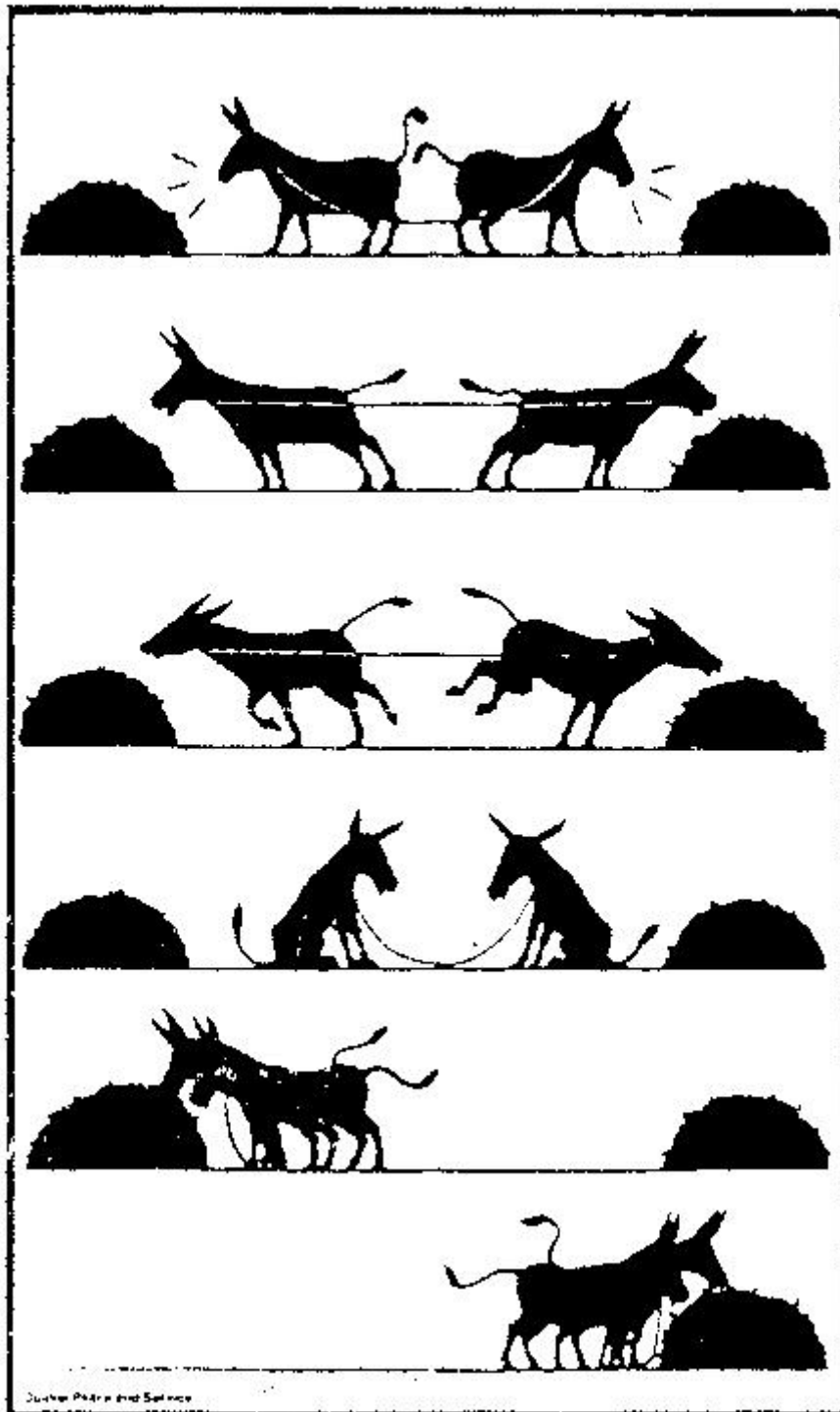


Verschillen tussen managers en professionals: samenwerken als oplossing?



Hagar Michel – 3381498
bachelorscriptie in 'Publiek management'
Bestuurs- en Organiseringswetenschappen
Universiteit Utrecht
Begeleider: Stephan Grimmelikhuijsen
24-06-2011

Managementsamenvatting

De afgelopen jaren is er steeds maar aandacht gekomen voor de tegenstellingen tussen managers en professionals. Managers worden ervan beschuldigd teveel bezig te zijn met procedures en structuren en hiermee de professionals op de werkvloer te beklemmen, te demotiveren en te degraderen. De professionals klagen te worden aangetast in hun professionele autonomie. Managers claimen echter dat deze maatregelen noodzakelijk zijn in de veranderende maatschappij, een maatschappij die van hun eist maatregelen te nemen om de economische efficiëntie te verbeteren.

De zorg is een van de gebieden waar dit probleem speelt. Er worden echter manieren bedacht om te proberen de tegenstellingen tussen managers en professionals en het daarbij horende spanningsveld tussen economische efficiëntie en professionele autonomie op te lossen. Een voorbeeld van een dergelijke manier is de manager en professional te laten samenwerken. Dit gebeurt op tal van manieren, de een succesvoller dan de ander.

In dit onderzoek lag de focus op de samenwerking tussen publieke managers en professionals in de zorg. Hierbij werd gekeken in hoeverre deze samenwerking invloed heeft op het spanningsveld tussen economische efficiëntie en professionele autonomie. Om dit te onderzoeken is een casus genomen. Deze casus speelt zich af in Ziekenhuis Gelderse Vallei waar managers en professionals op twee verschillende manieren samenwerken. Het onderzoek is uitgevoerd door binnen deze twee samenwerkingsvormen interviews met verschillende betrokkenen te houden. Hierbij zijn beide groepen ondervraagd naar het beeld dat zij hebben over hun professie, samenwerken en de effecten van samenwerken.

Hieruit kwamen verschillende interessante conclusies. Samenwerken blijkt voor dialoog en begrip tussen de manager en de professional te zorgen. Het is niet gelijk te zeggen dat een samenwerking waarbij zij elkaar veel nodig hebben in de dagelijkse gang van zaken beter is of dat een samenwerking waar dit juist niet het geval is een positiever effect lijkt te hebben, aangezien beiden argumenten voor en tegen hebben. Het slagen van de samenwerking lijkt meer van de beschikbare tijd en onderlinge dynamiek af te hangen dan van de precieze vorm waarin de samenwerking plaatsvindt. Verschillende persoonlijkheden zorgen voor machtsstrijd en het afbakenen van territoria binnen de samenwerking. Het is belangrijk dit zo minimaal te houden door gezamenlijk belang te erkennen en met elkaar te overleggen, waarbij tegenstellingen en kloven besproken en overbrugd kunnen worden.

In dit onderzoek komen verschillende factoren naar voren die invloed lijken te hebben op een succesvolle samenwerking. Met deze factoren in acht genomen en goed uitgevoerd kan er een samenwerking ontstaan die positieve effecten heeft op de relatie tussen managers en professionals en daarmee ook op het functioneren van de organisatie.

Inhoudsopgave

1. Ontwikkelingen van invloed op de publieke managers en professionals	4
1.1 INLEIDING	4
1.2 PROBLEEMSTELLING	6
1.2.1 Doelstelling.....	6
1.2.2 Vraagstelling.....	6
1.3 RELEVANTIE VAN HET ONDERZOEK	7
1.3.1 Maatschappelijke relevantie	7
1.3.2 Wetenschappelijke relevantie.....	8
1.4 LEESWIJZER	8
2. Professionals, managers en samenwerken	10
2.1 PROFESSIONALS	10
2.2 PUBLIEKE MANAGERS IN DE ZORG	11
2.3 VERSCHILLEN TUSSEN PROFESSIONALS EN MANAGERS: IS SAMENWERKEN DE OPLOSSING?.....	14
3. Samenwerkingsvormen in Ziekenhuis Gelderse Vallei	18
3.1 ZIEKENHUIS GELDERSE VALLEI	18
3.2 DE SAMENWERKINGSVORMEN.....	19
4. Methoden.....	22
4.1 ONDERZOEKSMETHODE.....	22
4.1.1 Interviews.....	22
4.1.2 Respondenten.....	23
4.2 KWALITEITSCRITERIA	24
4.2.1 Betrouwbaarheid	24
4.2.2 Validiteit	24
4.3 WETENSCHAPSFILOSOFISCHE POSITIE.....	24
4.4 OPERATIONALISATIE	25
5. Resultaten	29
5.1 HOE ZIEN MEDISCH PROFESSIONALS MET EEN MANAGEMENTTAAK IN EEN SAMENWERKINGSVERBAND MET ORGANISATORISCH MANAGERS HUN PROFESSIONIE?.....	29
5.2 HOE ZIEN ORGANISATORISCH MANAGERS IN EEN SAMENWERKINGSVERBAND MET MEDISCH PROFESSIONALS MET EEN MANAGEMENTTAAK HUN PROFESSIONIE?.....	34
5.3 HOE KIJKEN ORGANISATORISCH MANAGERS EN MEDISCH PROFESSIONALS MET EEN MANAGEMENTTAAK AAN TEGEN SAMENWERKEN?	37
5.4 SAMENWERKEN ALS OPLOSSING?	43
6. Conclusie.....	46
6.1 BEVINDINGEN EN THEORIE	46
6.2 AANBEVELINGEN	50
7. Reflectie	52
7.1 DISCUSSIE OMTRENT DE BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT VAN HET ONDERZOEK	52
7.2 KAN DE KLOOF GEDICHT WORDEN DOOR SAMENWERKING?	53
7.3 VERVOLGONDERZOEK.....	54
8. Dankwoord	55
LITERATUURLIJST	56
BIJLAGE A	58

1. Ontwikkelingen van invloed op de publieke managers en professionals

1.1 Inleiding

De tegenstellingen tussen publieke managers en professionals is onderwerp geworden van het politieke en publieke debat. Na het rapport *'Bewijzen van goede dienstverlening'* van de WRR (2004) waarin werd gewezen op een 'boedelscheiding' tussen beleid en uitvoering en waar werd gepleit voor meer 'ruimte' voor de professionals in de publieke sector, wordt er steeds meer gekeken naar managers en professionals (Noordegraaf, 2008b, p. 12). Cliënten van dienstverleners worden steeds mondiger en eisen dat processen binnen organisaties zo effectief mogelijk verlopen. De tegenstellingen tussen publieke managers en professionals binnen deze dienstverlening levert echter een spanning op waardoor de effectiviteit binnen de dienstverlenende organisaties in gevaar komt. De managers wordt verweten dat zij zich teveel bezighouden met procedures en structuren terwijl zij niet inzien wat er nodig is op de werkvloer (De Bruijn, 2005). De managers zeggen dat zij zich hier wel mee bezig moeten houden omdat de economische efficiëntie steeds weer aangepast moet worden aan de veranderende maatschappij. Over de managementsystemen wordt vaak geklaagd doordat er gezegd wordt dat ze zich op grote afstand bevinden van de eigen processen, dat ze een hinderpaal vormen bij het gangbare alledaagse werk, dat ze intern inconsistent zijn en dat betrokkenen te weinig opties hebben om ze aan te passen zodat ze lokaal kunnen werken (Gastelaars, 2011). Zoals het boek *'Beroepszeer'* ook aanhaalt gaat het geluid steeds vaker op dat beleidsmakers, wetenschappers, managers en andere deskundigen steeds verder vervreemd zijn geraakt van de concrete problematiek op de werkvloer. *"Er lijkt zich een steeds duidelijker scheiding af te tekenen tussen de beleefde werkelijkheid binnen en buiten de organisaties en de papieren werkelijkheid zoals beleidsmakers en managers die uittekenen"* (Beroepszeer, 2005, p. 7). Deze vervreemding van de werkvloer, samen met de top-down managementstijl en de structuurveranderingen die van boven af afgekondigd worden, staat haaks op de ideologie dat er vertrouwen in de professional en in de burger moet zijn. Geert Mak schrijft in zijn bijdrage in *'Beroepszeer'* dat er sprake is van een 'new boys-netwerk' waarin een mentaliteitsverandering van een opvallende inheligheid in de toppen van het bedrijfsleven centraal staat. Dit zorgt volgens Mak voor een soort wantrouwen waarbij schaalvergroting plaatsvindt, prestatiegerichtheid de norm wordt, kwaliteitsverlaging een feit is en vele professionals niet meer gehoord worden. Dit heeft tot gevolg dat professionals het idee hebben dat hun professionele autonomie aangetast wordt. Zij hebben steeds minder de mogelijkheid om zelf hun werkprocessen te bepalen doordat managers besluiten over wat er moet gebeuren en hoe dit het beste zou kunnen. De publieke managers zijn tegenover de professionals komen te staan. Zij zouden het goed behandelen van cliënten en patiënten in de weg staan doordat zij de professionals niet vrijlaten in hun professie.

Er ontstaan echter steeds meer initiatieven waarbij managers en professionals moeten gaan samenwerken om deze problemen te ondervangen. De professionals krijgen in deze samenwerkingsvormen ook managementtaken en kunnen meebeslissen. Wat voor een invloed heeft dit op het spanningsveld tussen economische efficiëntie en professionele autonomie zoals hierboven geschetst wordt?

