

De kloof overbrugd

De gezamenlijke agenda van
professionals en bestuurders

*"Geen oog hebben
voor wat er al is werkt
frustrerend bij iedere
te implementeren innovatie."*

Bart Wijnbergen



*"Jan het eind van de dag
moet een leidinggevende het
gevoel hebben dat hij professionals
de randvoorwaarden heeft geboden
om vrij te kunnen opereren."*

Hans Hofhuizen



*"De klant bepaalt minstens
de helft van de inhoud.
Professionele autonomie
bestaat dus niet."*

Ben van Gent



De kloof overbrugd

De gezamenlijke agenda
van professionals en bestuurders

Colofon

Eindredactie: Dr. Hans Hoek, Bart Wijnbergen MSc

Vormgeving en productie: *Barnyard Creative Powerhouse* - Frans Mooren

ISBN 978-90-79803-04-0 (nog aan te leveren?)

NVR 805

©2010 C3 Adviseurs en Managers

www.c3am.nl

C3 adviseurs en managers in zorg
Leusden, mei 2010



Inhoud

Inleiding	4
Het speelveld (Hans Hoek)	7
Rare jongens, die professionals (Bart Wijnbergen)	15
De visie van een bestuurder: Toneel (Johan Lettink)	21
Van oerconflict naar oerbegrip (Elsbeth Reitsma)	23
Werken vanuit verbinding en vertrouwen (Harco de Bruin)	29
De visie van een verpleegkundige: Vertaling (Sandra Hansma)	33
Hoe maakt een professional zijn toegevoegde waarde voor de cliënt zichtbaar? (Ben van Gent)	35
Noodzaak voor meer leiderschap (Elsbeth Reitsma)	43
De visie van een medisch specialist: Geneeskunst (Maarten van Gemert)	49
Een goede informatiestructuur geeft betekenis (Albert Hagedoorn)	51
Slot: De gezamenlijke agenda voor professionals en bestuurders	57
C3 adviseurs en managers in zorg	68

Inleiding

In de gezondheidszorg verandert er veel, maar een ding lijkt onveranderbaar; de vermeende kloof tussen professionals en bestuurder. Legio zijn de standpunten om de bestuurder meer macht over de professionals te geven aan de ene kant en om de professionals te verlossen van het onnutte management aan de andere kant. Noch het één noch het ander is juist. Het gaat erom dat de cliënt de goede zorg op de goede manier krijgt. Professionals en andere zorgverleners leveren die zorg rechtstreeks aan de cliënt (patiënt/bewoner). Bestuur en management zorgen voor een organisatie die zorgverleners in staat stelt hun werk te doen. Professionals en bestuur zijn dus onlosmakelijk met elkaar verbonden en hebben elkaar nodig om de diensten aan de cliënt te leveren. Dat wil niet zeggen dat ze het eens zijn en elkaar begrijpen. Daar schort het vaak aan. De professional en de bestuurder leven in een verschillende wereld en ze spreken een verschillende taal. Dat kan leiden tot misverstanden en ergernis.

De veranderende omgeving maakt dat probleem groter. Politici, media en burgers hebben opvattingen over de zorg, over zorgprofessionals en zorgbestuurders en die zijn overwegend niet positief. De overheid verandert voortdurend het speelveld van de zorg en laat veel onduidelijkheden over dat speelveld bestaan. Cliënten worden mondiger en stellen meer eisen. Ze vragen meer zorg dan waar geld voor is. En ze claimen sneller als ze hun zin niet krijgen. Er moet steeds meer met minder geld en minder mensen. Dat is een gezamenlijk probleem voor bestuurders en professionals. Ze staan voor een gezamenlijke agenda voor veranderen, een agenda die soms door de externe invloeden overschaduwd wordt.

C3 heeft als motto 'Ruim denken'. Ruim denken over de relatie tussen professional en bestuurder abstraheert van de dagelijkse beslommingen en strijd. Ruim denken leidt tot de vraag hoe bestuurders en professionals elkaar beter kunnen begrijpen en hoe ze de gezamenlijke agenda voor de toekomst kunnen bepalen en uitvoeren. Wij zien het als een belangrijke uitdaging voor bestuurders en professionals de -soms flink verschillende- belangen op een stimulerende wijze met elkaar te verbinden tot een gezamenlijke agenda. Dan moet je een idee hebben welke belangen professionals en bestuurders gemeen hebben en wat hen scheidt. En je moet een gezamenlijke taal vinden om elkaar te verstaan en te begrijpen. Vanuit C3 zijn we op zoek gegaan naar dat onderlinge begrip en de gezamenlijke agenda. In dit boekje reflecteren wij op het spel tussen professionals en bestuurders. We proberen de veronderstelde kloof te overbruggen en de verbinding tussen professionals en bestuurders tot stand te brengen. We laten verschillende beelden en visies de revue passeren, van anderen en van onszelf. Aan het eind doen we een voorzet voor de gezamenlijke agenda voor professionals en bestuurders. Het maken van het boekje gaf ons inspiratie. Wij hopen dat u bij lezing eveneens geïnspireerd wordt en dat u in dit boekje stof tot nadenken vindt.

C3 adviseurs en managers



Het speelveld

Hans Hoek

Bestuurders en professionals

Als we het hebben over de gezamenlijke agenda van de bestuurder en de professional is natuurlijk de vraag over wie we het hebben. Met bestuurders bedoelen we in dit boekje de eindverantwoordelijken van een zorgorganisatie. We bedoelen er dus geen politieke bestuurders mee. We bedoelen ook niet de leiding van allerlei toezichtorganen en evenmin de eindverantwoordelijken van verzekeraars en zorgkantoren.

Om professionals te typeren zijn meer woorden nodig. Zeker gezien de tendens om iedere zorgverlener professional te noemen en daarmee voor hem of haar handelingsvrijheid te claimen. Alle professionals in de zorg zijn zorgverlener, maar niet alle zorgverleners zijn professionals.

Abbott (1988)¹ definieert professionals als ‘somewhat exclusive occupational groups of individuals applying somewhat abstract knowledge to particular cases’. Een professional is een vakman, maar -net als hiervoor- niet iedere vakman is een professional. De crux zit hem in het vermogen om abstracte kennis toe te passen in een concreet geval en daarin af te moeten gaan op je eigen oordeel en niet op instructies van een ander. De wet BIG heeft dat goed geregeld. Dus je kunt ook korter zeggen dat een zorgprofessional iemand is die een beroep uit de BIG uitoefent en staat ingeschreven in het BIG register.

Dit boekje gaat dus over de relatie tussen de zorgbestuurder en de professional volgens de BIG, over hun onderling begrip en hun gezamenlijke agenda. Zij moeten ieder vanuit hun eigen verantwoordelijkheid met

¹Abbott, A.D. (1998). The systems of professions, An Essay on The Division of Expert Labour. The University of Chicago Press, Chicago.

²Hoek, H. (2007). Governance & Gezondheidszorg; Private, publieke en professionele invloeden op zorgaanbieders in Nederland. Dissertatie. Van Gorcum, Assen.

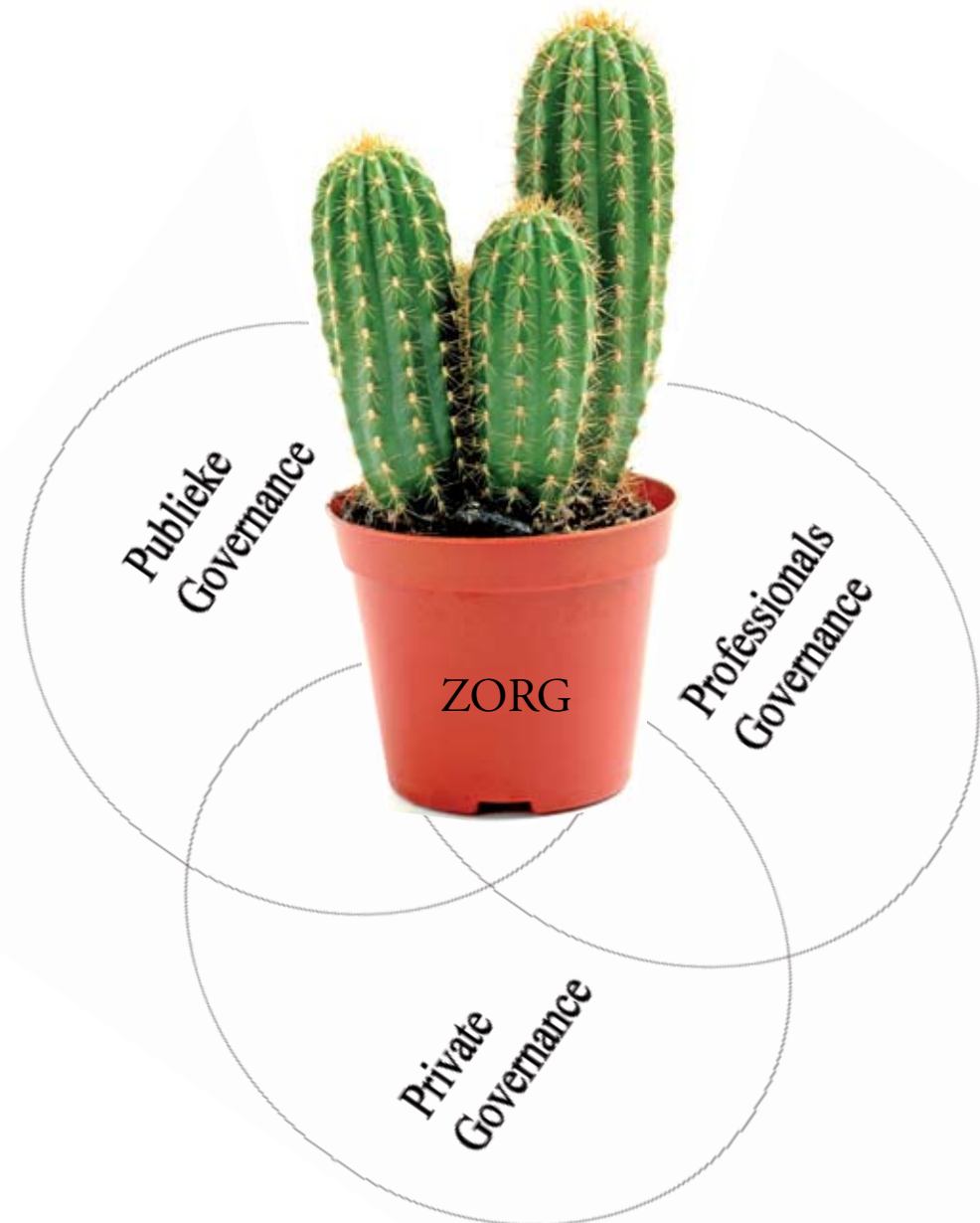
elkaar en met al die andere mensen die de zorg verlenen of ondersteunen, zorgen dat de cliënt goede zorg krijgt en dat dit gebeurt binnen de publieke randvoorwaarden.

Privaat, publiek en professional

Het speelveld waarin bestuurder en professional elkaar moeten vinden is complex. Private, publieke en professionele belangen strijden om voorrang. De systemen om die belangen te dienen zijn verschillend. In mijn dissertatie heb ik dat drie werelden van governance genoemd.

