



Sturen en managen vanuit professionele passie en kracht

“Professionaliteit als veranderparadigma”

Maart 2007

***Afstudeeronderzoek MBA-health
2005 – 2007***

Erasmus Universiteit Rotterdam

Drs. G.M.M. van den Berg

tvdborg@hetnetwerk.org

Inhoud

1. Inleiding	3
2. Vraagstelling	5
3. Aanpak	6
3.1 Scope en begrippenkader	6
3.2 Aanpak.....	7
4. Theoretische verkenning	9
4.1 Succesfactoren voor veranderen.....	9
4.1.1 Urgentiebesef en een voldoende brede en krachtige coalitie	10
4.1.2 Een effectieve veranderingsvisie en strategie.....	10
4.1.3 Communicatie in een veranderingsproces.....	11
4.1.4 Ondersteunende systemen en empowerment.....	12
4.1.5 Cultuur, gedeelde waarden en gedrag	12
4.2 Middenmanagement.....	13
4.2.1 Gewijzigde verwachtingen over de functie van middenmanager.....	13
4.2.2 Wat is een middenmanager?	14
4.2.3 Dilemma's en slingerbeweging	14
4.2.4 Typologie van de middenmanagersfunctie	16
4.2.5 Wat moet het middenmanagement in huis hebben?.....	17
4.3 Relatie management en (medisch) professionals.....	18
4.3.1 Complexe professionals en een complexe relatie.....	19
4.3.2 Wat heeft de manager nodig in relatie met (medisch) professionals?	19
4.4 Leiderschap	20
4.4.1 Leiden vs. managen.....	20
4.4.2 Leiderschap, authenticiteit en creativiteit	20
4.4.3 Constructief handelingsrepertoire.....	21
4.4.4 Gedrag en zingeving	22
4.4.5 Niveau-5 leiderschap	22
4.5 Professionaliteit in ziekenhuizen	23
4.6 Besturingssysteem en relaties tussen de besturingsniveaus.....	25
4.6.1 Besturingsfilosofie en spelregels.....	25
4.6.2 Besturingswerkelijkheid	25
4.6.3 Kwaliteit van de besturingswerkelijkheid	26
5. Beschrijvend begrippenkader.....	27
6. Ervaringen in de praktijk.....	29

6.1	Werkwijze	29
6.2	Beelden uit de praktijk	29
6.2.1	Mate en aard veranderingen.....	29
6.2.2	Middenmanagement: identiteit en positie in het systeem	31
6.2.3	Leiderschap en competenties	32
6.2.4	Relaties management en (medisch) professionals.....	33
6.2.5	Besturingswerkelijkheid in de praktijk.....	33
7.	De bril voor de analyse	36
7.1	Wat is professionaliteit?	37
7.2	Besturen en managen vanuit professionaliteit.....	38
7.3	Professionaliteit als coördinatiemechanisme.....	38
7.4	Professionaliteit ontwikkelen	39
7.5	Excelleren en verbeteren als paradigma.....	39
8.	Door mijn bril beschouwd	40
8.1	Besturen en managen vanuit professionaliteit.....	40
8.2	Professionalisering van het middenmanagement.....	41
8.3	Verbinding en band tussen management en dokters.....	42
8.4	Professionaliteit in het besturing- en coördinatiesysteem	43
8.5	Professionaliteit en paradigmashift: een basis voor de toekomst	44
8.6	Professionaliteit aantrekken en ontwikkelen.....	44
8.6.1	Evaringsleren en doubleloop leren	45
8.6.2	Behoud en groei van professionaliteit.....	46
8.6.3	Potentieelontwikkeling: de kweekvijver.....	47
8.6.4	Differentiëren en excelleren moet mogen	48
8.6.5	Conclusie: ontwikkelen van professionaliteit kán.....	48
9.	Dank.....	50
	Overzicht van bij het onderzoek betrokken ziekenhuizen	51
	Literatuur	52

1. Inleiding

De gezondheidszorg in Nederland in het algemeen en ziekenhuizen in het bijzonder bevinden zich in een snel veranderende omgeving. De rollen en verhoudingen in gezondheidszorgland veranderen. In dit afstudeeronderzoek beperk ik mij tot het ziekenhuis, maar veel van de zaken die naar voren komen, zijn ook in andere zorginstellingen en (dienstverlenende professionele) organisaties herkenbaar.

Door invoering van meer marktwerking moet de voorheen wat reactieve en op overheid en regelgeving georiënteerde houding van ziekenhuizen toegroeien naar een meer actieve, markt- en klantgerichte oriëntatie. De overheid treedt terug, maar helemaal loslaten is in ons bestel niet mogelijk. Belangrijke waarden als toegankelijkheid, beschikbaarheid en solidariteit moeten in de keuze voor marktwerking gewaarborgd blijven en leiden daarmee tot een systeem van zogenaamde gereguleerde marktwerking. In het licht van marktwerking, maar ook van beheersbaarheid, veranderen het zorgverzekeringsstelsel en de financierings-sysmatiek.

De verhoudingen tussen de verschillende spelers in het veld groeien mee: de overheid treedt terug en legt meer verantwoordelijkheid bij zorgverzekeraars. Het CTG (College Tarieven Gezondheidszorg) is veranderd van een beleidsvoorbereidend en -uitvoerend orgaan naar de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit), die de werking en de regulering van de zorgmarkten bewaakt. Voor banken worden ziekenhuizen meer risicohoudend en dat verandert de relatie en de wijze hoe financiers en ziekenhuizen met elkaar omgaan aanzienlijk. De rol van de patiënt verandert: de patiënt is mondiger en beter geïnformeerd en kan meer dan voorheen kiezen (en dus ook niet kiezen) voor zorgverzekeraar of voor zorgaanbieder. Ziekenhuizen worden elkaars concurrenten, zeker in gebieden waar meerdere vergelijkbare aanbieders gehuisvest zijn. In de grote steden is concurrentie al volop merkbaar. Door de veranderende context verandert tenslotte ook de relatie tussen ziekenhuis en specialist, vooral ook doordat de financieringssysmatiek voor specialisten en daarmee de belangenverdeling tussen organisatie en maatschap wijzigt.

Kortom: het ziekenhuis opereert in een veranderende en hectische omgeving. Dit stelt geheel nieuwe eisen aan de organisatie en de wijze waarop zij in het leven staat en acteert. Van naar binnengericht wordt zij meer naar buitengericht. Van gericht op het eigen aanbod en het eigen belang van organisatie en professional naar gerichtheid op de klant (patiënt en verwijzer) en de verzekeraar. Richtinggevend wordt wat zij willen en wat zij verwachten van de producten die geleverd worden en de wijze waarop de dienstverlening plaatsvindt.

In mijn onderzoek ga ik niet nader in op alle veranderingen. Mijn uitgangspunt is dat ze er zijn, dat ziekenhuisorganisaties erop moeten anticiperen en dat dit leidt tot significante veranderingen binnen de ziekenhuisorganisatie. Tenslotte stel ik dat de omgeving van het ziekenhuis fors in beweging is en dat de komende jaren ook zal blijven. Ziekenhuizen bevinden zich in een min of meer permanente verandercontext en dat vormt het uitgangspunt voor dit afstudeeronderzoek.

Leeswijzer

Na de vraagstelling in hoofdstuk 2 en de aanpak in hoofdstuk 3, is in hoofdstuk 4 een theoretische verkenning opgenomen.

De theoretische verkenning leidt tot het beschrijvende begrippenkader in hoofdstuk 5. Dit beschrijvende begrippenkader hanteer ik in hoofdstuk 6 om de praktijk-informatie uit alle gesprekken met bestuurders en managers van ziekenhuizen te ordenen.

In hoofdstuk 7 schets ik het analytische begrippenkader: de bril van waaruit ik uiteindelijk in hoofdstuk 8 mijn beschouwing en conclusies opbouw.

De ongeduldige lezer, die geen behoefte heeft aan de theoretische context die nu eenmaal aan een afstudeeronderzoek verbonden is, kan zich voor de kern van het onderzoek focussen op de hoofdstukken 6, 7 en 8.

Ik rond af met een woord van dank aan iedereen die mij heeft geholpen om dit onderzoek te doen en tot dit resultaat te komen.

2. Vraagstelling

Om in een sterk veranderende omgeving de continuïteit en kwaliteit van het ziekenhuis succesvol te kunnen handhaven, is het essentieel dat processen, producten, competenties en functioneren flexibel en adequaat aansluiten op een sterk veranderende buitenwereld. Om dit succesvol te doen en te blijven doen is een paradigmaverandering noodzakelijk: er zijn veranderingen nodig op het niveau van cultuur en gedrag binnen de organisatie.

De processen moeten meer doelmatig worden ingericht, de besturingsfilosofie verandert, er wordt door stakeholders transparantie verwacht. Kwaliteit is niet iets dat geleverd moet worden omdat dat in wet- en regelgeving wordt bepaald, maar kwaliteit moet geleverd worden omdat de klant de organisatie daarop beoordeelt en zijn/haar keuze maakt.

Deze veranderingen vormen een van de meest belangrijke managementopgaven voor bestuurders en management van ziekenhuizen de komende jaren.

Aanvankelijk richtte ik mij in dit leeronderzoek op de rol van het middenmanagement bij veranderingen in ziekenhuizen. Die rol is echter niet los te zien van de wat ik de besturingswerkelijkheid noem: van de kwaliteit van de relaties tussen de verschillende besturingsniveaus. Een van de kernelementen in de kwaliteit van de besturingswerkelijkheid vormt de vraag hoe binnen de besturingsrelatie met het nemen van verantwoordelijkheden door het middenmanagement en het loslaten door de top wordt omgegaan en waar dit door wordt bepaald.

De focus van het onderzoek is daarmee gaandeweg langzaam verschoven van de rol en competenties van de middenmanager naar wat ik als hoofdvraag ben gaan zien: wat is de professionaliteitsbasis van sturen en managen in een ziekenhuis en hoe verhoudt zich dat tot een paradigmaverandering.

Samengevat richt mijn onderzoek zich op de volgende deelvragen:

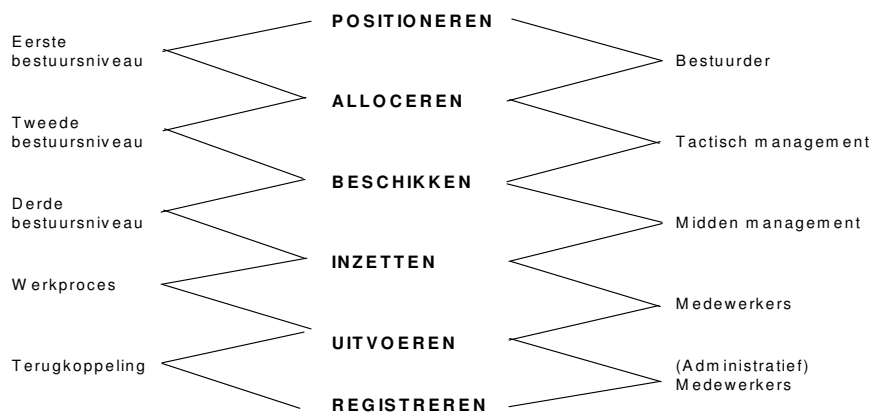
- Wat is de rol en positie van de middenmanager en wat moet deze in huis hebben om succesvol de verbinding tussen boven en onder, organisatie en professional en buiten en binnen te leggen?
- Aan welke eisen moet de besturingswerkelijkheid voldoen om een effectief functioneren van de middenmanager in de verandercontext mogelijk te maken?
- Hoe zit het met het nemen van verantwoordelijkheden door het middenmanagement en het loslaten en ruimte geven door het topmanagement? Wat verwachten top en middenmanager van elkaar?
- Hoe zit het met de professionaliteit van bestuurders en managers in een ziekenhuis?
- Kun je professionaliteit als leidend principe en als een coördinatiemechanisme ontwikkelen?
- Vormt professionaliteit een sleutel tot de noodzakelijke paradigmaverandering en hoe kom je daar?

3. Aanpak

3.1 Scope en begrippenkader

Ik beperk mij in het onderzoek tot algemene ziekenhuizen. Kenmerkend voor een professionele organisatie als een ziekenhuis is de rol en positie van de medisch specialist en de relatie met en invloed op het functioneren van de manager. Ik beperk me verder alleen tot het zorgmanagement en niet tot andere (ondersteunende of staf)managers in het ziekenhuis. Uiteraard dient overal waar ik het in de mannelijke vorm heb over een bestuurder, manager of specialist, ook de vrouwelijke vorm gelezen te worden.

Als begrippenkader gebruik ik ter ondersteuning het volgende schema:



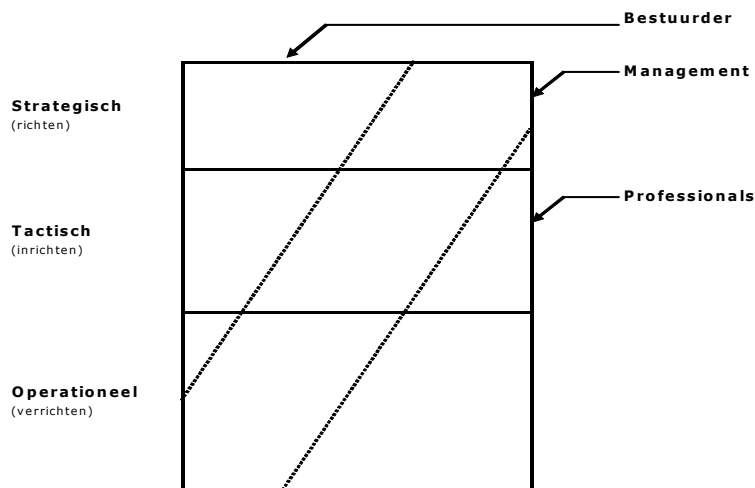
In de theoretische verkenning ga ik in op wie ik zie als de middenmanager. In de praktijk merk ik echter dat de precieze positie van de middenmanager ook afhankelijk is van de wijze waarop de organisatiestructuur is ingericht.

Ik ga uit van onderscheid in het 1^e bestuursniveau, dat is de bestuurder of raad van bestuur, het 2^e bestuursniveau, dat is de directie, cluster-, zorggroep- of divisie management en het 3^e bestuursniveau, dat is operationeel, zorg- of teammanagement. In de term topmanagement vat ik het bovenste bestuursniveau samen als dit tevens een zware tactische (directie)laag omvat. Het operationele management is wat ik het middenmanagement noem.

De bestuurder heeft de opdracht om de organisatie te 'richten' door haar als gehele organisatie te laten anticiperen op veranderende omstandigheden. De bestuurder draagt zorg voor goede beleidsvorming, het extern (her)positioneren van de organisatie en voor de benodigde financiering. Het 2e bestuursniveau, het tactisch niveau, adviseert bij beleidskeuzes en heeft als opdracht het 'inrichten' van de organisatie door het creëren van randvoorwaarden die de continuïteit van de bedrijfsprocessen binnen hun verantwoordelijkheidsgebied garanderen.

Het operationele of middenmanagement adviseert bij het richten en inrichten en geeft leiding aan de bedrijfsprocessen. Dat komt vooral neer op het plannen van de beschikbare mensen, middelen en ruimten en het coördineren en bewaken van de actuele inzet.

Belangrijk is dat ieder bestuursniveau vooral dát doet waarvoor het bedoeld is. Dat biedt een kader voor de wederzijdse rolverwachtingen. In onderstaand schema zijn de verschillende managementopdrachten weergegeven.



Tenslotte de begrippen integraal en duaal management. Integraal management is als het management integraal voor planning en inzet van productie, mensen, middelen en kwaliteit verantwoordelijk wordt gehouden. Van management-participatie of duaal management is sprake als al dan niet op meerdere managementniveaus een medisch specialist vanuit de maatschap of de staf betrokken is bij beleidsvorming, -planning en -uitvoering.

3.2 Aanpak

Dit afstudeeronderzoek is beperkt van opzet. Het is geen uitgebreide wetenschappelijke studie maar een kwalitatief leeronderzoek waarin ik een onderwerp dat mij boeit theoretisch uitdiep en toetsend verken in de praktijk. Voor het bepalen van het beschrijvend of conceptueel begrippenkader heb ik een beperkt literatuuronderzoek gedaan. Om het kader verder uit te diepen en levend te maken, heb ik aanvullend gesprekken gevoerd met enkele deskundigen: mensen die artikelen of boeken hebben geschreven of die vanuit hun vak brede ervaring hebben op het gebied van organisatieveranderingen in ziekenhuizen. In dat licht heb ik ook gesproken met een wervings- en selectiebureau met ruime search-ervaring naar zorgmanagement en met een psycholoog van een assessmentcentre dat zich bezig houdt met het toetsen van competenties van management onder meer in de zorg.

Voor de praktijkverkenning heb ik interviews gehouden met minimaal een bestuurder en een middenmanager van een tiental ziekenhuizen. In een heel aantal gevallen heb ik in die ziekenhuizen ook met een vertegenwoordiger van het tussenliggende tactisch management gesproken. Omdat de meningen van medisch specialisten soms net zo divers zijn als het aantal leden van een medische staf, heb ik er niet voor gekozen om in alle ziekenhuizen met een specialist te praten.

Om toch een indruk te krijgen van de relatie en verwachtingen tussen medisch professionals en het management heb ik met enkele specialisten gesproken die betrokken zijn of zijn geweest bij het management in het ziekenhuis en op basis daarvan een persoonlijke mening hierover wilden inbrengen.

Het rapport is op een tamelijk hoog abstractieniveau geschreven en individuele ziekenhuizen en personen zijn niet als zodanig herkenbaar. Aan het eind van het rapport richt ik op persoonlijk niveau een dankwoord aan alle betrokkenen. Alleen bij degenen die ik in het kader van het ontwikkelen van mijn conceptuele context heb gesproken, zijn rol en/of werkorganisatie toegevoegd.

4. Theoretische verkenning

In deze theoretische verkenning schets ik de hoofdlijnen uit de literatuur en de gesprekken met specifieke deskundigen die uiteindelijk leiden tot het beschrijvend begrippenkader in hoofdstuk 5.

In deze theoretische verkenning ga ik achtereenvolgens in op:

- Ingrijpende veranderingstrajecten
- Middenmanagement
- Relatie tussen management en (medisch) professionals
- Leiderschap
- Professionaliteit en dienstbaar management
- Besturingssysteem en besturingswerkelijkheid
- Verantwoordelijkheid nemen door managers en loslaten door de top

4.1 Succesfactoren voor veranderen

In het onderzoek ga ik niet inhoudelijk in op de specifieke ontwikkelingen die op een ziekenhuis afkomen en de aard van de veranderingen binnen de organisatie die nodig zijn. Ik ga uit van de stelling dat de omgeving van het ziekenhuis, zowel zorgmarkt, geldmarkt als arbeidsmarkt, dusdanig in beweging is en blijft dat de binnenwereld van een ziekenhuis ingrijpend moet veranderen. De binnenwereld moet flexibel en open zijn, zodat het ziekenhuis in staat is om permanent in te spelen op veranderende omgevingseisen en zo op korte en op langere termijn een concurrentievoordeel ten opzichte van andere ziekenhuizen krijgt en weet te houden. Dit vereist veranderingen in de volle breedte en diepte: in koers, visie en strategie, systemen, spelregels, processen, maar vooral in cultuur en gedrag. Het is wat John Kotter (1996) ingrijpende veranderingen of een transformatie noemt.

