. However, the supervisory board takes little time to exchange expectations. In doing so, it misses out on an opportunity to change relations with the other parties. That is a pity, because it is precisely at this stage that they interact in an unusual way with the other parties. In the *post-government change phase*, the new director functions in the shadow of his predecessor. The parties link successes or problems to the previous director and thus hold up a mirror to the newcomer. Citing such a 'symbolic chain of events' can contribute positively to the significance of a board as a continuous factor in the hospital. However, it can also feed the unrealistic image of the director as a savior or causative agent of problems. And thus declare the other parties to be passive bystanders

Characteristic role behaviors and patterns

During board changes the supervisory board takes the leading role. This role is different from the supervisory board's regular role. It will now reap the wry or sweet fruits of its existing relationship with the other parties. Supervisors want to manage the procedure quickly and efficiently because they attach significant importance to governance continuity. Once they have appointed a director, gaze narrowing frequently occurs; they are less open to criticism. However, if the newcomer disappoints them (as well), their commitment 'suddenly' disappears (in the director's perception). What is relevant here is whether the supervisory board has any insight into the functioning of the directors as the result of a regular feedback system. If not - and this is the case in a third of the hospitals involved in this study - this will have a negative effect when there is a board change. The other parties often find the directing role of the supervisory board insufficient. But they also need an authoritative body that stands above the parties involved in this exciting process and uncertain period. They accept the decision of the supervisory board, even if their own choice would have been different. At least, if only the supervisory board really listened to them first.

The second leading role is for the *directors*, in three positions. The *departing* director claims not to want to rule over his or her grave, but often does so anyway, whether or not invited to do so by the supervisory board. He also usually wants to introduce his successor longer than the latter deems desirable. In the procedure, the *incoming* director tries to find out what the hospital is (really) like and what the atmosphere and relationships are like. But he is not in a position to ask critical questions. Moreover, wishful thinking comes into play: psychologically, he is almost over the threshold, so he is no longer open to information that is holding him back. The other parties also prefer to play nice. From supervisory

board to CR, everyone paints a positive picture of the hospital. This pattern results in new directors often being unpleasantly surprised by 'a skeleton in the closet' during their induction period. Both incoming and *incumbent* directors may position themselves as heirs (continuing the policies of the predecessor), reformers (pushing for a break with the past) or shoppers (selectively 'shopping' in policies and styles to be continued or changed). Their choice is related to how the previous director left and to the position of the incumbent director(s).

A supporting role is played by *medical staff boards*. Because they are uncertain about their judgment and anticipate the proposed decision of the supervisory board, they often formulate their advice in a veiled way. As a result, the benefit of the doubt is the highest the new director gets. Still, most medical staff chairs judge the new director according to his deeds. However, other medical staff members adopt a reactive see-you attitude. They see the 'proof' of their, not clearly expressed, criticism on the candidate after his appointment. By doing so they contribute to a self-fulfilling prophecy.

The managers and the chairs of OR and CR play a role as bystanders. On paper, the *managers* have a position similar to that of the medical staff directors in the proceedings, but their influence is considerably smaller. On the one hand, it is remarkable that their feedback is not used more actively, since they are often close to the board and thus hear and see a lot. On the other hand, the relationship between the supervisory board and managers during board changes reflects their regular relationship. Mutual unfamiliarity contributes to managers seeing very much but are not being seen by the supervisory board. The *OR and CR chairs* are the only parties with a legal basis for their influence on board changes. However, they rarely take their legally defined responsibility. They usually accept their role as bystanders.

Auxiliary roles are reserved for *board secretaries* and executive searchers. The former use their confidential and facilitating role to ensure a smoothly running process. Their own interests, a new director on the board with whom they can work well together, are secondary to this. The *executive searcher's* role depends on their client, the supervisory board. If they want to be relieved of a lot of work - which is usually the case - then the executive searcher acts as an 'assistant director' who consults with the parties on profile and procedure. This is in contrast to the 'game-changer' who arranges for the parties to discuss this with each other.