Zorgorganisaties zijn private organisaties. Professionals zijn in dienst van die organisaties of zelfstandig ondernemer. Zij leveren hun diensten aan patiënten/cliënten op basis van een overeenkomst met de individuele cliënt. Ze worden voor die diensten betaald door de zorgverzekeraar/het zorgkantoor, waarmee ze eveneens een overeenkomst hebben. Er is dus sprake van zakelijke dienstverlening in de private sector. De governance regels en de normen en waarden uit de private sector gelden voor deze 'zorgondernemingen'. Bestuurders en professionals hebben dus te maken met **private governance**.

Zorgorganisaties hebben wel heel veel met de publieke sector te maken. De overheid acht zich verantwoordelijk voor de kwaliteit, de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg. De overheid wil bovendien de kosten van de zorg beheersen. De overheid is 'systeemverantwoordelijk' voor het bereiken van de publieke doelen beschikbaarheid, toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. Vanuit die systeemverantwoordelijkheid stelt de overheid eisen aan zorgorganisaties. Vanuit de wens om de gezondheidszorg te beheersen heeft de overheid een fors pakket van wet- en regelgeving vastgesteld en een groot aantal regelende en toezichthoudende organen ingesteld. Zorgorganisaties en professionals moeten bijdragen aan de publieke doelen van de gezondheidszorg. Ze zijn daarom voor een deel onderworpen aan de besturingsprincipes van de overheid ook wel aangeduid als **publieke governance**.



Professionals hebben hun eigen systemen om de kwaliteit van het beroep en de toegang tot de beroepsgroep te regelen. Zij zijn verenigd in hun eigen beroepsvereniging. Die richt zich op de opleiding van professionals, de toelating tot het vak, kennisbeheer en -verspreiding, protocollen en standaarden en op onderlinge toetsing. Dat is allemaal nodig om het maatschappelijk monopolie op het vak te behouden. Daarom heeft de beroepsgroep ook een eigen tuchtrecht om disfunctioneren van een vakgenoot te corrigeren. Er is dus een regelsysteem, dat ik **professionals governance** noem.

Private, publieke en professionals governance hebben alle drie invloed op het functioneren van de gezondheidszorg. Ze staan niet naast elkaar, maar ze overlappen elkaar. Deze drie governance werelden zijn gebaseerd op verschillende moraliteiten. Ze dienen verschillende doelen. Ze zijn gebaseerd op verschillende governance principes en ze hanteren verschillende governance instrumenten. De drie governance werelden zijn niet op elkaar afgestemd. Daardoor kan een keuze in de ene governance wereld grote consequenties hebben in de andere twee werelden, zonder dat die consequenties te voren doordacht en afgestemd zijn.

De verhouding tussen de drie governance werelden verandert steeds. Meer 'marktwerking' zou een verschuiving van het publieke domein naar het private domein moeten zijn, maar als de effecten daarvan niet voldoen aan de publieke doelen, wordt het publieke domein weer uitgebreid. De strijd over de positie van medisch specialisten speelt zich in de drie governance werelden af. Discussie over de beloning is een botsing tussen de publieke en private governance wereld. Discussie over het EPD gaat over de kwaliteit van zorg en de autonomie van de professional. Dat is een botsing tussen publieke en professionals governance.



Invloed op het samenspel professional en bestuurder

Deze voortdurende interactie tussen publiek, privaat en professioneel voltrekt zich niet alleen op macroniveau, maar ook op het microniveau van de zorgorganisatie. De vraag of de professional loyaal is aan zijn beroepsgroep of aan de organisatie ligt in het vlak van private en professionals governance. De zeggenschap van professionals over de zorgprocessen en over de organisatie gaat over de besturing van de private dienstverlening aan cliënten. Kostenbeheersing of het gevoel dat er te weinig geld is, is een spanning tussen publieke en private belangen, die bestuurders en professionals samen voelen.

In dit complexe speelveld moeten bestuurder en professional elkaar zien te vinden. Als dat niet lukt wordt hun agenda door publiek, door de politiek bepaald. Als professional en bestuurder wel hun gezamenlijke agenda maken en uitvoeren, dan zijn ze minder kwetsbaar voor de macro-invloeden vanuit het publieke en het professionele domein. En is er minder reden voor de politiek om in te grijpen.

Kortom

- We hebben het over bestuurders van zorgorganisaties en professionals als BIG geregistreerde beroepsbeoefenaren.
- Zij bereiken het meeste als ze elkaar vinden in een gezamenlijke agenda op organisatie niveau en die agenda samen uitvoeren.
- Daarvoor moeten ze elkaar wel begrijpen en elkaars taal verstaan.
- Ze moeten kennis hebben van het complexe samenspel tussen private, publieke en professionals governance, maar zich daardoor niet van de wijs laten brengen.
- In dit boekje zoeken we naar het begrip en tolken we tussen de twee talen.
- We hopen daarmee bij te dragen aan het tot stand komen van de gezamenlijke agenda.



Rare jongens die managers en professionals

Bart Wijnbergen

Rare jongens die Romeinen¹. Een gelauwerde uitspraak van de Galliërs uit de Asterix en Obelix strip. Veelzeggend ook. Het laat zien hoe weinig oog de Galliërs hebben voor de Romeinse gewoontes. Omgekeerd geldt hetzelfde. Er is geen oog en begrip voor elkaars waarden en normen. De Galliërs en Romeinen redeneren vanuit onbegrip. Heel herkenbaar in de zorg. Bestuur, managers en professionals lijken soms constant in strijd, een strijd om de macht en om de ander je eigen wil op te leggen.

Mystiek

Onbegrip, elkaar niet kunnen of willen begrijpen, wordt vaak ingegeven door onduidelijkheid over elkaars motieven. Zo zou je de roep om meer transparantie bij professionals een roep om duidelijkheid kunnen noemen. Wat is het motief van professionals, wat is hun toegevoegde waarde? Welke kwaliteit leveren zij? Er hangt een soort mystieke waas rond professionals. Mystiek in de zin van raadselachtigheid en geheimzinnigheid over bijvoorbeeld eigen toetsingskaders en fouten die gemaakt worden. Professionals lijken zich weinig kwetsbaar te durven opstellen. Ze vormen een gesloten front. Publiek en politiek willen uitleg en duidelijkheid over wat de professionals doen. En niet onbelangrijk, welke kosten daaraan zijn verbonden. De mystieke cultuur waar de professionals al snel op terugvallen is langzaam aan het verdwijnen. Publiek en politiek willen duidelijkheid. Toch bieden de professionals weerstand. Schoorvoetend geven ze meer openheid. Zijn professionals daarmee rare jongens?

Helderheid en marktwerking

De klant heeft recht op informatie, op helderheid. Bijvoorbeeld over

¹Natuurlijk kan voor jongens ook meisjes worden ingevuld, maar men is zich bewust dat daarmee onrecht wordt aangedaan aan de heroïek van de strip Asterix en Obelix.

de kwaliteit van het medisch handelen, het zorgproces en de dienstverlening. De noodzaak van helderheid heeft in de gezondheidszorg een cultuur van verantwoording afleggen doen ontstaan. Zorgprofessionals percipiëren dit vaak eerder vanuit achterdocht en wantrouwen dan vanuit stimulering van kwaliteit en dienstverlening. Het wrange is, dat de misstanden die in de publiciteit zijn gekomen het beeld van beslotenheid versterken. Bij de politiek en het publiek heeft dit als effect dat de roep om transparantie extra toeneemt. Inspectie en patiëntenverenigingen roepen het hardst om verantwoording.

De introductie van de marktwerking draagt ook bij aan de verantwoordingscultuur. Dit is onlosmakelijk verbonden met meer bureaucratie en het brengt een competitief element met zich mee tussen gezondheidszorginstellingen. Instellingen en specialismen moeten zich gaan onderscheiden. Zij introduceren efficiënte structuren, strategische speerpunten, productiecontracten, kwaliteitscriteria, veiligheidssystemen en noem maar op. Allemaal zaken waaraan professionals moeten voldoen. De ogen zijn daarbij vaker gericht op de prijs en kosten dan op kwaliteit, service of belang van de patiënt. Zorgverzekeraars sturen daarop, dwingen het af. Professionals worden zo steeds meer in een productiestramien gedrukt. Een stramien waarmee zij, terecht of onterecht, moeite hebben. Van managers wordt verwacht hiervoor zorg te dragen, zijn managers daarmee rare jongens?

Ontmanteling van professies?

Het beeld over professionals als zijnde 'rare jongens' kan gemakkelijk worden opgeroepen. Zij ervaren weinig oog van het management voor de inhoudelijke aspecten. Vinden de constante stroom van steeds veranderende regels onbegrijpelijk. En ze missen begrip van het management voor het effect van al deze maatregelen op de dagelijkse praktijkvoering. Het denken in systeemoplossingen van het management maakt maatwerk moeilijk te verwezenlijken. Maatwerk is per definitie moeilijk in te passen in organisatiesystemen waar structuren en procedures troef zijn. De werkwijze, waarden en normen die professionals hanteren worden zo

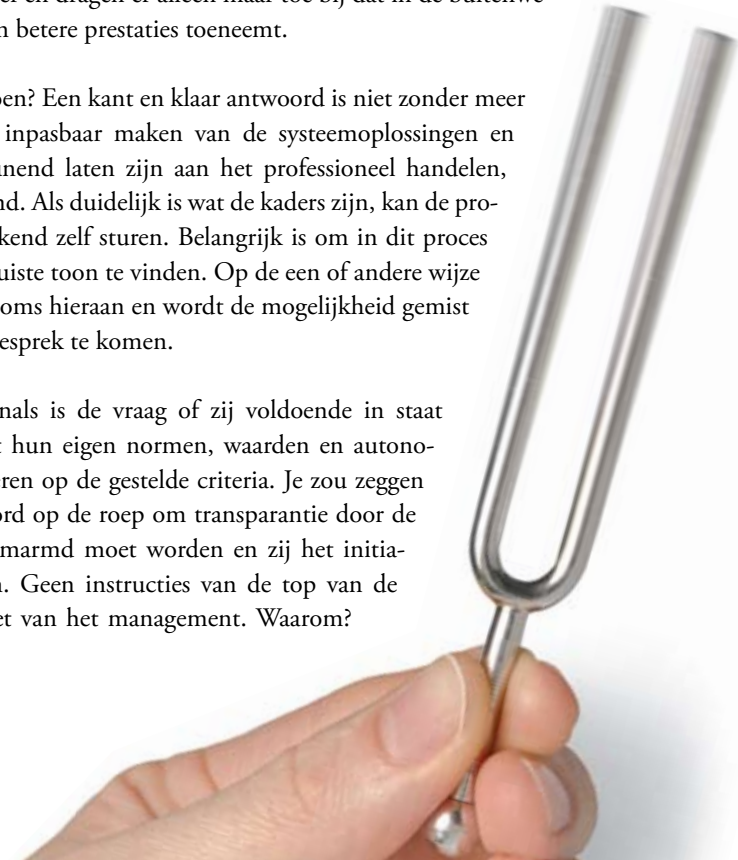
bedreigd door de managementmaatregelen. Professionals roepen ook wel dat de uniciteit van hun professe wordt aangetast. Daarmee raak je professionals in hun hart en ziel. Dit raakt de kern van de spanning die kan optreden tussen professionals en managers.