Middenmanagers vervullen een belangrijke rol in het concretiseren, invoeren en vooral borgen van dergelijke veranderingen. Kotter geeft in zijn boek 'Leiderschap bij Verandering' aan dat bij veranderingen managen onvoldoende is en dat leiderschap nodig is: leiderschap op alle niveaus. Op leiderschap ga ik in paragraaf 4.4. in.

Kotter gaat in zijn denken uit van 8 fasen: de fasen 1 tot 4 gaan over in beweging komen, 5 tot 7 over doorzetten en vasthouden en 8 over verankeren. Een succesvolle ingrijpende verandering gaat door alle 8 fasen en maakt alle 8 fasen ook af. Sommige fasen kunnen parallel verlopen, maar ze kunnen niet worden overgeslagen. Gebeurt dat wel, dan is er risico op terugzakken in oud gedrag en leidt het proces niet tot blijvende en echt ingezonken verandering.

Het model van Kotter spreekt mij aan omdat zijn benadering zich niet beperkt tot een korte termijn aanpak om een organisatie in beweging te krijgen, maar zich richt op de langere termijn, de verankering van veranderingen, ook op gedrag- en waardeniveau.

Ik ga in op de belangrijkste elementen in ingrijpende veranderingsprocessen.

4.1.1 Urgentiebesef en een voldoende brede en krachtige coalitie

Urgentiebesef is nodig voor een gevoel van noodzaak om te moeten veranderen. Als alles goed gaat, wordt intern geen verandernoodzaak ervaren. Zonder urgentiebesef hangen mensen achterover en is er sprake van een soort zelfgenoegzaamheid. Urgentiebesef moet sterk en consequent door de top worden benadrukt en als vliegwiel voor het in beweging komen worden gebruikt. Sterk urgentiebesef creëren vraagt om stoutmoedige acties en leiderschap, een beetje urgentiebesef werkt niet.

In een ziekenhuis moet met name de medische staf een diep doorvoeld besef hebben dat het anders moet. Dat besef voeden en door laten dringen is een taak van de top.

Ook Zevenbergen (2006) geeft aan dat als zaken goed gaan, er geen neiging tot veranderen en geen urgentiebesef is. Concurrentie is daarom een zegen en goed voor creativiteit. Als er geen dreiging is omdat alles goed is, moet je volgens Zevenbergen zelfs een dreiging willen scheppen en je creativiteit gebruiken om er een te bedenken: een nightmare competitor die de regels van het spel verandert waardoor de bestaande regels en orden niet meer aansluiten en je wel in beweging móet komen.

Naast urgentiebesef is volgens Kotter een voldoende krachtige leidende coalitie nodig om slag- en daadkracht te hebben voor besluiten tot in- en doorvoeren van de veranderingen. Het team van de leidende coalitie moet niet tot de top beperkt blijven. Deze groep mensen moet de veranderingen doorgeven, acties trekken en stimuleren op allerlei niveaus in de organisatie. In een leidende coalitie moet zeker ook middenmanagement betrokken zijn, maar ook specialisten en andere professionals. De personen in de coalitie moeten intern geloofwaardig zijn, op verschillende terreinen deskundig zijn en intern serieus worden genomen. Tenslotte moeten er in die groep voldoende leidende figuren zitten. Verder is in dit team een goed doorleefd gemeenschappelijk doel van belang en een sterke commitment aan de gehele organisatie. Hierdoor overstijgt het organisatiebelang de individuele belangen en bindt de leden van het team. Dit komt ook bij Jim Collins (2001) terug als hij het heeft over niveau-5 leiderschap. Vertrouwen en gemeenschappelijk doel gaan hand in hand.

Uit zowel literatuur als gesprekken blijkt het belang van de verbindende rol van het middenmanagement in veranderingen tussen de strategische issues en de werkvloer en daarmee tussen plan en realisatie. Kotter noemt in dit licht ook middenmanagers die zich niet (willen) aanpassen aan een nieuwe situatie en die veranderingen blokkeren. Het is een risico als deze laag onvoldoende in de leidende coalitie wordt betrokken en zo uit beeld is. Ja-zeggen-nee-doen, vooral op niveau van het middenmanagement, ontwricht veranderingen. Andersom geredeneerd geldt ook dat middenmanagers die wel meebewegen een belangrijke linking-pin vormen voor daadwerkelijke veranderingen op de werkvloer.

4.1.2 Een effectieve veranderingsvisie en strategie

Een effectieve visie bepaalt richting, motiveert medewerkers voor het grote (organisatie)belang en biedt richtinggevende kaders voor het handelen. Een duidelijke visie vormt de basis voor daadkrachtige besluiten en doorpakken. Er kan onderscheid mee worden gemaakt naar wat wel en wat niet wordt opgepakt. Ballast die niets toevoegt: niet doen en de energie focussen op wat wél moet

gebeuren. Een duidelijke visie motiveert en in combinatie met urgentiebesef overstijgt dit het ongemak van de verandering.

Een effectieve visie biedt met een ondersteunende strategie ook richting voor haalbaarheid van doelen en hoe deze te bereiken. Haalbaarheid in termen van begrip van de organisatie, marktomgeving en concurrentietrends.

Visie moet verder een zekere mate tijdsbestendigheid hebben. Het boet in aan geloofwaardigheid als een visie in de tijd telkens moet worden aangepast.

Een krachtige eenvoudige visie is niet met even wat googlen te verkrijgen, maar is het resultaat van een intensief proces met veel input, denkwerk, onderzoek en verkenning. En last-but-not-least moeten in de visie naast het hoofd ook het hart en de waarden worden aangesproken, het niveau van 'zijn en zingeving'.

Een effectieve visie en strategie zijn de verantwoordelijkheid van de top. Dit wordt in meerdere gesprekken bevestigd. Bestuurders moeten in staat zijn om richting te geven aan de organisatie en om de strategische issues te bepalen. Veranderingen op organisatieniveau beginnen bij een bestuurder die weet wat nodig is. Sommige bestuurders zijn vooral erg naar buiten gericht, terwijl het de organisatie zelf is die moet veranderen en waar de eigenlijke veranderfocus moet liggen.

Het lijkt in sommige organisaties of, nadat de bestuurder met een soort blauwdruk de koers bepaald heeft, de rol van de bestuurder daarmee af is. De bestuurder plaatst zich op die manier als het ware buiten het interne systeem van veranderen. Dat werkt niet. Belangrijk is dat de top over de gehele linie en tijd in het veranderproces zichtbaar blijft. Tenslotte moet binnen een ziekenhuis een essentieel deel van de dokters het eens zijn met de richting en de koers van de top, anders wordt het management op operationeel niveau gemangeld. Het is de opdracht van de top om dokters in de breedte te verbinden met de genomen (verander)besluiten.

Bij ingrijpende veranderingen leidt de top de hoofdlijnen van het totale proces en leiden middenmanagers specifieke activiteiten op onderliggende lagen. Coördinatie van het proces vindt plaats vanuit de visie, die daarmee het kader voor vrijheid van handelen vormt. Dus voor grote veranderingen is loslaten en delegeren van leiderschap naar de kleinere lagen van belang. Een duidelijke visie versterkt zo de decentrale autonomie. Wel is belangrijk dat er ook daadwerkelijk een heldere besturingsfilosofie is met decentrale verantwoordelijkheden. Verder moet het middenmanagement zich in dit proces gesteund voelen door de top. In de praktijk is dat niet altijd zo en zit het management klem tussen, zoals iemand dat noemde, "getrapt worden van beneden en geduwd worden van boven".

Belangrijk is ook om behapbare korte termijn doelen te formuleren en deze zichtbaar te realiseren. Dat is niet alleen van belang voor de geloofwaardigheid, maar ook voor het continueren van draagvlak en urgentiebesef binnen de organisatie.

4.1.3 Communicatie in een veranderingsproces

Veranderen is permanent communiceren. Communiceren moet continue en op allerlei manieren gebeuren.

Visie en strategie dringen niet altijd goed tot het operationele management door, laat staan tot de lagen daaronder. Er wordt wel veel informatie gestuurd, maar niet altijd echt gecommuniceerd, waardoor de visie op onderliggende niveaus niet voldoende eigen wordt gemaakt. De hele organisatie een visie laten begrijpen is

heel veel werk en heel veel herhalen. Er moet in de communicatie ook worden ingegaan op de emotionele kant: de vroegere status quo loslaten en het gevoel van verlies en offers die dat met zich meebrengt.

Communicatie moet direct, eenvoudig en beeldend zijn en worden ingezet via diverse middelen en meerdere niveaus. Verder moet communicatie twee richtingen kennen: niet alleen zenden maar ook feedback vragen en luisteren, vragen naar onduidelijkheden. Hierin moet ook vooral de top zichtbaar zijn.

Gouden regels bij communicatie in veranderingstrajecten: goed voorbeeldgedrag en consistentie in woorden en daden overstijgen alle andere communicatie. En ten tweede openheid, authenticiteit en eerlijkheid. In het hele traject moet het vuur brandend worden houden, de stuurkracht moet niet afnemen voordat de verandering echt af is en een nieuwe evenwicht en inbedding zijn bereikt, anders treedt regressie op.

4.1.4 Ondersteunende systemen en empowerment

'Oude zaken' moeten geen obstakel voor de verandering vormen. Als inrichten niet aansluit bij richten, belemmert dat veranderen op het niveau van verrichten. Dat betekent dat ook systemen, organisatie, informatie, spelregels en procedures moeten aansluiten op de verandering. In de praktijk blijft dit vaak achter en leidt tot barrières en vooral frustraties in het veranderingsproces. De top en de leidende coalitie moeten hier oog voor hebben, dat geeft een breed draagvlak en een gevoel dat het echt overal gebeurt.

Management en medewerkers moeten op alle niveaus worden ontwikkeld, 'empowerd' met een mooi woord, om zich nieuwe rollen en gedrag eigen te maken. Kotter geeft aan dat het middenmanagement vaak een stagnatiegroep is die goed moet worden ontwikkeld en worden uitgerust voor hun verbindende rol. Dat gaat verder dan alleen wat dagdelen training, dat blijft vaak alleen technisch en gericht op vaardigheden. Veranderen en anders leren werken vergt veel meer bagage en meer follow-up en moet tot op werkvloerniveau gebeuren om ook daadwerkelijk tot veranderingen in houding en gedrag te leiden.

4.1.5 Cultuur, gedeelde waarden en gedrag

Dit is een diepe, moeilijk te beïnvloeden en zichtbaar te krijgen laag. Verankering van echte transformaties in cultuur en waardepatronen is belangrijk, anders vindt er alsnog regressie plaats. Veranderingen moeten inslijten in nieuwe gewoonten en gedrag en zo sociale norm worden. Gedeelde waarden zijn het resultaat van vele jaren van collectief gedeelde ervaringen. Kotter meent dan ook dat een cultuurverandering pas komt aan het eind van de transformatie, niet aan het begin. Ik deel zijn mening niet geheel en sluit me meer aan bij Jim Collins (2001). Hij benadrukt in zijn boek *Good to Great* dat eerst geregeld moet worden dat op essentiële plekken de juiste mensen met het juiste gedrag aan boord zijn voordat de verandering ingezet wordt. Die juiste mensen geven het voorbeeld, verwachten dat ook van anderen en trekken het gewenste gedrag het gehele proces voort. Ik ga hier dieper op in in paragraaf 4.4 over leiderschap.

4.2 Middenmanagement

Peer Elshout heeft in 2006 een promotieonderzoek over middenmanagement afgerond. Hierin geeft hij een aantal duidelijke definities en conceptuele kaders waar ik in dit leeronderzoek graag aan refereer. Elshout geeft een historisch overzicht over de trends in de ontwikkeling van de middenmanagementfunctie. Rond de 80-er jaren lijkt het middenmanagement aan nut en noodzaak flink te hebben ingeboet, maar eind 20e eeuw blijkt de middenlaag toch niet gemist te kunnen worden. In de media lijkt de legitimiteit van die managementlaag echter nog steeds wel eens in twijfel te worden getrokken.

4.2.1 Gewijzigde verwachtingen over de functie van middenmanager

Veel en brede verantwoordelijkheden worden onder de noemer 'integraal verantwoordelijk' bij het middenmanagement neergelegd. In de praktijk lijkt integraal management moeilijk realiseerbaar en zijn volgens onderzoek van Stoker (2000) de bevoegdheden van de manager zeer beperkt. Stoker gaat in haar artikel over het onmisbare middenkader in op de effecten van bepaalde ontwikkelingen op het middenmanagement. Daarbij moet gedacht worden aan de gevolgen van ICT-ontwikkeling, een groeiende afhankelijkheid van systemen en aan een afnemende informatiemacht van de manager. Verder is er ook sprake van een veranderende relatie tussen manager en medewerker door individualisering, diversiteit en meer variaties in eisen en arbeidspatronen van werknemers. Medewerkers zijn mondiger en soms ook kritischer; de positiemacht van de manager neemt af. Er moet meer gemanaged worden op overleg, overtuiging, motivatie en persoonlijkheid.

Managers krijgen door decentralisatietendensen schijnbaar meer bewegingsruimte, maar kunnen zich ook minder makkelijk verschuilen achter 'dat mag niet volgens de regels van boven'. Er zijn nieuwe verantwoordelijkheden maar die zijn niet altijd duidelijk.

Tenslotte is er ten opzichte van enkele decennia terug sprake van gewijzigde ongeschreven regels en verwachtingen tussen werknemer en werkgever. Vroeger werd inzet, loyaliteit en discipline gevraagd en zekerheid en inkomen geboden. Nu worden verantwoordelijkheid, betrokkenheid en ondernemend gedrag gevraagd en worden daartegenover respect, waardering en ontwikkelmogelijkheden geboden. Dat betekent voor een middenmanager meer noodzaak tot vaardigheid in het managen van wederzijdse verwachtingen en het waarmaken van dat zogenaamde psychisch contract.

Er is een spagaat tussen enerzijds sturen op financiën en bedrijfsmatig werken en anderzijds mensontwikkeling en individuele begeleiding en coaching. Er wordt gewerkt met of nog gezocht naar nieuwe sturingsmechanismen. Gedacht kan worden aan prestatie-indicatoren op verschillende gebieden, balance scorecards etc. Er zijn toenemende veranderingen in organisatieontwerp en besturingsfilosofie: resultaatverantwoordelijke eenheden, zelfsturende teams, matrix-structuren en projectorganisaties.

Geconcludeerd kan worden dat veel van de genoemde veranderingen van invloed zijn en blijven op de manager en zijn positie en leiden tot nieuwe en soms heel tegenstrijdige eisen aan managers. De middenmanager moet niet alleen een verticale spilfunctie vormen in de verbinding tussen de strategische top en het operationele niveau. Hij speelt ook een rol in de horizontale sturing en afstemming.

De middenmanager heeft naast een enorme werkdruk last van overspannen rolverwachtingen. Volgens Damhuis c.s. (2003) lijken de middenmanagers zelf nogal 'buitenspel' te staan in deze discussies. Er is weinig groepsgevoel en ze weten niet goed met wie ze zich moeten identificeren.

4.2.2 Wat is een middenmanager?

- *Definitie van de middenmanager* -
Middenmanagers functioneren op het 3e besturingsniveau (het verrichten) en zijn volledig vrijgesteld voor leidinggevende taken.
De effectiviteit van de taakinfilling van de middenmanager wordt bepaald door een juiste combinatie van situationele factoren, taakstelling en competenties.

Volgens Elshout levert een effectieve middenmanager door zijn houding bij noodzakelijke veranderingen een toegevoegde waarde aan het verandervermogen van de organisatie als geheel en zijn eigen afdeling in het bijzonder. Hij houdt rekening met de verticale en horizontale dwarsverbanden en draagt, vanuit zijn verantwoordelijkheidsgebied, op een 'inclusieve' wijze bij aan het beleidsproces. Tenslotte heeft de middenmanager een rol in het zingevingsproces en draagt hij vanuit zijn eigen motieven bij aan de betekenis die zijn medewerkers en afdeling willen hebben voor anderen.

De middenmanager heeft meerdere petten: hij moet een goede ondergeschikte zijn, een effectieve collega zijn en goed leiding kunnen geven als meerdere. Vooral in professionele organisaties leidt dat nog wel eens tot consensusmanagement. De middenmanager moet tweetalig zijn en in de verbinding tussen strategische top en werkvloer zowel top-down als bottom-up kunnen vertalen. Een complexe positie met veel dilemma's.

4.2.3 Dilemma's en slingerbeweging

De middenmanager geeft aan zich regelmatig wel verantwoordelijk, maar niet bevoegd te voelen. Coachend leiderschap wordt vaak als norm genoemd binnen de organisatie, maar de middenmanager wordt eenzijdig afgerekend op targets. Hij moet voor de horizontale afstemming meer naar buiten gericht zijn, maar heeft intern de handen meer dan vol aan het operationele proces en de verticale afstemming. Hij moet productieresultaten leveren, maar ook participeren in strategievormingsprocessen.

Er ontstaat een beeld dat integraal management heeft geleid tot overbelasting van de middenmanager waardoor slagkracht van de organisatie afneemt, vooral bij veranderingen.

Uit onderzoek (Stoker 2000) blijkt nog een ander regelmatig terugkerend patroon: de top heeft hoge verwachtingen over middenmanagement met grote aandacht voor hun competenties. De prestaties in de praktijk vallen vervolgens tegen en er volgt kritiek op het functioneren van het middenmanagement. De verwachtingen worden vervolgens naar beneden bijgesteld. De slingerbeweging wordt in stand gehouden doordat externe ontwikkelingen en strategische keuzes weer leiden tot aanpassing van het organisatieontwerp. Daarmee verandert de rol en positie van het middenmanagement weer, ontstaan er weer hoge verwachtingen etc.

Dit beeld van de hoge verwachtingen wordt ook wel bevestigd in een verkennende casestudy van Elshout waarin blijkt dat bestuurders het idee hebben dat hun slagen of falen als eindverantwoordelijke van de organisatie afhankelijk is van de kwaliteit en effectiviteit van de middenlaag.