The *outside players* are the professional association NVZD, the Dutch Healthcare Authority (NZa), the Healthcare and Youth Inspectorate (IGJ), health insurers and banks. They play a conditioning role in the background. As an accrediting body, the NVZD has some influence on the quality of hospital boards. Regarding the

quality of care or financial health of hospitals, the IGJ, NZa, health insurers and banks watch from a distance. When they see risks, they come closer and look at the board. This study has not shown that these external parties use their influence directly in board changes. However, the case study and statements made by focus group participants suggest that they participate behind the scenes in board changes at hospitals about which they have concerns in one or more respects (financial, quality of care or governance).

Patterns in internal and interim appointments

A major theme in the succession literature is in- and outsiderism: appointing successors from within or outside the organization. Internal appointments are rare in hospitals; managers and medical staff presidents rarely break the glass ceiling to the board of their own hospital. But if we understand internal to mean from within the hospital sector characteristic patterns from the relevant literature are apparent. Since the market for experienced hospital directors is small, players in the hospital world know the candidates, at least by reputation. This can be a disadvantage because they think they know their imperfections, whereas they can project their (unrealistic) desires onto an external candidate. On the other hand, experienced hospital directors are at an advantage: regardless of how they have fared in their previous hospital, managerial experience is valued. In other words, *'better the known devil than the unknown god'*.

Interim directors are hired for a variety of reasons: to bridge the period between the departure and arrival of a permanent director, to affect change, or to buy time. Whatever the reason, all parties experience an interim period as drastic. All the more remarkable is the time pressure the supervisory boards impose on themselves, even when choosing an interim director. They rarely weigh the costs and benefits of an interim solution beforehand. Set against pluses, such as administrative continuity and the realization of changes, there are minuses, such as an additional board change, unrest, and material costs. Supervisory boards also hardly involve consulting parties in the choice of an interim director. *"He was suddenly there,"* several managers and medical staff presidents told me. As a result, these parties are reluctant and wait-to-see towards the interim director.

Good process: precarious transparency

In most hospitals, there is transparency about the procedure, but there is a lack of substantial transparency. It remains vague what results the newly composed board is expected to achieve. When it comes to considerations about candidates, the advisory parties understand that transparency is not always possible or desirable. Trust in the supervisory board in its directorial role often means acceptance of its judgment. And even if a process does not run smoothly, the effort made to learn from it makes up for a lot for those involved. Overall,

participation and involvement in the procedure contribute to broader and better support for the new director.

Good outcomes: difficult to determine, yet unity

The simplest criterion for a good outcome is a new director, who together with his colleague(s), forms a newly constituted board. Determining the outcomes that a board change should produce is more complicated, according to literature and empiricism. As a result, the parties judge the new director primarily on what they can observe. For example, a newcomer has a major influence on 'the tone at the top' and the style of management. New directors also initiate projects and change top managers. This is what the parties judge newly appointed directors on. Whether these activities lead to the desired results is not clear, partly because of the delayed feedback loop.

Although the outcomes of board changes are not clear, parties do agree at a higher level of abstraction on what they should deliver. First, they mention the importance of continuity in terms of content: the continuation of initiated policy, (construction) plans and projects. Second is relational stability: maintaining mutual relationships, mores and culture that have been built up. On both points, the parties usually wish for certain improvements. So, as a third component, they expect renewal. It can be changing the course, certain policy, or the position of parties. A good outcome then consists of a 'cocktail' of *managerial continuity*, *managerial stability*, and *managerial renewal* appropriate to the hospital.

Fluctuating judgments

Judgments about a change of directors often change over time. Retrospectively, process and outcome merge: the greater the satisfaction with the new director, the more lenient one's opinion of imperfections in the appointment process. The reverse is also true. In the judgment about the connection between process and outcome, we see the following variants. That the chance of a good outcome is greater after a good process than after a bad process is evident according to the parties. They get *'pay for work'*. If a bad process leads to an outcome about which the parties are dissatisfied, they acknowledge their responsibility: they *'get what they deserve'*. There are also examples of bad processes with good outcomes. In those cases they call themselves *'lucky'*. Finally, there are examples of good processes with disappointing outcomes. All sorts of unexpected events then lead to a bad outcome, namely no stable governance period. The parties refer to such cases as *'bad luck'*.