Over en weer

In zorginstellingen zijn soms twee werkelijkheden aanwezig. De werkelijkheid van het management met kaderbrieven, structuurnotities en dergelijke. En de werkelijkheid van de professional, voldoen aan de zorgvraag van de patiënt. In die dagelijkse praktijk willen professionals verschoond blijven van al die managementmaatregelen, ontkennen het of zeggen eenvoudig weg 'ja' en doen 'nee'. Bij managers kan dit het beeld oproepen van 'rare jongens die professionals'. Zij doen niet wat is afgesproken. Zowel de professionals als de managers zijn op die manier contraproductief en dragen er alleen maar toe bij dat in de buitenwereld de roep om betere prestaties toeneemt.

Wat hieraan doen? Een kant en klaar antwoord is niet zonder meer te geven. Het inpasbaar maken van de systeemoplossingen en deze ondersteunend laten zijn aan het professioneel handelen, ligt voor de hand. Als duidelijk is wat de kaders zijn, kan de professional uitstekend zelf sturen. Belangrijk is om in dit proces met elkaar de juiste toon te vinden. Op de een of andere wijze ontbreekt het soms hieraan en wordt de mogelijkheid gemist met elkaar in gesprek te komen.

Voor professionals is de vraag of zij voldoende in staat zijn om vanuit hun eigen normen, waarden en autonomie te anticiperen op de gestelde criteria. Je zou zeggen dat het antwoord op de roep om transparantie door de professionals omarmd moet worden en zij het initiatief overnemen. Geen instructies van de top van de organisatie, niet van het management. Waarom?



Eenvoudigweg omdat professionals zich erop kunnen beroepen dat zij informatie uit de eerste hand hebben. Zij hebben de relatie met hun cliënten. Op basis hiervan kunnen professionals de juiste antwoorden vinden en proactief zijn. Gebruik deze unieke positie zou ik zeggen, maak hem productief. Maar benut de positie gedoseerd en met beleid. Enige managementvaardigheden kunnen hier van pas komen.

Aan de andere kant kan het management de kansen benutten om meer de verbinding met de professionals aan te gaan. Zich bewust worden van de verschillende werkelijkheden. Meer op zoek gaan naar de overeenkomsten in de waarden en normen die management en professionals hanteren, anders dan de verschillen te blijven accentueren. Het zou krachtig zijn als het management professionals helpt kwaliteiten zichtbaar te maken. Als je er als professional middenin zit, is het soms moeilijk om de toegevoegde waarde te zien en te benoemen. Dat vergt een meer onderzoekende en ondersteunende houding van het management, noem het dienstbaar leiderschap.

Dus voor professionals, managers en bestuurders, geen strijd, geen bacchanaal, geen overwinninggezang, geen rare jongens maar gezamenlijk aan tafel. Gezamenlijk aan tafel om vanuit passie en liefde voor de zorg, menselijke zorg te willen leveren.

Kortom

- Professionals en bestuurders leven in verschillende werelden met verschillende talen.
- Zij vinden elkaar 'rare jongens' zonder dat ze zich echt in elkaar verdiepen.
- Er hangt een soort mystiek rond de professie en de professionals, die door bestuurders niet doorbroken kan worden.
- De buitenwereld vraagt echter niet om mystiek, maar om inzicht en verantwoording. Zij wil weten wat de zorg de cliënt te bieden heeft en wat de zorg maatschappelijk oplevert.
- Bestuurders worden verantwoordelijk gehouden om dat inzicht en die transparantie te geven.
- Inzicht geven is echter een gezamenlijke verantwoordelijkheid van professionals en bestuurders.
- Dat lukt slecht als je elkaar rare jongens blijft vinden.
- Voor goede inzichtelijke zorg, die met passie geleverd wordt, is het daarom nodig dat bestuurders en professionals samen aan tafel gaan om de zorg te verbeteren en daarover verantwoording af te leggen.



De visie van een bestuurder: Toneel

Johan Lettink

Lid Raad van Bestuur Zorggroep Noorderbreedte

Zorgprofessionals nemen in het dagelijkse leven gigantisch veel beslissingen. De geldigheidsduur daarvan is meestal kort: een uur, een dag of misschien een paar maanden. De geldigheidsduur van een bestuursbeslissing is heel lang: 2, 3, 5 of misschien wel 10 jaar. Om de professionals optimaal de ruimte te geven voor hun eigen beslissingen is continuïteit nodig. Een bestuurder moet daarom zo min mogelijk besluiten nemen. Daar komt bij dat die besluiten moeten voortkomen uit de organisatie. Professionals moeten op alle niveaus invloed kunnen uitoefenen. Lange termijn besluiten zijn als het goed is een legitimatie van ontwikkelingen in de organisatie. Dat moet ook wel, want ik 'ken' wel wat de zorgprofessionals doen, maar ik 'kan' het niet. Zorgprofessionals zijn afhankelijk van kaders die het bestuur stelt. Een professional kan wel van alles willen, maar moet het uiteindelijk doen met de middelen die er zijn. Eigenlijk niet anders dan thuis. En soms zie je dan dat juist die grenzen leiden tot verrassende uitkomsten. Als het goed is kunnen zorgprofessionals en bestuurders elkaar uitermate goed versterken. Een organisatie is eigenlijk een prachtig toneelspel. Als bestuurder ben je regisseur en toneelmeester tegelijk. Maar voor het spel ben je volledig afhankelijk van het acteren van de spelers.



Van oerconflict naar oerbegrip

Elsbeth Reitsma

In onze samenleving wordt op dit moment met een scheef oog gekeken naar leidinggevend: het management. Professionals voelen zich al jaren gedomineerd door 'lieden' die vooral praten over productie, transparantie en reorganisaties. Waar is het respect voor het goed uitoefenen van het vak door de professionals? En voor het werk dat ze verzetten?

De maatschappelijke beweging 'BeroepsEer'¹ bijvoorbeeld, vindt dat een kentering nodig is. Hoogleraar bestuurskunde Hans de Bruijn kijkt er genuanceerder tegenaan. In het Financieele Dagblad (2008)² zegt hij dat de verwijten geen recht doen aan het werk van managers. "De anti-managementhouding van nu is me te gemakkelijk, daar verzet ik me tegen.

¹<http://beroepseer.nl>

²Bruijn, H. de (2008). Het Financieele Dagblad, Manager als chaosbedwinger. FD, 11 dec 2008.
Hanson, Mark (1976). School Governance and the Professional/Bureaucratic Interface: A Case Study of Educational Decision-Making. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, San Francisco, California.

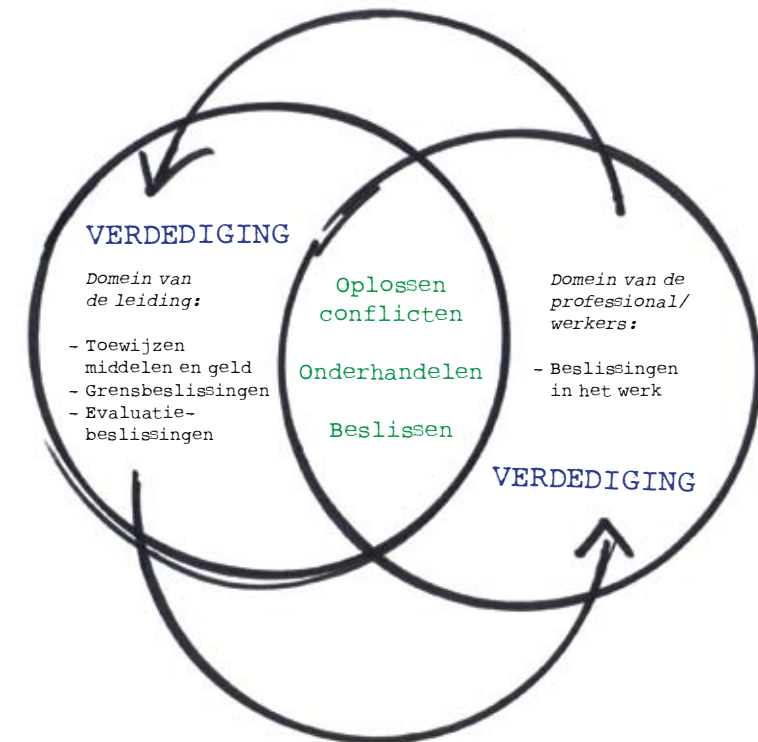
Je kunt niet altijd volledig op de professionele autonomie vertrouwen.” De Bruijn snijdt de spanning aan tussen management en professionals: professionele autonomie is tot een bepaalde hoogte functioneel, maar het sturen door management op regels, procedures, protocollen en vergelijkende benchmarks ook. Er is spanning tussen management en professionals. Een potentiële conflict. Hoe is dit potentiële begrip te begrijpen en, nog belangrijker, te hanteren?

Interactieve domeinen

Wat betreft het plaatsen van het potentiële conflict, zijn het begrip ‘oerconflict’ en het ‘interacting spheres model’ een hulpmiddel (figuur 1). Beide zijn in 1976 geïntroduceerd door Mark Hanson. Hij heeft in het onderwijs, op een school, onderzocht hoe de governance en de wijze van besluitvorming plaatsvindt en hoe de rollen van management en de professionals hierbij worden ingevuld. Zoals het in die tijd gebruikelijk was: een op de typemachine uitgetikt paper met een handgetekende weergave van het interacting spheres model. Het model is nog steeds actueel; het oerconflict is dus van alle tijden.

De kern van Hanson’s bevindingen is dat de aanwezigheid van professionals in een organisatie, invloed heeft op de wijze van sturing, beheersing en besluitvorming. Er zijn twee eigenstandige domeinen waarin besluitvorming plaatsvindt: die van de professionals over hun eigen werk en die van het management. Bij het management zijn bijvoorbeeld formeel belegd de toewijzing van middelen en geld en de beslissingen over het al dan niet samenwerken met andere partijen. De twee domeinen hebben ieder een bepaalde mate van autonomie in de besluitvorming. Maar Hanson zag ook dat zowel de managers als de zorgprofessionals tactieken ontwikkelen om invloed uit te oefenen in andermans domein. En daarnaast ontwikkelen ze beiden mechanismen om hun eigen domein tegen de invloed van de ander te beschermen.

figuur 1, *Interacting Spheres Model*, Mark Hanson, 1976.



Overlapping domeinen

Zolang professionals en management eigenstandig kunnen opereren loopt het soepel in de organisatie. Maar wat gebeurt er als de domeinen elkaar gaan overlappen? En als de defensiemechanismen leiden tot potentiële conflicten omdat men elkaar niet toelaat? Dan komt het oerconflict tot volle wasdom. De medische staf en de raad van bestuur liggen in de clinch over een voorgenomen fusie. Verpleegkundigen pikken het niet meer dat hun functie wordt uitgehold en goedkopere krachten worden ingezet. Ze zien de kwaliteit van zorg achteruit denderen. Paramedici zijn uiterst verrast dat hun intramurale positie verdwijnt en dat ze eerstelijners moeten worden. Dit zijn de voorbeelden die zich in de dagelijkse praktijk voordoen.