Een tweede slingerbeweging is in de sturingsrelatie tussen top en middenmanagement terug te vinden. De bestuurder maakt het management voor van alles integraal, decentraal en duaal verantwoordelijk en geeft al dan niet duidelijke kaders en opdrachten. Het middenmanagement gaat aan de slag. Maar als door krapte of wat dan ook de kaders veranderen of als de resultaten niet aansluiten bij wat de bestuurder voor ogen had, dan wordt er door de bestuurder ingegrepen. Vaak gaat het dan over de begroting waarin van bovenaf geschrapt wordt. De aanvankelijk gegeven ruimte wordt dan weer teruggenomen. Gevolg is dat de manager niet het gevoel heeft dat verantwoordelijkheden echt worden gegeven en losgelaten. Hij voelt zich voor het opgelegde geschrapte budget niet meer echt verantwoordelijk en gaat op basis van de ervaring de volgende keer wellicht minder enthousiast aan de gang. In deze situatie worden veranderingen wel geïnitieerd en ontstaat er wel beweging, maar die kabbelt vervolgens weer weg. Dit zijn patronen die in veel organisaties zichtbaar zijn en ook in de gesprekken terugkomen.

Dit patroon kan worden aangevuld met het volgende beeld: de bestuurder legt integraal een aantal verantwoordelijkheden bij het management en ziet vervolgens dat een aantal dingen niet of niet goed worden opgepakt. Het middenmanagement roept tegelijkertijd: geef ons heldere kaders. Het lijkt net of ze elkaars taal niet spreken waardoor er geen dialoog ontstaat en verwachtingen uiteen lopen. Van beide kanten lijkt het moeizaam om verbinding te maken. De bestuurder ziet de eigen rol richting management vaak niet en heeft ook vaak geen echt vertrouwen in het management en hun kwaliteiten. In gedrag wordt er door de bestuurder effectief geen ruimte gegeven: woorden en gedrag van de bestuurder lopen uiteen. Het management ervaart dit als dat er geen kaders worden gegeven en dat er geen ruimte is om echt zelf dingen op te pakken.

Managers richten zich dan óf naar onder en zoeken meer verbinding met de werkvloer, óf ze raken in een soort impasse, ze horen niet bij boven en niet bij beneden. Een echt verbindende rol tussen boven en beneden is in deze situatie heel moeilijk in te vullen.

De bestuurder moet de verbinding tussen top en midden voor zijn eigen aansluiting naar de werkvloer nodig willen hebben. Als er echter geen echt vertrouwen is en er in gedrag en daad geen ruimte en kaders worden gegeven, dan is er alleen een gat. In een van de gesprekken werd zelfs de vraag gesteld of vertrouwen en binnen kaders ruimte bieden als randvoorwaarde wel voldoende bij bestuurders aanwezig is.

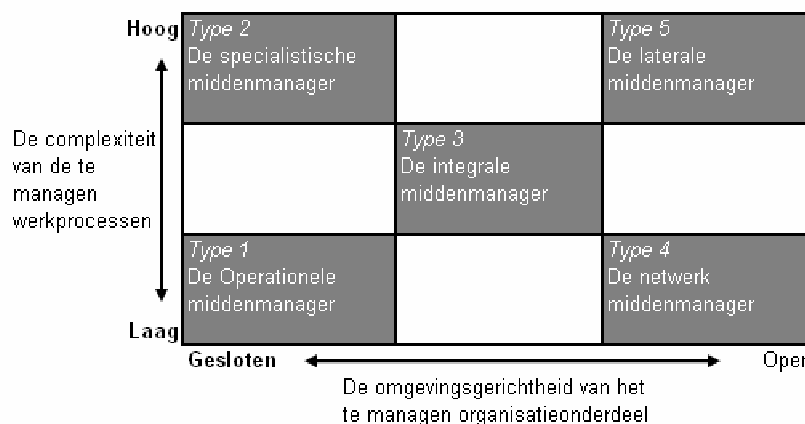
Uit onderzoek van Eschbach en Volberda (1999) blijkt dat het middenmanagement een grotere toegevoegde waarde in de strategische rol heeft als de structuur decentraal, laag geformaliseerd en laagcomplex is. De cultuur moet daarnaast breed gefocust, risiconemend, tolerant en informeel zijn met losse control, een participatieve leiderschapsstijl en een heldere lange termijnvisie. Uit het onderzoek van Elshout blijkt dat bestuurders merken dat het inderdaad goed is om de complexiteit te verlagen door bijvoorbeeld toch een extra hiërarchische laag te

accepteren. De middenmanagers lijken echter een zeker belang bij complexiteit in omstandigheden te hebben als een soort legitimering van hun functie. Verder bleek bij middenmanagers zelf behoefte aan een zekere mate van formalisatie en regels. Dat biedt houvast en zekerheid. Bestuurders blijken te moeten leren om in hun eindverantwoordelijke rol te moeten besturen 'met de handen op de rug' terwijl de middenmanagers, soms tegelijkertijd, meer voorzichtigheid dan lef tonen en zich bewust zijn van afbreukrisico's als zij buiten de grenzen van de regelruimte komen. Wil het middenmanagement in deze context aan de verwachtingen tegemoet komen dan is meer lef en ruimte nemen nodig.

4.2.4 Typologie van de middenmanagersfunctie

Elshout heeft in zijn promotieonderzoek een theoretisch denkkader ontworpen voor de veranderende rol en positie van de middenmanagementfunctie en de invloed daarvan op de effectiviteit van die functie. De kern van het denkkader is een typologie van middenmanagementfuncties.

In zijn typologie gaat Elshout uit van enerzijds de mate van openheid ten opzichte van de omgeving en anderzijds de complexiteit van de te managen werkprocessen. In de matrix die dan ontstaat, definieert hij 5 typen middenmanagementfuncties (zie onderstaand figuur). Hij beschrijft de typen in termen van de toegevoegde waarde van de functie, de rollen (Quinn 1988) die verwacht worden en de competenties die nodig zijn om die functie effectief in te vullen. In onderstaande figuur is de typologie weergegeven.



In een ziekenhuis is de complexiteit van de werkprocessen in de zorg zeker niet laag te noemen. Ik beperk me voor mijn onderzoek tot het beschrijven van de integrale middenmanagementfunctie en de laterale middenmanagementfunctie en laat de operationeel middenmanager, de specialistische middenmanager en de netwerkmiddenmanager buiten beschouwing. Aangezien ik verder ook bij de gesprekken niet ben ingegaan ben op de rolverwachtingen, noem ik deze wel maar ga er verder niet op in.

De integrale managementfunctie richt zich op het coördineren van de werkprocessen en het invulling geven aan de sociale functie binnen de organisatie. Daarnaast levert hij een bijdrage aan de verticale afstemming met andere besturingsniveaus en aan de horizontale afstemming met klanten en leveranciers, vooral binnen de eigen organisatie. De rollen van de integrale middenmanager zijn

vooral die van integrator en producent, in de beleidsvormende processen zijn de rollen afhankelijk van de mate van de besturings(de)centralisatie.

De integrale manager is vooral een generalist. Zijn competentieprofiel omvat competenties op het gebied van managen, leidinggeven en communiceren.

Dit zijn competenties die betrekking hebben op onderlinge interactie, persoonlijk optreden en sociale vaardigheden.

De laterale managementfunctie is een integrale middenmanager die extra toegevoegde waarde levert op het gebied van externe horizontale contacten en het coördineren van complexe werkprocessen. De laterale middenmanager is een integrator en een producent, maar bovenal een ondernemer, met ook de competenties die daarbij horen. In het beleidsvormend proces is de laterale middenmanager vooral een synthetiseerder en een voorvechter. Gezien de interne complexiteit van de werkprocessen en de hoge mate van externe gerichtheid leidt dit tot een hoge mate van decentralisatie van verantwoordelijkheden en zelfsturing op de werkvloer.

De functie van laterale manager sluit het meeste aan bij wat in de gesprekken als gewenst functiebeeld voor het middenmanagement in ziekenhuizen naar voren komt.

4.2.5 Wat moet het middenmanagement in huis hebben?

In zowel de literatuur als in de gesprekken die ik met deskundigen heb gevoerd om het conceptueel begrippenkader op te bouwen, heb ik gekeken naar wat de middenmanager in huis moet hebben om succesvol een rol in het veranderen van de binnenwereld van het ziekenhuis in te kunnen vullen.

De belangrijkste competenties zijn:

- Heeft persoonlijkheid en een zekere mate van statuur. Is authentiek en heeft een bepaalde mate van eigenzinnigheid, geworteld in eigen visie en betrokkenheid. Is enthousiast en gedreven.
- Moet kunnen denken in 'en/en' termen: én vanuit professioneel belang én vanuit organisatieperspectief, én abstract én concreet. De andere kant van de medaille kunnen zien is een metacompetentie en zorgt voor relativeren, meer aspecten en meer belangen zien. Het leidt tot denken in termen van bijdrage aan en faciliteren van het primaire proces.
- Heeft voldoende denk- en opleidingsniveau. In een gesprek werd aangegeven: "ze moeten slim zijn, want dat is de dokter ook".
- Kent het interne en externe speelveld en weet daarbinnen de koers te vinden, is een goed onderhandelaar.
- Kan in rolspanningen naar boven, naar beneden en opzij verschillend gedrag vertonen. Ondanks dat kameleongedrag mag de geloofwaardigheid niet in het gedrang komen omdat dat de effectiviteit ondermijnt.
- Heeft reflectievermogen en zelfreinigend vermogen. Zoekt reflectie op de eigen functie en de eigen rol en kan dat ook begeleiden bij medewerkers.
- Is een uitstekend communicator en kan vanuit meer talen tolk spelen en verbinding leggen.
- Heeft aandacht voor mens en taak en stuurt op de balans hiertussen. Is sensitief en kan goed luisteren.
- Moet een heldere (gedrags)norm kunnen stellen, mensen hier aan houden en zelf leven naar het voorbeeld van die norm.

- Behalve de verbinding naar boven moet ook de verbinding naar beneden gelegd kunnen worden, waarbij toch een zekere afstand voor het nemen van beslissingen bewaard moet blijven. Moet om kunnen gaan met onzekerheden en hierin ook verbinding naar medewerkers kunnen leggen.
 - Heeft lef en durft risico's te nemen, is klant- en marktgericht.
 - Kan denken in termen van kosten en opbrengsten en weet dit met onderbouwing in voorstellen, plannen en communicatie naar specialisten te vertalen.
- In de paragraaf over de relatie tussen management en medisch specialist ga ik in op de specifieke competenties om die rol goed in te kunnen vullen.

Heel wisselend waren de gedachten over of iemand uit de zorg moet komen of niet. Wel duidelijk was dat iemand goed vanuit het belang van de (medisch) professionals moet kunnen denken en dat, veel meer dan de inhoudelijke kennis, kennis van de processen en de kenmerken van een ziekenhuis van belang zijn.

Al met al wordt er heel veel verwacht van de middenmanager. De vraag rijst of managers met deze kwaliteiten voor deze posities wel rondlopen op de arbeidsmarkt en of en hoe deze kwaliteiten binnen de eigen organisatie geleerd en opgebouwd kunnen worden.

4.3 Relatie management en (medisch) professionals

Het productieproces in een ziekenhuis wordt bepaald door de medisch professionals. Hun inspanningen zijn slechts beperkt door de manager te beïnvloeden. Dit wordt versterkt als er veranderingen worden ingevoerd. Medisch professionals worden als weinig veranderingsgezind ervaren en kunnen een flinke hoeveelheid hindermacht uitoefenen. De vraag is hoe managers daarmee omgaan.

Een ziekenhuis wordt vaak gezien als een onderhandelingsarena. Managers moeten in die setting de medewerking van (medisch) professionals verkrijgen en moeten vooral vaardigheden op het gebied van communiceren, onderhandelen, conflicthantering en strategisch denken en handelen ontwikkelen. Trefwoorden zijn coachen, ontwikkelen, trainen, delegeren en faciliteren. Uiteraard is een goed ontwikkelde antenne, gebaseerd op ervaring in de bedrijfstak en ziekenhuisorganisaties, van belang.

Er zal altijd wel een zeker spanningsveld blijven tussen specialisten en ziekenhuismanagement. De vraag is hoe de grootste belangentegenstellingen overbrugd kunnen worden. Dit vereist een breed handelingsrepertoire, begrijpen en kunnen schakelen tussen de belangen van de organisatie en de professional en vooral niet denken en handelen in termen van vijandbeelden.

Gedrag op zich heeft weinig betekenis. Het krijgt betekenis door de context en door verklaringen en overtuigingen om de betekenis te legitimeren. Dan spreken we in de termen van Choy (2005) over een belief-system. Gedrag binnen organisatie wordt vaak zonder verder over na te denken vanuit een belief-system geïnterpreteerd. Daarnaast zijn de belief-systems bepalend voor de onderlinge communicatie en de beelden die mensen in organisaties over elkaar ontwikkelen. Deze beelden geven een antwoord op de vraag waarom de dingen zijn zoals ze zijn en waarom mensen doen zoals ze doen.

Dergelijke belief-systems zijn herkenbaar in de relatie tussen management en professionals en het wij-zij denken dat in sommige ziekenhuizen zichtbaar en

merkbaar is in gedrag. In de praktijk is er nog veel wantrouwen tussen professionals en management; ik hoor nog veel managers zeggen dat dokters lastig zijn. Een zekere mate van wantrouwen is altijd in relatie en gedrag merkbaar en leidt weer tot tegenreacties. Die wisselwerking maakt een dialoog tussen management en dokters niet altijd eenvoudig.

4.3.1 Complexe professionals en een complexe relatie

De cultuur van de professionals is dominant voor een ziekenhuis, die cultuur moet je als manager kennen en begrijpen. Er is veel over professionals gesproken. Ik ga er hier verder niet uitgebreid op in, behalve even op de drive en de kracht van de professional. Professionals brengen veel emotionaliteit mee in hun werk. De meesten hebben, al dan niet bewust, vanuit sterke waarden en overtuiging voor het beroep gekozen. Als een manager een professional onzorgvuldig aanspreekt op de relatie met zijn patiënt dan wordt de manager met de sterke kracht van de emotie geconfronteerd. Achter die emoties zit bezieling en zingeving. Op de kenmerken van de professionals ga ik in paragraaf 7.1 en verder in.

Wat wordt er van de manager in de relatie met de medisch professional verwacht? De rolverdeling lijkt eenvoudig: de dokter moet zich richten op patiënt en productie en de manager faciliteert en regelt. In de kern is dit waar het zowel in de literatuur als in de gesprekken op neerkomt.

Volgens de Caluwé (1999) hebben managers en professionals elk een eigen domein waarbinnen ze hun beslissingen nemen. Voor de manager gaat het dan over budget, middelen en strategie. De professional gaat over beslissingen die direct met de uitvoering van de medische behandeling te maken hebben. Koester en respecteer elkaars domein en vindt een goede wijze om om te gaan met het grijze gebied waar je elkaar nodig hebt en samen moet besluiten.

Het management moet ten dienste staan aan het werk van de medisch professional en niet andersom. Ten dienste staan betekent het optimaliseren van de mogelijkheden van en voor professionals, het plannen en regelen van processen, logistiek en capaciteiten. De dokter is verantwoordelijk voor de patiënt en de inhoud van het medisch handelen.

Weggeman (2000) geeft aan dat de grote kunst van een manager van professionals is om onmerkbaar te faciliteren en te ondersteunen zodat professionals en medewerkers het gevoel hebben dat ze het zelf hebben gedaan. Management moet zich verbonden voelen met het primaire proces en daarop aansluiten. Dat geldt voor alle managementlagen. Verbinding leidt tot vertrouwen en tot gedeelde verantwoordelijkheid. Er moet een soort bondgenootschap tussen zorgmanagement en specialist zijn: co-makship met een gemeenschappelijk belang.

4.3.2 Wat heeft de manager nodig in relatie met (medisch) professionals?

De professional kan gericht en specifiek denken, de manager moet generalistisch en breed denken (en hoeft op zich vakinhoudelijk weinig te weten). Kenmerkend voor professionals is dat zij operationeel bezig zijn; het niveau van verrichten. In meerdere gesprekken kwam naar voren dat een manager de tolk moet zijn en managementdingen in concrete termen moet vertalen naar het casuïstisch denken van dokters en andere professionals binnen de zorg.

Verder is persoonlijk contact van belang, openstaan voor het belang van de ander, niet gelijk op de strepen gaan staan. In de dagelijkse gang van zaken moet een manager richting professionals op tijd en eerlijk communiceren, 'er zijn'. Hij moet outputduidelijkheid geven en assertief optreden naar mensen die niet goed meer zijn in hun vak of die zich niet aan spelregels houden. Managers moeten ook functioneren als hitteschild voor 'ruis' van boven en moeten vooral een gezaghebbende maar dienende en bescheiden attitude hebben.

Suggesties die Moen (2002) geeft in de relatie met de professional: geef snel feedback, beloon snel goede prestaties, behandel ze als 'winners', vraag om hun mening, betrek ze bij besluiten, houdt ze verantwoordelijk voor resultaten en toon begrip voor hun ongeduld.

4.4 Leiderschap

4.4.1 Leiden vs. managen

Er is veel over leiderschap geschreven. Kotter (1996) geeft aan dat niet alleen goed management van belang is bij ingrijpende veranderingen, maar dat vooral leiderschap nodig is op alle niveaus in een organisatie.

In het verleden lag in zowel literatuur als in de opleidingen voor management-functies in ziekenhuizen veel nadruk op managementvaardigheden. Belangrijkste aspecten van managen zijn plannen, budgetteren, organiseren en werven, controleren en problemen oplossen. Leiderschap richt zich op veranderingen en leidt tot initiatieven en innovaties. Leiderschap heeft te maken met definiëren hoe de toekomst eruit ziet, met visie en mensen op één lijn krijgen en met hen te inspireren en te motiveren om die visie ondanks allerlei obstakels te verwezenlijken.

4.4.2 Leiderschap, authenticiteit en creativiteit

Leen Zevenbergen is zelf een echte ondernemer en heeft duidelijke opvattingen over ondernemerschap en daarbij ook over leiderschap. In zijn boek 'En nu laat ik mijn baard staan' uit 2006 gaat hij in op leiderschap en authenticiteit. Hij signaleert dat innovatie soms als een noodzakelijk kwaad beschouwd lijkt te worden en er door het management zogenaamde 'schaamlaprojecten' worden gestart om toch te laten zien dat ze aan een bepaald issue meedoen. Dit zijn voor het management geen oorspronkelijke en doorleefde projecten en het levert binnen de organisatie dan ook geen boodschap op die geloofd wordt. Dat lijkt in de ziekenhuizen soms ook wel zo te zijn als zaken van buiten opgelegd worden, maar niet echt als interne doelstelling omarmd worden. Ik denk aan onderwerpen als dbc's, prestatie-indicatoren, kwaliteitssystemen of governancecode.

Verder geeft Zevenbergen aan dat er een overdaad aan controle is en dat bestuurders van organisaties bang zijn om te falen. De angst regeert en dat is geen goede bodem voor creativiteit en ondernemerschap.