Om hierop een antwoord te kunnen geven is het belangrijk eerst te kijken naar hoe het zover heeft kunnen komen dat vooral de tegenstellingen centraal zijn komen te staan. Een ontwikkeling die verbonden wordt met het gevoelde gebrek van vertrouwen in de professionals in de hedendaagse maatschappij is die van het New Public Management (NPM). Dit is er op gericht om publieke organisaties *“resultaatgerichter, gecoördineerder en efficiënter te laten werken.”* Het richt zich meer op financiële beheersing en het heeft geleid tot een *“verschuiving van regels en procedures naar resultaten, naar werken met taakstellingen, targets, expliciete verwachtingen en tussentijdse resultaatbesprekingen”* (Ridderbos, 2011, p. 1). Volgens Noordegraaf (2008a) gaat deze NPM-beweging er vanuit dat het publieke domein zoveel mogelijk als markt ingericht moet worden: met prikkels, prijsmechanismen en concurrentie. Daarnaast streeft deze beweging ernaar dat het publieke domein zelf zoveel mogelijk aan de markt dient te worden overgelaten. Hij benoemt net als Ridderbos de beweging dat publieke organisaties steeds meer als normale bedrijven gerund moeten worden, *“met heldere strategieën, planning & control, prestatie meting, klantgerichtheid, en ga zo maar door”* (Noordegraaf, 2008a, p. 357).

Meerdere managementsystemen zijn ontstaan om organisaties meer klantgericht te laten zijn. Dit betekent dat er ruimte gemaakt moet worden voor een verscheidenheid aan doelgroepen of zelfs voor gedefinieerde zorg op maat. Door deze erkenning van verscheidenheid moet er ook een herontwerp en stroomlijning van de primaire processen plaatsvinden, waardoor organisaties kunnen specialiseren en daarmee bepaalde diensten aan kunnen bieden. Daarnaast betekent het voor de uitvoerenden dat hun alledaagse praktijken veranderen door interne en externe samenwerkingsvormen, wat vooral voor professionals hard aan kan komen. Veel professionals lijken steeds meer rekening te moeten houden met de buitenwereld waardoor ze veel verslag moeten uitbrengen. Dit leidt tot stapels papierwerk en overleg met anderen. Dit is in hun beleving een aantasting van hun professionele autonomie. Door deze ontwikkelingen komen er ook steeds meer managers in het ‘midden’ van de organisatie die volgens sommigen zorgen voor extra managementsystemen. Zij moeten vooral beschikken over relationele en procesvaardigheden waarmee ze invloed kunnen uitoefenen op het werk van anderen (delegeren en motiveren) en daarbij genoeg zelfbeheersing hebben om te kunnen blijven functioneren in de turbulente omgeving en het krachtenveld binnen de organisatie. De managers moeten naast het dagelijks management dus ook nog eens rekening houden met de ‘nieuwe’ managementsystemen. Managers blijken dit op twee manieren aan te pakken; dat ze zichzelf wegcijferen en helemaal opgaan in de systemen of dat ze gaan ‘meehuilen met de wolven’ op de werkvloer en manieren bedenken om maar om te gaan met deze systemen. (Gastelaars, 2011, p. 3-7).

Volgens velen zit de gezondheidszorg in Nederland ook in deze knel. De gezondheidszorg wordt te duur gevonden en managers worden geacht de kosten in de hand te houden. De professionals in de gezondheidszorg klagen echter over de maatregelen die hiervoor worden genomen en claimen dat hun professionele autonomie wordt aangetast. De invloed van het New Public Management en van de maatschappelijke ontwikkelingen heeft in de gezondheidszorg gezorgd voor steeds meer ontwikkelingen naar kostprijzen voor ‘gezondheidsproducten’, de introductie van toekomstige betalingssystemen en competitie (Schmid & Götze, 2009).

1.2 Probleemstelling

1.2.1 Doelstelling

In de literatuur gaat het bijna altijd om de tegenstellingen tussen professionals en managers die door deze maatschappelijke ontwikkelingen tot stand zijn gekomen. Zoals hierboven al gezegd zouden managers de professionals onder druk zetten om goede economische uitkomsten te bereiken en professionals zouden zich onder druk gezet voelen door allerlei maatregelen van het management die hun professionele autonomie in gevaar brengen. Management is echter ook nodig. Het kan zorgen voor het op orde brengen en houden van basale managementfuncties, het in de gaten houden van andere waarden dan de professionele waarden en zo ook het gezond houden van communicatiestructuren, zorgen voor kosteneffectiviteit en voor integratie tussen professionals (Beroepszeer, 2005).

Vooralsnog lijkt er geen oplossing te zijn voor deze tegenstelling. Er worden echter wel steeds meer manieren gezocht om met deze spanning om te gaan. Dit onderzoek verkent de effecten van één van deze manieren: het nauw samenwerken tussen publieke managers en professionals in de zorg op het gebied van bedrijfsvoering.

1.2.2 Vraagstelling

Aan de hand van de doelstelling van dit onderzoek is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

'In hoeverre heeft samenwerking tussen publieke managers en professionals in de zorg invloed op het spanningsveld tussen economische efficiëntie en professionele autonomie?'

Om deze vraagstelling te beantwoorden zal er gebruik gemaakt worden van verschillende deelvragen, zowel theoretisch als empirisch. De theoretische deelvragen zullen gebruikt worden ter ondersteuning van het doen van het empirische onderzoek, de empirische deelvragen zullen dienen voor het analyseren van de onderzoeksresultaten.

Theoretische deelvragen

De theoretische deelvragen die hieronder volgen zullen in het volgende hoofdstuk beantwoord worden. Met deze theoretische deelvragen wordt het probleem tussen managers en professionals uiteengezet dat in dit onderzoek centraal staat.

- Wat zijn professionals in de zorg?
- Wat zijn publieke managers in de zorg?
- Wat houdt het spanningsveld tussen managers en professionals in de zorg precies in?

Empirische deelvragen

Met de theoretische deelvragen wordt de basis gelegd voor het empirische onderzoek. In dit onderzoek zal er een vergelijking worden gemaakt tussen managers en professionals die in twee verschillende samenwerkingsstructuren moeten functioneren die van hogerhand zijn opgelegd. Heeft een dergelijk samenwerkingsverband een verschil gemaakt in hoe zij zichzelf

en de ander zien? En hoe wordt een nauwe samenwerking überhaupt ervaren? Deze vragen zijn belangrijk om de hoofdvraag ‘In hoeverre heeft samenwerking tussen publieke managers en professionals in de zorg invloed op het spanningsveld tussen economische efficiëntie en professionele autonomie?’ te beantwoorden. In dit onderzoek zullen de volgende drie empirische deelvragen centraal staan om de hoofdvraag te beantwoorden:

- *Hoe zien medisch professionals met een managementtaak in een samenwerkingsverband met organisatorisch managers hun professie?*
- *Hoe zien organisatorisch managers in een samenwerkingsverband met medisch professionals met een managementtaak hun professie?*
- *Hoe kijken organisatorisch managers en medisch professionals met een managementtaak aan tegen samenwerken en de effecten hiervan?*

1.3 Relevantie van het onderzoek

1.3.1 Maatschappelijke relevantie

Er komen steeds meer geluiden vanuit de maatschappij over onvrede in de beroepen die worden uitgeoefend. Mensen voelen zich niet meer gewaardeerd in hun beroepsuitvoering (Beroepszeer, 2005). Daarnaast is ook de vraag naar beter presterende (semi-) overheden steeds meer toegenomen door onder andere de ontwikkeling van NPM. Deze overname van elementen uit het bedrijfsleven voor kostenbeheersing en prestatiebevordering heeft gezorgd voor extra spanningen (Noordegraaf, 2008a, p. 30).

De hogere eis aan de prestaties in de zorg is naast deze maatschappelijke ontwikkelingen ook nog uitgebreid door de invoering van marktwerking en de daar bijkomstige concurrentie. Naast deze dringende eis voor betere prestaties heeft ook de steeds stijgende kosten van de gezondheidszorg de aandacht getrokken van het maatschappelijke debat.

De nieuwe vormen van budgettering en kostenbeheersing die managers invoeren om de kosten in te dammen leiden echter weer tot onvrede bij de professionals over hun beroepsuitvoering. Dit heeft ervoor gezorgd dat er spanningen zijn ontstaan tussen managers en professionals. Deze groepen hebben in de zorg een belangrijke publieke functie: namelijk zorgen dat de samenleving gezond blijft en het liefst op een zo efficiënt mogelijke manier. Hierdoor moeten zij samenwerken, maar blijken belangen vaak te botsen. Voor de maatschappij is het belangrijk dat er zo weinig mogelijk botsingen plaatsvinden zodat de gezondheidszorg kwalitatief hoogstaand, efficiënt en kostenbeheersbaar kan zijn, bereikbaar voor alle burgers. Hiervoor is het belangrijk dat er wordt geleerd hoe er kan worden omgegaan met de tegenstellingen en spanningen tussen managers en professionals.

Een manier om hier mee om te gaan is samenwerken. Een voorbeeld van waar een goede samenwerking toe kan leiden blijkt uit een enquête uitgevoerd in Engeland, de ‘*National Inquiry into Management and Medicine*’ van Kirckpatrick e.a. (2007). Eén van de belangrijkste conclusies van de enquête was dat een verbeterde empathie tussen management en medici zou leiden tot gezondere patiënten. Een betere samenwerking tussen managers en artsen zou dus leiden tot een toename van de kwaliteit van de zorg. In dit onderzoek ging het

om verschillende samenwerkingsrelaties en hun bijdrage aan de bedrijfsvoering van een afdeling.

De vraag waar het in dit onderzoek om draait is ook van een gelijke strekking; of de samenwerkingsrelatie leidt tot een betere bedrijfsvoering én of de professionals zich daarbij gewaardeerd voelen. Het is relevant om meer bewijs te verzamelen over de effectiviteit van deze omgangsvormen en oplossingen, om te zorgen dat de botsingen in de gezondheidszorg steeds minder voor zullen komen en de samenwerking en zo de kwaliteit van de zorg verbeterd kan worden. Met dit bewijs zullen beleidsmakers ook een beter onderbouwd beleid kunnen maken.

1.3.2 Wetenschappelijke relevantie

In de wetenschappelijke literatuur ligt de nadruk vaak op de tegenstellingen tussen managers en professionals. Zoals Noordegraaf (2008b) en Trappenburg (2011) onder andere aanduiden houdt de tegenstelling tussen publieke managers en professionals de gemoederen bezig, waarbij het dan vooral gaat over managers die professionals op de werkvloeren ‘beklemmen, degraderen en demotiveren’ en de hieropvolgende spanningen tussen hen. Doordat de gemoederen bezig worden gehouden met de tegenstellingen tussen publieke managers en professionals is hier veel literatuur te vinden. Literatuur over positievere verbanden is er echter niet te vinden. Over samenwerkingsvormen tussen beide groepen en de invloed hiervan is nauwelijks gepubliceerd. Doordat dit onderbelicht is zou dit onderzoek een aanzet kunnen zijn om het gat te dichten. Daarnaast zou het onderzoek kunnen dienen om te laten zien dat er wel mogelijkheden zijn voor een verbeterde verhouding tussen managers en professionals. Dit onderzoek kan mogelijk aantonen dat met een bepaalde manier van samenwerken het mogelijk is om tegenstellingen tussen managers en professionals tegen te gaan. Dit onderzoek slaat een andere weg in dan eerder onderzoek doordat het juist naar mogelijke oplossingen voor de tegenstellingen zoekt in plaats van deze tegenstellingen weer uit te lichten. Hierdoor is het wetenschappelijk relevant te noemen.

1.4 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk zal de literatuur over managers, professionals en de veronderstelde tegenstellingen tussen deze groepen behandeld worden. Daarna zal er literatuur over samenwerken aangehaald worden. Daarmee zullen de theoretische deelvragen aan bod komen.

Het derde hoofdstuk zal gaan over de casus waarmee de samenwerking tussen managers en professionals onderzocht wordt. Het zal uitleggen wat Ziekenhuis Gelderse Vallei voor een organisatie is en welke samenwerkingsvormen daar plaatsvinden.

Hoofdstuk vier, ‘Methoden’, zal gaan over de onderzoeksmethoden. In dit hoofdstuk zal duidelijk worden hoe de empirie verzameld en verwerkt is, hoe de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek is vastgesteld en wat de wetenschapsfilosofische basis is. Dit

hoofdstuk zal ook behandelen hoe de literatuur geoperationaliseerd en gebruikt is voor dit onderzoek.

Het vijfde hoofdstuk zal gaan over de onderzoeksresultaten. Hierin zullen de drie empirische deelvragen behandeld worden.

In hoofdstuk zes zullen de bevindingen gekoppeld worden aan de theorie en zullen er conclusies getrokken worden. Daarna zullen er aanbevelingen gedaan worden.

Het laatste hoofdstuk 'Reflectie' zal terugkijken op dit onderzoek. Een discussie omtrent de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek zal centraal staan. Daarnaast zal er gereflecteerd worden op de rol van dit onderzoek in het grotere maatschappelijk debat en zullen er suggesties worden gedaan voor vervolgonderzoek.

2. Professionals, managers en samenwerken

In dit hoofdstuk zal de literatuur over professionals in de zorg, publieke managers in de zorg en de verschillen tussen hen behandeld worden. Deze literatuur zal de theoretische deelvragen beantwoorden en zal de basis zijn voor het empirische onderzoek. De eerste paragraaf zal gaan over professionals.