Van conflict naar begrip

Professionals en managers zijn allebei nodig om conflicten op te lossen, om beslissingen te nemen en om te onderhandelen wat goede oplossingen zijn voor de achterliggende problemen. De volgende vraag is, hoe je het oerconflict hanteert en voorkomt dat het volkomen uit de hand loopt. Uit de conflicttheorieën weten we dat het inschakelen van een derde (onafhankelijke) partij heilzaam werkt als escalatie dreigt. Daarom is mediation op dit moment zo populair: niet de verschillen uitvergroten, maar eerst bepalen wat gezamenlijke belangen zijn en waar het restant verschillen liggen. Veelal ligt na deze inventarisatie voor iedereen een positieve oplossing dichtbij.

Mediation, intern of met behulp van externen, zou zich moeten richten op het kweken van begrip voor het mechanisme van het oerconflict, zo leert ook Hanson ons. Het oerconflict zit ingebakken in een systeem van zorgprofessionals en management. Van oerconflict naar oerbegrip is de uitdaging. Thema's die in het gezamenlijke deel van het vendiagram van Hanson belanden, moeten samen opgelost worden, veel zaken dus ook niet! Een gezamenlijke agenda dus, met een gezamenlijke besluitvormingsprocedure en een gezamenlijke oriëntatie op oplossingen. Het elkaar met een scheef oog aankijken helpt niet, oerbegrip wel.

Kortom

- De aanwezigheid van professionals in een organisatie heeft invloed op de wijze van sturing, beheersing en besluitvorming.
- Domeinen van bestuurders en professionals overlappen elkaar. Daar ligt de kern van het oerconflict.
- Thema's die in het gezamenlijke deel van het vendiagram van Hanson belanden moeten samen opgelost worden, andere dus niet.



Werken vanuit verbinding en vertrouwen

Harco de Bruin

Een professional heeft door de bank genomen de ruimte om zorg te leveren. Natuurlijk staan er hekjes om zijn functie. Die staan er altijd, om elke functie, waar dan ook. Aan professionals de uitdaging om binnen de beschikbare ruimte te reflecteren en mogelijkheden te zien. Alleen dan komen cliënten optimaal tot hun recht.

Begin tachtiger jaren startte ik mijn loopbaan in de gehandicaptenzorg, als z-verpleegkundige bij een groep mensen met ernstig probleemgedrag. Er is sindsdien veel veranderd. Zo zijn de huisvesting en de begeleiding vele malen beter. Er zijn veel meer faciliteiten op de groep. Toen werd een groot deel van de zorg nog geleverd door mensen die nog in opleiding waren. Nu wordt daar vreemd tegenaan gekeken, dat zou niet mogen kunnen. Maar het kón wel. Hetzelfde verschijnsel is ook te zien bij veel mensen die terugkeren van een zorgbaan in de tropen. Ze moeten wennen aan de (soms in hun ogen volstrekt overbodige) luxe omstandigheden waaronder we in Nederland zorg kunnen leveren. Als we niet oppassen, concentreren we ons in de zorg op de beperkingen, op de dingen die niet kunnen. Dan is er is te weinig oog voor wat er wel kan in de zorg. En maken we ons zorgen over de zorg.

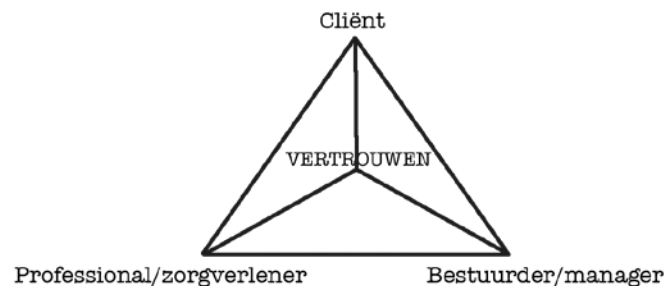
Geen zorgen over zorg

Vanwaar die 'zorgelijke' tendens? Spreken we in Nederland over de zorg, dan gaat het al snel ook over de problemen. Berthold van Maris verklaart in het vakblad Onze Taal het zorgelijke gevoel dat dat oproept. Er is volgens hem iets gekks met de combinatie van de woorden 'probleem' en 'zorg'. Zorg is een overkoepelende term voor de gezondheidszorg, maar

heeft ook de alledaagse betekenis van 'ongerustheid en bezorgdheid'. Als een woord met meerdere betekenissen in één betekenis gebruikt wordt, worden alle andere betekenissen ook licht geactiveerd in de hersenen. Als problemen en zorg dichtbij elkaar staan, zegt Van Maris, roept dat dus op verschillende manieren een zorgelijk gevoel op. Reden te meer om te spreken over mogelijkheden.

Driehoek van verbinding en vertrouwen

De handen van een professional reiken altijd minder ver dan hij eigenlijk zou willen. Dat is een gegeven. De 'hekjes' om zijn functioneren worden bepaald door het bestuur, maar ook door wettelijke bepalingen en financiële beperkingen. Mensen vragen zich in de regel te weinig af wat ze met een gegeven situatie aanmoeten en geven zich eraan over. Hoe lastig soms ook, de uitdaging is om uit die brei altijd de waardevolle elementen op te pikken. Alleen, of integratief, in werkelijk multidisciplinair verband. Een focus op mogelijkheden in plaats van beperkingen levert energie. De mogelijkheden zitten in het bieden van meerwaarde aan de cliënt. Dat maakt het werk leuk. Daarvoor hoeft de situatie niet optimaal te zijn. Meerwaarde zit al in kleine dingen. Het vloeit voort uit verbinding en vertrouwen tussen zorgprofessional en cliënt.



Maris, Berthold onze taal (HB)

Diezelfde begrippen, verbinding en vertrouwen, bepalen de verhouding tussen het management en de zorgprofessional. Veel managers hebben ingebakken ideeën over hoe ze moeten managen. Ze stellen zich formeel op als vertegenwoordiger van de organisatie. Dat kan geen kwaad in de rol van gastheer, maar wordt wel vervelend als de manager 'bij de kassa' zit. De professional wordt dan gedwongen zich te verantwoorden. Veel inspirerender zijn heldere kaders waarbinnen professionals kunnen functioneren.

Bestuurders bepalen het beginpunt van de zorg en stellen daarmee kaders. Soms is echter de koers niet duidelijk voor de zorgprofessional. Te vaak is de strategie niet bij de professional aangekomen. De strategie is dan niet meer dan een papieren exercitie. Maar een bestuurder kan niet 'niet besturen'. De manier waarop de bestuurder zich opstelt, vanuit verbinding en vertrouwen, bepaalt het functioneren van professionals en daarmee óók het welzijn van de cliënt. Alle zijden van de driehoek moeten in balans zijn. Alleen dan komt de cliënt volledig tot zijn recht.

Kortom

- Zorg en problemen zijn geen synoniem.
- Focus op mogelijkheden in plaats van beperkingen levert energie.
- Er is vertrouwen en verbinding nodig tussen klant, professional en bestuurder.
- Strategie is er pas als men op de werkvloer weet waar het om gaat.



De visie van een verpleegkundige: Blickveld

Sandra Hansma

Verpleegkundige Longgeneeskunde in het Medisch Centrum Leeuwarden

Dat we in de zorg een efficiencyslag moeten doormaken is een gegeven. Vraag is natuurlijk hoe je ermee omgaat. Bij ons in het ziekenhuis loopt een programma waarmee wij op de afdeling maar moeilijk uit de voeten kunnen. De bestuurlijk verantwoordelijke is langsgelopen om daarover te praten. Het geeft haar kracht en geloofwaardigheid dat ze de tijd nam om naar ons te luisteren. Het was een goed gesprek. Behalve in de staart. Ze vatte het gesprek samen vanuit haar optiek: “Jullie zijn dus voorzichtig positief.” Dat terwijl wij vroegen om hulp en begrip voor de acute druk op het werk. Haar vertaling was niet onze boodschap. Dat is altijd de spanning tussen bestuurders en professionals. Bestuurders kijken naar de lange termijn, wij hebben als verpleegkundigen de neiging vlak voor onze voeten te kijken. Je moet er met elkaar over kunnen praten. Als de nadruk bij de bestuurder ligt op het doel in plaats van het middel, kun je als professional meedenken in oplossingen. Dat moet je natuurlijk wel leren. Een beginnend verpleegkundige heeft vooral oog voor de patiënt. Maar van lieverlee wordt je blikveld ruimer. Je gaat processen zien, maakt keuzes, toetst keuzes en denkt in oplossingen. Dan ben je volgens mij een echte professional. Een goede baas ziet de mens achter iedere medewerker. Hij betreft medewerkers bij beslissingen en meent het als hij zegt: ik heb oog voor je zorgen, maar ik kan er maar tot zover in meegaan.



Hoe maakt een professional zijn toegevoegde waarde voor de cliënt zichtbaar?

Ben van Gent

In de zorg werken vele duizenden zorgprofessionals. Hoe doen zij hun werk en hoe maken zij hun resultaten zichtbaar? Toetsing en samenwerking zijn daarbij basisbegrippen. Maar ook het laten zien van de resultaten van professioneel handelen is nodig. Professionals moeten aan kunnen tonen waarom specifieke interventies bijdragen aan het welbevinden of de gezondheid van de patiënt. Daarvoor zijn meetinstrumenten nodig. Soms zijn dat bestaande instrumenten, bijvoorbeeld COPM voor revalidatieprocessen of de GAF-score of een ROM voor inschatting van het psychisch welbevinden van een cliënt. Soms bestaat er geen meetinstrument. Dan moet de professional er zelf een ontwikkelen, samen met het management.

De eerste tien jaar van mijn carrière genoot ik van het huisartsenvak. Zeven jaar opleiding en nog maar twintig jaar levenservaring. Met al mijn kennis en kunde adviseerde en genas ik Jan en alleman in mijn praktijk. Dacht ik. Tot op een dag de apotheker van mijn gezondheidscentrum een stapeltje recepten met mij doornam. O B S O L E E T spelde hij. Achterhaald dus, maar ik had het zo geleerd. In mijn studie, van mijn opleiders. En toch fout. Mijn patiënten hadden geluk dat ik samenwerkte met zo'n apotheker. En geluk dat ik de kritiek ter harte nam. Dit voorval heeft mij aan het denken gezet en de loop van mijn carrière beïnvloed.

Het is niet voldoende om een vak te leren en het daarbij te houden. Het leerproces gaat door. Collega's, zelfreflectie en toetsing houden je op het

rechte spoor. Niet vanzelf, dat moet je actief opzoeken. Dat gebeurt niet overall structureel. Wanneer je het op de man af vraagt, kunnen maar heel weinig zorgprofessionals aangeven of het maximale resultaat nu bereikt is. De automatische piloot staat vaak aan, de ervaring en het buikgevoel worden ingezet. Evalueren met collega's biedt inzicht. Maar dat kun je echt pas goed op basis van vergelijkingen in resultaten. Dan moet je wel afspreken hoe je het resultaat meet. Dat gebeurt steeds vaker, maar nog steeds te weinig. Best gek eigenlijk.