Authenticiteit en transparantie staan dicht bij elkaar. Een authentieke leider heeft geen problemen om te laten zien hoe het zit. Zevenbergen meent dat een organisatie de vraag moet beantwoorden of zij wil werken vanuit vertrouwen of vanuit geregeld wantrouwen. Hij meent dat alleen in een organisatie met vertrouwen ruimte is voor ondernemerschap en creativiteit en dat moet een leider met volle inzet steunen. Een leider gaat uit van de kracht van mensen in de

organisatie, van het vermogen van mensen om weer te leren om hun creatieve capaciteiten te gebruiken. Belangrijk is verbeelding en persoonlijk contact. Creativiteit is het belangrijkste wapen in de overleving van iedere organisatie. Dat betekent dat een leider een omgeving en een klimaat moet stimuleren waarin je mág scheppen en waarin je creatief mág zijn. Dat moet ook het voorbeeldgedrag van het management zijn, omdat vooral bij grote organisaties de perceptie van een gewenst gedrag heerst. Innovatie vergt durf en een leider die durf aanmoedigt, ruimte geeft en niet de nadruk op regels en control legt.

4.4.3 Constructief handelingsrepertoire

Ook Moen en Ansems (2002) gaan erop in dat managers steeds meer ondernemer en strateeg moeten zijn en steeds minder beheerder. Andere verschuivingen in de rol van de manager komen door steeds meer delegatie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden en ingrijpende veranderingen rond de zorgprocessen waardoor de manager veel meer een leider van veranderingsprocessen wordt in plaats van een coördinator van werkprocessen.

Middenmanagement voelt zich vaak gevangen tussen strategische vraagstukken van de directie en de professionele autonomie van de (medisch en zorg) professionals. Vaak komt de middenmanager zelf ook uit de professionele hoek en kent de ethische dilemma's van de werkvloer. Die spanningen moet de manager kunnen hanteren om de organisatie (en zichzelf) te motiveren en op koers te houden. De top moet het management faciliteren en ondersteunen in het hanteren van de dilemma's. Dit betekent zorgen voor een open en transparant klimaat waarin hoge eisen worden gesteld aan open communiceren. Dat is zeggen wat je bedoelt vanuit een gelijkwaardige houding (levelen), voortdurend verduidelijken van het hoe en waarom en zonder terughoudendheid informatie geven en vragen om reacties en suggesties van de ander.

Bij (cultuur) veranderingen is de stijl van de leider in hoge mate bepalend voor het slagen ervan. Voor de stijl en het gedrag van de manager zijn gedachten en zelfbeeld bepalende factoren.

Moen maakt onderscheid in een constructief, een passief en een agressief handelingsrepertoire. Zelfactualiserende managers met een constructief handelingsrepertoire kunnen in de meeste situaties wel mogelijkheden en kansen ontdekken. Ze benaderen zaken onbevooroordeeld en flexibel. Ze hebben vaak veel mensenkennis en kiezen creatief en onconventioneel personeel. Omdat ze capaciteiten en talenten van anderen respecteren, stimuleren zelfactualiserende managers dat er gezamenlijk gewerkt wordt aan succes. Zelfactualisatie gaat over de mate waarin iemand een eigen stijl heeft, die leidt tot persoonlijke voldoening en zelfbewustzijn. Zelfactualisatie gaat samen met gerichtheid op persoonlijke groei en ontwikkeling, relatieve vrijheid van zorgen en een energieke en vitale benadering van het leven.

Passieve handelingsrepertoires daarentegen zijn gebaseerd op zelfbescherming, agressieve op zelfbegunstiging. Beide richten zich op het creëren van zekerheid en veiligheid. Hoe onveiliger de omgeving, des te sterker de neiging om veiligheid te zoeken. Alleen met een authentieke eigen identiteit, waarden en overtuigingen kunnen bedreigende situaties effectief worden gehandeld.

4.4.4 Gedrag en zingeving

Planmatig veranderen werkt niet, je moet de mentale kant bereiken: indrukken, overtuigingen, geloof. Die bepalen de manier waarop je naar de werkelijkheid kijkt en die interpreteert. Leiderschap gaat over betekenisgeving. Zevenbergen (2006) refereert aan John Seely Brown, die aangeeft dat betekenis geven zelfs de belangrijkste taak van de leider is.

Dit wordt ook door Moen (2002) benadrukt. Verbeteren en veranderen gaat niet alleen over dingen als gedrag, vaardigheden, structuur, competenties en communicatie. Dit zijn allemaal te managen zaken op 'hebben'-niveau. Daarnaast zijn er echter zaken op 'zijn'-niveau: overtuigingen, waarden, identiteit, zingeving. In de binnenwereld van een organisatie zijn die zichtbaar in besluitvorming en het sociale systeem, in de visie van de organisatie op zichzelf en op haar maatschappelijke betekening. Zaken op 'zijn'-niveau gaan over leiderschap. Effectief leiderschap groeit op basis van zelfreflectie en zelfinzicht.

Het 'hebben' van de persoon, zijn vaardigheden en competenties, vormt de 'buitenkant'. Het 'zijn' van de persoon, zijn waarden en overtuigingen, vormt de 'binnenkant'. De binnenkant komt in gedrag naar buiten.

Aandacht voor zingeving leidt tot persoonlijke groei en betekenisgeving. Dat is nodig voor het leggen van verbinding tussen mensen. Op organisatieniveau vormt het 'zijn' de cultuur van de organisatie: de waarden, overtuigingen en identiteit.

Leiders hebben de verantwoordelijkheid voor het invoeren van collectieve betekenisssystemen die de verbinding leggen tussen persoonlijke waarden en doelen en de waarden en doelen van de organisatie. Mensen die plezier en trots in hun werk hebben, werken harder en zijn creatiever en innovatiever.

In een gesprek werd ingebracht dat leiderschap op bestuursniveau heeft ingeboet en dat we nu leiderschap verwachten van het middenmanagement. Het blijft echter het bestuur dat de koers moet bepalen. Als dat niet goed gebeurt, dan kan het management de zaak hoogstens beheersen en handhaven, maar een schip zonder koers gaat nergens heen.

Ik weet niet of het overal zo erg gesteld is, maar het kwam in dit gesprek wel op een benadering van leiderschap die mij zeer aanspreekt: niveau-5 leiderschap.

4.4.5 Niveau-5 leiderschap

In zijn boek *Good to Great* begint Jim Collins (2001) met de zin: 'het goede is de vijand van het geweldige; daarom is er zo weinig dat echt uitzonderlijk wordt'. Hij is in een grondig en uitgebreid onderzoek bij een grote groep beursgenoteerde bedrijven op zoek gegaan naar de vraag: wat maakt bedrijven uitzonderlijk en hoe kun je dat worden en blijven?

Collins vindt in zijn onderzoek dat deze bedrijven gemeen hebben dat ze een leider hebben met wat hij niveau-5 leiderschap noemt. Het type leider van de geweldige ondernemingen bleek bescheiden, rustig en gereserveerd, zelfs wat verlegen. Een op het eerste gezicht paradoxale mix van persoonlijke nederigheid, professionele wil en vastberadenheid. Een niveau-5 leider is heel ambitieus, maar richt de ambitie op het bedrijf en niet op zichzelf. Zo'n leider bouwt aan langdurig succes en motiveert door professionele en inspirerende normen en niet door charisma.

Niveau-5 leiders hebben alles voor bedrijf over en geloven in de koers. Ze zijn heel koersvast, authentiek en consistent in hun verhaal en vooral in hun gedrag. Het zijn harde werkers en ze eisen meer dan de middelmaat van zichzelf en de mensen om hen heen.

Een niveau-5 leider legt de succesfactoren buiten zichzelf als het goed gaat, maar kijkt wel in de spiegel als het om verantwoordelijkheid gaat.

Voordat een niveau-5 leider met een strategie begint, verzamelt hij eerst mensen met een vergelijkbare basisstijl en hoog professionaliteitsniveau op de topposities om zich heen.

Er wordt eerst naar WIE nodig zijn gekeken en pas daarna naar WAT te doen. Een niveau-5 leider wil de juiste mensen hebben met de juiste morele code: het gaat erom dat je wilt excelleren en daar een bijdrage aan het bedrijf in wilt leveren. Een juiste werkhouding is het selectie criterium, de rest is te leren. Collins noemt de mensen die volgens deze criteria geselecteerd worden niveau-5 potentials.

Deze hoge eisen worden van hoog tot laag consequent gehanteerd. De vaardigheid om de juiste mensen te zoeken is een kerncompetentie. Een niveau-5 leider laat mensen niet op verkeerde plekken zitten en pakt hier streng maar zorgvuldig op door. De verkeerde mensen niet aanpakken is oneerlijk tegenover de juiste mensen. Die moeten compenseren en het frustreert professionals als richting verkeerde mensen niet wordt ingegrepen.

Een niveau-5 leider zet de beste mensen op de grootste uitdagingen, niet op grootste problemen, ook bij veranderingen. Deze mensen hebben een sterke innerlijke motivatie, gehoorzamen niet blindelings, maar denken vanuit zichzelf, hebben liefde voor de zaak, verbinding en plezier. Deze mensen zetten persoonlijke ambities om in bedrijfsambities.

Verder kijken niveau-5 leiders goed in de interne en externe spiegel en ontkennen of verbloemen nooit de feiten. Feiten zijn beter dan dromen en als de wereld verandert, moet je mee. Ze creëren een interne traditie van gezamenlijk, open en kritisch denken en denken vanuit de klant. Ze creëren een klimaat waarin de waarheid zichtbaar is en blijft door leiding te geven met vragen en niet met antwoorden. Ze willen begrijpen en blijven waarom-vragen stellen. Ze zoeken bij problemen oorzaken en geen schuldigen. Dat levert een klimaat op van begrijpen, leren en verbeteren.

Tenslotte zorgen ze voor een hoge mate van (professionele) discipline als bedrijfscultuur. Dit maakt een aanzienlijke mate van hiërarchische aansturing, regels en registraties overbodig ongeacht de omvang van de organisatie. Zelfsturing zit dan veel meer in mensen en dan is een beperkte controle genoeg. Collins geeft aan dat als je in die cultuur naast bedrijfsdiscipline ook nog ondernemersethiek hebt, dat dat een sleutel tot een blijvend succesvolle onderneming is.

Ik zie sterke overeenkomsten en overlappende kenmerken tussen niveau-5 leiderschap en denken vanuit professionaliteit (zie paragraaf 7.1).

4.5 Professionaliteit in ziekenhuizen

Pauline Meurs neemt in een artikel in de volkskrant in 2006 kritisch stelling over hoe met patiënten in sommige ziekenhuizen wordt omgegaan.

Verantwoordelijkheden worden afgeschoven, de bejegening is onheus en ongeïnteresseerd, het ontbreekt aan invoelingsvermogen en de patiënt wordt nauwelijks als individu benaderd.

Meurs ziet dat bij klachten er allerlei verklaringen en argumenten voor de problemen worden gegeven met als kern 'de omstandigheden, de onvermijdelijkheid en het helaas niet kunnen beïnvloeden'. Er wordt eigenlijk geen eigen verantwoordelijkheid gevoeld, laat staan genomen.

Meurs concludeert dat er, onder meer op het niveau van organisatie en management, sprake van een gebrek aan kwaliteit is. De kwaliteit van dienstverlening aan de klant wordt voor een belangrijk deel bepaald door de kwaliteit van de interne dienstverlening, inclusief die van het management, dat ten dienste aan de professionals moet staan.

In een dichtgeregeld systeem met wantrouwen als basis wordt leren en verbeteren ondermijnd. In een dergelijk systeem voelen klanten zich als nummer behandeld, dienstverleners voelen zich miskend in hun vak en professionaliteit, raken gedemotiveerd en managers krijgen de schuld. Een negatieve spiraal.

Meurs herleidt dit tot het bestuurlijke model van wat zij de boedelscheiding noemt. Een scheiding tussen beleid en uitvoering, tussen doelen en middelen en tussen management en professionals. In dit model gaat de aandacht vooral uit naar scheiden en toedelen van verantwoordelijkheden: wie is verantwoordelijk, wie is aanspreekbaar, wie is schuldig, wie moet iets doen. Teveel nadruk op de wie-vraag leidt tot het afschuiven van verantwoordelijkheden en nadruk op de schuldvraag. Om je in te dekken worden zaken afgebakend en gescheiden. Als het fout gaat, wordt er als reactie nog meer naar het toedelen van verantwoordelijkheden gekeken: een fuik die niets oplost, maar nog meer afgescheiden hokjes oplevert.

Het model van de boedelscheiding leidt tot behoefte aan onzekerheidsreductie en nadruk op beheersing van risico's. Het leidt tot dictatuur van de middelmaat door normgerichtheid en een eindeloze behoefte aan verantwoordingsinformatie. Er wordt op deze manier alleen gekeken naar afwijkingen en niet naar hoe het beter kan. Dat is zichtbaar in en om ziekenhuisorganisaties. De aandacht gaat uit naar falen en afwijkingen en minder naar excellent presteren of naar goede voorbeelden.

Het besturingsmodel van de boedelscheiding leidt tot geïnstitutionaliseerd wantrouwen tussen management en professionals en staat innovatie en kwaliteitsverbetering in de weg. Inhoudelijke debatten vinden niet meer plaats en de professionele passie komt in de knel.

Tegenhanger van het boedelscheiding is een model gebaseerd op (professioneel) verantwoordelijkheid nemen. Er wordt vaak geklaagd dat er wel verantwoordelijkheden worden gegeven, maar zonder bevoegdheden. De stelling van Meurs is echter wie zich (professioneel) verantwoordelijk gedraagt, krijgt ook bevoegdheden.

Professionele verantwoordelijkheid moet leidend zijn en niet professionele autonomie. Er moet meer in de ontwikkeling van professionaliteit worden geïnvesteerd.

Meurs geeft drie ontwikkelingsniveaus van professionaliteit aan. Het eerste niveau is dat van de technisch-inhoudelijke kennis en expertise. Het tweede niveau gaat over internalisering van professionaliteit in het eigen doen en laten, in het toepassen van de kennis op het eigen handelen en het zicht hierop. Hier zit ook zelfreflectie en ruimte voor verbetering en dialoog. Het derde niveau is het verbinden van de kennis en de eigen handelingspraktijk met de maatschappelijke context en maatschappelijke verankering. Vragen hierbij zijn: wat is passend en waarom, wat zijn gevolgen, welk belang moet voorgaan en waarom?

In de praktijk blijven we in ziekenhuizen vaak steken in het eerste niveau met ook nog een accent op de professionele autonomie. Dit leidt niet tot een gemeenschappelijk belang maar tot een steeds grotere kloof tussen managent en professional, ieder in zijn eigen kennisdomein. Dit gaat ook ten koste van de proceskennis die ontwikkeld moet worden om de domeinen te verbinden, buiten eigen kaders te denken en oplossingen voor domeinoverstijgende problemen te vinden.

4.6 Besturingssysteem en relaties tussen de besturingsniveaus

4.6.1 Besturingsfilosofie en spelregels

Zoals eerder aangegeven moet er vanuit de bestuurder een heldere koers zijn met een operationaliseerbare strategie. Daarnaast moet een en ander vertaald zijn in een heldere besturingsfilosofie met daarin de opvattingen en principes over de wijze waarop de bestuurlijke organisatie vorm en inhoud wordt gegeven: de mate van (de)centralisatie, integraal management, managementstijl etc.

De besturingsfilosofie moet vervolgens worden vertaald naar taken en spelregels voor ieder besturingsniveau en worden toegespitst in planning & control principes, verantwoordelijkheden en bevoegdheden etc. Dit alles moet bekend zijn binnen de organisatie en vormt de set aan afspraken (woorden) die er tussen de verschillende besturingslagen wordt gemaakt. De woordenkant vormt in mijn ogen het makkelijke deel.

4.6.2 Besturingswerkelijkheid

Hoe het in de praktijk functioneert (de dadenkant), is wat ik de besturingswerkelijkheid noem. Als het goed is, vormen woorden en daden een congruent en consistent geheel. In de praktijk is dat niet zo eenvoudig en ook zeker niet altijd het geval.

De besturingswerkelijkheid wordt naast de feitelijke en rationele kant van de besturingsorganisatie ook vooral door de relationele en zachte kant beïnvloed. Daar bedoel ik mee de openheid in verwachtingen en communicatie en wederzijds vertrouwen.

Vertrouwen tussen de besturingsniveaus komt in veel gesprekken terug. In een organisatie met een weinig open besturingswerkelijkheid zoekt men vaak vertrouwen in het eigen hokje en de eigen vakdeskundigheid en niet in het niveau boven of naast zich. Dat leidt naast een gebrek aan communicatie tot moeizaam teamwork en tot weinig of geen veranderingen.

De basisvoorwaarden voor een goed functionerende besturingswerkelijkheid liggen op het gebied van richten en inrichten. Er moet een duidelijke en bekende koers zijn, de kaders en grenzen moeten duidelijk zijn en de spelregels moeten bekend zijn. Als aan deze randvoorwaarden is voldaan, is de speelruimte helder en kan er daarbinnen ook echt ruimte worden gegeven en losgelaten worden. Belangrijk is dat de bestuurder dan ook de resultaten die binnen de kaders worden behaald accepteert. Als dat niet gebeurt en de manager wordt teruggefloten, dan is het vertrouwen de dupe en de kans dat het de volgende keer goed gaat een stuk minder geworden.

Weggeman (2000) heeft een aantal managementstijlen beschreven in een zgn. Situationeel Management Concept (SMC) dat vooral in professionele organisaties

werkt. In dit model wordt de mate van het behalen van de afgesproken targets afgezet tegen de mate van interactie tussen het bedrijfsonderdeel en anderen. Het grotendeels behalen van targets leidt afhankelijk van de mate van interactie-afhankelijkheid tot strategische coördinatie of tot outputsturing. In dit model wordt echter ook zichtbaar dat falen in het behalen van targets leidt tot een sterkere mate van operationele planning en control. Dat is een defensieve stijl die de motivatie en betrokkenheid van taakvolwassen medewerkers belemmert. Het is echter een goede verklaring van de neiging van de top om bij problemen of onzekerheden terug te grijpen op deze stijl. In de praktijk wordt vaak in woorden beleden op strategische coördinatie en/of op output te willen sturen, terwijl er in werkelijkheid regelmatig door de top wordt ingegrepen en op operationele planning en control wordt teruggevallen. Woorden en daden lopen uit elkaar. Het middenmanagement reageert als dat gebeurt teleurgesteld, voelt zich niet erkend, leunt achterover en voelt zich niet meer verantwoordelijk.

4.6.3 Kwaliteit van de besturingswerkelijkheid

Het gedrag tussen de besturingsniveaus bepaalt in belangrijke mate de cultuur binnen een organisatie (Kets de Vries, 1998). Dit gedrag legt al dan niet effectief een verbinding tussen de mensen en de organisatie waarin zij werken. Hoe beter deze verbinding, des te beter de organisatie de dynamiek en complexiteit in zijn omgeving kan hanteren. De cultuur komt het meest tot uiting in de besluitvorming en het sociale systeem binnen de organisatie en dus vooral ook in de besturingswerkelijkheid.