2.1 Professionals

De professional vertegenwoordigt de wereld van het 'echte werk', namelijk het maken van dingen of het behandelen van klanten (Noordegraaf, 2008b, p. 13). Geneeskunde wordt ook wel de ideaaltypische professie genoemd. Het kenmerkt zich volgens Freidson (2001) door:

- vakinhoudelijke, specialistische kennis
- de geneeskundige bepaalt zelf zijn arbeidsverdeling
- de geneeskunde bepaalt autonoom haar kwalificatie-eisen
- de geneeskunde controleert, berispt en straft zelf professionals uit het vakgebied
- het werk van de professionals dient een hoger doel

Het beeld wat tot ergens halverwege de jaren zestig gold was dat artsen primair gecommitteerd waren aan een hoger doel, namelijk gezondheid. Zij zouden het belang van hun patiënten hoger aanslaan dan hun eigen financiële gewin en hun medeprofessionals als vakbroeders beschouwen. In de jaren zestig en zeventig kwam er steeds meer kritiek op deze opvatting. Gesuggereerd werd dat het professionals voornamelijk te doen was om er zelf beter van te worden. Honoreringsstructuren hadden effecten zoals gemakzucht, onderbehandeling, en overdiagnostiek waarbij artsen elkaar de hand boven het hoofd hielden. Daarnaast kwam de kritiek dat er teveel paternalisme plaatsvond, waarna de roep om inzicht steeds sterker werd bij patiënten. Ook werd er geklaagd over het feit dat professionals hun patiënten afhankelijk van hen maakten waardoor een soort 'aangeleerde hulpeloosheid' zou ontstaan. Als laatste werd er gewezen op het normerende, disciplinerende karakter van veel professionele kennis. *'Medisch specialisten bepaalden hoeveel zorg en wat voor zorg een patiënt nodig had en deze zorg werd geleverd. Vielen de totale kosten hoger uit dan verwacht, dan werden ziekenfondspremies en de premies van particuliere ziektekostenverzekeraars naar boven bijgesteld.'* (Trappenburg, 2011, p. 8)

Voor de uitleg van de positie en het functioneren van professionals in de maatschappij heeft Rueschemeyer in het boek 'Medical Professionals and the Organization of Knowledge' twee eigenschappen van professionals genoemd. Het zouden 'service occupations' zijn die systematische wetenschappelijke kennis toepassen op problemen die relevant geacht worden voor de centrale waarden van de maatschappij. Doordat er zoveel geleerde competenties vast zitten aan de professionals ontstaan er problemen van sociale controle. Leken kunnen de professionele prestatie niet beoordelen en vaak niet eens concrete doelstellingen vaststellen. De twee meest voorkomende soorten van sociale controle, bureaucratische supervisie en beoordeling door de klant, zijn dus maar beperkt toepasbaar. Door de waarden en belangen die op het spel staan is er echter wel een behoefte aan sociale controle. Om dit dilemma op te lossen is er een sterke nadruk gelegd op zelfcontrole van de professional, aangevuld met formele en informele controle die voortkomt uit de waarden en normen die

geïnstitutionaliseerd zijn in de structuur en cultuur van de professionals (Freidson, 2008, p 5-6).

De inzet van artsen wordt dus steeds meer in twijfel getrokken, maar sociale controle is lastig implementeerbaar. De managementsystemen die er zijn werken vaak niet goed. Weggeman (2005) geeft aan dat professionals in de (semi-)publieke sector bij voorkeur zo min mogelijk aantrekken van de managementsystemen. Hierbij vertonen ze slim ‘fopgedrag’ om zoveel mogelijk hun eigen gang te kunnen blijven gaan en zo min mogelijk tijd te hoeven besteden aan managementsystemen. De waardering van hun esthetiek is volgens hem nodig om de vakdeskundige professionals intrinsiek te blijven motiveren. Eerder was er sprake van een model met een kern waarin ‘hij die het weet, mag het zeggen’ centraal stond volgens Weggeman. Dit is veranderd in een model waarin er sprake is van top down agents en een focus op winst, waarin de kern is: ‘hij die de baas is mag het zeggen’. Dit terwijl de professionele kennis juist nodig is om bedrijven goed te laten werken en zoveel mogelijk uit het creatieve proces te halen. Professionals kunnen volgens Weggeman niet creatief en vernieuwend zijn met allerlei regels, procedures, enzovoorts. Zij hebben ook vertrouwen nodig. *“Vaklieden voelen perfect aan dat reële toegevoegde waarde pas ontstaat door professionals de ruimte en het vertrouwen te geven om in het primaire proces samen te werken”* (Beroepszeer, 2005, p. 103).

In dit onderzoek zullen een aantal kenmerken die Freidson (2001) benoemt aan bod komen om de hoofdvraag te beantwoorden. Er zal gekeken worden hoe de professionals aankijken tegen de specialistische kennis die zij hebben, tegen arbeidsverdeling en hun idee over de ideologie van hun werk. Het zelf bepalen van kwalificatie-eisen en het zelf berispen van collega’s zijn geen cruciale factoren in het beantwoorden van de hoofdvraag van dit onderzoek. Naast deze kenmerken van Freidson (2001) zal het onderzoek gaan over het aspect dat Rueschmeyer benoemt: sociale controle versus zelfcontrole. Hier zal ook ingegaan worden op de vraag of er andere vormen van formele en informele controle bestaan die voortkomen uit de waarden en normen die geïnstitutionaliseerd zijn in de structuur en cultuur van de professionals. Ten slotte zal er ook nog een focus liggen op de facetten die Weggeman (2005) noemt: de weerzin tegen regels en procedures en de behoefte aan vertrouwen onder professionals. Hoe deze punten gebruikt worden in dit onderzoek zal verder uiteengezet worden in paragraaf 4.2 ‘Operationalisatie’.

2.2 Publieke managers in de zorg

Managers in het publieke domein zijn steeds zichtbaarder geworden. De managers worden beschuldigd als het fout gaat en de roep om een vermindering van het aantal managers wordt steeds heviger. Het is echter onduidelijk op wie alle beschuldigingen zich richten. ‘De’ manager bestaat niet, er bestaan allerlei subcategorieën binnen de categorie ‘leidinggevend’. In dit paper zal gebruik worden gemaakt van een brede definitie. De manager zal in dit onderzoek gedefinieerd worden als leidinggevende die over de uitvoering in de organisatie gaat maar zelf niet uitvoerend is en vooral gaat over budgetten, roosters, structuren en strategie gaat (Noordegraaf, 2008b, p. 19-21).

Deze managers zijn niet alleen zichtbaarder geworden als representanten maar ook in de media en wetenschappelijke literatuur. Daarnaast wordt er ook steeds meer van hen verwacht:

ze moeten resultaten boeken, strategisch denken en werknemers motiveren. Ze moeten ‘in control’ zijn. Toch worden ze ondanks deze sleutelrol steeds meer bekritiseerd. De managers zouden professionals onder druk zetten en zo zorgen voor een verlies aan kwaliteit in de publieke dienstverlening. *“Managers zouden de werkvloeren ‘beklemmen’, professionele ruimte ‘inperken’, professionals tot ‘tweederangs uitvoerders’ degraderen, en hen ‘vervreemden’ van vakmanschap en idealen”* (Noordegraaf, 2008b, p. 8 – 9). Managers zouden zorgen voor problemen op de werkvloer en kwaliteitsverlies van de dienstverlening omdat ze teveel op afstand van de werkvloer staan en te veel en vooral het verkeerde willen regelen, dingen waar ze geen verstand van hebben (Noordegraaf, 2008b, p. 9 - 14). Volgens Weggeman (2005) spreken managers niet de ‘vloertaal’ die aards en aansluitend op de vloer is, maar hebben ze een eigen abstracte, modieuze en generaliserende ‘MBA-taal’. Hij zegt ook dat ze zich willen bezighouden met kwantitatieve analyses omdat zij geleerd hebben dat goede managementbeslissingen daarop gebaseerd zijn. De Wit en van der Meulen (2011) halen dit ook aan. Managers zouden alleen maar bezig zijn met processen, targets, productietijden, doorlooptijden, kengetallen, indicatoren en reorganiseren van dingen waar ze geen verstand van hebben. Ook zouden de bedrijfsmatige overwegingen van efficiëntie en ‘control’ leiden tot teveel bureaucratie (waarmee dingen geregeld worden met weinig toevoegende waarde) en tot overhead: *“het geheel van alle functies gericht op de sturing en ondersteuning van de organisatie”* (de Wit en van der Meulen, 2011, p. 11). Uit onderzoek blijkt echter dat deze bureaucratie en overhead wel meevalt. De laatste veelgehoorde klacht is dat er te veel managers zijn die te veel kosten en te veel verdienen (de Wit en van der Meulen, 2010, p. 1-16). Weggeman (2005) benadrukt dat het managen van een ‘papieren werkelijkheid’ van grafieken en tabellen die uit de kwantitatieve analyses komen, iets *“heel anders is dan het leiden van een echt bedrijf met echte mensen”* (Beroepszeer, 2005, p. 104). Volgens hem is het belangrijk dat managers inzicht in menselijke eigenaardigheden hebben en weten wat er inhoudelijk op de werkvloer speelt. Als dit niet het geval is en als managers dus niet weten waar het over gaat, gaan ze zich vanzelf bezighouden met controle, efficiëntie en tijdsmanagement.

Door de Bruijn (2005) worden enkele bovenstaande negatieve punten ook aangehaald, maar hij zet daar een ander beeld van management als oplossing tegenover. Hij noemt de context waarin autonomie door professionals gebruikt wordt om ‘underperformance’ te legitimeren en waarbij professionals elkaar niet aanspreken op de kwaliteit van prestaties. In deze context kan management ook een oplossing zijn volgens de Bruijn. Hij noemt drie positieve functies van management binnen professionele organisaties. De eerste is het op orde brengen en houden van basale managementfuncties. Hierbij gaat het bijvoorbeeld over personeelsbeleid of efficiënt beheer van apparatuur. Daarnaast zijn managers goed voor het in de gaten houden van ‘trade offs’ tussen professionele waarden en andere waarden. Het professionele systeem is soms helemaal niet sensitief voor andere waarden dan hun eigen, terwijl dat door ontwikkelingen in de maatschappij steeds belangrijker wordt. Hierbij valt te denken aan het belang van communicatie, het oog hebben voor kosteneffectiviteit naast oog voor de professie en het integreren van eigen werk met dat van andere professionals. Om te zorgen dat dit gebeurt kunnen managers ingrijpen. De laatste positieve functie die de Bruijn noemt is de ‘challenging-functie’: het ter discussie stellen van opvattingen die te diep geworteld zitten in

organisaties. Dit ontstaat doordat er onvoldoende professionele variëteit bestaat waardoor er weinig confrontaties ontstaan tussen professionals.

Het is volgens de Bruijn moeilijk te bepalen wat het oordeel kan zijn over de voor- en nadelen van het managen van professionele organisaties. Het probleem is dat in het systeem van de managers andere opvattingen dominant zijn dan in het professionele systeem, maar dat beide opvattingen als juist kunnen worden bestempeld. Hij pleit dan ook voor sterkere relaties tussen beide werelden, zodat informatie over en weer uitgewisseld kan worden en er meer sprake kan zijn van management vanuit kennis van de professie (Beroepszeer, 2005, p. 148 – 152).

Noordegraaf (2008b) geeft aan dat publieke managers vaak zelf ook slachtoffers kunnen zijn van ‘bedrijfsmatige tools’, ‘managerial regimes’ en wettelijke eisen. Zij moeten zichzelf zien te handhaven in ketens van beroepsrelaties. Volgens Noordegraaf kunnen zij echter wel wat doen aan hoe ze beroepsrollen in die ketens in praktijk brengen en zijn ze nu te nog teveel bezig met productie, prestatie, klanttevredenheid, kwaliteit en afrekeningen. Hij wijst hiernaast ook op het feit dat publieke managers ook goed doen en dat dit vaak over het hoofd gezien wordt. Managers kunnen een verschil maken met hun visie, kunnen professionals beschermen en ze kunnen ‘organisaties-onder-druk’ verdedigen (Noordegraaf, 2008b, p. 26-27).

Het is voor dit onderzoek belangrijk om te kijken of de strakke manier van leidinggeven als in veel literatuur wordt aangegeven plaatsvindt en net zo negatief ervaren wordt als geschetst in de literatuur. Daarnaast is het belangrijk om te bekijken of de positieve eigenschappen van managers ook erkend worden. Er zal zowel vanuit het oogpunt van de medisch managers als de organisatorisch managers duidelijk moeten worden in hoeverre de managers de professionals onder druk zetten. Onder de professionals moet gekeken worden of bij hen het gevoel speelt dat de managers de werkvloer ‘beklemmen’ en de professionele ruimte ‘inperken’, waardoor de professionals het idee kunnen krijgen dat ze worden vervreemd van vakmanschap en idealen. Daarnaast is het belangrijk om vast te stellen of zij het idee hebben dat de managers dingen regelen waar ze geen verstand van hebben, of zij vinden dat de managers de ‘vloertaal’ spreken en of zij vinden dat de manager zich te veel bezig houdt met kwantitatieve analyses, processen, targets, productietijden, doorlooptijden, kengetallen en indicatoren of dat ze denken dat de manager weet wat er inhoudelijk op de werkvloer speelt. Op deze twee laatste elementen zal ook moeten worden onderzocht of er hierover bij de managers een ander beeld bestaat dan bij de professionals. Misschien vinden de managers wel dat zij zich voldoende bezighouden met andere dingen dan kwantitatieve analyse en vinden zij dat ze weten wat er op de werkvloer speelt maar hebben de professionals hier een heel ander beeld over. Ook zal er aandacht geschonken moeten worden aan de mogelijkheid dat de managers zich enkel een schakel voelen in de keten van beroepsrelaties en dus zelf ook slachtoffer zijn zoals Noordegraaf (2008b) beschrijft.

Het is ook belangrijk om te kijken of de professionals ook de positieve punten van het management inzien zoals de Bruijn (2005) deze aanhaalt: de basale managementfunctie en het in de gaten houden van ‘trade offs’ tussen verschillende waarden. De ‘challenging-functie’ zal in dit onderzoek niet aan bod komen, omdat het niet om de relatie van de manager met de organisatie gaat maar om de relatie van de manager met de professional.

Door bovenstaande zaken te onderzoeken zal ook duidelijk worden of de managers en professionals in dit onderzoek de mening van Noordegraaf (2008b) delen: of zij ook vinden dan managers een verschil kunnen maken met hun visie, of ze professionals kunnen beschermen en of ze ‘organisaties-onder-druk’ kunnen verdedigen. Dit zal verder uitgewerkt worden in paragraaf 4.2: ‘Operationalisatie’.

