

Drs. Wilma van der Scheer is zakelijk-directeur van het Erasmus CMDz en doet onderzoek naar de professionaliteit van bestuurders in de zorg.

Legitiem Leiderschap

Inleiding

Leiderschap kent vele dimensies. Populair zijn de boeken over beroemde leiders als Bill Gates en Cruijff. Minstens zo in trek zijn de boeken over dé essentie van leiderschap. Veel van deze boeken benaderen leiderschap als een bijna mystieke moeilijk te doorgronden eigenschap. En in zeker zin is dat juist: leiderschap is een complex en slecht afgebakend thema. Wat de vele literatuur duidelijk maakt is dat hoe we leiders en leiderschap omschrijven in belangrijke mate afhangt van het perspectief dat we kiezen. Hebben we vooral de mensen, de middelen, of de te bereiken doelen voor ogen? En hoe denken we daar het beste invloed op uit te kunnen oefenen? Door mensen uit te dagen, te straffen of te belonen, door visie of voorbeeldgedrag? Leiderschap krijgt, kortom, vooral vorm en inhoud door de bril die we opzetten en de dominante denkwijzen van het moment. In deze bijdrage staat de bestuurder van gezondheidszorgorganisaties centraal. Ook hij of zij vervult leiderschapstaken en treedt op als leider. De vraag die ik hier stel is hoe de *legitimiteit van het bestuur in de zorg kan worden geborgd en versterkt*.

Legitimiteit

Legitimiteit van bestuur is een belangrijk thema in de gezondheidszorg. Er is veel onvrede en de kritieken zijn fors. In de oplossingsrichtingen: meer marktwerking, meer vraagsturing en meer ondernemerschap, is een belangrijke rol weggelegd voor zorgbestuurders. Van hen wordt veel verwacht, terwijl de maatschappelijke legitimatie voor hun positie wankel is. Zij worden niet vanzelfsprekend gelegitimeerd door een eigen maatschappelijke achterban (zuil), de positie in de lokale gemeenschap (zij werken toenemend boven-regionaal of zelfs landelijk), door verbondenheid met het primaire proces (met de schaalvergroting zijn zij meer op afstand komen te staan, en met het groeiende belang van kostenbeheersing en marktwerking zijn zij zich toenemend gaan bezighouden met beheersmatige zaken dan zorginhoudelijke zaken) of een centrale overheid die als een 'principaal' het handelen van de 'agent' stuurt (zie ook Meurs en Van der Grinten, 2005).

Legitimiteit kan op verschillende bronnen gebaseerd zijn. Het kan gebaseerd zijn op een bepaalde wettelijk verankerde positie (formele legitimiteit), op het volgen van het moreel gezien juiste gedrag (normatieve legitimiteit) of gelegen zijn in het handelen volgens de herkenbare, vanzelfsprekende omgangsvormen (cognitieve legitimiteit) (naar Scott, 2000). Deze bronnen zorgen er voor dat bestuurders in hun leidinggevende rol en taak worden geaccepteerd en gezien door relevante anderen.

Hierna ga ik eerst in op de veranderingen in de zorg: de veranderende spelregels, organisatie- en omgangsvormen en de consequenties daarvan voor de rol en positie van zorgbestuurders. Vervolgens werk ik het thema legitimiteit verder uit en laat zien langs welke routes legitimiteit van bestuur concreet versterkt wordt en kan worden.