Mijn stelling is dat de kwaliteit van de besturingswerkelijkheid enerzijds afhankelijk is van helderheid en operationaliseerbaarheid van de visie en kaders en de aanwezigheid van een in duidelijke spelregels vertaalde besturingsfilosofie: de woordenkant van de besturingswerkelijkheid. De kwaliteit van de werkelijkheid is anderzijds echter vooral van de dadenkant afhankelijk: van het bieden van ruimte door de bestuurder/directeur richting middenmanagement en binnen die ruimte ook daadwerkelijk loslaten.

Maar dat is niet vrijblijvend: de manager moet de toevertrouwde verantwoordelijkheden daadwerkelijk nemen en zich verantwoordelijk gedragen.

Het management moet het gevoel hebben dat ze daadwerkelijk vertrouwen krijgt. Er moet geen gat zijn tussen de verwachtingen en de werkelijkheid. Managers moeten de ervaring om daadwerkelijk zelfstandige verantwoordelijkheden te dragen kunnen en mogen opbouwen en fouten mogen maken. Zonder ervaringen immers geen gedragsverandering. Hiervoor is lef en doorzettingsvermogen van de bestuurder voor nodig.

Het is een systeem van kwalitatieve besturingsrelaties, ieder niveau geeft de ervaren kwaliteit (dad en gedrag) door aan de onderliggende laag.

Hoe minder vertrouwen, des te harder de roep om transparantie, controle en verantwoordingsinformatie, maar andersom gaat het ook op: hoe meer vertrouwen, des te minder behoefte aan control en detailinformatie.

Als de kwaliteit van de besturingsrelaties goed is, zullen de interne stuurinstrumenten aangepast worden aan de besturingswerkelijkheid. Er zal een verschuiving zijn van een behoefte aan gedetailleerde verantwoordingsinformatie naar verantwoording op prestaties en hoofdlijnen, zowel kwantitatief als kwalitatief. De managementstijl verschuift van prove-it-to-me naar tell-me.

5. Beschrijvend begrippenkader

Het beschrijvend begrippenkader dat ik hanteer om de praktijkervaringen uit de interviews te ordenen, omvat de volgende componenten:

- De verandercontext: richting en mate van veranderingen
- De rol en positie van het middenmanagement
- Competenties van het middenmanagement
- Relaties tussen management en medisch professionals
- Besturingssysteem en besturingswerkelijkheid

De verandercontext

Om te bepalen of een ziekenhuis actief met veranderingen bezig is, hanteer ik vooral een aantal begrippen van Kotter (1996). Om een beeld te krijgen van urgentiebesef, mate en richting van de veranderingen kijk ik of het ziekenhuis extern en intern in beweging is. Bij de externe veranderingscontext zijn vragen van belang als: is er een zekere mate van urgentiegevoel en bij wie? Is er sprake van concurrentie, wordt er daadwerkelijk naar marktontwikkelingen gekeken? Blijft de externe gerichtheid beperkt tot kijken of zijn er aantoonbare initiatieven? Zijn alle besturingsniveaus en de specialisten hierbij breed betrokken?

Voor mijn vraagstelling is het met name van belang om te zien of ook de interne organisatie mee in beweging is. Om hier zicht op te krijgen is gekeken naar de visie op veranderingen. Vragen hierbij zijn: worden veranderingen via de structuur of het besturingssysteem benaderd? Wat zijn de gevolgen voor de verschillende besturingsniveaus, met name voor het middenmanagement en de werkvloer.

De rol en positie van het middenmanagement

Om de rol en positie van het middenkader in te besturingssysteem te bepalen, wordt gekeken op welk besturingsniveau de middenmanager in hoofdzaak functioneert, wat de ervaren afstand tussen de verschillende niveaus is en wat de effecten zijn op de verbinding tussen middenmanager en werkvloer. Tenslotte is vanuit de vraag naar verbinding met de professionals gekeken naar de gewenste achtergrond van de middenmanager en de focus op daadwerkelijke zichtbaarheid.

Competenties

Om een beeld te krijgen van wat een middenmanager in huis moet hebben, wordt gekeken naar het gewenste competentieprofiel. De competenties worden onderverdeeld naar de belangrijkste gebieden waarop de middenmanager verwacht wordt succesvol te kunnen acteren. Er wordt onderscheid gemaakt naar ondernemerschap en bedrijfsmatig werken, naar verbinding en dienstbaarheid en naar leiderschap en professionaliteit. Of het middenmanagement in de praktijk de gewenste competenties om succesvol te zijn in huis heeft valt buiten het bereik van dit onderzoek.

Relaties tussen management en medisch professionals

Het ziekenhuis kenmerkt zich door de aanwezigheid en positie van de medisch specialisten. Daarbij is specifiek de relatie tussen management en de medisch specialist van belang en hoe dit in de praktijk wordt ingevuld. Hierbij is gekeken naar de mate en wijze waarop duaal management in ziekenhuizen wordt ingevuld op de verschillende besturingsniveaus, met name op operationeel niveau.

Besturingssysteem en besturingswerkelijkheid

Om de kwaliteit van het besturingssysteem te bepalen wordt gekeken of er sprake is van een duidelijke, bekende en operationaliseerbare koers en of er sprake is van een goed uitgewerkte planning & controlcyclus. Er wordt gekeken of koers en systeem met elkaar overeenstemmen en of deze een duidelijk en betrouwbaar praktisch kader voor het functioneren van het besturingssysteem opleveren. Bij elkaar vormt dit de kaderstellende kant.

Daarnaast is gekeken naar de relationele kwaliteit tussen de verschillende besturingsniveaus in termen van contact, communicatie, vertrouwen en veiligheid. Focus hierbij is of het voorkomen van deze kwaliteiten effect heeft op het loslaten door het bovenliggende niveau en het nemen van verantwoordelijkheden door het lagerliggende niveau.

De samenhang tussen de kaderstellende kant en de relationele kant noem ik de integrale systeemkwaliteit. Deze moet congruent zijn.

6. Ervaringen in de praktijk

6.1 Werkwijze

Bij het maken van de afspraken bleek al snel dat de term middenmanager verschillend geïnterpreteerd werd. In de meeste ziekenhuizen heb ik naast een bestuurder en een middenmanager ook gesproken met een tactisch manager. De naamgeving van de verschillende functies in de ziekenhuizen loopt overigens erg uiteen. In bijna alle ziekenhuizen was er onder de middenmanager nog sprake van een al dan niet meewerkende laag die de directe aansturing op de werkvloer verzorgt. Ik noem die laag de teamleiders. Voor sommige ziekenhuizen kan de naamgeving die ik gebruik wat verwarrend zijn, maar het gaat over het besturingsniveau waarop de functie zich bevindt en niet over de naam.

Ik heb mij gericht op 10 algemene ziekenhuizen die duidelijk met veranderingen bezig zijn en waar geen sprake is van tumultueuze bestuurswisselingen, interim-bestuurders, complexe fusieperikelen of grote ruzie met de staf. Verder heb ik mij laten leiden door beperkingen in tijd en afstand. In een bijlage zijn de bezochte ziekenhuizen weergegeven. De organisatie waar ik zelf werkzaam ben, heb ik niet in het onderzoek betrokken.

De informatie uit de gesprekken is kwalitatief, het zijn persoonlijke meningen en ervaringen. Ik heb de gesprekken als heel open en eerlijk ervaren. Mijn onderzoek is zo breed mogelijk geweest maar toch zijn er altijd beperkingen in tijd en energie. Ik heb bijna overal gesproken met drie besturingsniveaus, maar niet in alle gevallen is dat gelukt. In sommige ziekenhuizen waar een lopende verandering juist het middenmanagement betrof, had ik liever met meer mensen gesproken om een objectiever en meer compleet beeld te krijgen. Ik realiseer me dat dit beperkt op sommige observaties van invloed kan zijn, maar ik denk niet dat het totale beeld daardoor verandert.

6.2 Beelden uit de praktijk

Onderstaand schets ik, met gebruik van het begrippenkader uit hoofdstuk 5, de beelden en patronen die mij over alle ziekenhuizen en besturingsniveaus heen uit de gevoerde gesprekken op zijn gevallen.

6.2.1 Mate en aard veranderingen

De ziekenhuizen waar ik ben geweest zijn allemaal op hun geheel eigen manier in beweging. Maar er zijn wel overeenkomsten en verschillen.

Externe beweging

Ieder ziekenhuis is met marktontwikkeling en verandering bezig. Bij de meeste ziekenhuizen is concurrentie duidelijk merkbaar, zowel bij kleinere als bij grotere ziekenhuizen. Concurrentie speelt met name op het gebied van de (electieve) basiszorg waarbij naast ziekenhuizen ook commerciële partijen nu merkbaar togetreden zijn. Een groot deel van de ziekenhuizen kijkt actief naar de markt en naar adherentieontwikkelingen. In veel ziekenhuizen is de financiële druk merkbaar, daarbij worden ook met name de opgelegde prestatiekortingen genoemd.

De genoemde bewegingen zijn extern gericht. Urgentiebesef is, afhankelijk van de marktpositie, de (ervaren) mate van regionale concurrentie en de al aanwezige mate van interne veranderingsgerichtheid, in bijna alle ziekenhuizen aanwezig, in ieder geval bij de top. In de meeste ziekenhuizen is ook op operationeel niveau het urgentiebesef aanwezig, de vraag is of zich dat in de praktijk ook in marktgerichte operationele activiteiten vertaalt. Urgentiebesef bij medisch specialisten is erg wisselend. In sommige ziekenhuizen zijn (top)management en dokters samen heel gericht in beweging. Maar in enkele ziekenhuizen is de staf nog niet of niet voldoende aangesloten.

In de helft van de ziekenhuizen is de externe gerichtheid aantoonbaar in allerlei ontwikkelingen als BV's, samenwerkingsverbanden en eigen commerciële initiatieven. Er wordt in deze ontwikkelingen actief ingezet op kleinschaligheid, ondernemerschap, efficiency en betrokkenheid van de dokters. De initiatieven worden in een aantal gevallen ook duidelijk gebruikt als leertrajecten om de ervaringen ook intern in te bedden en van daaruit breder te verspreiden binnen de organisatie.

Interne beweging

In een heel aantal gevallen komt de interne wereld mee in beweging, in een enkel geval lijkt het echter bij een bewegende buitenkant en top te blijven en beweegt de binnenwereld niet mee.

Bij alle interne veranderingen gaat het vooral over het middenmanagement. In het algemeen is er overal een sterke neiging tot verplating. Deels lijkt dit voort te komen uit een legitimiteitsvraag van het aantal managementlagen, deels uit een duidelijke wens tot vergroting van de decentrale zelfstandigheid en/of professionaliteit.

Vijf van de 10 ziekenhuizen zijn bezig met een interne structuurverandering. Daarbij gaat het in al deze gevallen over indikken en verzwaren van de tactisch-operationele laag in termen van zorggroepen, businessunits en resultaat-verantwoordelijke eenheden. In alle gevallen heeft deze structuurverandering tot doel om een grotere mate van decentrale zelfstandigheid, meer resultaat-gerichtheid en een meer bedrijfsmatige manier van werken te verkrijgen. In enkele ziekenhuizen is men al zeer geruime tijd met deze verandering bezig. De lange duur voordat de verandering doorzet leidt tot onzekerheid en onduidelijkheid voor de managers die het betreft. Als het (te) lang duurt heeft men de neiging om achterover te leunen en zet men soms vraagtekens bij de slagvaardigheid van de top.

Bij het verplaten van de tactisch-operationele laag tot één niveau lijkt denken in termen van richten en verrichten wel in beeld: het management moet vooral meer naar buiten kijken, strategisch meedenken en voor de verbinding met de werkvloer en de dokters zorgen. De verantwoordelijkheid voor de inrichtingsopdracht lijkt wat te vervagen, niet meer duidelijk ergens thuis te horen en wordt dus door niemand meer opgepakt.

Een indikken van de tactisch-operationele laag heeft ook gevolgen voor de direct aansturende laag op de werkvloer. Op één ziekenhuis na hebben alle ziekenhuizen al dan niet meewerkende teamleiders of zorgcoördinatoren die voor de directe aansturing van de werkvloer verantwoordelijk zijn.

De teamleiders vormen niet altijd een echt hiërarchische laag. Men is zich bewust dat de teamleiderlaag mee moet veranderen maar pakt dit vaak niet tegelijk aan. In een ziekenhuis waar geen duidelijke teamleiderlaag is, wordt de operationele manager in de direct operationele aansturing op de werkvloer gezogen en heeft daardoor moeite met de aansluiting naar boven en de eigen rolinvulling.

De ziekenhuizen waar geen structuurverandering speelt, zijn wel bezig met de interne verantwoordelijkheidsverdeling maar benaderen die vanuit de systeemkant en de besturingsrelaties en kijken daarna of dit voor de structuurkant gevolgen heeft. Er lijkt daarbij niet echt een verschil te zijn tussen grote en kleinere ziekenhuizen. Deze benadering lijkt tot minder gevoelens van onduidelijkheid en tot meer beweging te leiden dan concentratie op de structuurkant en/of op één managementlaag.

In enkele ziekenhuizen is ook ingestoken op het vergroten van de professionalisering van de werkvloer, waarbij de weg gezocht wordt via verzwaren van de verantwoordelijkheden van de bovenliggende lagen, waardoor als het ware een grotere zelfstandigheid naar beneden wordt geduwd.

6.2.2 Middenmanagement: identiteit en positie in het systeem

Op middenmanagementniveau wordt er gezocht naar een eigen identiteit. Door de verplating wordt de tactische laag vaak naar boven gezogen en gaat meer tot het topmanagement behoren. Dat is op zich geen probleem als er daaronder een duidelijke operationele managementlaag is die voor verbinding naar onder kan zorgen. Indien door de verplating tactisch en operationeel meer één niveau worden, wordt de afstand waarover verbinding tussen boven en beneden moet worden gelegd groter. Dan lijkt het ook moeilijker voor de middenmanager om te bepalen of hij meer boven of beneden thuishoort. Bij gebrek aan professionele identiteit vanuit de eigen functie lijkt identiteit meer in de relatieve positie gezocht te worden. In sommige ziekenhuizen worden managers in die positie naar boven gezogen en richten zich meer op boven en buiten en minder op de verbinding binnen. In dit geval verschuift de rol van middenmanager effectief meer naar de teamleiderlaag die daarvoor nog niet is toegerust. Wie is in dit geval nu het middenmanagement geworden? In andere ziekenhuizen zoekt de middenmanager meer zijn rolduidelijkheid in de verbinding met de werkvloer. In die gevallen wordt de afstand tussen bestuurder en management weer (te) groot. Er lijkt weinig echte visie op het geheel en op de systeemkant te zijn binnen organisaties, met als gevolg rolonduidelijkheid en onzekerheid.

In ziekenhuizen wordt over de gehele linie heel wisselend gedacht over de vraag of middenmanagement uit de zorg moet komen of niet. Overall meent men dat op tactisch niveau minder zorgkennis nodig is dan op operationeel niveau. In essentie komt het erop neer dat een manager de processen moet kennen en op procesniveau moet kunnen sturen en ingrijpen. Er hoeft niet op inhoud gestuurd te worden, die is van de professionals op de werkvloer zelf, niet van het management. Eén manager geeft aan dat een zekere afstand van de inhoud goed is, omdat men soms in de zorg wel wat vast zit in de eigen professie. Daaruit spreekt bewustwording over denken in termen van professionaliteit.

In de meeste ziekenhuizen meent men dat het middenmanagement zichtbaar en bereikbaar moet zijn voor de werkvloer. In drie ziekenhuizen is het de gewoonte dat de manager in 'het wit' loopt; voor herkenbaarheid en om te laten zien voor wie je er bent: voor medewerker en patiënt.

6.2.3 Leiderschap en competenties

In een aantal ziekenhuizen is er een heel duidelijke mening over wat een middenmanager in huis moet hebben om succesvol op de toekomst voorbereid te zijn. Een paar ziekenhuizen heeft een minder duidelijk beeld van het gewenste profiel van een manager.

De in de gesprekken genoemde competenties kunnen onderscheiden worden naar ondernemerschap en bedrijfsmatig werken, verbinding en dienstbaarheid en leiderschap en professionaliteit.

Ondernemerschap en bedrijfsmatig werken

In bijna ieder gesprek is nadruk gelegd op competenties op het gebied van marktgerichtheid, klantgerichtheid, ondernemerschap, denken in kosten en opbrengsten, resultaatverantwoordelijkheid en bedrijfsmatig werken, al dan niet aangevuld met vaardigheden op het gebied van planning en logistiek, capaciteitsplanning en inzet van mensen en middelen en sturen op efficiency.

Verbinding en dienstbaarheid

Hierbij worden heel goede communicatieve vaardigheden genoemd en werken vanuit het principe hard op inhoud, zacht op relaties. Daarnaast wordt nadruk op verbinding met boven en beneden gelegd en sensitiviteit voor de belangen van medewerkers, dokters, patiënten en het evenwicht met het organisatiebelang. Het belang wordt benadrukt om mensen mee in veranderingen te krijgen, door goed te luisteren, veel en open uit te leggen, bereikbaar te zijn, niet bang te zijn om je kwetsbaar op te stellen en duidelijk te zijn over wat je wel en wat je niet weet. In brede zin is er aandacht voor de bijdrage van de manager om een ander zijn werk goed te laten doen zowel medewerkers als dokters, het bieden van coaching en aandacht.

Ook wordt er belang gehecht aan kunnen denken in 'en/en' termen om abstracte, strategische en managementissues naar concrete operationele zaken te vertalen.

Leiderschap en professionaliteit

Tenslotte wordt veel gesproken over leiderschap in termen van persoonlijke autonomie en authenticiteit, kritisch denken en lef. Maar ook bruggen kunnen slaan tussen belangen, respect winnen en geven, grenzen stellen en ruggengraat hebben, maar er verder wel zijn. Durf voor dialoog met dokters en medewerkers, maar ook visie, besluitvaardigheid en kansen creëren worden als belangrijk gezien. Ook eigenschappen die met professionaliteit te maken hebben komen naar voren: passie en drive. Managers moeten een goed verantwoordelijkheids-gevoel hebben en moeten bevoegdheden willen hebben en willen sturen. Zelfvertrouwen, rolbesef en zelfreflectie moet een manager een huis hebben.

Een heel aantal van de competenties op het gebied van ondernemerschap, bedrijfsmatig werken, verbinding en dienstbaarheid worden ook door specialisten van managers verwacht. De specialisten verwachten naast ondersteuning ook ruggengraat en tegenspel. Insteek van de dokters is vooral dat de manager voor de organisatie van het proces verantwoordelijk is en dat resultaten alleen bereikt kunnen worden als de relatie goed is. Dit beeld is consistent met de verwachtingen van de verschillende managementlagen.

Geconcludeerd kan worden dat naast managementvaardigheden en verzakelijking, vooral leiderschap als heel belangrijk wordt gezien op het niveau van de middenmanager. Bij leiderschap worden ook capaciteiten op het gebied van zelfactualisatie en professionaliteit genoemd.