2.3 Verschillen tussen professionals en managers: is samenwerken de oplossing?

De bezuinigingsgolf van de jaren tachtig zorgde ervoor dat de ruimte van de medisch specialisten werd ingeperkt. De managers probeerden om de organisaties efficiënter en goedkoper te maken. De vermarketingsgolf van de laatste jaren heeft ervoor gezorgd dat er nog meer strijd is ontstaan tussen de professionele ideologie van de professionals en de managers die moeten zorgen voor economische efficiëntie. Professionals hebben een idee van managers dat deze willen dat zij een groot deel van hun werktijd besteden aan het opschrijven wat ze gaan doen, het afstemmen van hun handelen met anderen, zich verantwoorden en het opstellen van een verbeterplan voor een volgende keer. Al deze controlemechanismen zorgen vaak wel voor een veiligere en betere zorg (Trappenburg, 2011, p. 1-13).

Tegenstellingen tussen managers en professionals

De rollen van de managers en professionals zijn veranderd. De tegengestelde verhoudingen worden vandaag de dag breed uitgemeten in de samenleving. Cliënten zouden last hebben van dienstverleners in de zorg en gedoe rond medische missers versterken dit gevoel. Er wordt duidelijk gemaakt dat publieke managers, ook in de zorg, tegenover professionals zijn komen te staan en het goed behandelen van cliënten en patiënten in de weg zouden staan. De professionals worden als slachtoffers gezien en de managers als schuldig aan het deprofessionaliseren van hoogopgeleide werknemers. Zelfs als professionals niet adequaat handelen, moet de manager het vaak ontgelden en moet hij worden aangepakt. Maar als deze managers al de problemen veroorzaken, is het alsnog betwistbaar of de professionals de verlossers zouden zijn volgens Noordegraaf (2008b, p. 8-11).

De Bruijn (2005) geeft ook aan dat er vanuit managers vaak te weinig oog is voor de inhoudelijke complexiteit van de professie, waardoor er een vlucht plaatsvindt in procedures en structuren. De professional ziet dit vaak als secundaire zaken waardoor hij de manager verwijt dat er bureaucratie en gedoe ontstaat. De maatregelen hebben vaak een hoog ‘feel good gehalte’, maatregelen waar geen redelijk denkend mens tegen kan zijn omdat niemand meer transparantie, meer verantwoording of meer kwaliteit slecht vind. Voor de professionals zorgt dit echt voor procedures, structuren en plannen en het gevoel dat de bureaucratie weer is toegenomen. Wat voor managers goede ideeën kunnen zijn geeft de professional vaak het gevoel hebben dat de bureaucratie is toegenomen. Professionals worden echter als eerst geconfronteerd met problemen in de praktijk en zullen dan ook als eerst prikkels krijgen om innovatieve oplossingen te bedenken. De oplossingen ontstaan dus emergent, van onderop en zijn van bovenaf vaak moeilijk zichtbaar. Managers kunnen het geluk hebben dat hun planmatige manier van het ontwerpen van verandering aansluit op deze emergente innovaties. Het kan echter ook zo zijn dat het deze innovaties juist verstoort (Beroepszeer, 2005, p. 144 - 147).

Er worden nog meer verschillen benoemd in de (inter)nationale literatuur. Het eerste verschil is dat managers zich veel sterker identificeren met hun organisatie dan professionals omdat laatstgenoemden primair lid zijn van hun professie. In hoeverre de professionals toegewijd zijn aan hun organisatie verschilt: dit ligt aan hun temperament, levensfase en leeftijd. Het tweede verschil dat genoemd wordt is dat professionals werken in een organisch gegroeide organisatie die managers willen rationaliseren en reorganiseren. De managers doen dit volgens Trappenburg (2011) omdat zij denken dat dit beter is voor de klant, patiënt of student, maar deels ook omdat zij denken dat het hun taak is of zelfs alleen maar omdat zij het leuk vinden. Hierbij denken ze dat het meer indruk maakt als zij op hun CV kunnen vermelden dat zij een organisatie hebben gereorganiseerd. Naast deze rationalisatie- en reorganisatiewens willen de managers hun organisaties beter en goedkoper maken. De professionals daarentegen weten dat de organisatie gereorganiseerd kan worden. Zij beseffen zich echter dat de organisatie nooit simpel zal worden en dat een verbetering op het ene gebied ervoor zal zorgen dat een andere taak in het gedrang komt. Als laatste verschil noemt Trappenburg dat professionals werken op impliciete kennis waar managers deze expliciet willen maken in regels, protocollen en handboeken (Trappenburg, 2011, p. 1-14). Professionals proberen jurisdicties te maken, “*autonome ruimtes die het mogelijk maken dat professionals over hun eigen werk gaan, en zelf bepalen wat ‘goed’ is*” (Noordegraaf, 2008b, p. 34). De grenzen van deze ruimtes worden echter overschreden door managers die te dichtbij komen en zich met de definitie van prestaties bemoeien.

Samenwerking tussen managers en professionals

Deze tegenstellingen zorgen ervoor dat er veel spanningen kunnen ontstaan tussen managers en professionals. Om te kijken naar hoe de samenwerking verloopt moet eerst gekeken worden naar hoe de tegenstellingen eruit zien. Maar zowel extern als intern moet er steeds meer samengewerkt worden om gezamenlijke doelen te bereiken. De complexiteit van werkzaamheden is in veel organisaties toegenomen waardoor samenwerken een onderwerp is geworden waar managers hun hoofd over moeten buigen (Noordegraaf, 2008b). In de zorgsector staat klantgerichtheid steeds meer centraal waarbij zorg op maat wordt aangeboden. Om aan de behoeften van de cliënt te voorzien is samenwerking belangrijk.

Van Osch en van de Wiel (2001) omschrijven samenwerken als bijdragen aan een gezamenlijk resultaat en benadrukken daarbij dat dit zelfs geldt als het onderwerp niet onmiddellijk van persoonlijk belang is.

Samenwerken is onderhevig aan twee verschillende soorten systemen. Taaksysteem-denken zijn de verplichtende structuren die bestaan in organisaties om samen te gaan werken en doelstellingen te behalen. Daarnaast zijn er samenwerkingsvormen zonder direct nut voor de organisatie, maar die belangrijk zijn voor emotionele steun, solidariteit en identiteit (Rice, 1970). Dit worden socio-emotionele systemen genoemd. Beide typen systeemrelaties kunnen leiden tot hun eigen gedragingen en de daarop volgende problemen en fricties.

Vanuit deze twee types heeft Mastenbroek (1996) vier verschillende relatieaspecten afgeleid. Hij gaat ervan uit dat organisaties vaak netwerken zijn waarin er verschillende en soms tegenstrijdige belangen zijn. Ten eerste noemt hij de *instrumentele relatie* waarbij medewerkers elkaar nodig hebben om tot prestaties of productie te komen. Mastenbroek zegt

dat deze relatie betrekking heeft op de manier waarop het werk is verdeeld en op elkaar afgestemd is binnen een organisatie. Hierbij valt te denken aan de structuur van de organisatie, communicatiepatronen, manieren van overleg en besluitvorming, procedures van afstemming en technische zaken. De *sociaal-emotionele relatie* is het tweede aspect dat hij noemt. Dit behelst de relatie tussen medewerkers waarbij het gaat om de gevoelsmatige betrekkingen gericht op individuen en de groep waartoe zij behoren. Samenwerken heeft invloed op deze gevoelsmatige betrekkingen, het kan een teamgeest of loyaliteit creëren. Het derde aspect is de *machts- en afhankelijkheidsrelatie* waarbij er richting wordt gegeven aan elkaars gedrag. Dit is telkens een machtsstrijd waarin medewerkers hun macht proberen te behouden of te vergroten. Het laatste aspect is de *onderhandelingsrelatie* waarbij de medewerkers ‘schaarse goederen’ proberen te verdelen en zo mogelijk te ruilen. Dit gaat over zaken als personeel, budgetten, apparatuur en ruimte (Mastenbroek, 1996, p. 109-178). Deze verschillende samenwerkingsrelaties en de gedragingen die daaruit voortkomen zeggen nog weinig over de kwaliteit van de samenwerking. Een samenwerking met een machts- en afhankelijkheidsrelatie kan bijvoorbeeld nog wel effectief zijn in het realiseren van organisatiedoelstellingen.

Tegenstellingen onoverkomelijk?

Uit bovenstaande valt te concluderen dat er veel tegenstellingen zijn tussen managers en professionals. Daarnaast zijn er verschillende samenwerkingsrelaties, welke op zich nog niet veel zeggen over de kwaliteit van de samenwerking. Tegenstellingen hoeven echter ook niet per se een slechte invloed op de kwaliteit van de samenwerking te hebben. De soort en intensiteit van botsingen tussen beroepsgroepen kan dienen als een leidraad voor het onderscheid tussen verschillende soorten tegenstellingen. Er kan sprake zijn van harmonie, waarbij tegenstellingen nauwelijks leiden tot botsingen en gedoe. Men lost tegenstellingen op door zich te schikken of door samen ‘op trekken tegen een bedreigende buitenwereld’. Tegengestelde inzichten of opvattingen van wat er aan de hand is of wat moet gebeuren kan leiden tot meningsverschillen, bijvoorbeeld bij het bestaan van verschillende verantwoordelijkheden. Conflicten ontstaan als de verschillende verantwoordelijkheden of opvattingen gepaard gaan met emotie of gedoe. In een conflict is er nog wel accommodatie of aanpassing mogelijk. Bij een kloof bestaan er botsingen waarbij verantwoordelijkheden of opvattingen oppositioneel zijn maar ook nog haaks op elkaar staan waardoor beroepsgroepen niet tot elkaar komen. Bij een breuk worden ze zelfs van elkaar verwijderd. De wijze waarop mogelijke meningsverschillen en conflicten worden uitgespeeld heeft wel invloed op het gevoel van het bestaan van kloven en kan de uitkomst van breuken forceren. De manager kan volgens Noordegraaf (2008b) niets doen aan het bestaan van deze tegenstellingen, hij kan er echter wel voor zorgen dat deze niet uit de hand lopen zodat ze uitmonden in kloven en breuken (Noordegraaf, 2008b, p. 24 – 25).

Geringe botsing				Sterke botsing
Harmonie	Meningsverschil	Conflict	Kloof	Breuk

Het zal voor dit onderzoek interessant zijn om te kijken naar de verschillen die genoemd worden in de literatuur en te kijken welke van deze verschillen terug te vinden zijn in de onderzochte casus. Dit betekent dat gekeken moet worden in hoeverre de professionals het gevoel hebben dat er teveel controlemechanismen worden gebruikt en of zij vinden dat de managers weinig inzicht hebben in de inhoudelijke complexiteit van de professie waardoor er in een poging dit te onderschrijven allerlei procedures en structuren ontstaan. Het is ook belangrijk om uit te vinden of de professionals zich meer met de organisatie identificeren dan met hun eigen professie en of ze ook een uitleg hebben voor deze uitkomst. Dit kan namelijk ook hun weerstand tegen de organisatie verklaren als zij zich echt alleen maar aan hun professie verbinden. Daarnaast is het interessant om te kijken hoe zij tegenover reorganiseren staan en of dit verschilt met de managers. Als veel van deze tegenstellingen aanwezig zijn, kan dit problematisch zijn voor de samenwerking omdat ze elkaar tegenwerken en dit van invloed zijn op de organisatie.

Om naast de tegenstellingen ook meer te weten te komen over de samenwerkingsrelaties, is het belangrijk om uit te zoeken welke samenwerkingsrelaties zoals Mastenbroek (1996) deze definieert er zijn tussen de managers en professionals. Hiermee kunnen conclusies getrokken worden over de aard van de relatie en de mogelijke effecten hiervan op de samenwerking. In hoeverre er botsingen aanwezig zijn en de intensiteit van de botsingen kan hier ook een indicatie van zijn. Als er veel botsingen zijn kan dit nadelig zijn voor de afdeling waarop managers en professionals samenwerken. Samenwerken kan echter ook kansen bieden door met wederzijds begrip gezamenlijke doelen makkelijk kunnen te bereiken en daarmee in de behoeftes van cliënten voorzien.

Het volgende hoofdstuk zal de casus omschrijven waarmee de invloed van een samenwerkingsverband op de tegenstellingen in de relatie tussen managers en professionals onderzocht zal worden

3. Samenwerkingsvormen in Ziekenhuis Gelderse Vallei

Dit hoofdstuk zal de casus uiteenzetten waarmee in dit onderzoek de invloed van samenwerken tussen professionals en managers wordt onderzocht. De casus die is gekozen speelt zich af in de zorgsector. In Ziekenhuis Gelderse Vallei wordt er namelijk geëxperimenteerd met de samenwerking tussen managers en professionals. De professionals die ervoor kiezen om samen te werken moeten een deel van hun tijd opofferen om managementtaken te vervullen en ‘medisch manager’ te worden. Tussen medisch managers en organisatorisch managers zijn nu twee verschillende vormen van samenwerken in Ziekenhuis Gelderse Vallei: één waarin professionals en managers samen resultaatverantwoordelijk zijn over de afdeling en één waarin zij niet resultaatverantwoordelijk zijn maar wel geacht worden samen te werken.