Leidinggeven in tijden van marktwerking

Typend voor de gezondheidszorg van vandaag is de introductie van gereguleerde concurrentie. Dit heeft belangrijke consequenties voor zorgbestuurders. Niet alleen krijgen zij met andere wetten en regels te maken, en dientengevolge met andere procedures (bijvoorbeeld op het gebied van aanbestedingen), een andere bedrijfsvoering en (ver)ander(d)e stake-holders, ook beleidsmatig komen zij voor andere keuzes te staan. Grit en Meurs (2005) noemen o.a. het dilemma hoe om te gaan met een onevenwichtig maatschappelijk krachtenveld zonder duidelijk machtscentrum. In het meer marktgerichte stelsel spitst de rol van de overheid zich toe op het scheppen van randvoorwaarden (aanpassing van wet en regels, vaststellen van grenzen aan marktwerking, eisen ten aanzien van transparantie) en toetsing (toezicht op de uitvoering, bewaking van publieke doelen als toegankelijkheid en kwaliteit). Het 'veld', aanbieders van zorg, professionals, zorgverzekeraars, gemeenten, patiëntenvertegenwoordigers etc., zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de uitvoering van de zorg: dat er voldoende, goede zorg geleverd wordt. Deze beweging wordt ook wel de verplaatsing van de politiek genoemd (Beck, 1994; Bovens, 1995). Hiermee wordt zowel de verschuiving van verantwoordelijkheden tussen politiek en het veld bedoeld, als het gevolg ervan: dat de uitvoering van het beleid zelf toenemend politiek van aard wordt.

Angst en onzekerheid

In deze nieuwe ordening wordt aan zorgbestuurders een belangrijke rol toegedicht in het realiseren van een meer ondernemende, cliëntgerichte, effectieve en efficiënte gezondheidszorg (zie ook Van der Scheer, 2007). De angst voor negatieve bijwerkingen van een marktgestuurde zorgverlening is echter groot en dus zit men de zorgbestuurders dicht op de huid. Zij moeten aan allerlei eisen van transparantie voldoen, zich aan verschillende soorten richtlijnen ten aanzien van 'goed bestuur' houden en geregeld worden bestuurders publiekelijk aansprakelijk gesteld voor de gang van zaken in 'hun' organisatie. Doordat de onzekerheden groot zijn en de legitimeringsbasis niet langer vanzelfsprekend is, stapelen de vormen van verantwoording zich op. En de kritieken ook. Bestuurders/managers zouden zich te veel met het werk van professionals bemoeien, te weinig verstand van zaken hebben, te veel gericht zijn op eigen belang, maar ook: niet ondernemend genoeg zijn en te veel op afstand staan van het zorgproces (zie bijvoorbeeld Van den Brink et al., 2006). Enerzijds wordt er dus veel verwacht van zorgbestuurders, anderzijds worden zij niet erg gesteund en lijken zij niet echt vertrouwd te worden (zie ook Van Bockel en Noordegraaf, 2006). Wat kan hieraan gedaan worden?

Verankeren en veranderen

Nu de verhoudingen in de zorg veranderen en de omgangsvormen niet langer vanzelfsprekend zijn, is versterking van de legitimiteit door te handelen volgens de herkenbare, vanzelfsprekende omgangsvormen (cognitieve legitimiteit) problematisch. Ook het moreel gezien juiste gedrag is niet langer eenduidig (normatieve legitimiteit). Maatschappelijke consensus over de inhoud en inrichting van de zorg ontbreekt. Het toont aan dat geldende opvattingen en omgangsvormen geen vaststaand gegeven zijn. Zij kunnen veranderen onder invloed van nieuwe kennis en ervaringen. 'Oude' en 'nieuwe' waarden vermengen zich. Enerzijds is er de noodzaak tot verandering, tot meer ondernemerschap en een meer zakelijke manier van dienstverlening met meer ruimte voor de kiezende klant. Kosteneffectiviteit en klanttevredenheid zijn bijpassende leidende principes. Anderzijds is er de zorg om het verliezen van de autonome professional als bewaker van belangen van individuele patiënten, gebaseerd op professioneel-ethische gronden. Enerzijds is er de roep om de introductie van meer bedrijfskundige kennis in de zorg door bijvoorbeeld bestuurders van buiten aan te trekken (Meurs, Schraven en Ngo, 2005). Anderzijds is er de angst het contact met de professionals te verliezen en is er de roep om meer professionals 'in the lead' (Witman, 2008). Willen zorgbestuurders de hoge verwachtingen ten aanzien van hun rol in het nieuwe zorgstelsel waarmaken, en daadwerkelijk een leidende rol spelen in het vormgeven van een meer marktgerichte gezondheidszorg, dan is het van belang dat zij zich voldoende verankerd weten in bestaande regels, opvattingen en omgangsvormen, teneinde diezelfde regels, opvattingen en omgangsvormen te kunnen beïnvloeden en her-vormen. Dit is een complexe opgave. Het veronderstelt dat het mogelijk is om zowel voldoende 'institutioneel' verankerd te zijn als om voldoende afstand te hebben om bestaande instituties te beïnvloeden en veranderen (zie ook Scott, 2001; Battiliana, 2006; Leca en Naccache, 2006; Suddanby en Greenwood, 2005). De verankering is nodig om invloed uit te kunnen oefenen. Wordt de invloed benut om de geldende regels en opvattingen (instituties) te her-vormen dan zal dit echter ten kostte van de verankering gaan en de legitimeringsgrond verder ondermijnen.