Reflections on processes and outcomes are mostly about the new director. The parties hardly account for contextual factors involved in the new director's success or failure. Neither do they account for their own part played in the

process. For example, they do not always realize that their previous experience with 'the' board feeds their judgment. The failure of the new director is blamed solely on him. As a consolation so is his success.

Conclusions

A board change is a stress test for the hospital

Within the hospital, judgments about and expectations of administrators often diverge. These opinions exist side by side until a board change occurs. This makes board changes test cases: are the parties able to determine together which board suits the hospital?

Regular reflection on what constitutes 'appropriate' governance is recommendable but difficult. To talk about a future board is to judge the current one. This makes it a precarious subject that requires care and routine. Some hospitals, having learned through trial and error, put the subject of 'administrative tasks and an appropriate board' on the agenda once a year.

A good process increases the chance of a good outcome

There are three characteristic promotional features for successful board changes. First, the process is optimally *transparent*: the key parties involved in running the hospital are heard by the supervisory board. They experience the supervisory board as a legitimized director and decision maker. As far as the outcome is concerned, a second feature is that it leads to a newly composed board which is estimated to achieve a desired mix of managerial continuity, stability, and renewal, and potentially can count on broad support. Third, the parties learn - each individually and together - by reflecting on recent board changes. As a result, they can improve the process of arriving at a newly constituted board.

If these features are met, hospitals may yet have the bad luck of temporarily having to do without a stable and well-cooperating board of directors. If they are not met, they may be lucky with a good board as a result. Unforeseen factors, developments and events influence the board change process, for better or worse.

Continuity and discontinuity are both legitimate goals of board changes

Board continuity and stability are related to the occupancy of board seats, but do not coincide with them. In most hospitals, most policies and developments are continued even if the board composition changes. The same is true for stability. The relationships between the parties are institutionalized in historically grown patterns of behavior. Change in the board does not immediately change them. The tone at the top may be different, but the deeper layers of the entrenched relationships do not change so quickly.

Sometimes a hospital has an interest in administrative discontinuity and temporary instability. This applies, for example, when a course of action that has been set in motion requires revision or persistent patterns in relationships call for a breakthrough. Similarly, when in doubt about the governance model, a standstill may be useful. A board change can be an excellent transition period, in which the old has already been said goodbye to, but the new has not yet started. It is a missed opportunity that hospitals rarely seize this opportunity to 'reset'.

Board changes also have symbolic significance

Like any board, a hospital board is more than a mere functional body that may or may not do what it is supposed to do: give direction, make decisions, settle conflicts, manage the environment. It also has symbolic significance. It embodies institutionalized authority that provides stability and order and helps shape the hospital's identity. This also makes board changes more than functional activities. The stories that circulate about them in and around the hospital provide a framework for interpretation. This involves both acceptable explanations - why it makes sense that things went the way they did - and collective appreciation. The parties plot their fate to fit the narrative of the hospital constructed over the years. In it, some directors leave on a red carpet, and others leave quietly or through a slamming door.

The symbolic significance of board changes is not always appreciated. 'Personalization' and perception often assign too much influence on the director as an individual. Approaching board changes as an efficiently managed process can be seen as a missed opportunity to affirm the symbolic value of supreme authority in the hospital. The fact that supervisory boards do not sufficiently view board changes as one of their most essential functions - perhaps even the most important - is also a form of underestimating the symbolic significance.

Parties learn little from board changes

In hospitals, board changes are rarely evaluated, so there is no shared or increasing knowledge. As a result, the process of board changes remains ritualistic and semi-professional in nature. The ritualistic nature often leads to pseudo-participation. For example, the profile contains the different expectations side by side, so it quickly loses meaning in the procedure. The process is semiprofessional because supervisory boards do not sufficiently direct board changes and parties do not evaluate them together. Partly because of this, image formation and 'personalization' are given free rein. This is expressed in terms such as 'shelf life of a director', 'a director's graveyard' (hospitals which frequent board changes) and 'hoppers' (directors who swiftly exchange one hospital for another for their own career interests). These expressions indicate a lack of language that does justice to the factors that actually influence board change

processes. Semiprofessional also refers to the extent to which boards are guided by the executive searcher and his standard procedure.