3.1 Ziekenhuis Gelderse Vallei

Ziekenhuis Gelderse Vallei is een groot algemeen ziekenhuis met een christelijke traditie en grondslag dat staat in Ede. Het ziekenhuis is ontstaan door de fusie van vier verschillende ziekenhuizen uit Ede, Bennekom, Wageningen en Veenendaal. Het heeft zeshonderd erkende bedden tot zijn beschikking en het heeft alle basisspecialismen in huis. Daarnaast verzorgt het spreekuurcentra in gemeenten rond Ede. Het ziekenhuis vervult dus een (boven)regionale functie in de ziekenhuiszorg en richt zich op de regio West- en Midden Gelderland en Oost-Utrecht. Het verzorgingsgebied omvat ongeveer 230.000 inwoners. (www.geldersevallei.nl)

De organisatie Ziekenhuis Gelderse Vallei streeft na zich verder te ontwikkelen om optimaal om te gaan met de veranderingen om haar heen. De resultaatverantwoordelijkheid willen zij in alle lagen van de organisatie neerleggen. Zij schatten in dat dit de volgende consequenties zal hebben: naast organisatie, kwaliteit en kosten ook opbrengsten, meer invloed op en verantwoordelijkheid voor resultaat, op aanspreken en aangesproken worden en verantwoording afleggen (“Financiële besturing, omgaan met een veranderende omgeving.” Lezing Groenwold).

Ziekenhuis Gelderse Vallei wil kortom niet sturen op de uitvoering, maar wil enkel sturen op de doelstelling. Er worden resultaatafspraken gemaakt op de gebieden kwaliteit van zorg, kwaliteit van arbeid, productie en financiën. Hierbij worden de kerncompetenties van het ziekenhuis in de gaten gehouden: flexibiliteit, klantgerichtheid, vakmanschap en samenwerken.

“Hiervoor is leiderschap met lef, visie, passie en de ambitie om medewerkers en medisch specialisten in hun kracht te laten floreren, nodig” (Kerngroep Organisatieontwikkeling, 2010). Er wordt dus op een coachende stijl van leidinggeven aangestuurd waarbij de manager kansen moet geven aan de medewerkers, waaronder de medisch specialisten, en hen moet uitdagen. Daarnaast is het zo ver mogelijk decentraal organiseren, dus verantwoordelijkheden en bevoegdheden zo laag mogelijk in de organiseren leggen, een streven. Zoals in het vierde halfjaarrapportage organisatieontwikkeling staat:

“Het vergroten van de decentrale regelruimte komt ook de kwaliteit van arbeid ten goede, meer regie kunnen voeren over het eigen werk heeft een positieve invloed op de werktevredenheid” (Kerngroep Organisatieontwikkeling, 2010). Dit omdat er zo regelruimte op de werkvloer gecreëerd wordt, waardoor professionals beslissingen kunnen nemen rond de individuele patiënt. Dit leidt er ook toe dat er decentraal meer bevoegdheden zullen zijn om de organisatie vorm te geven op basis van wat nodig is vanuit specifieke klantwaarden. Onnodige belemmeringen moeten worden weggenomen maar centrale kaders blijven bestaan in de vorm van enerzijds richtinggevende inspiratiebronnen (zoals de kernwaarden en een toekomstvisie) en anderzijds begrenzende kaders waarmee risico's beheerd kunnen worden. De centrale kaders acht het ziekenhuis van belang om de cohesie te bewaken. Het ziekenhuis gaat ervan uit dat verantwoordelijkheid voor medische en organisatorische kwaliteit bij elkaar moeten komen om de kwaliteit van de patiëntenzorg te waarborgen. Dit moet op decentraal niveau gebeuren omdat de kwaliteit op dit niveau het meest beïnvloedbaar is. (Kerngroep Organisatieontwikkeling, 2010)

3.2 De samenwerkingsvormen

RVE's

Het beleid van Ziekenhuis Gelderse Vallei is dat decentrale eenheden aangestuurd worden door integraal management: het management is verantwoordelijk voor alle aspecten van management, voor de hele bedrijfsvoering binnen bepaalde kaders. Professionals (die in integraal management 'medisch managers' worden genoemd) zullen samenwerken met managers (die in dit geval 'organisatorisch managers' worden genoemd). Hierdoor zal volgens het ziekenhuis de mogelijkheid gecreëerd worden om de integrale verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg te decentraliseren. De focus ligt op bestuurbaarheid en marktorientatie. Hoe deze decentrale eenheden tot stand kunnen komen en kunnen worden vormgegeven en of dit leidt tot een verbetering van de bestuurbaarheid en de marktorientatie wordt vastgesteld op grond van een experiment met een pilot resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's). Als dit experiment slaagt zal de hele organisatie worden opgebouwd uit verschillende RVE's; primaire RVE's en andere winstcentra, ondersteunende RVE's en kenniscentra (Vierde halfjaarreportage organisatieontwikkeling Ziekenhuis Gelderse Vallei).

In de RVE's hebben de medisch managers en de organisatorisch managers veel zeggenschap. Het omvat de facetten: financieel, personeel, kwaliteit, innovatie, veiligheid, ICT en communicatie. De medisch manager *“vervult daarbij de rol van professional in the lead en heeft een leiderschapsrol op het gebied van strategie & beleid, product- en marktontwikkeling en productieplanning. Gezag om hier inhoud aan te geven kan alleen door de andere professionals worden verleend door het schenken van mandaat”* (Kerngroep Organisatieontwikkeling, 2010). Samen moeten de medisch manager en de organisatorisch manager ondernemen en managen, het ondernemingsplan maken, het plan realiseren, verantwoording afleggen en een jaarverslag uitbrengen. Door de organisatie wordt benadrukt dat de RVE's ondernemend moeten zijn. Hierbij staat het hart hebben voor het vak, kansen

zien, niet belemmerd worden door overbodige regels een neus hebben voor kansrijke situaties en deze ook benutten centraal.

Het ziekenhuis ziet vier belangrijke punten tot verbetering uit de RVE's voortkomen. Dit is opgesplitst in vier kernkwaliteiten waarop de managers de medewerkers moeten stimuleren en motiveren. Het eerste punt is flexibiliteit & ondernemerschap, waarin de flexibiliteit van de werknemers wordt benadrukt en de ruimte die gegeven wordt voor nieuwe ideeën waar de organisatie iets mee zal doen. Hierbij wordt onderstreept dat er geen overbodige regels moeten zijn, maar ruimte binnen duidelijke kaders waarin zij wendbaar en ondernemend kunnen functioneren. Het tweede punt is klantgerichtheid & markt oriëntatie. Hierin staat centraal dat de medewerkers oog en oor hebben voor de behoeften en wensen van de patiënten, waaruit eigen initiatieven voor vernieuwingen kunnen ontstaan. De RVE's ondersteunen dit principe omdat nieuwe ideeën vanuit de RVE's en afdelingen zelf komen, decentraal dus. Vakmanschap & kwaliteit is het derde punt, waarin het vakmanschap van de medewerkers als basis van de organisatie benadrukt wordt. Door het vakmanschap hebben de medewerkers ook een verantwoordelijkheid voor het eigen werk en de borging van de kwaliteit, waarnaast aangehaald wordt dat het van belang is dat medewerkers hun vakmanschap inzetten voor het ontwikkelen van de organisatie. Dit wordt ook gedaan bij de RVE's. Het laatste punt wat zij noemen is samenwerken & integratie. *“Kwaliteit van zorg is het resultaat van teamwork”* (Kerngroep Organisatieontwikkeling, 2010), waarbij de organisatie ingericht is om de samenwerking te bevorderen en te stimuleren en wordt aangestuurd door de organisatorisch managers en medisch specialisten. Dit zou de kwaliteit en klantgerichtheid ten goede komen. Ook zou het de medisch specialisten meer laten integreren met de organisatie als zij met andere medewerkers zouden participeren in één team (Uitgave van de Kerngroep Organisatieontwikkeling, februari 2010).

Het clustermanagement dat boven deze managers zit heeft echter ook nog een rol. Zij moeten het ondernemingsplan accorderen (of juist niet), verantwoordelijkheden en bevoegdheden delegeren en verantwoording verlangen van de RVE en waar nodig interveniëren en ondersteunen. Dit clustermanagement legt in hoofdlijnen verantwoording af over de RVE (afzonderlijk van de resultaten van het cluster) aan de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur zal aan de hand van de eindresultaten een beoordeling geven. De Raad van Bestuur zal samen met het clustermanagement en de hoofden stafafdelingen gaan over het coördinatiemechanisme. Zij hebben de taak om richting te geven en de cohesie te bevorderen in hun eigen organisatieonderdeel en tegelijkertijd het totaal van de organisatie (Kerngroep Organisatieontwikkeling, 2010).

De voorbereidingen voor de pilot-RVE's zijn in 2009 getroffen, waarna de pilots in 2010 zijn gaan draaien en de eindevaluatie naar verwachting begin 2011 plaatsvindt. De pilots zijn op de afdelingen cardiologie, mammacare, MDL en radiologie. De RVE van de mammacare vindt in tegenstelling tot de andere RVE's plaats als een proces, doordat er niet één bepaalde eenheid is waar de RVE boven geplaatst kan worden. De mammacare heeft namelijk met allerlei verschillende onderdelen van het ziekenhuis te maken. Zij hebben te maken met de chirurgische afdeling, de interne afdeling en de plastische chirurgie afdeling. De rest van de

RVE's hebben allemaal betrekking op een bepaald specialisme. De volgende resultaatgebieden zijn voor de RVE benoemd: kwaliteit van zorg, kwaliteit van arbeid, productie en financiën. Het is de verantwoordelijkheid van de RVE om de resultaten op deze gebieden te realiseren, dus niet alleen op het gebied van bedrijfsvoering maar ook op het gebied van medische uitkomsten. Zij krijgen alleen stuurinformatie en een financiële startpositie mee vanuit de organisatie. Positieve financiële resultaten zullen als extra worden aangewend in volgende jaren, negatieve resultaten zullen in deze pilotfase nog ten laste van het ziekenhuis worden gebracht (Vierde halfjaarreportage organisatieontwikkeling Ziekenhuis Gelderse Vallei).

Duaal management

Naast het experimenteren met de RVE's zijn er ook afdelingen waar er al integraal management is. De medisch manager helpt de organisatorisch manager mee met het in de gaten houden van de dagelijkse organisatie. Hij stuurt hier ook in aan en geeft leiding. Daarbij gaat het om de klinische taken waarbij gelet wordt op de dagelijkse coördinatie van de patiëntenzorg, het aansturen van het team van professionals en het samenwerken met het ziekenhuis.

4. Methoden

In dit hoofdstuk zal aangegeven worden op welke wijze het empirisch onderzoek verricht is. Hierbij is het belangrijk om te kijken naar hoe de theoretische variabelen zijn geoperationaliseerd, welke onderzoeksmethoden zijn toegepast, hoe deze onderzoeksmethoden zijn gehanteerd, hoe de kwaliteitscriteria gezien worden en wat de wetenschapsfilosofische positie is van waaruit dit onderzoek gedaan is. Het onderzoek draait om interviews waarin medisch managers en organisatorisch managers ondervraagd worden die in RVE's samenwerken en een aantal medisch managers en organisatorisch managers die niet met RVE's werken maar ook in een duale managementvorm werken. Deze verschillende groepen zijn geselecteerd om te kijken of er een causale relatie bestaat tussen de samenwerkingsrelaties en betekenissen die managers en professionals aan elkaar geven en de RVE's, of dat het ook nog aan andere factoren kan liggen buiten het resultaatverantwoordelijke aspect. Dit wordt onderzocht aan de hand van interviews. Er is gekozen voor een dergelijk kwalitatief onderzoek omdat daarmee op locatie de diepte in gegaan kan worden. Daarnaast staat de betekenisgeving van betrokkenen centraal in het zoeken naar een antwoord op de onderzoeksvraag (van Thiel, 2010, p. 156-157).

4.1 Onderzoeksmethoden

4.1.1 Interviews

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden moet er gekeken worden naar de betekenisgeving van de betrokkenen. Hiervoor moet er met hen gepraat worden om te zien hoe zij bepaalde situaties en verhoudingen interpreteren. Doel is om de interviews semi-structureerd te behandelen. De interviewvragen dienen als richtlijn voor de interviews, waarbij het belangrijk is dat deze punten ongeveer worden besproken, maar niet in welke volgorde en hoe precies. Dit om te waarborgen dat het gaat om de beleving en interpretaties van de respondenten en niet om die van de onderzoeker. Er zullen met behulp van deze interviews conclusies worden getrokken en nieuwe hypothesen geformuleerd worden. Het onderzoek draait om het beschrijven van een probleem waarbij gezocht wordt naar kenmerken of oorzaken van het probleem in de situatie waarin het zich voordoet. Daardoor is het ook een inductief onderzoek (van Thiel, 2010, p. 32).

Hiernaast worden er ook vergelijkende interviews gedaan met afdelingen die wel werken met organisatorisch managers en medisch managers maar nog niet met de RVE's. Dit wordt gedaan om te kijken of er een verschil is in de samenwerking tussen de managers en professionals in een dergelijk programma. De interviews met deze personen worden meer open gehouden, omdat het daar nog onduidelijk is in hoeverre er wordt samengewerkt en hoe dit uitwerkt.

Interviews zijn belangrijk voor een dergelijk onderzoek naar betekenisgeving. Met interviews kan gekeken worden hoe mensen zich uitlaten over relevante zaken. Het lastige aan deze vorm van dataverzameling is dat de onderzoeker de betekenis van deze antwoorden ook weer interpreteert. Het is dus een interpretatie van een interpretatie. Tegenstanders van zulk soort

kwalitatief onderzoek laken dan ook de subjectiviteit omdat de bevindingen vooral interpretaties zijn en bij voorbaat dus ook al persoonsgebonden (van Thiel, 2010, p. 167).

Van Thiel (2010) noemt verschillende mogelijkheden voor de selectie van respondenten. Zij noemt gestratificeerde selectie, waarbij respondenten uit alle lagen van de organisatie worden geïnterviewd. De tweede variant die zij noemt is representatieve selectie, waarbij er binnen verschillende betrokken partijen wordt gezocht naar respondenten. Hiernaast kan er gekozen worden voor een bepaald type respondent, bijvoorbeeld het elite-interview waarbij er personen geïnterviewd worden die belangrijk worden geacht in de onderzoekssituatie. Ten slotte kan er gebruik worden gemaakt van de zogenaamde 'sleutelpersoon', deze persoon helpt de onderzoeker bij het selecteren van respondenten en heeft de mogelijkheid bepaalde respondenten aan te reiken (van Thiel, 2010, p. 111).