Ik ben nu bestuurder. Nog steeds maak ik gebruik van de ervaringen uit mijn huisartsentijd. In contact met zorgprofessionals ben ik nieuwsgierig naar hun toetsing en uitwisseling. Ik had dus een manier nodig om ze dat te vragen. Zo is een methodiek ontstaan om in discussie met zorgprofessionals op een vrij eenvoudige manier inzicht te krijgen in interventiemogelijkheden en het effect daarvan bij de cliënt.

In de zorg hebben we geleerd een patiënt te observeren en gegevens automatisch op te slaan. Dat tunnelt ons denken richting een oplossing. Het weer bewust worden van die onbewuste tunnelvisie door inzet van een meetinstrument verrijkt het potentieel van de professional. Iemand die jarenlang op de automatische piloot diagnosticeert mist veel. Met behulp van een simpel en niet-bureaucratische methodiek wordt de gegevensverzameling, en dus ook de beslissing van de zorgprofessional, transparant.

Meetinstrumenten en besturingsvisie

De besturing van een organisatie waar zorgprofessionals tot hun recht komen vraagt veel kennis en kunde van de bestuurders en managers. De belangrijkste parameter voor sturing is de toegevoegde waarde voor de klant, ofwel outcome. Meetinstrumenten kunnen de verbetering van de outcome ondersteunen. Resultaat-, ofwel outcomesturing, helpt om kwaliteit te garanderen. Immers afwijkingen in de resultaten waarschuwen voor een veranderende kwaliteit.

Meetresultaten geven zorgprofessionals inzicht in hun eigen kunnen. Op basis daarvan is het heel comfortabel evalueren met de leidinggevende. Feiten geven immers aan hoe geschoold en ontwikkeld moet worden. Goed presteren kan worden beloond. De optelsom van prestaties van de afdelingen geeft de manager inzicht in het bereikte resultaat voor patiënten op de afdeling. De optelsom zegt alles over de kwaliteit en toegevoegde waarde van het bedrijf op de zorgmarkt. En dat is juist hetgeen waar zorgorganisaties onderling op zouden moeten concurreren volgens Porter¹.

Discussie met financiers zal ook anders verlopen. Immers hard aangetoonde kwaliteit door resultaatmetingen zijn door verzekeraars niet te negeren. Input en throughput konden volgens financiers altijd nog wel een beetje magerder worden bedeed, met behoud van het resultaat. Als zorgaanbieders heb je dan geen verweer. Het resultaat is immers niet aan te tonen. Als we dat wel kunnen, wordt het gesprek met de cliënt en met de zorgverzekeraar heel anders.

Wat is het resultaat?

In de zorg zijn er drie basale vragen van patiënten en cliënten:

- Ik ben gezond en hoe blijf ik dat?
- Ik ben ziek en hoe word ik (zo snel mogelijk) weer beter?
- Ik ben chronisch ziek of afhankelijk en hoe behoud ik de beste kwaliteit van leven?

Zorgprofessionals zijn vaak op meerdere vlakken tegelijk actief. De huisarts stuurt bij de diagnose diabetes graag op het resultaat, dat de diabetes medisch in de grip is, en tegelijkertijd moet het leven leefbaar blijven voor de patiënt. De huisarts kan checken of de diabetes stabiel ingesteld is. Maar hoe het met de kwaliteit van leven is? Een fysiotherapeut is graag therapeutisch bezig en wil graag een patiënt kort behandelen en geheel ontslaan. Fysiotherapeuten proberen al jaren vergeefs hun toegevoegde therapeutische waarde te meten in termen van 'beter' worden. En dat lukt maar niet. De processen lopen bewust of onbewust door elkaar.

¹Porter, M and E. O. Teisberg (2006). Redefining Health Care; Creating Value Based Competition and Results. Harvard Business School Press, Harvard.

Ervaring leert dat de processen gericht op bovenstaande drie basisvragen gesplitst gemeten moeten worden om ervan te leren. Zo niet, dan vergelijk je appels met peren en is het onmogelijk prioriteiten te stellen. Discussies binnen multidisciplinaire teams lopen vaak stuk op de verschillende visies over de te behalen resultaten. Neem bijvoorbeeld een verpleeghuis. Is het van belang dat het bloedsuiker van de patiënt tiptop op orde is, of mag hij zich op zijn oude dag af en toe nog eens bezondigen aan een advocaatje? Alles draait om de kwaliteit van leven. De visie van de verzorgenden is steeds meer gericht op het welzijn van de klant. De verpleeghuisarts stelt de fysieke en psychische stabiliteit van patiënten centraal, zodat er nog wat van het leven valt te genieten. Die stabiliteit is niet het doel, maar een middel dat bijdraagt aan de kwaliteit van leven. Dat laatste moet dus gemeten worden.

Het is daarom belangrijk om goed zicht te hebben op het beoogde resultaat en dat te benoemen in resultaten voor de cliënt en in meetbare termen. Bijvoorbeeld herstel van functies na een hersenbloeding, of herstel van het vermogen van demente ouderen om na een val te lopen.

Hoe te komen tot meetinstrumenten

Hoe komen professionals en bestuurders tot een gezamenlijk meetinstrument? Allereerst moet het doel van de hoofdprocessen helder zijn. Vervolgens wordt bepaald waaraan het resultaat bij de patiënt/klant zelf kan worden gemeten.

Dan worden de processtappen en de interventiemomenten bepaald. Het bepalen van de interventies passend bij de gegevens is niet zo moeilijk. Het effect van die interventies is vaak wetenschappelijk bewezen (evidence based practice). Zo niet, dan kunnen de door de groep professionals zelf gebruikte interventies met elkaar worden vergeleken (practice based evidence). De professionals zorgen dat ze overeenstemming krijgen over de interventies van eerste keuze.

Zo nodig worden ze daarbij geholpen door het management.



Hoe maak je een meetinstrument?

- Benoem proces en het resultaat voor de cliënt.
- Bepaal processtappen en interventiemomenten.
- Vergelijk interventies, evidence based of voeg practice based evidence toe. Maak een eenvoudig meetinstrument.
- Probeer het uit en evalueer het.
- Pas het standaard toe en gebruik geobjectiveerde gegevens om te leren.


Inzicht

Door het consequent inzetten van het evaluatieve meetinstrument en de bereikte resultaten in de patiëntgegevens vast te leggen ontstaat veel inzicht in de bereikte resultaten. De individuele zorgprofessional krijgt zicht op het effect van zijn handelen bij de individuele patiënt. Van fouten en successen leert hij. Er ontstaat een leercirkel van alsmaar verbeteren.

Het meten van resultaten bij de patiënten en cliënten geeft een cascade aan positieve effecten. De cliënten zijn meer betrokken, zorgprofessionals zijn trots op hun bereikte en uiterst doelmatige resultaten, de kwaliteit gaat met sprongen omhoog en managers hebben inzicht in de kwaliteit van de zorg. Dat is voor alle partijen uiterst bevredigend.

Kortom

- Maak als professionals je toegevoegde waarde transparanter, bestuurders kunnen daarbij helpen.
- Definieer het resultaat van je handelen in termen van kwaliteit van leven en van zelfredzaamheid voor de cliënt.
- De drie basisvragen van de cliënt: 'Hoe blijf ik gezond, hoe word ik weer beter, hoe leef ik het beste met een chronische ziekte', zijn daarbij leidend.
- Investeer als zorgprofessionals tijd in het ontwikkelen van een meetinstrument.
- Ondersteun als bestuurder dit proces op alle mogelijke manieren.
- Gebruik de resultaten om de cliënt en de verzekeraar duidelijk te maken wat je doet en wat het oplevert.
- Outcome is daarbij veel belangrijker dan input en throughput. Dat is nog een vrij nieuwe manier van denken in de zorg.
- Werkt het systeem eenmaal goed, dan kan het bijdragen aan de managementinformatie.



Noodzaak voor meer leiderschap

Elsbeth Reitsma

Bestuurders staan voor de opgave om richting te geven, te motiveren en te inspireren. In de praktijk ligt de nadruk op plannen, regelen, organiseren en budgetteren. Zorgprofessionals handelen vanuit hun expertise, hun professie. Ze hebben ideeën over hun vak maar realiseren ze die altijd? En hoe gaan ze om met ideeën van anderen, waaronder de plannen van het management? Zorgprofessionals en bestuurders zouden meer leiderschap moeten tonen. Wat betekent dat?

Eerst een voorbeeld uit mijn eigen werk. Niet als fysiotherapeut of als adviseur bij C3, maar als adviseur bij Deloitte. Ik kreeg de eer binnen onze organisatie handen en voeten te geven aan verandermanagement. Dit om het onderwerp breder onder de aandacht te laten komen. Het moest de specialiteit van onze adviesgroep worden. Ik vroeg mijn baas: wat verwacht je precies van me? Zijn antwoord was: ik wil dat je leiderschap toont.

Voor mij was dit een vrijbrief om collega-adviseurs om me heen te verzamelen met ruime ervaring in opdrachten waarbij veranderen belangrijk was. Met hen beleefde ik een inspirerende tijd met het uitwerken van thema's, het uitdragen en lesgeven binnen en buiten de adviesorganisatie. Hoezo leiderschap? Het hebben van ideeën, het binden van bevolgen mensen, het blijven aangeven wat belangrijk is en wat niet, en het uitdragen van de inhoud zonder als missionaris over te komen; dat was mijn concrete invulling van leiderschap. Achteraf gezien een dienstbare opstelling en een actieve participerende rol van mijn collega-professionals. In zorgorganisaties gaat het niet anders. Zorgprofessionals hebben ideeën

die tot leven worden gewekt. Bestuurders en managers hebben hun doelstellingen. Allen kunnen vanuit hun eigen vak leiderschap tonen. Maar hoe?

Persoonlijk leiderschap

Het begrip 'persoonlijk leiderschap' is in opmars. Leiderschap wordt daarbij aan ieder toegeschreven die zelf in staat is richting te geven. Primair aan het eigen leven maar vervolgens ook aan groepen mensen en organisaties. Iemand als Jim Collins, auteur van onder meer de bestseller 'Good to Great', heeft in de praktijk gevonden dat succesvolle organisaties dienstbare leiders hebben. Dit zijn volgens Collins bescheiden mensen die zich richten op resultaat. Ze hebben hun persoonlijk leiderschap als het ware geëvolueerd tot leiderschap in de organisatie.

Collins doet in 'Good to Great'¹ interessante uitspraken die het persoonlijk leiderschap van zowel 'de' leider als een ieder die de organisatie werkzaam is, meer concrete invulling geven. Een voorbeeld: in een succesvolle organisatie is ruimte voor dialoog en debat. Maar met dergelijke sessies mensen motiveren, noemt Collins verspilde tijd en energie. Mensen met persoonlijk leiderschap motiveren zichzelf. Het gaat erom mensen niet te demotiveren. Het op één lijn krijgen van mensen is het resultaat van goede prestaties en niet vice versa.