Therefore, there is room for professionalization. This means learning from the iterative nature of board changes: the process to and from a previous one affects the start of a subsequent one, and so on. Parties are not always aware of this. As a result, there is insufficient anchoring of positive patterns and negative patterns keep repeating themselves. In a broader sense, board changes have not yet found their reflection in hospital governance systems.

Looking back on the study

The empirical part of this study raises questions that are not (yet) answered in theory. This is partly because most succession research takes place in a corporate environment. Another part of the explanation is that this literature is based on assumptions that can be criticized. For example, this research shows that a board change is more than an event that can be isolated, the importance of reciprocity between the parties is underestimated and the influence of the characteristics of individual directors is overestimated. Neglecting the influence of the history and context of the organization and 'personalization' is recognizable in literature and in empiricism. Seeing a board change as a process that is embedded in the history, culture, and context of a hospital, would benefit its management.

The red carpet revisited

This study has shown that the metaphor of the red carpet is unfortunately and fortunately incorrect. Unfortunately, the suggestion that a director's goodbye paves the way for the successor is not a reality. Fortunately, this research has demonstrated that a smooth process is not always desirable. It is often a wise choice to use a board change as a valuable transitional phase and thus not immediately lay out the red carpet. Moreover, the metaphor emphasizes changing individual directors, while this research shows the importance of the board team, even with a board change. In short, it is time to leave behind the red-carpet metaphor.

Dankwoord

Promoveren was een groot voorrecht.

Omdat jullie als promotoren, Paul en Wilma, er altijd voor mij waren. Een stuk gestuurd om acht uur 's avonds kwam vaak een dag later met behulpzaam commentaar terug. Toen ik vastliep met het laatste hoofdstuk maakten jullie meteen tijd vrij om het mondeling door te spreken. Minzaam voorzagen jullie in mijn behoefte om, voordat we 'erin' doken, even te horen of ik op de goede weg was. Ons contact was pittig inhoudelijk én humorvol, functioneel én met aandacht voor het wel en wee privé. Jullie waren het irritant vaak met elkaar eens én heel complementair. Ik had me geen betere begeleiders kunnen wensen.

Ik was ook bevoorrecht door het contact met Medigroep V, ziekenhuisbestuurders die ik sinds 2009 begeleid. Aan jullie toetste ik mijn onderzoeksuitkomsten, via jullie kwam ik aan contacten met OR- en CR-voorzitters. Jullie openhartige, indrukwekkende ervaringen en inzichten waren de basis voor dit onderzoek. Ik zag bij jullie de impact van bestuurswisselingen, het belang van de raad van toezicht en de medebestuurders, en de effecten van beeldvorming. Daarom draag ik mijn proefschrift aan jullie op: John (Admiraal de Ruyterziekenhuis), Robert (Amphia Ziekenhuis), Thea (St. Anna Ziekenhuis), Patrick (Frisius MC), Leonie (Ziekenhuis St Jansdal), Ingrid (Haaglanden Medisch Centrum), Jan (Medisch Spectrum Twente), Erik (Ziekenhuis Rivierenland), Geraline (Rijnstate), Wolter (Tergooi MC), Anja (Zaans Medisch Centrum), en al jullie voorgangers.

Weinig ziekenhuizen bleken in 2020 bereid een onderzoeker te laten meekijken in de rommelige en hectische keuken van een bestuurswisseling. De bestuurders en voorzitter van de raad van toezicht van het 'Gewone Stadsziekenhuis' willigden mijn verzoek in voor een casestudieonderzoek. Ze vonden het onderwerp relevant en vertrouwden mij het onderzoek toe. Op dat moment waardeerde ik dat al zeer. Tijdens het verwerken van de uitkomsten nam mijn erkentelijkheid toe, en begreep ik de aarzelingen bij de andere ziekenhuizen nog beter. Ook waardeerde ik des te meer alle toezichthouders, bestuurders, stafvoorzitters, managers, OR- en CR-voorzitters en executive searchers die bereid waren hun soms pijnlijke, soms hilarische en altijd leerzame ervaringen met bestuurswisselingen met elkaar en met mij te delen in de focusgroepsgesprekken.