In dit onderzoek is er met behulp van een sleutelpersoon, namelijk de organisatieadviseur van Ziekenhuis Gelderse Vallei, gezocht naar respondenten om een representatieve selectie te maken van de mensen die met RVE's werken en de mensen die hier juist niet mee werken. De RVE's zien er allen weer anders uit, de eenheden waarin zij opereren zien er allemaal anders uit, afdelingen zijn niet gelijk, medisch specialisten zijn niet gelijk en managers zijn niet gelijk. Hierdoor worden de verschillende betekenissen achterhaald die personen aan samenwerken geven op diverse afdelingen en in verschillende samenwerkingsvormen.

Het is lastig deze gegevens te generaliseren buiten deze onderzoeksgroep doordat elk ziekenhuis verschillend ingericht is en dit een casestudy is met een beperkt aantal interviews. Dit onderzoek is echter wel te gebruiken voor het ontwikkelen van een theorie over de invloed van samenwerken op de relatie tussen professionals en managers en het uitspreken van hypothesen hierover. Dit kan bruikbaar zijn voor toekomstig onderzoek.

4.1.2 De respondenten

Alle medisch managers en organisatorisch managers die met RVE's werken in Ziekenhuis Gelderse Vallei zijn benaderd met behulp van de sleutelpersoon. Allen stemden in om mee te werken, waardoor er vier medisch managers en vier organisatorisch managers aan het woord geweest zijn die in een RVE werken. Deze waren door de opzet van de pilot-RVE's goed verdeeld over verschillende afdelingen en disciplines in het ziekenhuis. Hierdoor zou er een veelzijdig beeld ontstaan over hoe de personen in RVE's denken over samenwerking, ongeacht op welke afdeling of in welke disciplines zij werken.

Omdat er in dit onderzoek een vergelijking zou worden gemaakt met medisch managers en organisatorisch managers die niet in een RVE werken, is via de sleutelpersoon ook contact gelegd met deze groep medewerkers van het ziekenhuis. Hiervan reageerden drie personen positief en vier personen negatief. Twee van de personen die negatief reageerden waren druk met een verbouwing van hun afdeling. Van een andere afdeling gaven twee medisch managers aan niet mee te willen werken aan het onderzoek. De organisatorisch manager van deze afdeling reageerde positief en wilde wel meewerken. Daarnaast reageerden een medisch manager en een organisatorisch manager van een andere afdeling ook positief. Doordat er personen waren die niet mee wilden werken is er gekozen om met de mensen die wel mee wilden werken verder te gaan met het onderzoek. Aan de spreiding over afdelingen en

disciplines was hierdoor niet veel te veranderen, de benaderde personen waren de enigen die met duaal management werkten.

4.2 Kwaliteitscriteria

De kwaliteit van kwalitatief onderzoek wordt bepaald door twee belangrijke indicatoren: betrouwbaarheid en validiteit. Hierbij gaat het om de navolgbaarheid van analyses, overdraagbaarheid, en aannemelijkheid en conclusies (van Thiel, 2010, p. 167). Deze zullen opeenvolgend behandeld worden.

4.2.1 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid van een onderzoek wijst op de mate waarin een meting beïnvloed wordt door toevallige of onsystematische fouten. Dit heeft namelijk invloed op de kans dat een gemeten waarde representatief is voor de werkelijke waarde. De betrouwbaarheid is het grootst als in geval van een hermeting ongeveer hetzelfde resultaat voortkomt (van Thiel, 2010, p. 167). De resultaten uit dit kwalitatieve onderzoek zijn echter situationeel, niet herhaalbaar en een momentopname. Daarnaast zorgt het semi-gestructureerde karakter van de interviews er ook voor dat het ene interview een meer open karakter heeft dan het ander en dat er dus verschillende soorten antwoorden komen uit de interviews. Doordat dit echter een kwalitatief onderzoek is waar het doel van is om verschillende betekenissen van personen te onderzoeken, hoeft dit geen onoverkomelijke negatieve effecten te hebben op de onderzoeksresultaten.

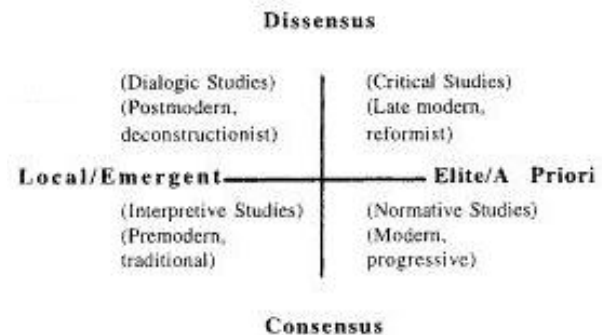
4.2.2 Validiteit

Het begrip validiteit houdt in of een onderzoeksmethode meet wat het zou moeten weten. Doordat dit onderzoek een kwalitatief onderzoek is, valt niet precies te meten of dit het geval is. Het zal geen exacte getallen of feiten presenteren, maar het focust op ervaringen en visies van personen en verschillen hierin. Het is een weergave van betekenissen die de personen zelf aan de samenwerkingsrelatie geven en de weergave van de betekenissen die de onderzoeker aan de uitspraken van de personen geeft. Er is dus niet sprake van een enkele waarheid dat uit dit onderzoek volgt, maar sprake van een interpretatie van een interpretatie waarbij de onderzoeker verbanden probeert te vinden. Het is echter wel een onderzoek dat meet en verklaart wat de onderzoeker wil meten of verklaren, waardoor de validiteit hoog genoemd kan worden ondanks het ontbreken van feiten of exacte getallen. Dit staat onder druk doordat er non-respons plaats heeft plaatsgevonden onder de onderzoekspopulatie, wat de validiteit van het onderzoek niet ten goede komt. Toch is er sprake van voldoende spreiding over afdelingen en disciplines om een beeld te schetsen van hoe de meningen over samenwerking verdeeld zijn onder de onderzoekspopulatie.

4.2 Wetenschapsfilosofische positie

Het sociaal wetenschappelijk perspectief houdt in dat de onderzoeker zich bewust is van het perspectief waarmee hij het onderzoek instapt. Hierbij realiseert hij zich dat dit ook invloed heeft op de keuzes die hij maakt in het onderzoek en daardoor op hoe hij het onderzoek uitvoert. Te denken valt hierbij aan keuzes op het gebied van dataverzameling, interpretatie en

analyse. De invloed van deze perspectieven op verschillende manieren van onderzoek doen wordt onder andere beschreven door Alvesson & Deetz. Zij delen het sociaal wetenschappelijk perspectief op in twee dimensies: de consensus - dissensus dimensie en de local/ emergent – elite/ a priori dimensie. Hieronder is een afbeelding opgenomen van dit uitgangspunt.



Bij het consensus uiteinde is het doel om de huidige situatie op een representatieve en ongekleurde manier te beschrijven. Problemen die volgen uit de huidige harmonie of sociale orde worden nauwelijks meegenomen. De dissensus kant is juist gericht op de onderliggende conflicten die ontstaan in de sociale orde en om deze tot uiting te laten

komen. De andere dimensie gaat over het uitgangspunt van de onderbouwing van het onderzoek. De elite/ a priori kant gaat er vanuit dat in een onderzoek sterk wordt gestuurd op bestaande theorieën. De onderzoeker neemt de rol aan van waarnemer die waarneemt vanuit eigen theorieën en veronderstellingen. Aan de local/ emergent kant wordt de theorie niet als leidend wordt gezien en de focus ligt op lokale betekenissen van betrokken actoren op basis van interacties in het onderzoeksproces. De uitkomsten van een dergelijk onderzoek zijn alleen lokaal toepasbaar en dan ook niet generaliseerbaar omdat ze teveel afwijken van de theorie. Bij de local/ emergent kant neemt de onderzoeker de rol in van een professional die deel uitmaakt van het onderzoek (Alvesson & Deetz, 2000, p. 25-31).

Dit onderzoek wordt gedaan vanuit bestaande theorieën, waarbij de onderzoeker waarneemt vanuit de gedachte aan deze theorieën en bepaalde veronderstellingen. Het zit dus aan de elite/ a priori kant van de horizontale dimensie. Daarnaast heeft het onderzoek een focus op de problemen die de huidige sociale orde verstoren en de onderliggende conflicten binnen deze harmonie. Hierdoor ligt het onderzoek op de verticale dimensie aan de dissensus kant. Het valt hierdoor onder de kritische studies. In de kritische theorie worden organisaties gezien als politieke plekken waar strijd en dominantie plaatsvindt. Onderzoek dat binnen deze theorie wordt gedaan heeft dan ook vaak als doel om de dominantie, asymmetrie en verstoorde communicatie bloot te leggen en te bekritisieren. Hiermee wil ze laten zien dat bepaalde sociale constructies in de realiteit bepaalde interesses begunstigen en alternatieve constructies kunnen ontkennen. Daardoor kan een open discussie ontstaan en daarmee kunnen conflicten opgelost worden (Alvesson & Deetz, 2000, p.35).

4.3 Operationalisatie

De overgang van theorie en empirisch onderzoek wordt de fase van operationaliseren genoemd, ofwel het waarneembaar of meetbaar maken van theoretische begrippen (Swanborn, 1981 in van Thiel, 2010, p. 52). Aan de hand van de samenwerkingsrelaties die Mastenbroek (1996) noemt en eerder al genoemd zijn in dit paper wordt hieronder de operationalisatie uiteengezet die gebruikt is in dit onderzoek. Deze operationalisatie gaat over

samenwerking en dient ervoor om te achterhalen welke typen samenwerking er spelen in de casus en wat de effecten hiervan zijn op de betrokken personen.

De instrumentele relatie zoals Mastenbroek (1996) deze benoemt: medewerkers hebben elkaar nodig voor prestaties of productie, terug te zien in verdeling werk en afstemming. Hierbij valt te denken aan de structuur van de organisatie, communicatiepatronen, manieren van overleg en besluitvorming, procedures van afstemming en technische zaken.

Dit komt neer op de volgende operationalisatie:

- organisatiestructuur
- communicatie
- manieren van overleg en besluitvorming
- procedures van afstemming
- technische zaken (hulpmiddelen)

Hierbij zal de focus liggen op de punten: communicatie, manieren van overleg en besluitvorming en procedures van afstemming. De organisatiestructuur is al bekend en het gebruik van technische zaken is minder belangrijk omdat het in de samenwerking minder om hulpmiddelen gaat en meer over procedures, manieren, etcetera. De volgende vragen zullen dan ook aan alle respondenten voorgelegd worden:

- Wat is de setting en zijn de momenten van overleg (laatste overleg?) wie bepaalt dat?
- Hoe verloopt de communicatie in overleg (wie meest aan het woord, in te brengen)?

De sociaal-emotionele relatie zoals Mastenbroek (1996) deze benoemt: gevoelsmatige betrekkingen gericht op individuen en de groep waartoe zij behoren. Samenwerken heeft volgens Mastenbroek invloed op deze gevoelsmatige betrekkingen die een teamgeest of loyaliteit kunnen creëren. Dit is te herleiden tot de volgende punten:

- gevoelsmatige betrokkenheid
- teamgeest
- loyaliteit
- sympathie of antipathie
- groepsidentiteit

De gevoelsmatige betrokkenheid, teamgeest, loyaliteit sympathie en de groepsidentiteit zullen getracht worden naar boven te halen met de volgende vragen:

- Hoe verloopt de dagelijkse communicatie en samenwerking? Voelt u zich hier prettig bij?
- Hoe zou u de samenwerking(srelatie) omschrijven?

De machts- en afhankelijkheidsrelatie zoals Mastenbroek (1996) deze benoemt: bepalen of richting geven aan het gedrag van de ander. Hij noemt het een machtsstrijd waarin medewerkers hun macht proberen te behouden of te vergroten. Dit resulteert in de volgende punten:

- vergroten of behouden van macht
- politieke spellen

- wijze van besluitvorming
- status en prestige

Deze punten zullen naar voren komen door het stellen van de volgende vragen:

- Zijn er verschillen in wie waarover beslist? Op het gebied van organisatie, kwaliteit, kosten, opbrengsten en klantgerichtheid? (Artsen meer over medische zaken en managers meer over geldstromen etc.?)
- Wat gaat goed? Wat gaat minder? (Botsen tegenstrijdige belangen, is het effectief, neemt ieder zijn verantwoordelijkheid, worden afspraken nagekomen?)

De onderhandelingsrelatie zoals Mastenbroek (1996) deze benoemt: medewerkers verdelen en ruilen waar mogelijk de 'schaarse goederen'. Dit gaat over zaken als personeel, budgetten, apparatuur en ruimte. Hier zijn twee verschillende aandachtspunten belangrijk:

- Onderhandelingen vanuit eigen logica (medische versus bedrijfsmatige logica)
- 'voor wat, hoort wat' in schaarse goederen als personeel, budgetten, ruimte en apparatuur

Om erachter te komen of een dergelijke onderhandelingsrelatie bestaat wordt de volgende vraag gesteld:

- Is er sprake van bepaalde onderhandelingen? (bijv. op het gebied van personeel, budgetten, apparatuur en ruimte?)