Worsteling

Op verschillende manieren is deze worsteling zichtbaar in de praktijk. Zo is er de worsteling van de toezichthouders van ziekenhuizen met de samenstelling van de raad van bestuur. Moeten zij, gegeven de veranderingen in de zorg, in plaats van de gebruikelijke samenstelling van de raad van bestuur uit in elk geval een arts en een bedrijfskundige of econoom met ervaring in de zorg, (ook) een bestuurder met ervaring in het bedrijfsleven aan trekken? Uit eigen onderzoek blijkt dat bestaande gewoontes en tradities sterk zijn op dit punt en dat slechts mondjesmaat hiervan wordt afgeweken (zie Van der Scheer en Putters, 2008). Een ander voorbeeld is de manier waarop bestuurders in de praktijk invulling geven aan een term als ondernemerschap. Zij interpreteren dit bijvoorbeeld als het aangaan van samenwerkingsrelaties, het creatief omgaan met beperkte middelen en het stimuleren van professionals om te innoveren (zie Van der Scheer et al., 2007). Nieuwe begrippen worden aldus door zorgbestuurders van een eigen zorgspecifieke betekenis voorzien.

Reguleren

Een andere manier om de eigen legitimiteit te versterken is door zich te conformeren aan de geldende wettelijke regels (formele legitimiteit). Deze manier lijkt op het eerste gezicht eenduidiger. In het nieuwe stelsel wordt van overheidswege voornamelijk ingezet op het verantwoord en langs vooraf vastgestelde meetbare criteria en het inzicht bieden in bereikte resultaten. Dit wordt ook wel output-legitimiteit genoemd (Van Kersbergen en Van Waarden, 2001). Vertrouwen wordt echter niet alleen verkregen door resultaten. Zorg is bij uitstek een 'zacht' product waarin vertrouwen voor een groot deel wordt gebaseerd op menselijke contacten, of cliënten zich prettig voelen in de instelling, of er naar hen geluisterd wordt, etc. Om dit te garanderen zijn andersoortige regels, bijvoorbeeld gedragsregels, nodig. En andere vormen van verantwoording, bijvoorbeeld via cliëntconsultaties of onderlinge visitaties. Een systeem van *checks & balances* dat een goede gang van zaken garandeert gedurende het gehele proces van opname tot ontslag (in geval van het ziekenhuis) en een goede samenhang tussen alle, cliëntgebonden en niet-cliantgebonden, aspecten van de zorgverlening. Dit wordt ook wel input legitimiteit genoemd.

Leren

Naast de hiërarchische route van meten en controleren vraagt dit ook om een horizontale route van zelfregulering, op basis waarvan niet alleen gecontroleerd wordt maar ook geleerd wordt (zie ook het pleidooi van Meurs en Van der Grinten, 2005). Dit geldt ook voor zorgbestuurders zelf. Op verschillende manieren werken zij hieraan. Bestuurders zelf investeren in hun professionele vakontwikkeling door het volgen van opleidingen, door intervisie en coaching (Van der Scheer, Meurs en Ngo, 2007). Ook op het niveau van de beroepsgroep is hier aandacht voor. Zo ontwikkelde de NVZD (vereniging voor bestuurders in de zorg) zich in een aantal jaren van primair een belangenorganisatie naar ook een beroepsorganisatie met veel aandacht voor de professionalisering van haar leden, voor opleiding en zelfregulering. Zij ontwikkelde in 2005 de 'Gedragscode voor de Goede Bestuurder' en een accreditatiesysteem is momenteel in de maak. Het mes snijdt hierbij aan meerdere kanten. Er wordt tegelijkertijd gewerkt aan explicitering van de eigen beroepsnorm, het stimuleert het handelen volgens bepaalde vastgestelde kaders, maar ook het kritisch stelling durven nemen op basis van eigen vakkennis en ervaring. Bijvoorbeeld ten aanzien van de eenzijdige nadruk op formele legitimeringsgronden en outputmaatstaven, waarbij veranderen door te leren met behulp van systemen van checks & balances nauwelijks kans krijgt. Bovendien is het eigen gezag laten gelden en daarmee te bevestigen óók een manier om de eigen legitimiteit te versterken.