Door opdrachten, intervisiegroepen en coaching heb ik in de afgelopen veertig jaar met veel zorgbestuurders meegedacht en -geleefd, en zij met mij. Ageeth ('s Heeren Loo), Karen (Amsterdam UMC), Floor (Arkin), Agnes (Thebe) en Gita (Prinses Máxima Centrum): jullie staan voor al die zorgbestuurders van en aan wie ik in de afgelopen decennia leerde. Jullie wijze inzichten komen terug in dit proefschrift.

Mijn collega's van dev waren op meerdere manieren betrokken. Door het samen schrijven van de papers over de kwantitatieve data (Guus, Robert), het meelesen met delen van het proefschrift en de kritische bespreking van het laatste hoofdstuk (dat er daarna heel anders is uit komen te zien) droegen jullie (Frans, Helen, Hemmo, Maartje, Liesbeth, Stephen) bij aan dit promotieonderzoek. Ook voor het modereren van de focusgroepen en de materiële bijdrage aan dit proefschrift ben ik jullie zeer erkentelijk. Marian: jij kende het enorme Excel-bestand waarin wij (lees: jij) alle bestuurswisselingen bijhielden beter dan ik. Jouw secure meedenken over definities en berekeningen heeft me voor fouten behoed. Ook ben ik Marja Suur die aan de basis van dat bestand stond dankbaar, en Ewoud Schuit die de data tot mooie grafieken verwerkte.

"En, hoe gaat het met de 'promo'?" Er gingen weinig zondagochtenden voorbij zonder deze vraag van een van mijn loopvriendinnen. Meedenkend, meelevend en meehelpend liepen jullie (Femke, Marlies, Pauline, Ronnie, Siety, Suzanne) deze hele promo-marathon met me mee. Net als tijdens onze loopjes hield ik het vol mede dankzij jullie bemoedigende support. En ook nu deel ik graag met jullie de euforie na afloop.

Met name in het schrijfjaar 2024 was het dagelijks tegen vier uur tijd om uitgelaten te worden. Dan was er altijd wel een van jullie (Arie, Jos, Hetty, Ingeborg, Ronald) bereid met mij het bos in te gaan, een rondje singels te voet of per kano te doen, naar de film of een museum te gaan. Bij Margriet in Frankrijk werkte ik aan hoofdstuk 3. Gedeeltes van het proefschrift werden door jou voorbereid. Het werd er altijd beter van. Jetty, jij was de stok achter de deur om op maandagochtend naar de sportschool te gaan, en door jouw schaven aan de Engelse samenvatting werd deze leesbaar. Als geen ander volgde jij Arwil de voortgang op de voet. Je leefde mee als het commentaar van mijn promotoren kritisch was en was mee trots op hun complimenten en elke mijlpaal. Tegen jou aan te praten was een heel waardevolle manier van 'uitlaten'.

Er was een groepje dat zich het beste kon inleven in de ups en downs en dat waren mijn drie mede-'promotiers': Jorgen, Judith en Timo. Aan jullie legde ik zonder gêne onrijpe stukken voor. Door jullie kritische reacties werden ze driekwart korter en daardoor beter. Jullie vroege voorspelling dat ik als eerste van het NSOB-groepje van elf leden – dat in 2019 startte – zou promoveren was eervol, maar ook gemakkelijk waar te maken. Ik ben de enige die mijn werk aan en uit kan zetten. We kennen elkaars drijfveren en valkuilen, huilen bij elkaar uit, bespreken (uiteraard altijd zeer respectvol) de promotoren en gaan na elk contact weer moedig voorwaarts. Ik loop heel graag tot aan jullie promoties verder mee.