Hiernaast zal de literatuur over managers en professionals gebruikt worden voor de operationalisatie. Hierin wordt onder andere gesteld dat de manager moet zorgen dat zijn 'core business' op orde is, dat de professional veel gecontroleerd wordt op het gebied van gelds- en tijdsbesteding, dat er veel gebruik gemaakt wordt van taakstellingen, targets, productietijden, doorlooptijden, kengetallen, regels en protocollen en dat er veel tijd van de professional gaat naar verslagen maken en verantwoording afleggen. Dit zou de professionele autonomie in gevaar brengen maar tegelijkertijd nodig geacht worden voor een vergroting van de economische efficiëntie. Belangrijk is het dan ook om te kijken hoe zowel de medisch managers en organisatorisch managers hierover denken.

Voor de organisatorisch managers zijn de volgende vragen van belang om hierachter te komen:

- Is uw 'core business' op orde? (apparatuur, afdeling zelf)
- Heeft u het idee dat de samenwerking met de medisch manager meewerkt aan een betere efficiëntie, financiële situatie, besluitvorming, prestaties en kwaliteit? (doel ziekenhuis)
- Wat is er veranderd in het beeld van beleidsvoering door de samenwerking?
- In hoeverre laat u de professional vrij in zijn werk op het gebied van
 - Geld
 - Tijd(sbesteding)/werkverdeling
- Maakt u veel gebruik van controlemechanismen?

- Wordt er meer met taakstellingen, targets, productietijden, doorlooptijden, kengetallen etc. gewerkt? Worden expliciete verwachtingen uitgesproken en zijn er tussentijdse resultaatbesprekingen?

Voor de medisch manager zullen de volgende vragen leidend zijn:

- Heeft u het idee dat de samenwerking met de organisatorisch manager meewerkt aan een betere efficiëntie, financiële situatie, besluitvorming, prestaties en kwaliteit? (doel ziekenhuis)
- Wat is er veranderd in het beeld van beleidsvoering door de samenwerking?
- Heeft u het gevoel dat u vrijgelaten wordt om uw functie te vervullen? Op het gebied van tijdsbesteding/werkverdeling en geld?
- Wordt er meer met taakstellingen, targets, productietijden, doorlooptijden, kengetallen etc. gedaan? Worden expliciete verwachtingen uitgesproken en zijn er tussentijdse resultaatbesprekingen?
- Voelt u zich sterker verbonden met de organisatie nu u ook managementfuncties heeft?

Het is ook belangrijk om te kijken naar de perceptie die de respondenten hebben van hun eigen beroepsgroep. Dit is nodig om de deelvragen te beantwoorden die gaan over hoe zij hun eigen professie zien. Om dit te bepalen dienen de volgende vragen:

- Hoe zou u uw functie omschrijven? (afdelingshoofd, manager, etc.)
- Hoe ziet u uw rol en de rol van de medisch managers (in de samenwerking)?

Daarnaast is het van belang dat er ook twee meer open vragen gesteld worden die de respondenten de ruimte geven om zaken uit te spreken die zij noodzakelijk achten. Zo wordt er ook getracht om vanuit de onderzoeker niet teveel te sturen om zo vooral achter de interpretaties van de respondenten te komen en niet die van de onderzoeker. De volgende vragen zijn hiervoor opgesteld:

- Wat zijn de risico's van deze samenwerking?
- Wat vindt u belangrijk in de samenwerking?

Aan de hand van deze operationalisatie is er een lijst gemaakt met richtvragen voor interviews (bijlage A).

5. Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten uit het empirisch onderzoek uiteen worden gezet. De resultaten zijn opgedeeld in verschillende clusters onder de drie empirische deelvragen;

- *Hoe zien medisch managers in een samenwerkingsverband met organisatorisch managers hun professie?*
- *Hoe zien organisatorisch managers in een samenwerkingsverband met medisch managers hun professie?*
- *Hoe kijken organisatorisch managers en medisch managers aan tegen samenwerken?*

Deze deelvragen zullen in bovenstaande volgorde worden behandeld. In de clusters van bevindingen zal uiteengezet worden wat de belangrijkste resultaten zijn betreft de bepaalde deelvragen. Zo kunnen de deelvragen na het lezen van dit hoofdstuk worden beantwoord wat zal leiden tot een antwoord op de hoofdvraag:

‘In hoeverre heeft samenwerking tussen publieke managers en professionals in de zorg invloed op het spanningsveld tussen economische efficiëntie en professionele autonomie?’

5.1 Hoe zien medisch professionals met een managementtaak in een samenwerkingsverband met organisatorisch managers hun professie?

In deze paragraaf zal uiteengezet worden hoe medisch managers hun professie zien in het samenwerkingsverband waarin zij werken. Dit wordt gedaan in drie clusters van zaken die opgevallen zijn in de interviews: veranderd inzicht onder de medisch managers, hun interesse in organisatorische zaken en het feit dat ze toch vooral medicus zijn. Uit de interviews blijkt dat de medisch managers over het algemeen verantwoordelijk zijn voor de dagelijkse organisatie op drie niveaus: de klinische taken, het aansturen van artsen en het in de gaten houden van verschillende stromen in het ziekenhuis.

Het medisch beleid en de behandeling van de patiënten wordt volledig aan de medisch managers overgelaten. Het is de taak van de medisch managers om vanuit de medische optiek naar processen op de werkvloer te kijken en problemen te signaleren. Daarnaast is hij degene met mandaat van zijn achterban, waardoor hij het eerste aanspreekpunt is. Hij draagt verantwoordelijkheid voor de communicatie van beslissingen naar andere artsen en zorgt dat artsen op hun beurt via hem hun wensen bij de organisatorisch manager kunnen neerleggen. Medisch managers zullen aangehaald worden door de letter a achter het respondentnummer te zetten, organisatorisch managers zullen de letter b achter het nummer krijgen.

Veranderd inzicht onder de medisch managers

“(...) het is meer bewustwording en weten waarmee je bezig bent en dat is natuurlijk in de jaren veranderd. Dat deden we vroeger niet, we deden maar wat, maar niemand was

zich bewust van geld eigenlijk. Dat interesseerde je niet, of het nu duur was of niet duur was: wat kan mij het schelen” (R1a)

Dit citaat van één van de artsen geeft de gedachtegang aan waar de meeste respondenten over spreken. Onder de specialisten is het besef gegroeid dat de beslissingen die zij maken invloed hebben op veel meer zaken dan alleen op henzelf (R1a, R3a, R6a). Opmerkelijk is dat ook een aantal organisatorisch managers deze omslag in denken hebben opgemerkt. Twee organisatorisch managers leggen zelfs nadruk op dit gegroeide besef (R10b, R11b). Eén van hen illustreert dit met het voorbeeld van de samenwerking tussen hem en zijn medisch manager. In de feedback gaf de medisch manager aan dat hij door het samenwerkingsverband beter begrijpt hoe bepaalde processen werken, hoe het anders kan en waarschijnlijk ook moet (R11b).

Er wordt vooral gesproken over het inzicht dat de samenwerking heeft gegeven in het eigen werk. Nu de gevolgen van hun gedrag bekend zijn, voelen artsen zich genoodzaakt actiever te sturen. Daarnaast wordt het effect van die inzichten volgens een medisch manager versterkt door de toegenomen verantwoordelijkheid voor de organisatie die artsen hebben gekregen in het samenwerkingsverband (R6a). Dezelfde medisch manager benadrukt ook dat wanneer het niet mogelijk is deze verantwoordelijkheid te geven het nog steeds van belang is de artsen inzicht in hun eigen handelen te laten verwerven. Hierdoor begrijpen ze waarom bepaalde dingen gebeuren en besluiten worden genomen. De medisch managers claimen door de directe betrokkenheid in ieder geval kritischer te zijn (R1a, R3a, R4a). Dit toegenomen inzicht van de artsen is ook de organisatorisch managers opgevallen. Zij doelen hier vooral op het verruimde blikveld en op het effect van het gedrag van de artsen op het totale proces (R10b, R11b).

De medisch managers hebben het mandaat van de andere specialisten in hun maatschap, waardoor zij verantwoordelijk zijn om kwalitatieve, organisatorische en financiële onderwerpen met hen te bespreken. Draagvlak creëren onder de artsen wordt als essentieel beschouwd. Hierbij moet er gezorgd worden dat er goed geïnformeerd wordt en dat de artsen elkaar ook kunnen aanspreken. Een aantal medisch managers zeggen dat dit belangrijk is omdat het inzicht in het eigen werk en dat van anderen is gegroeid (R8a, R6a en R1a). Twee van hen benadrukken het belang van de medisch manager hierin omdat zij vinden dat alleen artsen elkaar aan kunnen spreken. Managers kunnen dit volgens hen niet doen omdat zij het inzicht in de werkprocessen niet hebben (R1a, R8a).

Geen van de respondenten geeft aan dat zij het gevoel hebben dat hun professionele autonomie wordt aangetast. Er wordt vooral benadrukt dat zij veel zelf beslissen of in ieder geval inspraak hebben. Het is in samenspraak, maar de artsen mogen zelf bepalen hoe ze willen werken en hun patiënten willen behandelen. Hoewel dit binnen een bepaalde structuur, financiële ruimte en tijd moet gebeuren voelen ze zich niet aangetast in hun professionele autonomie.

Ook geven meerdere artsen aan dat zij targets niet als een beperking zien maar als een positief iets, doordat ze ook inzicht kunnen geven in wat voor effecten hun gedrag heeft (R1a, R3a). De targets worden gezien als een terugkoppeling op het werk wat ze doen. Ze willen zelf ook de productie laten groeien omdat ze profijt kunnen hebben van de uitkomsten. Daarnaast

zorgen de targets voor extra motivatie omdat de artsen bij het behalen ervan weten dat er goed is gewerkt. De targets moeten echter niet van buitenaf worden gesteld. Veel van de indicatoren voor de targets worden door organisaties opgesteld die niet genoeg kennis hebben, waardoor er beoordeeld wordt op punten die niet relevant zijn en/ of relevant worden gevonden stelt één medisch manager (R8a). Andere medisch managers geven ook aan dat het belangrijk is dat de medisch manager wel mee kan praten indien er van bovenaf suggesties worden gedaan voor targets (R1a, R3a, R4a).

Er wordt onder de medisch managers gesproken over een besef dat de maatschappij aan het veranderen is dus dat het nodig is om mee te werken aan economische efficiëntie (R1a, R3a, R6a). Patiënten zijn mondiger geworden en de arts wordt niet meer als notabel gezien. Daarnaast is het in tijden van bezuinigingen nodig om efficiënter te gaan werken en zo geld te besparen. Dit realiseren zij zich ook.

Er wordt door enkele artsen wel in twijfel getrokken hoeveel er veranderd is met de verschillende manieren van samenwerken. Bij de RVE's mamma-care en radiologie geven de medisch managers aan dat zij wel meer een organisatorische rol naar zich toe hebben getrokken, maar dat ze altijd al inspraak hadden (R4a, R8a). De medisch managers in de RVE's op cardiologie en MDL (maag-darm-leverziekten) en de medisch manager op de IC/MC (Intensive Care/Medium Care) geven wel aan dat er veel veranderd is voor hen in hun manier van werken. Zij wijten dit aan het feit dat zij meer inzicht en verantwoordelijkheden hebben gekregen. Hierbij geven zij aan nu meer aandacht te geven aan efficiëntievraagstukken, de noodzaak hier beter van inzien, anders tegen geldzaken aankijken en dat zij ook meer zijn gaan letten op hoe de afdeling beter zou kunnen draaien (R1a, R3a, R6a).

Veel van de medisch managers geven kortom aan dat er een gegroeid besef van de effecten van hun gedrag is ontstaan doordat zij meer inzicht hebben gekregen in hun handelen. Doordat zij nu inzicht hebben in de effecten van hun handelen op de financiën en de economische efficiëntie voelen zij zich ook meer genoodzaakt om hierop in te spelen. Dit wijten zij voor een deel aan de samenwerking en de verantwoordelijkheid die dit met zich mee heeft gebracht waardoor zij zich genoodzaakt voelen actiever te sturen. Deze verandering in denken is ook een aantal organisatorisch managers opgevallen. Het verschilt wel per afdeling hoeveel er veranderd is met de verschillende samenwerkingsvormen, enkele respondenten geven aan dat het label dat aan de samenwerking gehangen wordt niet veel uitmaakt voor de manier van samenwerken. De medisch managers geven ook aan dat zij als specialisten andere specialisten beter kunnen aanspreken dan organisatorisch managers dit kunnen. Zij claimen ook dat zij goed draagvlak kunnen creëren. Daarnaast geven alle medisch managers aan dat zij zich niet aangetast voelen in hun professionele autonomie. Dit wijten zij aan de inspraakmogelijkheden die zij hebben. Targets zien ze niet als iets negatiefs indien zij zelf ook wat te zeggen hebben over deze targets. Ze geven ook aan dat zij inzien dat de maatschappij aan het veranderen is en dat zij dus mee zullen moeten veranderen.

Onder het volgende topic zal de motivatie van de medisch managers om mee te denken over de organisatorische onderwerpen uiteen worden gezet.

Mogelijkheden om medici enthousiast te maken voor organisatorische onderwerpen

De medisch managers geven aan dat het in hun baan gaat om kwaliteit, service en de patiënt. Aanzien speelt een rol, maar tevreden en gezonde patiënten zijn wel het belangrijkste. Hierbij wordt wel gezegd dat de financiële component natuurlijk ook meetelt. Een medisch manager claimt dat deze component als laatste komt en zegt dat dit een tegenstelling met het ziekenhuis vormt omdat de organisatie dit als voornaamste uitgangspunt heeft (R4a). De organisatorisch manager die met hem samenwerkt geeft echter aan dat het de medisch managers niet uitmaakt hoe de afdeling wordt bestuurd, zolang zij hun productie maar halen en hun geld verdienen (R9b). Deze uitspraken spreken elkaar tegen, omdat de organisatorisch manager hier claimt dat de medisch manager wel degelijk de financiën als een grote factor laat meetellen. De intrinsieke motivatie van de medisch manager wordt hiermee in twijfel getrokken.