Leiderschap van de zorgprofessional

De boodschap van Collins is: richt je op resultaat. Wat betekent die boodschap voor de zorg en voor het leiderschap in de zorg? Professionals zitten met een ander dilemma dan bestuurders en managers. Dat dilemma zou ik willen typeren als: alleen of samen? 'Alleen' betekent het werken vanuit eigen expertise met de nadruk op de professionaliteit en (bij artsen) de medische eindverantwoordelijkheid. Leiderschap is in dit geval persoonlijk leiderschap: het richten van jezelf. Daarbij hoeft je niet perse een verbinding aan te gaan met anderen of rekening te houden met de ontwikkelingen op andere (vak)gebieden. Wel geldt, dat professioneel



werken vraagt om het bijhouden van je vak en om collegiale toetsing van de interventies die je uitvoert en de resultaten daarvan.

Er zijn richtlijnen voor de beste manier van onderzoeken en behandelen voor vele ziektebeelden. Er is een mogelijkheid om met behulp van een elektronisch patiëntendossier de informatiestromen tussen zorgprofessionals te optimaliseren. Ook de cliënt zou een rol in het eigen informatiebeheer kunnen spelen. Aangetoond is dat multidisciplinaire afstemming over het behandelbeleid per patiënt belangrijk is. Zorgprofessionals kunnen op deze vlakken veel ontwikkelen. Je ziet ook dat waar leiderschap van zorgprofessionals leidt tot interesse in kwaliteit van zorg, het oppakken van veranderingen en het stimuleren van eigen initiatieven om te blijven verbeteren. Waar dit leiderschap ontbreekt worden deze mogelijkheden gemist en dat is zo zonde.

Zorgprofessionals kunnen duidelijk leiderschap tonen. Leiderschap van de zorgprofessional uit zich in het spontaan en actief verantwoordelijkheid nemen voor het formuleren en sturen op de resultaten voor en met de individuele cliënt of patiënt. En van daaruit verantwoordelijkheid nemen voor het systeem van zorgverlening rond deze patiëntenpopulaties.

Ik heb als voorbeeld een neuroloog op mijn netvlies die in het streven de zorg bij een beroerte te blijven verbeteren, verbinding legt en onderhoudt met patiënten, de verpleegafdeling in het ziekenhuis, de eigen maatschap, andere specialismen, de thuiszorg, het verpleeghuis, het revalidatiecentrum en zo meer. Dat 'samen' is voor mij leiderschap ingevuld door een zorgprofessional. Zo ook de verpleegkundige die ethische kwesties rond levensbeëindiging oppakt: er systematisch aandacht voor vraagt

¹Collins, J. (2004). Good to Great. Business Contact, Amsterdam.

in haar organisatie en andere disciplines aan zich weet te binden om invulling te geven aan deze kwesties.

Meer 'samen' dan 'alleen', daar draait het leiderschap van de zorgprofessional om. Daarin ligt de toegevoegde waarde van de professional en dus ook van de organisatie. Hier past het uitdragen van wat je doet, waarom en waartoe. Met een mode-uitspraak: zorg voor 'transparantie', dat wil zeggen dat je uit moet leggen waarom je doet wat je doet en wat het oplevert.

Leiderschap van bestuurder of de manager

Het invullen van leiderschap door het management kent een ander dilemma maar is niet minder ingewikkeld. Bij het richting geven is het de vraag: moet ik controleren of kan ik vertrouwen? Filip Vandendriessche, als lector en docent verbonden aan de Universiteit van Leuven, de Universiteit van Antwerpen en aan het Sioo, schreef hierover het boek 'Leidinggeven zonder bevelen, de outputmanager.'¹

"De meeste managers en medewerkers willen meer bevoegdheid en macht", zo zegt Vandendriessche, "maar hun leidinggevend geven dat niet graag weg. Leidinggevend, waaronder ook bestuurders, voelen zich vaak gevangen in het dilemma controle of vertrouwen." Dat is volgens Vandendriessche echter een schijndilemma. Als wordt gemanaged vanuit een helder geformuleerde visie, vertaald in concrete doelstellingen, binnen duidelijke krijtlijnen en criteria, ontstaat ruimte voor delegeren en werkelijk empowerment. "Leidinggeven is doelen en criteria geven en oplossingen krijgen, niet 'zelf doen, maar laten doen.'"

Wanneer er te weinig leiderschap is in het management en bij professionals, uit zich dat in problemen tussen de partijen. Er is onvermogen om zich op gezamenlijke doelen te richten of om het collectieve belang voor het eigen belang te laten gaan.

¹Vandendriessche, F. J. Clement (2006). Leidinggeven zonder bevelen, De outputmanager. Lannoocampus, Leuven.

Kortom

- Persoonlijk leiderschap is niet afhankelijk van de positie in de organisatie.
- Leiderschap is dienstbaar. Richting geven, stimuleren, binden, het uitdragen van inhoud en het uitlokken van ideeën en initiatieven van anderen zijn van groot belang.
- Zowel professionals als bestuurders moeten leiderschap tonen.
- Leiderschap van professionals uit zich in het actief verantwoordelijkheid nemen voor het formuleren van en sturen op resultaten voor en met de individuele cliënt, het samenbrengen van zorgverleners rond de vraag van die cliënt en het voortdurend werken aan verbetering van processen en resultaten.
- Leiderschap van bestuurders uit zich in het hebben en uitdragen van visie, het scheppen van kaders en randvoorwaarden, het loslaten van macht en het scheppen van een omgeving, waarin anderen kunnen excelleren.



De visie van een medisch specialist: Geneeskunst

Maarten van Gemert

Neuroloog in het Meander Medisch Centrum (Amersfoort)

Klassiek wordt altijd gezegd dat sprake is van spanning tussen zorgprofessionals en bestuurders. Ik zie dat niet. Natuurlijk zijn er weleens andere belangen, maar zolang je daar begrip voor hebt, is er niets aan de hand. Wellicht dat verpleegkundigen de spanning met het management wel voelen, maar dat heeft veel meer te maken met een traditionele top-down-situatie zoals je die ziet binnen veel bedrijven. In perifere ziekenhuizen is sprake van een nevenschikking waarbij specialist en ziekenhuisbestuur gelijkwaardige gesprekspartners zijn. Dat geeft betrokkenheid en het gevoel dat je samen moet staan voor het goed functioneren van het ziekenhuis. Dan is het natuurlijk belangrijk begrip te hebben voor elkaars belangen. Een bestuurder moet daarom affiniteit hebben met de zorg. Zonder dat kan hij het spel tussen zorgverzekeraars en specialisten niet goed spelen. Omgekeerd is het voor specialisten goed om eens bestuurlijk mee te draaien. Specialisten die nooit actief geweest zijn in een ziekenhuisbestuur denken vaak in termen van 'wij' en 'zij', met een impliciete tegenstelling van belangen. Dat vind ik jammer, het werkt contraproductief. De onderscheidende kwaliteit van een goede bestuurder komt overeen met die van een goede zorgprofessional: goed in staat zijn zich in te leven in degene die ze tegenover zich hebben en diverse rollen kunnen spelen. Specialisten moeten met verschillende patiënten verschillend kunnen communiceren. Een diagnose stellen is geneeskunde, een click maken met de patiënt is geneeskunst. En een click maken met de specialisten is misschien wel bestuurskunst.



Een goede informatiestructuur geeft betekenis

Albert Hagedoorn

Als onderdeel van de gezamenlijke agenda is er behoefte aan een collectief doel en zichtbaar resultaat. Communicatie is cruciaal. Een goede informatiestructuur, op basis van een goed ontworpen planning & control cyclus, doet wonderen.

Rituelen

Goede informatie-uitwisseling geeft betekenis. Informatie is datgene wat een ontvanger van binnengekomen gegevens maakt. De ontvanger geeft betekenis aan de gegevens zoals hij ze percipieert vanuit zijn wereldbeeld. Zenders en ontvangers met een verschillend wereldbeeld worden het niet eens over de betekenis van de gegevens. Veel discussies gaan over de interpretatie van gegevens, zonder dat duidelijk is dat de gesprekspartners verschillende informatie uit deze gegevens halen vanwege een verschillend wereldbeeld. Tussen managers en professionals doet zich dit vaak voor. Zij spreken verschillende talen en verstaan elkaar niet. Besprekingen worden dan rituelen, er komt geen overeenstemming over de betekenis, maar ieder gaat de gegevens op zijn eigen manier gebruiken. De energie gaat naar elkaar bestrijden of creatief misbruik van de gegevens.

Deze ongewenste rituelen worden bevorderd door een gebrekkige aanlevering van gegevens en doordat gegevens niet de gewenste informatie verschaffen. Periodieke resultaatbesprekingen gaan zelden over resultaten, altijd over kosten. De relatie tussen productie, opbrengsten en kosten kan niet gelegd worden. Niet-financiële gegevens komen onvoldoende aan de orde. Denk hierbij bijvoorbeeld aan klanttevredenheid,

patiëntendoorlooptijd, infecties en bezettingscijfers. Gebrekkige aanlevering van gegevens kan worden voorkomen door een goed ontworpen planning & control cyclus (p&cc). De p&cc levert waardevolle stuurinformatie. Invoering van een p&cc vraagt om een cultuuromslag.

Fouten maken mag

Stuurinformatie geeft inzicht in goede en minder goede zaken. Daar hoort een cultuur bij waarin fouten maken mag. Waarin je om hulp mag roepen als taken en middelen niet in evenwicht zijn. Een cultuur waarin je niet koste wat het kost wilt bewijzen dat je het redt, als dat nog maar de vraag is. Het vraagt ook om zelfdiscipline, iedereen moet verantwoording afleggen. Voor de alom herkenbare besprekingsrituelen is in de nieuwe cultuur geen plaats. Dat geldt ook voor het creatief registreren, budgetteren en toelichten.

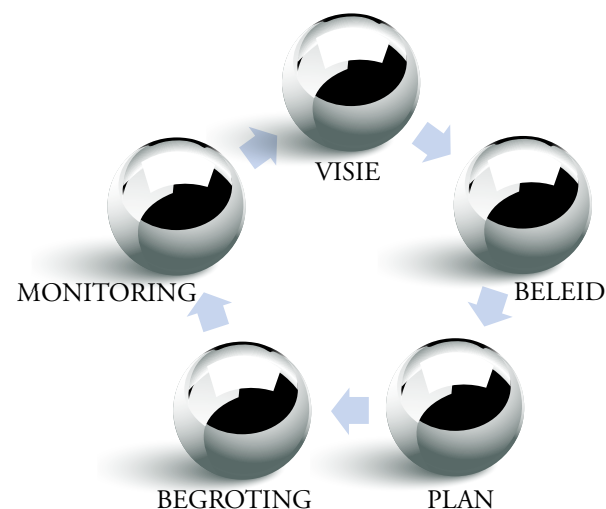
In control

Met het realiseren van een dergelijke cultuuromslag kan echte informatie-uitwisseling plaatsvinden. Met stuurinformatie die helpt doelen te realiseren en waar management en zorgprofessionals elkaar op kunnen aanspreken. De uitdaging voor alle gebruikers is om de veelheid van gegevens op zorginhoudelijk, operationeel en financieel gebied om te zetten en te combineren met praktische gegevens. Dit leidt tot informatie op zowel strategisch, operationeel als tactisch niveau:

1. Strategische informatie: informatie om doelstellingen van de organisatie en grote investeringen te beheersen. Dit wordt vaak eenmalig verzameld in de vorm van een rapport.
2. Tactische informatie: intern gerichte informatie op de middellange termijn. Deze informatie laat zien of primaire processen goed verlopen binnen een organisatie, bijvoorbeeld in de vorm van een week-, maand- of kwartaalrapportage.
3. Operationele informatie: informatie om de operationele processen (dagelijks werk) in de organisatie mogelijk te maken. Dit alles is vastgelegd in diverse bedrijfsroutines en handboeken.