Met goede vriend Wim deelde ik vanaf het eerste promo-zaadje (“Promoveren? Doen!”) tot aan de laatste versie van het proefschrift (“Vertrouw er maar op dat het goed is... en sommige dingen niet”) dit avontuur. Met name jouw adviezen over de methodiek (de buigmomenten van Teisman) en een voorbeeld zijn als *pracademicus* waren inspirerend, leerzaam en helpend.

Zoonlief Nicky, met vriendin Cecilia, en (ex-)manlief Sander (papski) waren solidaire kameraden in mamski’s promo-proces. Tijdens onze regelmatige etentjes delen we hoogte- en dieptepunten over studies, werk, familie en huizen. Het is nog steeds goed thuiskomen bij jullie. Net als bij jou, zuslief Carina. Jij had vele rollen: van voor-redacteur, lay-outadviseur, praatpaal voor praatjes, tot hart-onder-de-riemsteker. Jij bent mijn bestie-zus. En onder andere tijdens het samen shoppen leefde jij Nickel, mijn bestie-nicht, geïnteresseerd mee.

Frans en Pauline: jullie liefdevolle aandacht en steun was precies wat een promomens nodig had. Jullie waren er voor trivialiteiten (“Wat doe ik aan, wat gaan we eten?”) en dachten inhoudelijk mee. Terwijl ik dacht aan de vooravond van een briljante wetenschappelijk verantwoorde theorie te staan zei jij Pauline geruststellend, wandelend door Parijs in maart 2024: “In deze fase ga je jezelf niet meer verrassen.” Jouw: “Er komt geen matrix in je proefschrift hoor!” sloot aan bij de promotoren, die ook elk behulpzaam modelletje schrapten. Frans, jij las grote delen van mijn proefschrift en je enthousiasme erover was hartverwarmend. Jouw cijfermatige expertise behoeftte mij bovendien voor fouten. Op een vroege ochtend in december 2024 toen ik je panisch belde over een berekening zei je mild doch dringend: “Die zou ik veranderen...” Onze energie en interesses, maar bovenal onze ‘manier van in het leven staan’, vormen de basis voor onze hechte vriendschap. Het is een voorrecht dat jullie mijn paranimfen zijn.

Krista: de complimenten dat het een vlot en prettig lezend proefschrift is geworden gaan naar jou. Voor Janneke is het waarderende commentaar op de ‘stylistische’ vormgeving. Ik kan me een week in december 2024 herinneren waarin we als een treintje werkten: ik leverde hoofdstukken aan, Krista redigeerde en Janneke zette ze in de vorm. Jullie vakmanschap, toewijding én meedenkende bijdrage zorgden ervoor dat ook de laatste loodjes licht werden.

Dankzij jullie allemaal heb ik blijmoedig kunnen promoveren en voelde de herfst van mijn carrière als een nieuwe lente. Ik ben jullie zeer erkentelijk.

Over de auteur



Hanneke Beijer (1955) begon haar loopbaan als vormingswerker in de psychiatrie en opleider aan de B-opleiding, na een studie aan de Sociale Academie. Daarna werkte zij enkele jaren als organisatieadviseur bij het Politiestudiecentrum. In 1989 keerde ze terug naar de gezondheidszorg, inmiddels (cum laude) afgestudeerd als bestuurskundige. Ze werkte twintig jaar voor Zorg Consult Nederland. In 2009 sloot zij zich aan bij dev organisatieadviseurs, waar zij tot op heden actief is.

Hanneke adviseert raden van toezicht en raden van bestuur over vraagstukken rond bestuurlijke continuïteit en governance. Daarnaast treedt ze op als mediator bij conflicten waarbij bestuurders betrokken zijn. Ook adviseert ze ziekenhuis- en stafbestuurders over de besturing van ziekenhuizen, waaronder de samenwerking tussen medici en management. Een vierde onderdeel van haar portefeuille is coaching van individuele bestuurders en bestuursteams en begeleiding van intervisiegroepen van zorgbestuurders.

Hanneke publiceert regelmatig over toezicht en bestuur in de zorg. In 2019 startte ze met een promotieonderzoek naar bestuurswisselingen in ziekenhuizen. Dat bracht haar in contact met de academische werkplaatsen van het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur en de Utrecht School voor Governance.