6.2.4 Relaties management en (medisch) professionals

Op een na wordt in ieder ziekenhuis, soms zelfs al vele jaren, op basis van duaal management gewerkt. Meestal zowel op bestuurs- als op operationeel niveau.

Soms is er ook duaal management op het tussenliggend tactisch niveau maar dat levert, vooral bij specialisten, in de praktijk niet altijd de gewenste duidelijkheid op.

Op bestuursniveau lijkt de positie en betrokkenheid van vertegenwoordigers van de medische staf bij beleidsvoorbereiding en besluitvorming redelijk duidelijk te zijn ingericht.

Op operationeel niveau is het bijna overal nog erg informeel ingevuld en is de wijze waarop duaal management functioneert afhankelijk van de persoon van de dokter en bekendheid en chemie tussen manager en dokter. Over het algemeen heeft men in de praktijk op persoonsniveau wel een redelijke manier van werken gevonden. Enkele ziekenhuizen zijn nu actief bezig met verdere professionalisering van de operationele managementrol van dokters door middel van opleiding en training. Verder is men in enkele ziekenhuizen actief op zoek naar mogelijkheden om medeverantwoordelijkheid van de dokter daadwerkelijk handen en voeten te geven en werkelijk te laten functioneren.

In een enkel ziekenhuis wordt gedacht over het invoeren van een model van duaal management waar de dokter de baas is, in de meeste ziekenhuizen wordt van een gezamenlijke verantwoordelijkheid uitgegaan wel met eigen aandachtsgebieden. Voorop staat de betrokkenheid van de specialist bij het reilen en zeilen en besluitvorming binnen de afdelingen. In de gesprekken die ik met enkele specialisten had, komt een unanieme mening over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen manager en dokter naar voren. De dokter is voor de medische inhoud en kwaliteit (inclusief patiëntveiligheid) verantwoordelijk; het management is voor bedrijfsvoering, planning en logistiek en professionaliteit van de zorg verantwoordelijk.

In een aantal ziekenhuizen wordt het gebrek aan veranderbereidheid van de medisch professionals genoemd. In andere ziekenhuizen wordt juist aangegeven dat specialisten heel marktgericht en actief zijn en met eigen initiatieven komen.

Een aantal keren wordt heel specifiek de rol van de manager genoemd in het onderbouwen van de kosten- en opbrengstenkant van initiatieven en ontwikkelingen op gebied van de medische behandeling. Daarbij wordt aangegeven dat in deze gevallen specialisten goed meedenken en betrokken zijn.

Eén ziekenhuis hanteert het organiseren van het belang van de dokters als centraal thema. Er wordt gewerkt vanuit het principe van het organiseren van een gemeenschappelijk doel en belang.

Op basis hiervan is de specialist medeverantwoordelijk voor de resultaten.

6.2.5 Besturingswerkelijkheid in de praktijk

Het beeld van de besturingswerkelijkheid ontstaat uit de overeenkomsten en verschillen op dit gebied tussen de verschillende besturingsniveaus, de congruentie en consistentie van wat men zegt en de verwachtingen en gevoelens die men naar elkaar toe en naar het geheel heeft.

De rode draad voor het toetsen van de kwaliteit van de besturingswerkelijkheid is ten eerste de helderheid en operationaliseerbaarheid van de koers. Dit biedt uitgangspunten en kaders. De koers is de managementopdracht van de bestuurder en in de praktijk blijkt op operationeel niveau deze rolverwachting over de bestuurder overal volstrekt duidelijk.

Daarnaast is een goed uitgewerkte en functionerende planning & control-systematiek van belang. Dat bepaalt kaders en verwachtingen voor het spel, de regels en de rol van het management hierin. Dit geheel is wat ik eerder de woordenkant van de besturingsrelatie noemde.

Tussen koers en spelverwachtingen is in bijna alle ziekenhuizen een 1-op-1 relatie zichtbaar. Als de koers duidelijk en operationaliseerbaar is, zijn de spelregels en verwachtingen dat ook. Andersom geldt ook dat wanneer de koers niet goed bekend of richtinggevend is, ook de spelregels onduidelijk zijn. De woordenkant is in bijna alle gevallen óf op orde óf niet goed op orde: richten en inrichten gaan hand in hand. In de praktijk lijken ook woorden en daden met elkaar in overeenstemming. Als de woorden duidelijk zijn, handelt men daar in de praktijk ook naar. En bij onduidelijkheid zijn ook de daden wisselend en meer inconsistent.

In essentie gaat dat ook op voor de relationele en gevoelskant van de besturingswerkelijkheid. Als er vertrouwen is in de kwaliteiten van de personen op de besturingsniveaus en in het systeem dan is er verbinding, veel contact en openheid tussen die managementlagen. Genoemd wordt dat je altijd naar de bovenliggende laag toe kunt, dat die er dan ook is voor je en dat er wederzijds openheid is om dingen te zeggen. Afstand en geen gevoel van verbinding leidt daarentegen tot gebrek aan communicatie en tot onduidelijkheid.

Vertrouwen en verbinding worden direct verbonden aan een gevoel van ruimte en vrijheid. Veiligheid hoort ook in dat systeem. Veiligheid is enerzijds verbonden aan de duidelijkheid van verwachtingen en spelregels, anderzijds aan of je je gedekt voelt door de laag boven je. Als er in de praktijk wederzijds vertrouwen is, laat het topmanagement binnen de kaders los en biedt veilige ruimte. Binnen die ruimte wordt de verantwoordelijkheid door het management ook genomen.

Voor de gehele kwaliteit van de besturingswerkelijkheid gaat het principe van integrale systeemkwaliteit op: er is op alle niveaus duidelijkheid, consistentie, vertrouwen, ruimte, veiligheid, loslaten en verantwoordelijkheid nemen aanwezig of overal niet.

In drie ziekenhuizen is er duidelijk sprake van een consistente en kwalitatief goede besturingswerkelijkheid en een aantoonbaar aanwezige mate van verbondenheid. Er wordt op zelfsturing gestuurd en op transparantie. Men ervaart elkaar als betrouwbaar en consistent en dat wordt wederzijds ook verwacht. In twee andere ziekenhuizen is de kwaliteit van de besturingswerkelijkheid duidelijk en doelgericht in ontwikkeling en alleen nog afhankelijk van volledige invulling van de kwaliteit op alle operationele posities.

In al deze ziekenhuizen is er sprake van beperkingen in budgettaire ruimte. Door duidelijke keuzes in de kaders, transparantie en een goede uitleg op niveau van organisatiebelang en gevoel van gemeenschappelijkheid, vormt dit geen belemmering voor het functioneren van de besturingswerkelijkheid.

Verder valt bij al deze ziekenhuizen op dat door de top het besturingssysteem, zowel de kader- en regelkant als de relationele kant, heel bewust wordt ontwikkeld en geëvalueerd. Er wordt aantoonbaar op systeemniveau gestuurd.

In enkele ziekenhuizen was de kwaliteit van de relatie verbonden aan personen en hun individuele managementstijl en niet aan het gehele besturingssysteem. In die gevallen lag het er dus aan wie op bepaalde posities zaten. Op systeemniveau moest er duidelijk nog wel wat verbeteren. In deze ziekenhuizen functioneert het systeem op persoonsgebonden onderdelen wel, maar op systeemniveau minder.

In enkele ziekenhuizen wordt aangegeven dat er van weinig vertrouwen en veiligheid sprake is. In een ziekenhuis wordt wel ruimte ervaren, doordat er echter geen duidelijke kaders en verwachtingen zijn, wordt die ruimte niet als ruimte maar als onveiligheid ervaren. In enkele gevallen worden kaders vaag en inconsistent gehanteerd en worden plannen wel van het management gevraagd maar uiteindelijk genegeerd of terzijde geschoven.

Een bestuurder noemt financiële armslag als belangrijkste randvoorwaarde voor loslaten en plaatst de besturingsrelatie daarmee in mijn ogen wat buiten het besturingssysteem. In enkele ziekenhuizen wordt op bestuursniveau vanuit beheersdruk geacteerd. Door het bestuur is in enkele gevallen ingegrepen in decentrale begrotingen. Ingrijpen van bovenaf wordt in dit geval op basis van eindverantwoordelijkheid gelegitimeerd. Het gevolg in die gevallen is dat de operationele managementlaag zich niet meer echt voor de realisatie verantwoordelijk voelt met als insteek: als het budget op is gaat zorg gewoon door. Er lijkt sprake van een 'onderstebovenpositie' waardoor het eindresultaat uiteindelijk het probleem van eindverantwoordelijke blijft en verantwoordelijkheid op operationeel niveau niet is genomen.

Het bijzondere van de gesprekken die ik heb gevoerd is dat ik zonder uitzondering met mensen heb gesproken die zich heel betrokken bij hun organisatie voelen en grote inzet hebben, óók in de gesprekken waar mensen aangeven minder ruimte en vertrouwen te ervaren.

7. De bril voor de analyse

Iets dat mij altijd al gefascineerd heeft is het 'je verantwoordelijk voelen voor iets'. Hoe komt het nu dat de een dit overwegend wel doet en de ander overwegend niet?

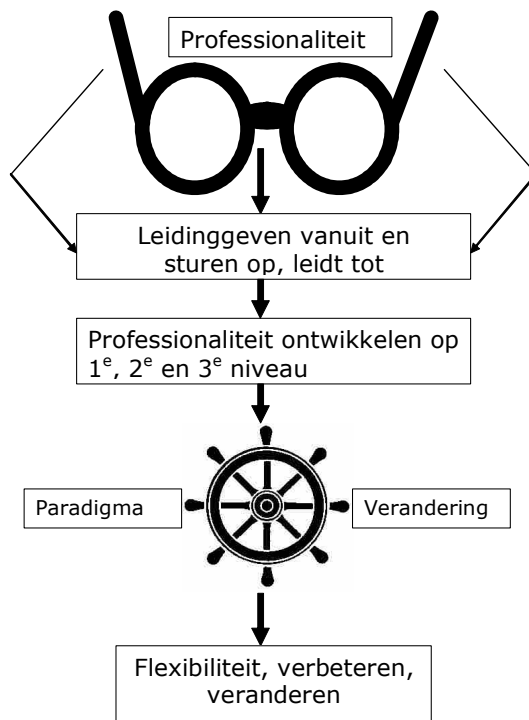
In een mij bekende organisatie was een cultuur gegroeid waarin op allerlei niveaus mensen zich verscholen achter excuses, verklaringen en mist. Een periode van opeenvolgende bestuurs- en managementwisselingen leidde tot koersloosheid, zwabberend beleid, onduidelijkheid en onzekerheid. In zo'n periode wordt veiligheid in het eigen hokje gezocht en wordt een vermijdende en afwachtende houding aangenomen. Er groeit een verlamdende afschuifcultuur: problemen zijn altijd de schuld van een ander en oplossingen kunnen niet worden bereikt omdat iets of iemand anders een randvoorwaarde niet invult. Dat kan zijn de bestuurder, de dokters, stafdiensten, beschikbare informatie, budget. Altijd zijn er wel redenen waarom je zelf niet verantwoordelijk kunt zijn voor wat er wel of niet gebeurt. Onderdeel van die cultuur is ook dat iedereen zich verschuilt achter een soort collectieve verantwoordelijkheid voor wat moet gebeuren. Gevolg van die opstelling is dat niemand zich verantwoordelijk voelt en er niets gebeurt. In die cultuur verwordt accountability tot een bos van verklaringen waarom iets niet kan of niet bereikt is. Daadwerkelijk elkaar aanspreken is niet aan de orde. Verder wordt er altijd geklaagd dat van bovenaf wel verantwoordelijkheden worden gegeven, maar dat de bevoegdheden ontbreken en dat men daarom uiteindelijk de verantwoordelijkheid niet kan dragen.

Dergelijk gedrag is een forse belemmering om te veranderen. In zo een organisatie valt ieder initiatief stil, blijven plannen papier, verdampt trots en vertrouwen en heel langzaam verstommen ideeën en kritiek. Kern van het probleem vormt volgens mij een gebrek aan verantwoordelijkheid nemen en aan professionaliteit.

Mijn analytisch kader, mijn bril, gaat over professionaliteit. Dit hoofdstuk gaat over dat analytische begrippenkader en vormt de bril voor mijn analyse en conclusies.

Het belangrijkste wat ik dit hoofdstuk wil doen is stap voor stap uitleggen hoe ik ben gaan kijken, ieder paragraaf ga ik een stap dieper. Ik ben geïntrigeerd geraakt door professionaliteit en de kracht die er ontstaat als professionaliteit, leiderschap, sturing en paradigmaverandering aan elkaar worden gekoppeld. Door deze koppeling ontstond een bijzondere analytische bril.

Mijn bril ziet er schematisch als in onderstaande figuur uit en wordt in dit hoofdstuk verder toegelicht.



7.1 Wat is professionaliteit?

Professionaliteit betekent in essentie dat je een vakmens bent en dat je je ook als zodanig gedraagt. Professionaliteit gaat verder dan kennis, vaardigheden en ervaring, maar bevindt zich op het zijn-niveau. Professionaliteit gaat over wie je bent, over overtuigingen, waarden en zingeving en is diep verankerd in de beoefenaar: de professional.

De professional ontleent identiteit en een zelfbeeld aan zijn vak. De professie biedt een duidelijk referentiekader waaraan trots, toegevoegde waarde, normen, professionele verantwoordelijkheid en zekerheid ontleend kunnen worden.

Professionaliteit is vanuit de kern van haar zijn niet vrijblijvend en brengt verantwoordelijkheid met zich mee: de professionele verantwoordelijkheid om je vak goed uit te oefenen. Dat is voor een professional diep verankerd, hij vindt dat vanzelfsprekend en gaat er in al zijn denken en handelen van uit. Professionaliteit heeft een sterke innerlijke motivatie en kracht gebaseerd op een eigen identiteit. De professional is nieuwsgierig en heeft op basis van zijn intrinsieke motivatie en trots een ingebouwde behoefte tot excelleren en dus tot verbeteren.

Professionals voelen zich met hun medeberoepsbeoefenaars verbonden vanuit hun identiteit en overtuiging. Kennis, vaardigheden en overtuigingen worden uit hoofde van de functie aanwezig geacht en gerespecteerd. Er wordt impliciet van uitgegaan dat de ander vanuit eenzelfde referentiekader en waardepatroon acteert, in ieder geval tot het tegendeel bewezen is.

Een volgende stap in mijn analytisch kader is dat ik professionaliteit los zie van de inhoudelijke verbondenheid aan een bepaald vak. Professionals hebben een aantal kenmerken gemeen. Ze hebben een innerlijke kracht en drive, ze hebben een duidelijk referentiekader en toetsen hun toegevoegde waarde hieraan. Ze vinden het vanzelfsprekend dat je je vak goed doet, dat je daar zelf verantwoordelijk voor bent en dat je zelf je werk en werkkwaliteit regelt.

Deze kenmerken overstijgen de vakinhoud en vormen een algemene professionele manier van denken en handelen. Deze manier van werken zit in alle echte professionals, ongeacht wat ze inhoudelijk doen. Professionals herkennen goed professioneel gedrag bij elkaar.

7.2 Besturen en managen vanuit professionaliteit

De kern van deze stap gaat er over om besturen en managen te benaderen als een professie, als een vak waaraan je je identiteit ontleent en dat zingeving, trots en toegevoegde waarde biedt. Het is het professionele zijn-niveau van sturen en managen.

De functie van bestuurder en manager benaderen vanuit die optiek leidt tot een referentiekader en een bron voor reflectie en ontwikkeling. Vanuit het denken over besturen en managen vanuit professionaliteit volgt het nemen van professionele verantwoordelijkheid voor het eigen denken en handelen als bestuurder en als manager. Vanuit de eigen professionele identiteit en kracht zijn zowel loslaten als verantwoordelijkheid nemen mogelijk.

Er ontstaat leiderschap vanuit professionaliteit: professioneel leiderschap.

Handelen als professioneel leider leidt, vanuit ieder besturingsniveau, tot goed voorbeeldgedrag en uniforme professionele verwachtingen over gedrag en resultaten. Dit lijkt erg op het niveau-5 leiderschap van Collins (2001) en biedt de basis voor het ontwikkelen van een visie op leidinggeven vanuit de kracht van professionaliteit en professionaliteit als leidend principe binnen de gehele organisatie.

7.3 Professionaliteit als coördinatiemechanisme

Mintzberg (1983) heeft de professionele bureaucratie beschreven. Het dominante coördinatiemechanisme binnen de professionele bureaucratie is gebaseerd op externe standaardisatie van (professionele) opleidingen (input). Dat betekent dat uitgaan wordt van de aanwezigheid en kwaliteit van een set van kennis, vaardigheden en normen, verbonden aan de professionele opleiding waar iemand de organisatie mee binnenkomt. Zelfregulering en coördinatie binnen de eigen beroepsgroep is verbonden aan die professionele bagage. De professionele bureaucratie kun je vanuit dat oogpunt zien als een verzameling parallel werkende (maar niet noodzakelijkerwijs verbonden) coördinatiemechanismen.

Als je professionaliteit losmaakt van de vakinhoud en verheft tot gestandaardiseerde manier van denken en handelen (throughput) dan komt ook het coördinatiemechanisme op een heel nieuw niveau.

De professionele bureaucratie wordt een professionele organisatie waar de normen zijn: een sterke eigen kracht, goed zijn in wat je doet, daar zelf verantwoordelijk voor zijn, een brede morele code waar discipline aan verbonden is en een sterke intrinsieke neiging tot excelleren en verbeteren. Professionaliteit biedt dan ook een basis voor verbinding en respect.

Bestuurders en managers richten het besturingssysteem binnen de organisatie in op basis van professionaliteit als visie op leidinggeven en als leidend principe voor de manier van werken binnen de organisatie.

7.4 Professionaliteit ontwikkelen

Professionaliteit moet binnen de organisatie ontwikkeld worden. Het eerste niveau van de technisch-inhoudelijke kennis en expertise is gekoppeld aan de eigen professie van de verschillende beroepsgroepen. Om professionaliteit als manier van denken en handelen professieoverstijgend binnen de organisatie te ontwikkelen, gaat het over het tweede niveau: internalisering van professionaliteit in het eigen doen en laten en het expliciet maken van zicht hierop. Hier zit ook zelfreflectie, ruimte voor verbetering en dialoog en verbinding met andere professionals. Het derde niveau is het verbinden van het eigen professionele handelen met maatschappij en klanten. Hier zitten vragen als, wat verwachten patiënten en andere stakeholders, wat is passend en waarom, wat zijn gevolgen en waarom? Hier zit de continue wisselwerking en aansluiting met de omgeving en de eigen plaats daarbinnen.