De voorwaarde hiertoe is een p&cc, planning en control cyclus, met een helder begin en einde, met duidelijke verbanden en terugkoppel-mogelijkheden. De basis van elke p&cc vormt de strategische visie van de organisatie. Visie geeft richting. De visie wordt vertaald naar een concreet zorg- of medisch beleidsplan. In het beleidsplan worden keuzes gemaakt. Vanuit het beleidsplan wordt het productieplan opgesteld. Het productieplan geeft maat en getal. De begroting is de kwantitatieve en financiële vertaling van het productieplan.

Figuur: Structuur van Planning & Control Cyclus



Op basis van vooral oorzaak/gevolgrelaties en gevoeligheidsanalyses kunnen kritische succesfactoren (ksf's) ontwikkeld worden. Ksf's die direct duidelijk maken dat er wat aan de hand is. De ksf's zullen dus vooral ook niet-financieel zijn. Bekende ksf's zijn ligduur, polibezoek, doorlooptijden en diverse personele ratio's. Door periodieke monitoring op zowel begroting als productieplan en ksf's komt een organisatie in control.

De juiste informatie voor het juiste doel

De kunst is om de organisatie niet te laten verstikken in informatie maar een logische opbouw van stuurinformatie te creëren. De professional beschikt over tijdige en volledige informatie over zijn handelen, verteld in de taal die hij spreekt en de begrippen, die hij hanteert. Met die informatie kan hij zijn eigen handelen sturen en verbeteren. Bij voorkeur legt de professional die gegevens zelf vast en is hij niet afhankelijk van de registratie door anderen (met een andere taal).

Voor de organisatie moeten diezelfde gegevens omgezet worden naar managementinformatie, die bruikbaar is voor sturing van de organisatie als geheel. Daarin zit een zekere informatie hiërarchie.

Op operationeel niveau krijgt een leidinggevende informatie over zijn of haar verantwoordelijkheidsgebied. Ieder volgend managementniveau krijgt bredere informatie, gebaseerd op onderliggende informatiestructuren. Hoe verder van de bron, hoe hoger het abstractieniveau van de informatie. Altijd moet de mogelijkheid worden geborgd om door middel van 'drill down' onderliggende detailinformatie gemakkelijk boven water te krijgen. Dat vraagt om doelgroepgerichte sturing. Professional en manager moeten de informatie ontvangen over de onderwerpen waarop hij of zij zelf kan sturen en beïnvloeden. Dat moet in een zodanige vorm en zodanig tijdig dat bijgestuurd kan worden. De kritische succesfactoren, de norm daarvoor en de afwijking daarvan moeten dus helder en inzichtelijk zijn voor degene, die iets met de informatie moet doen.

De kunst is om uit dezelfde gegevens informatie voor professionals en informatie voor managers te halen en te zorgen dat het verband tussen beide helder en begrijpelijk is.

Die combinatie is noodzakelijk om te komen tot één gemeenschappelijke taal. Een taal waarin professionals en managers elkaar begrijpen en kunnen aanspreken op basis van een gedeeld wereldbeeld.

Kortom

- Gegevens zijn wat anders dan informatie.
- Mensen met een verschillend wereldbeeld en een verschillende taal, zoals professionals en managers halen verschillende informatie uit dezelfde gegevens. Zij kunnen dan eindeloos bezig zijn elkaar niet te begrijpen.
- Voor professionals en voor managers is stuurinformatie van groot belang.
- Om die stuurinformatie te krijgen is een goed functionerende planning & control cyclus van belang. Daarbij gaat het niet om het verzamelen van gegevens, maar het formuleren van kritische succesfactoren en het omzetten van gegevens naar informatie die voor die kritische succesfactoren van belang is.
- Ieder moet de informatie krijgen in een vorm en een taal, die voor hem begrijpelijk en bruikbaar is. De informatie moet zich richten op die zaken, die de professional of manager kan beïnvloeden. De informatie moet daarom zo tijdig zijn, dat beïnvloeding nog mogelijk is.
- De informatie voor een professional is anders dan voor een manager. Binnen de informatie voor managers zit een hiërarchie, waarbij ieder volgend niveau globalere en abstractere informatie krijgt, die toch steeds herleidbaar moet zijn tot de bron.
- De kunst is om uit dezelfde gegevens informatie voor professionals en informatie voor managers te halen en te zorgen dat het verband tussen beide helder en begrijpelijk is.

Slot: De gezamenlijke agenda voor professionals en bestuurders

We openen dit boekje met de wens om tot een gezamenlijke agenda voor professionals en bestuurders te komen. In de voorgaande artikelen en citaten is vanuit verschillende invalshoeken gereflecteerd op bestuurder en professional en het samenspel tussen beiden. Duidelijk wordt daaruit dat de cliënt alleen maar goede zorg krijgt en de gezondheidszorg alleen maar in de goede richting ontwikkelt als bestuurders en professionals niet elkaars tegenpool zijn, maar met elkaar samenwerken. Dan moeten ze elkaar kennen en begrijpen en een gezamenlijke taal ontwikkelen. Dat is nodig om tot de gezamenlijke agenda te komen en deze te realiseren. Als afsluiting van dit boekje doen we een voorzet voor die gezamenlijke agenda voor de komende vijf jaar.

De cliënt is degene die zorgdiensten ontvangt

Gezondheidszorg is basaal een vorm van zakelijke dienstverlening aan de cliënt/zorgvrager. Een cliënt die niet alleen een zakelijk kiezende consument is, maar een kwetsbare mens die diensten vraagt om gezond te blijven, weer gezond te worden of zo goed mogelijk te leven met een chronische kwaal. Dat maakt dienstverlening in de zorg anders dan in andere vormen van zakelijke dienstverlening en de macht van de dienstverlener, zeker als hij professional is, groter. Dat stelt eisen aan de attitude van de zorgverlener en aan de inrichting van het zorgproces.

Dat degene aan wie je zorg verleent je cliënt is, lijkt vanzelfsprekend, maar is dat niet. Bij de invoering van de WMO voor huishoudelijke verzorging is de klant voor de thuiszorgorganisatie impliciet verschoven van de individuele zorgvrager naar de inkoopende gemeente. Ook in AWBZ en zorgverzekering lijkt het er soms op dat niet het individu dat zorg ontvangt de cliënt is, maar degene die de rekening betaalt, het

zorgkantoor of de zorgverzekeraar. Ook bij de dwang om te voldoen aan publieke doelen lijkt het er soms op dat de overheid de klant is en niet de patiënt.

Het eerste punt op de gezamenlijke agenda is daarom vasthouden aan de zorgvrager en niemand anders als de cliënt van professionals, andere zorgverleners en organisaties. Bestuurders en professionals zullen zich moeten inspannen om in het geweld van alle andere belangen dit principe overeind te houden.

Het gaat om toegevoegde waarde voor de cliënt

Bepalen wie je cliënt is, is nodig om te weten hoe je voor die cliënt waarde toevoegt. ‘Waarde toevoegen’ is bestuurderstaal, gebaseerd op de ideeën van Porter. Wat betekent dat in taal die bestuurder en professional verstaan. Dan betekent het dat die cliënt iets moet hebben aan wat je doet, dat het de cliënt helpt om gezond te blijven, weer gezond te worden of zo goed mogelijk te leven met zijn beperking. Ook dat lijkt vanzelfsprekend, maar is het niet. Weten we van alle interventies in de zorg of ze cliënt verder helpen in zijn leven? Zeker niet.

Het komt nog steeds voor dat processen gericht zijn op het gemak of het belang van de professional, het voordeel voor de organisatie, bureaucratische principes of ‘omdat we het altijd al zo deden’ in plaats van op het belang van en de toegevoegde waarde voor de cliënt.

Het vraagt veel van bestuurders om die ingeslepen gewoonten te zien en te herkennen en nog meer om ze los te laten. Als toegevoegde waarde voor de cliënt het doel is, zul je goed moeten benoemen wat dat dan is, en hoe je het realiseert.

Het tweede punt op de gezamenlijke agenda is daarom het antwoord op de vraag ‘Wat is toegevoegde waarde voor de cliënt?’.

Daar hoort bij de vraag of de aanbieder en de cliënt hetzelfde idee hebben over wat toegevoegde waarde is. Dat is dus **het derde punt** op de gezamenlijke agenda: Hoe weten we wat onze klanten willen als toegevoegde waarde en is dat hetzelfde als wat wij willen en kunnen leveren?

Het resultaat moet duidelijk zijn en meetbaar

De financiering van de zorg, de inrichting van zorgprocessen en de informatie daarover is nog in belangrijke mate gebaseerd op de input (geld, middelen, expertise, soort professional) en op de throughput (stappen in het zorgproces) en niet op wat het oplevert. DBC's/DOT's en ZZP's meten en belonen wat de zorgverlener heeft gedaan en niet wat het oplevert. We moeten toe naar het benoemen van het resultaat van zorg als gezondheidswinst of betere kwaliteit van leven voor de cliënt.

(Of als gezondheidswinst voor de hele bevolking als het om preventie of generieke maatregelen gaat, maar dat terzijde.)

Als we kunnen benoemen wat het resultaat van ons handelen voor de cliënt is, dan is de volgende vraag hoe we dat - op een niet discutabele manier - meten en weten. Het meten van uitkomsten van zorg staat nog in de kinderschoenen. Daarvoor is door professionals en bestuurders nog veel werk te doen.

Het vierde punt op de gezamenlijke agenda is daarom het benoemen van resultaten van zorgprocessen in betere gezondheid en/of kwaliteit van leven voor de cliënt.

Het vijfde punt is het ontwikkelen van meetinstrumenten om die resultaten zichtbaar en meetbaar te maken.

Het zesde punt moet zijn om de betaling voor de dienstverlening af te stemmen op het behaalde resultaat in plaats van op input, throughput of macrobudget. Een macrobudget verdraagt zich slecht met betalen voor het resultaat voor de individuele cliënt. Maar dit punt hoort op de agenda van de politiek en de verzekeraars thuis. Bestuurders en professionals kunnen zich gezamenlijk actief inspannen om deze ontwikkeling voor elkaar te krijgen, in plaats van af te wachten wat de overheid bedenkt.

De goede dingen goed doen

De zorg richten op meetbare resultaten voor de cliënt, resultaten die die cliënt ook zelf wil, gaat over de goede dingen goed doen. In bestuurderstaal heet dat ‘effectief’, het effect, de doelen worden bereikt. Dat is noodzakelijk, maar niet voldoende.