Een strategie van 'en-en'

In dit artikel heb ik willen laten zien dat de positie van zorgbestuurders op allerlei manieren verandert. Er wordt veel van zorgbestuurders verwacht terwijl hun legitimeringsbasis wankel is. Oude legitimeringsgronden zijn verdwenen, nieuwe zijn nog niet uitgekristalliseerd. Dit vraagt van zorgbestuurders een strategie van 'en-en'. Om zowel aandacht te hebben voor de wijze waarop zij verankerd zijn als voor verandering. Om zich zowel te conformeren aan wettelijke regels als er ook kritisch op te reflecteren en meer ruimte te creëren voor leerprocessen en het eigen kritisch geluid.

Literatuur

- Battiliana, J. (2006) Agency and Institutions: The Enabling Role of Individuals' Social Position. *Organization*, 13(5) pp653-676.
- Beck, U. (1994) The Reinvention of Politics: Towards a Theory of Reflexive Modernization. In: Beck, U., Giddens, A. en L. Scott (red.), *Reflexive Modernization: Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*. Cambridge: Politu Press, pp1-55.
- Bockel, J., van and Noordegraaf, M. (2006) Identifying identities: performance-driven, but professional public managers, *International Journal of Public Sector Management*. 19:6 pp585-597.
- Bovens, M. (1995) De verplaatsing van de politiek. Een agenda voor democratische vernieuwing. Amsterdam: Wiardi Beckman Stichting.
- Brink, G., van den, Jansen, T. and Pessers, D. (2006) *Beroepszeer: Waarom Nederland niet goed werkt*. Amsterdam: Boom.
- Grit, K. en Meurs, P. (2005) *Verschuivende Verantwoordelijkheden: Dilemma's van Zorgbestuurders*, Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Kersbergen, van, K. en F. van Waarden (2001) *Shifts in Governance: Problems of Legitimacy and Accountability*. Den Haag: NWO.
- Leca, B. and Naccache, P. (2006) A critical Realist Approach To Institutional Entrepreneurship, *Organization*, 13 pp627-651.
- Meurs, P. en T. van der Grinten (2005) *Gemengd besturen. Besturingsvragen en trends in de gezondheidszorg*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Meurs, P., Schraven, T. en D. Ngo (2005) Druk met zichzelf. Functioneren raden van toezicht, *Zorgvisie*, 10 pp35-40.
- Scheer, W.K., van der (2007) Is the new health-care executive an entrepreneur? *Public Management Review*. 9:1 pp49-65.
- Scheer, W., van der, Meurs, P. en D. Ngo (2007) *Bestuurders in Beweging. Ontwikkelingen in het profiel van bestuurders van gezondheidszorgorganisaties*. Rotterdam: iBMG/EUR.
- Scheer, W., van der en K. Putters (2008) *Besturen tussen Kunst en Kunde: de geneeskundige bestuurder gewaardeerd*. Utrecht: NVZD.
- Scott , W.R., Ruef, M., Mendel, P.J., and Carona, C.A. (2000) *Institutional Change and Health Care Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago: University Press.
- Scott, W.R. (2001) *Institutions and Organizations. Second Edition*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Suddanby, R. and Greenwood, R. (2005) Rhetorical Strategies of Legitimacy, *Administrative Science Quaterly*, 50 pp35-67.

Witman, Y. (2008) *De medicus maatgevend. Over leiderschap en habitus*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.