Professionaliteit gaat veel dieper dan kennis en vaardigheden: gerichte ontwikkeling van professionaliteit binnen de eigen organisatie moet dan ook op dit diepe niveau plaatsvinden. Hierbij sluit ik aan bij ontwikkelingen en methoden die zich richten op het ontwikkelen van het leervermogen om de eigen functie te ontwikkelen en om de organisatie en condities te ontwikkelen om succesvol te zijn in die functie. Daarnaast denk ik dat de professionaliteit die al in de organisatie aanwezig is, veel actiever behouden en doorgegeven moet worden. Deze benaderingen sluiten aan bij het denken in verschillende ontwikkelingsniveaus van professionaliteit. In hoofdstuk 8 ga ik nader in op de verschillende methodieken over doubleloopteren, inzet, behoud en groei van de beschikbare professionaliteit en potentieelontwikkeling.

7.5 Excelleren en verbeteren als paradigma

De paradigmaverandering heeft als kern de shift van professionaliteit op beroepsgroepniveau naar professionaliteit op organisatieniveau en inbedding in de waarden en overtuigingen van de organisatie: professionaliteit als een vanzelfsprekende manier van denken en een handelingskader voor iedereen en overall.

Internalisatie van professionaliteit op zingevingsniveau binnen de organisatie vormt de motor tot deze paradigmaverandering. Een organisatie die werkt vanuit een breed gedeelde professionele insteek bestaat uit mensen met een sterke innerlijke motivatie die denken vanuit zichzelf, die gaan voor wat ze belangrijk vinden en voor de organisatie waaraan zij zich binden. De gemeenschappelijke bindende set van overtuigingen, waarden en handelwijzen binnen de organisatie is gefundeerd op professionaliteit. Een nieuw paradigma met als grondwaarde willen excelleren, ontwikkelen en verbeteren.

Tot zover de stappen waarmee ik mijn analytisch begrippenkader opbouw. In het volgende hoofdstuk kijk ik in een beschouwing door de bril van het begrippenkader naar de ziekenhuisorganisaties en naar het veranderparadigma.

8. Door mijn bril beschouwd

8.1 Besturen en managen vanuit professionaliteit

Managers zijn weggedreven van professionaliteit en daarmee ook van professioneel denken en handelen. Een bestuurder die ik ken, heb ik meermaals horen roepen: 'had ik maar een vak geleerd!' Heel letterlijk genomen, zit daar een kern van waarheid in.

Veel managers hadden, voordat ze gingen managen of besturen een vak, een professie waaraan zij hun identiteit en hun toegevoegde waarde ontleenden en dat een referentiekader voor hun denken en handelen bood. Maar dan wordt je manager of bestuurder en rijst de vraag: wie ben je eigenlijk in die rol? Een manager is leidinggevende, bestuurder of baas, maar dat ben je bij gratie van een ander. Het is wel duidelijk wát je bent, maar minder wíe je bent.

Op bestuurdersniveau is men in veel ziekenhuizen wel bezig met de eigen rol en rolinvulling. Sommige bestuurders zoeken op individueel niveau reflectie en coaching, andere bestuurders zoeken reflectie op de relaties en samenstelling van kwaliteiten binnen de gehele eigen bestuurslaag. Insteek is in de meeste gevallen de persoonlijke invulling van de rol en de ontwikkeling van die invulling. Onderwerp van reflectie is de persoon. De vraag is echter waaraan het eigen functioneren of de ontwikkeling hiervan wordt getoetst, wat is het referentiekader?

Manager of bestuurder zijn wordt weinig vanuit het perspectief van een geheel eigen professionaliteit beschouwd. De functie benaderen vanuit die optiek leidt tot zingeving, er kan over de rol worden gedacht in termen van identiteit, van toegevoegde waarde als persoon en toegevoegde waarde van de functie. Het biedt een referentiekader en vormt een bron voor reflectie en ontwikkeling.

De professionele verantwoordelijkheid van bestuurders en managers is in mijn optiek gekoppeld aan de besturingsopdrachten: richten, inrichten en verrichten. Dit biedt niet alleen een basis voor de functies zelf, maar ook voor de onderlinge relaties. Dit leidt tot een visie op leidinggeven binnen de organisatie en daarmee de inrichting van de besturingsniveaus.

Het is die professionele verantwoordelijkheid als bestuurder en manager die ingebed en aangeboord moet worden in ziekenhuizen. Dat betekent dat het tweede niveau van professionaliteitontwikkeling van toepassing moet zijn. Dat gaat over internalisering van professionaliteit in het eigen doen en laten en in het zicht hierop. Dat betekent reflectie op het eigen handelen, niet alleen op het eigen niveau maar ook vanuit het besturingssysteem.

Een essentieel punt van de professionaliteit van de bestuurder en de manager is dat zij niet vastzitten aan een vakinhoudelijke professie maar vanuit een veranderd paradigma in die nieuwe rollen komen te zitten. Die overtuiging vormt de kracht van de rol van bestuurder en de manager om professionaliteitontwikkeling als leidend principe in de organisatie te plaatsen. Het biedt ook een basis en legitimiteit voor het eigen handelen. De legitimiteit van de functie kan niet ontleend worden aan de vakinhoud of opleiding, maar ligt in de toegevoegde waarde van de functie in het systeem van de besturingsniveaus. Omdat het maar zeer beperkt over vakinhoudelijke kennis gaat, moet de toegevoegde waarde veel meer aan persoonlijkheidskenmerken, leiderschap en verbinding worden ontleend.

Ik mis echter nog een nader fundament voor de rollen binnen het besturings-systeem. Collins (2001) haalt in zijn onderzoek een heel apart principe aan: het egelprincipe. Dat gaat uit van een parabel over vossen en egels. Vossen willen veel dingen tegelijk, zijn gefragmenteerd en diffuus, integreren ideeën niet tot samenhangend geheel. Kortom ze doen heel veel, maar ze focussen niet. De egel doet dat anders, die kent zijn eigen kracht en vereenvoudigt de wereld tot een centraal idee dat alles verenigt en stuurt. Zie de essentie en negeer de rest, een solide referentiekader voor beslissingen. Komen tot het egelprincipe voor de eigen organisatie is het ontdoen van alles tot je op de kern van wie je als organisatie wil zijn bent beland. In die kern moeten drie vragen beantwoord zijn: wat roept je hartstocht op? Waarin ben je het allerbeste? En wat is de kern van de brandstof voor je economie. Het egelprincipe haakt aan op de kern van de professionaliteit en identiteit op organisatieniveau en legt tevens de verbinding naar de bijdrage aan de maatschappelijke context. Ik denk dat het vinden van het eigen egelprincipe voor de organisatie en het sturen vanuit dit principe in het nieuwe paradigma dicht tegen de identiteit en kernopdracht van de bestuurder en de daar omheen liggende managementlagen ligt.

8.2 Professionalisering van het middenmanagement

De vraag naar toegevoegde waarde en daarmee de legitimiteit van (midden)managers zoals die regelmatig in de media naar voren komt, moet vanuit de professionaliteit van de middenmanagementfunctie zelf beantwoord worden. Leiderschap, authenticiteit en geloofwaardigheid op dit besturingsniveau, moet ook vanuit deze professionalisering ingevuld worden.

**** Beeld van een professionele leider / manager ****

Leiderschap vanuit professionaliteit heeft veel gemeen met niveau-5 leiderschap. Competenties en eigenschappen vinden hun bron in de professionaliteit van het manager zijn. De professionele leider kenmerkt zich door authenticiteit, een rechte rug en eigen visie. Kan van hieruit omgaan met onzekerheden en put moed en doorzettingsvermogen uit de eigen professionele kracht. Gedrevenheid en betrokkenheid bij het geheel zijn vanzelfsprekend en vinden hun basis in een intrinsieke set van professionele en inspirerende normen. De manager leeft zelf naar die normen en verwacht dit ook van anderen. De professionele manager bereikt de collectieve waarden vanuit denken in én organisatiebelang én professionele belangen. Verder biedt schakelen en levelen in communicatie flexibele mogelijkheden om naar boven, naar beneden en naar opzij verbinding te hebben met veel verschillende mensen, juist op niveau van professionaliteit. De manager is nieuwsgierig en zoekt een kritische interne en externe spiegel om te blijven weten wat er gebeurt.

Er worden hoge eisen aan de middenmanager gesteld. Vanuit professionele passie zorgt de middenmanager er zelf voor dat hij in huis heeft wat nodig is om zijn verantwoordelijkheid te dragen. Het een volgt vanzelfsprekend uit het ander.

De belangrijkste toegevoegde waarde van de middenmanagersfunctie zit naar mijn mening in het verbinden. Verbinding die vanuit professionele verantwoordelijkheid ingevuld moet worden. De middenmanager heeft toegevoegde waarde in het leggen van horizontale verbinding met de medisch professionals en de verticale verbinding binnen de besturingscontext met boven en beneden. Deze toegevoegde waarde ontstijgt de spagaat van de middenpositie en krijgt eigen kracht en legitimiteit.

Ook de teamleiderslaag onder de middenmanager moet een duidelijk beeld van de eigen toegevoegde waarde als leidinggevende hebben. De voorbeeldfunctie die van deze mensen uitgaat naar de werkvloer is groot. Een belangrijke waarde van deze functie ligt in het leggen van verbinding tussen de individuele bijdrage van medewerkers aan het organisatieresultaat, aan de kwaliteit en kwantiteit van de patiëntenzorg dus.

8.3 Verbinding en band tussen management en dokters

Vanuit professionaliteit leidinggeven en sturen op professionaliteit, sluit goed aan bij de denkwereld van de dokters. De meeste dokters denken en handelen vanuit een goed geworteld gevoel van professionaliteit. Denken vanuit professionaliteit biedt handvatten om uit het wij/zij denken tussen dokters en management en daarmee het denken in termen van belangen en macht te komen. Denken vanuit belangen en macht kost erg veel energie op de raakvlakken van de domeinen. Denken vanuit elkaars professionele toegevoegde waarde levert energie op. De vraag die dan van belang wordt, is 'welke waarde kun je aan elkaar toevoegen'. Er ontstaat zo een heel ander speelveld. In plaats van macht kan het meer over kracht en toegevoegde waarde gaan en het ontwikkelen en inzetten daarvan. Een krachtenveld dat van synergie kan uitgaan in plaats van een machtenveld dat naar gedoe en compromissen leidt.

Het klinkt zo logisch als je zegt 'een specialist is geen specialist zonder ziekenhuis en een ziekenhuis is geen ziekenhuis zonder dokters'. Die verbinding is vanuit de basisgedachte van de professionele identiteit immers heel vanzelfsprekend. Dat is waar de collectieve waarden liggen waar Weggeman (2000) aan refereert. Vanuit professionele identiteit zijn die waarden benoembaar. In een van de gesprekken had een dokter het over de 'tucht van professionele verantwoordelijkheid'. Dat klinkt zwaar maar waar het over gaat is dat denken vanuit professionaliteit niet vrijblijvend is. Het is niet alleen een recht om professional te zijn, denk aan de hang naar professionele autonomie, maar ook een plicht. Je kunt niet alleen professional zijn als het uitkomt, je kunt er ook op aangesproken worden. Hier ligt in mijn beleving ook de sleutel tot medeverantwoordelijkheid.

Een belangrijke professionele groep in het ziekenhuis zijn de verpleegkundigen¹. Verpleegkundigen hebben de afgelopen jaren in mijn ogen² aan professionaliteit ernstig ingeboet. Dat is ten koste gegaan van het kennisniveau, van de identiteit en de trots, maar ook van de kwaliteit van handelen gegaan. Er wordt meer in termen van 'wat mag ik' dan in termen van 'waar ben ik verantwoordelijk voor'

¹ Ik heb het hier alleen over dokters en verpleegkundigen. Uiteraard gaat dit ook over alle andere mensen die in het ziekenhuis met of voor de patiënt werken.

² Ik ben zelf oorspronkelijk verpleegkundige en zie dit op deze wijze vanuit mijn eigen referentiekader.

gedacht. Verpleegkundige zijn is een geweldig vak en die trots en drive moeten weer terugkomen. De middenmanager en de teamleider zijn heel zichtbaar voor de werkvloer en spelen hier een rol in. Verpleegkundigen moeten weer verbinding voelen en in hun professionaliteit erkend en bekrachtigd worden. Dat vormt naast (permanente) scholing in kennis en vaardigheden dé voorwaarde voor professionalisering in het patiëntencontact.

8.4 Professionaliteit in het besturing- en coördinatiesysteem

In de ziekenhuizen in dit onderzoek met een kwalitatief goede en transparante besturingswerkelijkheid wordt heel bewust gestuurd op persoonlijke kwaliteiten. Mensen worden vanuit een duidelijke visie welke kwaliteiten nodig zijn geselecteerd, niet alleen op hun individuele kwaliteiten maar ook op hun bijdrage aan het geheel. Horizontaal wordt goed gelet op de complementariteit van eigenschappen en kwaliteiten. Kritische signalen zijn welkom en er wordt goed in de spiegel gekeken van het functioneren van individuele mensen, van het team en van het systeem. Men is zich bewust van mogelijke blinde vlekken en zoekt reflectie op meerdere niveaus. In mijn ogen wordt er gedacht vanuit een hoge mate van professionaliteit.

Professionaliteit als leidend principe van het systeem zelf gaat net een stap verder. Professionaliteit is als visie op leiding en sturing leidend voor alle besturingsniveaus en de relaties hiertussen. Professionaliteit op bestuurdersniveau is een voorwaarde, daar moet primair de visie op professioneel leidinggeven worden gepraktiseerd en verwacht bij anderen. Dat betekent reflectie op de eigen rol en functie, maar ook op de functies in de besturingslagen daaronder. En vanuit ieder niveau weer naar de laag daaronder tot de werkvloer. Het gaat over het gehele systeem. Op ieder niveau moet de vraag gesteld en beantwoord worden wat de toegevoegde waarde van de functie is, waar de kracht zit en hoe dit ontwikkeld kan worden.

Professionele verantwoordelijkheid moet leidend zijn in de besturingswerkelijkheid en de kern vormen voor de relaties tussen de besturingslagen. Niet alleen de kwaliteit van maar ook tussen de schakels is belangrijk. Behalve koers, kaders en geschreven spelregels moeten de ongeschreven spelregels hun verankering in de professionele bestuur- en managementverantwoordelijkheid hebben.

Op ieder niveau is ruimte en zekerheid binnen de eigen professionele kaders aan verantwoordelijkheid gekoppeld. Van daaruit is verantwoordelijkheid dragen vanzelfsprekend. Je kunt er als professional, als bestuurder en als manager, op vertrouwen en op worden aangesproken. Loslaten en vertrouwen is daarmee niet iets dat van personen of persoonlijke relaties afhankelijk is. Professionaliteit in het besturingssysteem biedt zekerheid en kaders voor het denken en handelen en vormt op die manier een eigen coördinatie- en regelmechanisme: tot op uitvoeringsniveau.

In niveau-5 leiderschap legt Collins (2001) een relatie tussen professionele verantwoordelijkheid en discipline. Hij geeft aan dat je kunt kiezen tussen heel veel managen en veel discipline. Als je intrinsieke, professionele discipline hebt, dan neem je verantwoordelijkheid en is controle alleen op hoofdlijnen nodig. De rest is professionele zelfsturing. Dat lukt alleen met de juiste mensen, mensen die werken vanuit professionaliteit en daar hun kracht uit halen. Dat betekent dat selectie moet plaatsvinden op de professionele kwaliteit van degene die op iedere plek zit: alleen de juiste mensen op de juiste plekken en niet met minder tevreden zijn of nog erger gedogen.

8.5 Professionaliteit en paradigmashift: een basis voor de toekomst

Het verband tussen een veranderparadigma en professionaliteit ligt er vooral in dat beide geworteld zijn op het niveau van zingeving en identiteit en in de professionele behoefte tot willen excelleren en dus verbeteren.

Belangrijk is dat er op alle niveaus heel sterk op professionele waarden wordt gestuurd en dat die waarden continue positief worden bekrachtigd. Het moet weer leuk zijn om professional te zijn en je professionele gedrag moet breed gewaardeerd worden. De professionele passie moet in ere hersteld worden. Passie is een energiezuinige motor voor verbetering en verandering. Gemeenschappelijke waarden verbinden de individuele passie tot een geheel.

Dit leidt tot een organisatie die werkt vanuit een breed gedeelde professionele insteek en bestaat uit mensen met een sterke innerlijke motivatie die denken vanuit zichzelf, liefde voor de zaak, verbinding en plezier hebben. Deze mensen zetten persoonlijke ambities om in bedrijfsambities. Deze professionele denkers zijn niet bang voor de spiegel maar zoeken die juist op en hebben het er samen kritisch over omdat dit informatie voor verbeteringen oplevert. Er is een professioneel klimaat om te leren en te verbeteren, een klimaat gebaseerd op vertrouwen en professioneel respect.

De paradigmaverandering heeft als kern de shift van professionaliteit op beroepsgroepniveau naar professionaliteit op organisatieniveau en inbedding in de waarden en overtuigingen van de organisatie.

In professionaliteit als een vanzelfsprekende manier van denken en een handelingskader gericht op excelleren en verbeteren, ligt de kern van flexibiliteit en groei en dus ook veranderbereidheid. Dat is volgens mij het verschil tussen (voor en door een ander) moeten en vanuit de eigen overtuiging (zelf) willen veranderen.

8.6 Professionaliteit aantrekken en ontwikkelen

Veel managers in ziekenhuizen die ik in of buiten dit onderzoek heb gesproken, zijn op enigerlei wijze bezig met of op zoek naar professionaliteitsontwikkeling op de werkvloer. Landelijk wordt er veel geklaagd over het kennisniveau van verpleegkundigen die van de opleiding komen. In combinatie met maatschappelijke trends van individualisering en vervlakking voldoet de jonggediplomeerde verpleegkundige niet meer aan de verwachtingen. Binnen enkele ziekenhuizen die bij dit onderzoek betrokken zijn, wordt na diplomering en op meer permanente basis aan bijscholing gedaan. Behalve op verhogen van het kennisniveau wordt ook op meer taakvolwassenheid en professionele houding ingestoken.

Eigenlijk wordt er gezocht naar de kracht van de professie: gewoon je vak goed willen doen, dat vanzelfsprekend vinden en er in al je denken en handelen van uitgaan. Weer trots zijn op het vak en het ook echt als een vák, als een professie zien.

Selecteren op professionaliteit is volgens mij mogelijk. Mijn eigen ervaring is dat echte professionals elkaar, onafhankelijk van vakinhoud, herkennen.

Een echte professional heeft er een vanzelfsprekende hekel aan als een ander geen professionele verantwoordelijkheid neemt en herkent vanuit de eigen professionaliteit vaak heel snel de aan- of afwezigheid van (potentiële) professionaliteit bij een ander.

Als dat bewust wordt ontwikkeld en gebruikt, vormt dit naar mijn mening de basis voor de kerncompetentie om echt goede mensen te selecteren.

Kun je professionaliteit leren en ontwikkelen? Sommigen van degenen die ik heb gesproken zeggen: je hebt het of je hebt het niet. Ik denk echter dat het wel te leren valt, maar wel op een overtuigingsniveau, op het niveau van waarden en cultuur dus. Professionaliteit moet als motor op zijn-niveau verankerd zijn en niet van personen afhangen.