Het gaat ook om de dingen goed doen. Dat betreft in de eerste plaats de kwaliteit van het zorgproces. Leveren we de zorg met voldoende professionaliteit van het juiste niveau (dus niet te hoog en niet te laag)? Doen we alleen dingen waarvan het resultaat bewezen is en geen obsoleete dingen (evidence based)? Standaardiseren we wat standaard kan en baseren we ons op het professionele oordeel waar dat nodig is (wanneer het protocol en wanneer de professionele 'klinische blik')? Verloopt ons zorgproces soepel en aansluitend? En beredeneren we dat vanuit het belang van de cliënt of het gemak van de zorgverlener?

In de tweede plaats gaat het om zorgverlening zonder verspilling. Dus zonder dat onnodige kosten gemaakt worden ('zinnig en zuinig' wordt dat wel genoemd), maar ook op een duurzame manier. Dat gaat verder dan alleen maar 'efficiënt'.

Hiermee hebben we **het zevende punt** op de agenda te pakken, namelijk het leveren van zorg van goede kwaliteit tegen redelijke kosten op een duurzame manier. Dat is gemakkelijker gezegd dan gedaan, want in de vorige zin staan tenminste drie termen (kwaliteit, redelijke kosten en duurzaam), die voor meerdere interpretatie vatbaar zijn. En waarover iedereen in Nederland een verschillende opvatting heeft en verschillende belangen een verschillende definitie hanteren. Ook hier kunnen professionals en bestuurders niet afwachten wat anderen -met name de politiek- voor hen bedenkt, maar zullen ze zelf actief aan de slag moeten om hun gezamenlijke visie op kwaliteit, kosten en duurzaamheid te ontwikkelen en te verdedigen.

De juiste informatie in dezelfde taal

Op diverse plaatsen in dit boekje constateren we dat bestuurders en professionals een verschillende belevingswereld hebben en een verschillende taal spreken. Wat ook betekent dat ze dezelfde gegevens als verschillende informatie beschouwen en er verschillende interpretaties uit halen. Is dat tussen bestuurders en professionals al moeilijk, anderen buiten de organisatie interpreteren die informatie weer anders. Kijk maar naar de discussie over publicatie van sterftecijfers van ziekenhuizen en de verschillende

verwachtingen daarvan. Kijk naar het gesteggel over indicatoren. Beide hebben dezelfde achtergrond, omdat buitenstaanders vinden dat zorgorganisaties en professionals niet voldoende informatie over en inzicht in hun resultaten geven, gaan ze die zelf bedenken. Zo legt de IGZ indicatoren op, publiceren media rangordelijstjes gebaseerd op verschillende normen en worden misstanden uitvergroot.

Professionals en bestuurders hebben er gelijk belang bij om te beschikken over goede informatie, die zij beiden op dezelfde manier begrijpen en die zij kunnen gebruiken om te sturen op enerzijds het professionele proces en anderzijds op het geheel van de organisatie. Van hen mag ook verwacht worden dat ze die interne uitgebreide informatie gezamenlijk gebruiken om de maatschappij en verschillende stakeholders echt inzicht te geven in hun handelen en vooral de bereikte informatie. Daarbij gaat het niet zo zeer om 'transparantie' (doorzicht), maar om inzicht. Inzicht in de resultaten en daarmee in de maatschappelijk toegevoegde waarde van de professional en de zorgorganisatie.

Voor beide, goede gezamenlijke informatie en gezamenlijk verantwoord en inzicht geven, is nog een lange weg te gaan.

Dat leidt tot **het achtste punt** voor de gezamenlijke agenda: het verkrijgen van de juiste gegevens en deze omzetten in bruikbare informatie over processen en resultaten, die door bestuurder en professional hetzelfde begrepen worden.

Vanzelfsprekend is **het negende punt** op de gezamenlijke agenda dan het geven van inzicht in resultaten, de kwaliteit en de kosten/baten en het daarover verantwoording afleggen aan stakeholders en de maatschappij.

Leiderschap

Over leiderschap hebben we het nodige gezegd in dit boekje. Professionals moeten leiderschap vertonen in de kwaliteit van zorgprocessen en het professioneel handelen, bestuurders in het tonen van visie, het scheppen van voorwaarden en het stimuleren van ontwikkeling. Leiderschap is een breed begrip, waar je veel onder kunt verstaan. Bovendien is het wat lastig als iedereen zijn eigen leider is en zich niets van andere leiders aantrekt,

want dan komt er anarchie. Het komt er dus op aan dat bestuurders en professionals hun leiderschap op elkaar afstemmen en de verantwoordelijkheden helder hebben. Dat gaat niet over de rol van bestuur en medische staf of wie de baas is in het ziekenhuis. Het gaat om de vraag hoe de professional leiderschap kan tonen in het primaire zorgproces in een omgeving waarin het bestuur zijn leiderschap toont door visie, het scheppen van goede condities en voorwaarden voor dat primaire proces en heldere kaders waarbinnen de zorgverlening plaatsvindt.

Professionals en bestuurders moeten samen leiderschap tonen door het voortouw te nemen in het zorgdebat en te zorgen dat de discussie over wat goede zorg is minder alleen vanuit de politieke invalshoek en meer vanuit de resultaten voor de cliënt en de professionele kwaliteit wordt gevoerd.

Leiderschap kan ook getoond worden in het maatschappelijk debat wat de gezondheidszorg bijdraagt aan de maatschappij, niet alleen voor gezondheid en kwaliteit van leven, maar vooral ook als economische factor en actor in maatschappelijke ontwikkeling. We moeten af van de gedachte dat de zorg een kostenpost is.

Leiderschap is dus **het tiende en laatste punt** in de gezamenlijke agenda. Leiderschap in het zorgproces, in de organisatie van zorg en in het maatschappelijke debat over zorg, welzijn en gezondheid.

Kortom

Voor de gezamenlijke agenda van zorgprofessionals en zorgbestuurders voor de komende vijf tot tien jaar, waarbij beiden zorg dragen voor het creëren van vertrouwen en het aangaan van verbinding naar elkaar, cliënten en stakeholders, agendeert C3 graag de volgende punten:

1. Bewaken dat de zorgvrager de cliënt blijft en dat niet de financier dat overneemt.
2. De vraag beantwoorden wat de toegevoegde waarde voor de cliënt is.
3. De dialoog voeren wat de cliënt en wat de zorgaanbieder toegevoegde waarde vindt.
4. Benoemen van resultaten van zorg in termen van gezondheid en kwaliteit van leven voor de cliënt.
5. Ontwikkelen van meetinstrumenten om de resultaten van zorg zichtbaar en meetbaar te maken.
6. Werken aan en pleiten voor een financiering gebaseerd op het behaalde resultaat.
7. Werken aan zorgverlening van goede kwaliteit tegen redelijke kosten en op een duurzame wijze.
8. Zorgen voor goede gezamenlijke informatie over de resultaten en over de processen om die resultaten te bereiken.
9. Inzicht geven in en verantwoording afleggen aan maatschappij en stakeholders over de resultaten, de kwaliteit en de kosten/baten van de zorg voor gezondheid, kwaliteit van leven en de bijdrage aan de maatschappij.
10. Leiderschap tonen in het maatschappelijk debat over de bijdrage van de gezondheidszorg aan gezondheid en kwaliteit van leven en aan de economie en de maatschappelijke ontwikkeling.

C3 adviseurs en managers in zorg

Met hoofd en hart bij de zorg

C3 is een organisatie van adviseurs en managers die met hoofd en hart bij de zorg betrokken zijn. U kunt bij hen terecht voor interim-management en advisering in de zorg. Denkt u daarbij bijvoorbeeld aan strategiebeplanning, coaching, samenwerkingsprocessen en vraagstukken op het gebied van Health Care Governance. Maar ook voor projectmanagement, fusie en fusiebegeleiding, zorgvisie en besturingsvisie kunnen de adviseurs van C3 u van dienst zijn. Daarnaast hebben zij ervaring en expertise in resultaatsturing, marketing in de zorg, risico-analyse, reorganisatie, counseling, mediation, werkconferenties en evaluatieonderzoek.

De mensen van C3 hebben grote kennis van zaken in de gezondheidszorg. Sterker nog, de meesten hebben als arts, verpleegkundige of paramedicus in de zorg gewerkt. Of ze werkten als bestuurder of manager binnen een zorgorganisatie. Dat maakt dat de managers en adviseurs van C3 één belangrijk kenmerk gemeen hebben: hun hart ligt bij de 'klanten van hun klanten'. Bij de patiënten, cliënten of bewoners van de organisaties waarvoor zij werken. Zij zullen dan ook altijd met oplossingen komen, die uiteindelijk verbetering opleveren voor de zorg aan deze groep. Bovendien zorgen ze voor oplossingen die hanteerbaar zijn voor de mensen 'die het moeten doen': de uitvoerende medewerkers van een organisatie.

Ruim denken

C3 heeft 'Ruim denken' als motto. De mensen van C3 zijn naast degelijke adviseurs, ook creatieve denkers. Ze zijn voortdurend op zoek naar kennis. Signaleren zij nieuwe onderwerpen in de zorg, dan nodigen zij graag een groep originele denkers, koplopers onder de opdrachtgevers,

uit om een visie op een nieuw fenomeen te ontwikkelen. Dat gebeurt zowel ad hoc als op meer structurele basis. Dat doen zij met behulp van gesprekken, klantbijeenkomsten, door de organisatie van peergroups of door onderzoek te entameren. Zo was C3 initiatiefnemer van de commissie Meurs op het gebied van Health Care Governance, van gezondheidszorgmarketing en van het instrument besturingsvisie.

Bij de analyse van een probleem en het nadenken over alternatieven laten zij zich niet snel begrenzen door schijnbare onmogelijkheden, ongeschreven wetten of theoretische kaders. C3 heeft onconventionele opvattingen over de inrichting en besturing van zorgorganisaties. Die manier van werken levert niet zelden onverwachte oplossingen op. Staat de richting eenmaal vast, dan zijn de C3-ers snel, zorgvuldig en doelgericht met veel oog voor de praktische uitvoerbaarheid van beleid.

Voor de klanten van onze klanten

C3 stelt zich tot doel om de zorg daadwerkelijk te verbeteren ten behoeve van de zorgvragers, de klanten van onze klanten. Adviezen van C3 zijn daarom praktisch uitvoerbaar en gericht op resultaat voor de cliënt of patiënt.

C3 richt zich op de gehele gezondheidszorg, op ziekenhuizen, thuiszorgorganisaties, aanbieders in de zorg voor mensen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen en verpleeg- en verzorgingshuizen. Ook werkt C3 voor koepelorganisaties, zorgverzekeraars of privaat gefinancierde initiatieven.

C3 adviseurs en managers

Postbus 170, 3830 AD Leusden

Storkstraat 28a, 3833 LB Leusden

033-4343170

info@c3am.nl

www.c3am.nl, www.c3log.nl



*"Vaak gaat
een wereld open
als cijfers gaan leven."*

Marjolein Formis



*"Passionele bestuurders
doorbreken disfunctionele
oanzelfsprekendheden. Het zijn
doorzetters. Ze drammen niet
en jagen niemand in de gordijnen."*

Elsbeth Reitsma



*"Een professional moet
zich houden aan protocollen,
maar is zijn ook dan
nog een profesiee?"*

Hans Hoek



ADVISEURS EN MANAGERS