Een ziekenhuis staat bol van professionals. Het moet mogelijk zijn om het gevoel van professionaliteit in, in ieder geval een belangrijk deel van, die mensen aan te spreken. De vraag is: hoe doe je dat, hoe bereik je ontwikkeling op zijn-niveau van mensen en hoe til je het op het collectieve niveau?

Ontwikkeling is vanuit meerdere perspectieven te benaderen:

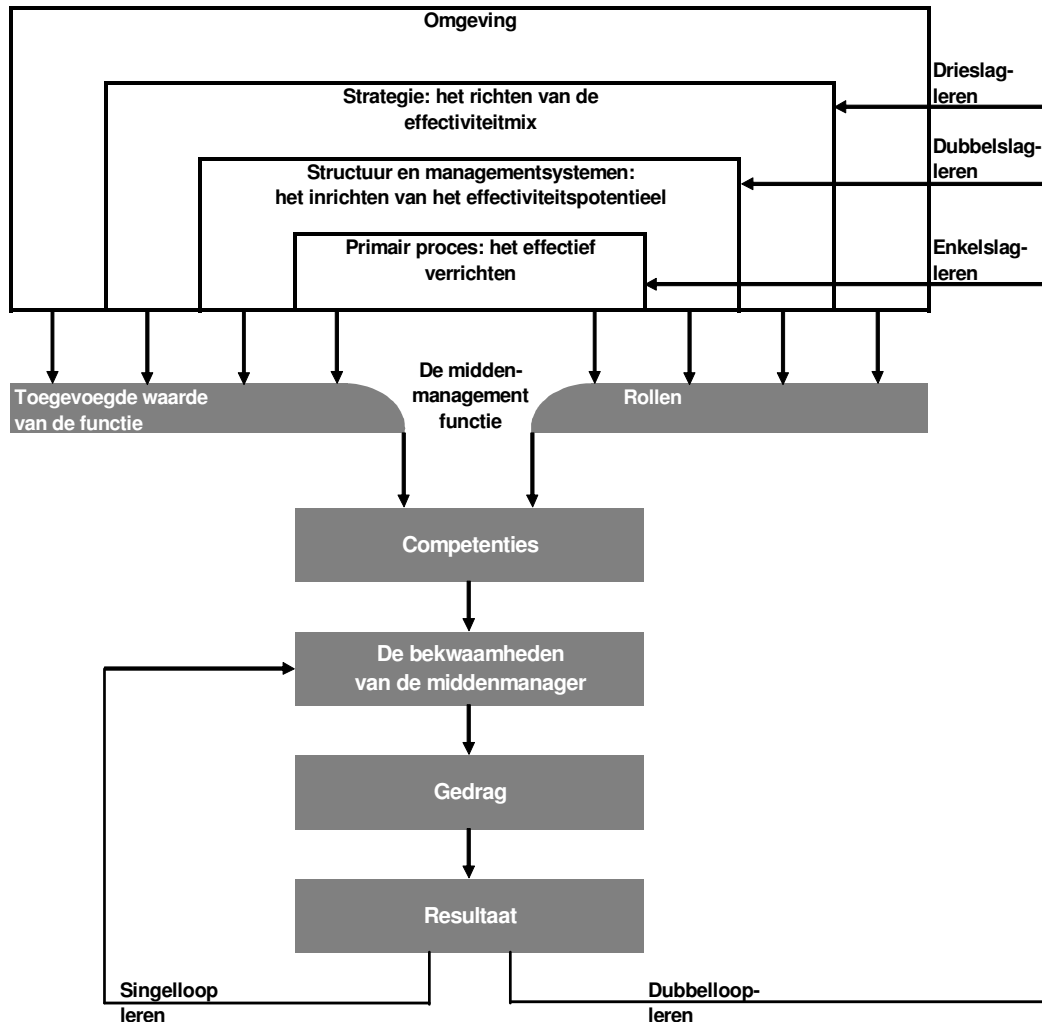
- Ervarings- en doubleloopteren;
- Meer gebruik maken van de beschikbare professionaliteit binnen de organisatie en die actief ontwikkelen en doorgeven;
- Potentieel signaleren, onderscheiden en ontwikkelen;
- Excelleren waarderen: onderscheid mag.

8.6.1 Ervaringsleren en doubleloop leren

In de gezondheidszorg wordt relatief weinig aandacht gegeven aan zelfreflectie en ervaringsleren. Ontwikkelingen die in de vakliteratuur worden beschreven over lerende organisaties, action learning en doubleloop-learning als methoden om het leervermogen van mensen te verhogen komen in de praktijk in ziekenhuizen maar sporadisch voor. Deze methoden richten zich op het ontwikkelen van het leervermogen om de eigen functie te ontwikkelen en om de organisatie en condities te ontwikkelen om succesvol te zijn in die functie. Deze benaderingen sluiten aan bij het denken in verschillende ontwikkelingsniveaus van professionaliteit en bieden handvatten om het denken in professionaliteit binnen de organisatie te ontwikkelen.

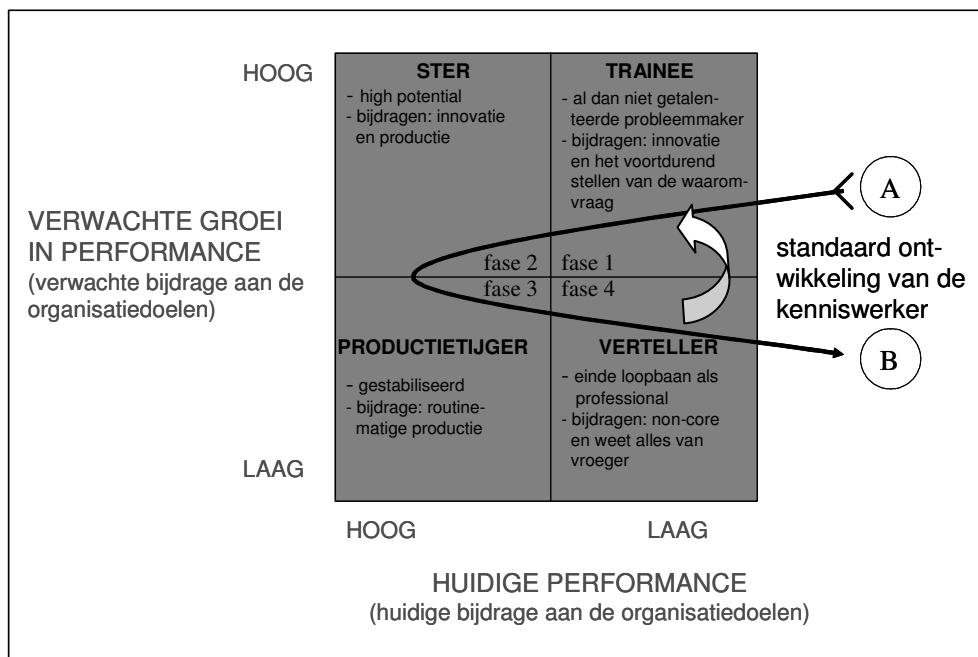
Elshout (2006) geeft een interessant ontwikkelingsmodel, het gaat uit van de functie van middenmanager maar is breder toepasbaar. Hij gaat hierbij uit van de principes van een lerende organisatie en ziet, in aansluiting op Morgan, organisaties als cybernetische systemen, die kunnen leren en zich ontwikkelen in interactie met hun omgeving.

Het ontwikkelingsmodel gaat uit van zowel enkel, dubbelslag als drieslagleren en is onderstaand schematisch weergegeven.



8.6.2 Behoud en groei van professionaliteit

Door de steeds kortere halfwaardetijd van kennis, worden we op steeds jongere leeftijd minder goed in ons vak, tenminste als we niets doen en hier niet actief op sturen. Dat is in professionele organisaties als een ziekenhuis zeker een punt van aandacht. In onderstaande matrix van Weggeman (2000) wordt de verwachte groei in performance (verwachte bijdrage aan de organisatiedoelinden) tegen de huidige performance (huidige bijdrage aan de organisatiedoelinden) afgezet. Daarbij ontstaan 4 stadia van de ontwikkeling van een kenniswerker. Die stadia hebben een logisch verloop van trainee naar ster naar productietijger naar verteller.



Deze benadering moet je niet alleen toespitsen op het actief doorgeven van kennis en ervaring, maar ook op het doorgeven van professionaliteitsdenken. Dit doet niet alleen recht aan de professionals die hun toegevoegde waarde binnen de organisatie al hebben aangetoond, maar het gaat tevens van het principe van behoud en groei van professionaliteit en kennis binnen de eigen organisatie uit. Voorwaarde is wel lef tot differentiëren in het stadium van de professional. Dit vormt de sleutel om de leercurve effectief te managen: lef van de manager van professionals dus.

8.6.3 Potentieelontwikkeling: de kweekvijver

De markt voor goede professionals en managers is altijd krap. Naast het behouden van goede mensen zal er actief op het ontwikkelen van het eigen potentieel en de eigen kracht moeten worden ingezet.

Als je uitgaat van de eerder geponeerde gedachte dat een professional professionele potentie herkent, vormt deze benadering niet alleen de sleutel voor selectie aan de poort, maar tevens voor het ontdekken en ontwikkelen van professionele high-potentials in de organisatie en voor het ontwikkelen van een kweekvijver. Die gedachte is zeker toepasbaar voor het ontwikkelen van de eigen professionele kracht binnen de organisatie en het ontplooiën van managementpotentieel vanuit de eigen organisatie. Het aanwezige potentieel binnen de eigen organisatie moet opgezocht en gestimuleerd worden. Door inzet in allerlei projecten kan het "gespote" potentieel in een veilige en begeleide setting getoetst, uitgedaagd en verder ontwikkeld worden. Hierbij is de toegevoegde waarde van de ervaren 'vertellers' uitstekend bruikbaar. Belangrijk is dat er bewust en doelgericht een kweekvijver wordt ontwikkeld en dat de eigen kennis en ervaring hier actief op worden ingezet. Het is niet iets dat vanzelf gebeurt: het ontwikkelen van het aanwezige potentieel binnen de organisatie moet actief worden ingericht zowel op het gebied van vakinhoudelijke potentials als op het gebied van management. High-potentials worden zo zichtbaar, krijgen kans tot excelleren en kunnen doorgroeien naar een nieuwe toegevoegde waarde.

8.6.4 Differentiëren en excelleren moet mogen

Professionaliteit heeft recht op differentiatie, managers moeten durven differentiëren: niets is zo ongelijk als de gelijke behandeling van ongelijken. Dit is iets dat in de zorg bijna een taboe geworden is. Neem de CAO en de wijze waarop wij hiermee omgaan. Periodieken zijn een verworven recht en niet meer verbonden aan kwaliteit van functioneren: minder goed of zelfs matig presteren leidt tot eenzelfde periodieke behandeling. Professionals in de zorg krijgen eigenlijk vanuit beloningsoptiek heel weinig stimulans om te excelleren. Ik ben niet van mening dat waarden altijd over financiële beloning gaat, maar het is goed om naar gegroeide en als 'normaal' ervaren patronen en hun effecten te kijken. En de gegroeide beloningsgewoonten versterken naar mijn mening gelijk en gemiddeld gedrag binnen de geëigende perkjes.

In de zorg is heel veel professionaliteit tot een grauwe massa verworden, alles is plat, allemaal dezelfde behandeling en allemaal dezelfde regels. Er wordt gedacht vanuit een eenheidsworst, terwijl professionals zich als vanzelf willen verbeteren en onderscheiden. Professioneel onderscheid moet weer respect oproepen, onderscheiden (en dus ook excelleren) moet mogen. Dat betekent ook dat je streng en consequent op professionele kwaliteit (en verschillen) moet willen en mogen selecteren.

Hier komt het lef van de manager om onderscheid te maken weer in beeld. Iedereen weet binnen organisaties heel goed wie goed en wie minder goed in hun vak zijn. We weten dus impliciet ook waar dat verschil in zit. Die indicatoren moeten expliciet gemaakt worden. Iedereen mag excelleren, er zit helemaal niets onrechtvaardigs in om dit te laten zien en te belonen. Het hoeft niet altijd op individueel niveau. Excelleren op teamniveau belonen, is misschien nog wel krachtiger, want dat stimuleert de gezamenlijkheid en het elkaar aanspreken op kwaliteit binnen het team.

8.6.5 Conclusie: ontwikkelen van professionaliteit kán

Ik ben ervan overtuigd dat door op deze wijze creatief te denken over de ontwikkeling van professionaliteit in alle functies binnen de organisatie, dat professionalisering verder komt dan zoeken en woorden. Een professionaliteitontwikkeling die op deze manier breed ingebed wordt in de waarden en gewoonten leidt tot een veranderparadigma binnen de organisatie en werpt zijn vruchten af op de werkvloer en in het hart van de patiëntenzorg.

En dát is waar het uiteindelijk allemaal over moet gaan. Ik denk dat op deze wijze een ziekenhuis een behoorlijk concurrentievoordeel zal hebben, en met een goed ingezette leercurve, ook zal houden.

Dit onderzoek is een leeronderzoek in het kader van een MBA-studie. Ik heb veel onderwerpen en aspecten ingebracht en realiseer me dat sommige zaken nog veel vragen oproepen en moeten worden uitgediept. Ik denk daarbij onder meer aan onderwerpen als de professionaliteit achter besturen en managen en aan hoe het ontwikkelen van professionaliteit geoperationaliseerd kan worden binnen organisaties.

Al deze boeiende vragen zijn voer voor nader toekomstig onderzoek.

En dat is ook een mooie afsluiter.

Ik heb heel veel van dit onderzoek geleerd. Ik ben het middenmanagement, topmanagement en de besturingswerkelijkheid beter in relatie tot elkaar gaan zien. Ik heb al lerend allerlei handvatten gevonden om zaken die ik om mij heen zie te kunnen duiden, in perspectief te kunnen plaatsen en zelf richting aan te kunnen geven.

Het heeft ook een goede reflectie op mijn eigen (gevoel van) professionaliteit en op mijn opvattingen over besturen en managen gegeven en een beeld van verdere ontwikkelingsmogelijkheden in theorie en praktijk.

9. Dank

Ik heb in de gesprekken die ik heb gevoerd (nader) kennisgemaakt met heel boeiende en betrokken mensen, die allemaal oprecht en vanuit een fundamentele betrokkenheid hebben meegewerkt.

Sommigen werken in de ziekenhuizen waar ik ben geweest en hebben mij verteld over hun werkelijkheid en beleving. Anderen hebben vanuit hun betrokkenheid bij CMDZ, adviesbureaus, psychologisch adviesbureau of werving- & selectiebureau meegedacht bij het ontwikkelen van mijn conceptuele kaders, ieder vanuit hun eigen professionele vakinhoud en ervaring.

Ik wil al onderstaande personen heel hartelijk bedanken voor de tijd die zij mij hebben gegeven, voor de openheid en het vertrouwen:

Nico van Asch, Els Bakker, Piet Batenburg, Wilma Boomars, Therees Borghuis, Lineke Bouscholte, Dorien van Broekhoven, Stijn Corsten, Jan van Dam, Johan Dorresteyn, Margriet van Egmond, Peer Elshout (organisatieadviseur en partner DamhuisElshoutVerschure), Jacob van der Groep, Huub Haanen, Esther van Heeft, Lex Hilbers, Dennis van der Hust, Mark Kramer, Jeroen Lambriks, Leon Lodewieck (voorheen interim-bestuurder bij een groot aantal ziekenhuizen), Wim van der Meeren, Cees Meijers, Pauline Meurs (hoogleraar iBMG/Erasmus Universiteit en directeur CMDZ), Gerard Niens, Huibert Ponssen, Barry Popma (organisatieadviseur en directeur van The Change Kitchen), Ruud Ramaker, Jan Schnerr, Jan Steenbakker, Annette Steenhof, Marja Suur (Klaus Schmitt & partners / Selection as Art), John Taks, Pauline Terwijn, Christa Tigchelaar, Dirk Jan Verbeek, Martin Verveer, Guus Wijfjes, Bert van der Zaag (TAU Resources BV), Berto Zwakkenberg, Gabriel Zwart.

Tenslotte wil ik vooral ook Jan Moen bedanken voor de begeleidingsgesprekken tijdens dit leeronderzoek. Door die gesprekken kreeg mijn denken focus, diepte en vaart en werden mijn grenzen net even dat stukje verlegd dat nodig was.

Bedankt Jan, jouw professionaliteit heeft die van mij extra gestimuleerd en dat was de moeite waard!

Ieder ontvangt uiteraard dit afstudeeronderzoek in haar definitieve vorm. Mocht er behoefte zijn om er nog eens verder over te praten, dan ben ik daartoe altijd bereid.

Trudy van den Berg

Overzicht van bij het onderzoek betrokken ziekenhuizen

- St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein
- Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen
- Diaconessenhuis in Utrecht/Zeist
- St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg
- Sint Franciscus Gasthuis in Rotterdam
- Groene Hart Ziekenhuis in Gouda
- Isala Klinieken in Zwolle
- Meander Medisch Centrum in Amersfoort
- Tergooiziekenhuizen in Hilversum/Blaricum
- Zuwe Hofpoort Ziekenhuis in Woerden

Literatuur

- Choy, J. (red): De vraag op het antwoord – systemische interventies voor conflicten in organisaties, Choy consultants BV, 2005
- Collins, J.: Good to great, Businesscontact, 2001
- Damhuis, G. / Elshout, P. / Verschure, K. c.s.: Het nieuwe middenmanagement – van speelbal naar spelverdeler, DamhuisElshoutVerschure Organisatieadviseurs, 2003
- Elshout, P.F.M.: Middenmanagement – functie in ontwikkeling – promotieonderzoek, universiteit van Tilburg, mei 2006.
- Kotter, J.P.: Leiderschap bij verandering, Harvard Business School, 1996
- Meurs, P.L. / Noordegraaf, M.: Verwarde managers – professionalisering van managers in de zorg, MO nr. 3 – juni 2002
- Meurs, P.L.: Lof der onaangepastheid, Zorgvisie, mei 2004
- Meurs, P.L.: Hoe kunnen we de kwaliteit van de publieke dienstverlening verbeteren? – professionaliteit, dienstbaar management en goede voorbeelden -, Volkskrant 4 februari 2006
- Mintzberg, H.: Structure in fives – designing effective organisations -, Prentice Hall, 1983
- Moen, J / Ansems, P c.s.: Leiden of lijden – het handelingsrepertoire van de manager -, Koninklijke Van Gorkum, 2002
- Moen, J / Ansems, P.: Brevet van leiderschap – Reflectie op de eigen leiderschapsstijl - Elsevier gezondheidszorg, 2004
- Stoker, J.I. / de Korte, A.W.: Het onmisbare middenkader, SMS, 2000
- Weggeman, M.: Kennismanagement: de praktijk, Scriptum Management, 2000
- Zevenbergen, L.: En nu laat ik mijn baard staan, Business Contact, 2006