Organisatorisch managers verschillen van mening over in hoeverre artsen zich willen bemoeien met de organisatie. Een organisatorisch manager geeft bijvoorbeeld aan dat artsen vinden dat dit niet hun taak is en dat de organisatie zelf de organisatorische kant moet regelen (R7b). De rest van de organisatorisch managers geeft aan dat de artsen wel het gegroeide besef hebben dat zij mee moeten werken in de organisatorische kant, zoals eerder al is gesteld. Volgens meerdere respondenten is dit te wijten aan het feit dat zij zelf een groot belang hebben in een goede organisatie, omdat dit zorgt voor meer kwaliteit en kwantiteit. De medisch managers profiteren dus indirect ook zelf van een betere organisatie (R6a, R9b, R7b).

Van belang wordt geacht iedereen een eigen aandachtsgebied te geven, een ‘maatpak’ van taken zodat de artsen zich kunnen focussen op zaken die hun interesse hebben. Als zij dan ook op hun gebied kwalitatief hoogstaand werk kunnen afleveren geeft dat ook een soort trots en voldoening (R1a, R3a, R6a, R9b). Zoals een medisch manager dit verwoordt:

”Zodat hij zich ook maximaal kan ontplooiën in zijn rol, zich er ook hard voor wil maken en zich er ook voor wil inzetten. Dus ook gewoon echt een eigenlijk maatkostuum geven, van taken en functies.” (R6a)

Leeftijd is hierbij een belangrijke factor. De wat oudere specialisten lijken over het algemeen niet meer geïnteresseerd te zijn om managementtaken op zich te nemen of hun patronen te veranderen (R1a, R3a, R6a, R8a). Er wordt dan ook belang aan gehecht aan een goede verdeling op de afdeling tussen jonge en oude, nieuwe en langer zittende en geïnteresseerde en ongeïnteresseerde specialisten. Een medisch manager geeft aan dat ook niet iedereen evenveel ‘managementkunde tentoonstelt’, maar dat dit ook niet van iedereen kan worden verwacht, zeker niet als men daarin niet geïnteresseerd is (R6a).

De medisch managers geven over het algemeen aan dat hun motivatie toch voornamelijk intrinsiek is en voor het belang van de patiënten. Door sommige organisatorisch managers wordt dit echter wel in twijfel getrokken, zij claimen dat het de specialisten voornamelijk om het geld gaat. De medisch managers kaatsen de bal terug en zeggen dat het de organisatie van het ziekenhuis vooral om het geld gaat. Het besef is gegroeid onder de medisch managers dat zij er zelf profijt van kunnen hebben als zij meewerken aan de organisatorische kant. Om artsen de motiveren mee te denken is het belangrijk om hun interesse te prikkelen en ze

zeggenschap te geven over aandachtsgebieden die hen interesseren. Maar artsen moeten ook de kans hebben om zich niet met het management te bemoeien als zij dit niet willen.

Het volgende topic zal ingaan op in hoeverre medisch managers zichzelf daadwerkelijk als ‘managers’ zien.

Toch vooral medicus

Door zowel de organisatorisch managers als de medisch managers wordt het begrip ‘tijd’ als erg belangrijk ervaren. De medisch managers hebben vaak niet genoeg tijd om de managementtaken te vervullen (R1a, R3a, R4a, R7b, R8a). Zij moeten gebruik maken van avonduren, lunchpauzes of krijgen in een uitzonderlijk geval een dagdeel om medisch manager te zijn. Hierdoor hebben zij nog vooral het gevoel in de eerste plaats medicus te zijn en niet manager. De taak van manager nemen zij op zich in de uren dat zij hier tijd voor hebben. Door het tijdsgebrek blijkt het nu nog vooral het geval te zijn dat de organisatorisch manager problemen of punten van verbetering signaleert en dan aan de medisch manager vraagt wat deze ervan vindt. Hierop volgend blijft het de vraag in hoeverre het een volwaardige samenwerking is.

Deelconclusie: Hoe zien medisch managers in een samenwerkingsverband met organisatorisch managers hun professie?

Uit deze paragraaf blijkt dat het door zowel medisch als organisatorisch managers belangrijk gevonden wordt om inzicht te geven en te krijgen in processen op de afdeling. Dit zorgt voor wederzijds begrip en de wil om samen te werken. Door dit vergrootte inzicht zijn de artsen ook anders gaan denken over hun taak als specialist, zijn ze kritischer op zichzelf geworden en kritischer gaan kijken naar de andere specialisten in hun maatschap. Zij voelen zich er ook verantwoordelijk voor dat de andere specialisten goed mee kunnen draaien en zich prettig voelen op de afdeling. Zij zijn hierbij van mening dat zij hen als medespecialisten beter aan kunnen spreken dan managers. Door het hebben van inspraak en een bepaalde vrijheid over de behandelingsmethoden voelen de artsen zich niet bedreigd in hun professionele autonomie. Zelfs niet als er gewerkt wordt met targets als tijd, productie of financiën. Targets zien zij zelfs als iets positiefs als zij mee mogen helpen om ze op te stellen, omdat het feedback betekent op het gedane werk. Zij willen hier zelf wel inspraak in hebben. Zij geven ook aan zich te realiseren dat er nou eenmaal ontwikkelingen gaande zijn in de samenleving waarbij alles goedkoper, sneller en dus efficiënter moet. Hiermee erkennen zij dat zij hier ook niet aan ontkomen.

Er zijn verschillende meningen tussen medisch managers en organisatorisch managers over de belangrijkste beweegredenen van de artsen om coöperatief te werken. Twee organisatorisch managers stellen dat de financiële component toch wel belangrijk is voor hen, terwijl de medisch managers de patiënten voorop stellen. Ook verschillen de meningen over de interesse van de medisch manager in de organisatorische kant. Eén van de organisatorisch managers stelt namelijk dat deze interesse er niet is. De andere respondenten geven allemaal aan dat dit er wel is. Deze interesse wordt verklaard vanuit de binding van de arts met zijn werkplek: hoe

lang werkt hij hier al en/of zal hij hier nog in de toekomst werkzaam zijn. Interesse kan wel gestimuleerd worden door iedereen een eigen aandachtsgebied te geven.

Toch speelt de factor tijd een belangrijke rol in deze zaken; vanwege het tijdgebrek voor het vervullen van managementtaken zien de medisch managers zich toch bovenal als medicus en niet als manager. Zij zetten hun taken als medicus dan ook op de eerste plaats. De meeste medisch managers zien hun managementtaken als iets wat daarnaast nog gedaan moet worden. Hoeveel tijd hier dan nog aan besteed kan worden ligt aan de tijd die zij hebben naast hun eigenlijke werk waar ze betaald voor worden: patiënten behandelen.

5.2 Hoe zien organisatorisch managers in een samenwerkingsverband met medisch professionals met een managementtaak hun professie?

In deze paragraaf zal de visie van de organisatorisch manager op hun professie behandeld worden. Hierbij ligt de focus op twee clusters van onderwerpen; veranderd inzicht en taakverdeling. Uit de interviews met de respondenten blijkt dat het de taak van de organisatorisch manager is om te faciliteren en daarnaast overzicht te houden over de financiële component. Daarnaast is het de verantwoordelijkheid van de organisatorisch manager om de mensen op de werkvloer aan te sturen en de resultaten in de gaten te houden. Zo kan de organisatorisch manager ook ingrijpen in processen als hij feedback krijgt van de werkvloer. Een organisatorisch manager zegt dat het de taak van de organisatorisch manager is om te zorgen dat de afdeling goed blijft draaien (R5). Hierbij benadrukt deze manager dat het een breed palet aan taken is, maar dat de financiën en het bemiddelen in de samenwerking tussen afdeling en artsen toch wel het belangrijkste is.

Het is hun taak om te kijken hoe bepaalde processen beter, sneller en efficiënter kunnen verlopen. Het signaleren van verbeterpunten is belangrijk, waarbij advies aan de medisch manager gevraagd kan of moet worden op sommige punten.

Veranderd inzicht onder de organisatorische managers

De organisatorisch managers geven aan dat er van hun kant wordt gekeken naar de financiële situatie en de productie en dat ze proberen daarop te sturen. Afstemming met de medisch manager hierover is nodig omdat beide partijen belangen hebben. De organisatorisch manager heeft verantwoordelijkheid over de rest van het personeel en de financiën van het ziekenhuis. De medisch manager heeft belangen hierin betreft zijn praktijkvoering. Dat de organisatorisch manager deze verantwoordelijkheid heeft is volgens de medisch managers nog geen aantasting van hun beroep omdat de medici wel vrijheid hebben binnen de eisen die gesteld worden aan de kwaliteit en productie (R5b, R6a, R7b, R9b).

De organisatorisch managers spreken niet alleen over een veranderd inzicht bij de medisch managers (zoals in de vorige paragraaf werd aangegeven), maar ook over een veranderd inzicht bij henzelf (R2b, R10b, R11b). Door de samenwerking zijn zij meer rekening gaan houden met de kant van de medicus, hetgeen zich uit in het niet enkel gericht zijn op het financiële aspect (R11b). Zij zijn door de samenwerking die bepaalde feedback en input gaf vanuit de medisch managers meer gaan inzien welke belangen er spelen voor de de medici (R2b, R5b, R10b, R11b).

In het volgende topic zal besproken worden of er een bepaalde taakverdeling is binnen de samenwerking.

Taakverdeling

In de taakverdeling bestaan er verschillen tussen de afdelingen met en zonder RVE. De afdelingen *zonder* RVE (IC/MC en de operatiekamer (OK)) geven aan dat de organisatorisch manager en medisch manager meer ‘eigen aandachtsgebieden’ hebben. Allemaal stellen ze dat ze elkaar niet nodig hebben in het dagelijkse werk. Zo geven de managers van de IC/MC aan dat zij hun eigen aandachtsgebieden hebben, maar daarbij wel informatie nodig hebben van elkaar. Zo kunnen zij samen zorgen dat de afdeling goed draait. De organisatorisch manager van de OK lijkt hierin meer standvastig te zijn dan zijn collega’s op het gebied van financiën en beleid. Hij verwoordt het als volgt:

“Ze mogen wel gebiedsvragen stellen, maar de organisatie is aan mij.(...) Ergens moet er wel een grens zijn. Met wederzijds respect. En nou ja, het is ook niet zwart - wit. Maar ik ben uiteindelijk wel verantwoordelijk voor de centjes van afdeling X” (R7b)

Hij heeft het meerdere keren over het ‘meenemen’ van artsen; laten zien waarom hij iets doet, wat de achtergrond ervan is, waarom het niet anders kan en laten zien dat het mogelijk is. Het gaat dan vooral over meepraten en meewerken. Door deze organisatorisch manager wordt ook benadrukt dat de medisch manager niet genoeg tijd heeft zich te verdiepen in de inhoud.

De respondenten op de afdelingen *met* RVE’s leggen meer de nadruk op het feit dat ze over haast alles samen moeten beslissen. Ze hebben wel allebei hun eigen gebieden afhankelijk van hun specialiteit, maar ze moeten wel overleggen. Het is belangrijk dat ze elkaar informeren over ideeën en samen brainstormen, maar er blijft toch een eigen verantwoordelijkheid bestaan voor een eigen gebied waar het eindoordeel over gegeven wordt. Het verschilt per RVE wie zich met welke gebieden bezighoudt. Uit de interviews blijkt wel dat zij elkaar nodig hebben in het dagelijkse werk, dit in tegenstelling tot de medisch en organisatorisch managers zonder RVE. Bij een van de organisatorisch managers bestaat bijvoorbeeld de frustratie dat er niet verder gegaan kan worden in het proces als de managers elkaar niet kunnen zien of spreken (R2b).

Een van de medisch managers geeft aan dat hij het beleid bepaalt, maar dat het toch een bepaalde gezamenlijkheid heeft (R8a). Dit wijdt hij vooral aan het feit dat hij de processen goed kent en de organisatorisch manager nog niet. Hij heeft het gevoel dat hij ervoor moet zorgen dat de afdeling blijft draaien, dus verantwoordelijk is voor de dagelijkse processen, en dat de organisatorisch managers meer over de rapportage gaat. De organisatorisch manager heeft immers wel goede ideeën volgens hem. Daarnaast ontbreekt het volgens hem regelmatig aan tijd om de beslissingen samen te kunnen nemen.

Een van de organisatorisch managers in deze groep heeft het ook over ‘afbakenen’, net als een organisatorisch manager (R7b) in de groep zonder RVE’s. Zij zorgen dat er bepaalde lijnen staan waarbinnen de medisch managers moeten functioneren. Daarbij geeft één van hen wel aan dat hij niet gaat voor het maximale aan efficiëntie omdat er dan geen ruimte is voor de nodige speling. Er kan volgens deze respondent altijd iets gebeuren met de materialen of de

personen op de afdeling, in zulke gevallen kan het noodzakelijk zijn om ruimte te hebben in het proces om dergelijke problemen op te vangen. Hij zegt hierbij ook:

“(…) de mensen op de werkvloer hebben zelf meestal de beste ideeën. Dat ga ik niet zelf zitten bedenken om het maar zo te noemen.(…) Meer van ja dit zijn de kaders waarbinnen het kan en hoe je het doet daar ben ik niet geïnteresseerd in” (R9b)

Als ze het dan zelf niet kunnen oplossen, voelt hij zich genoodzaakt om zelf oplossingen aan te dragen. Hierbij benadrukt hij dat hij probeert duidelijke en goed beargumenteerbare oplossingen aan te dragen. Soms worden beslissingen wel eens ‘niet leuk’ gevonden, maar sommige dingen ‘moeten gewoon’. Hierbij heeft hij het over maatregelen die vanuit de optiek van het budget noodzakelijk zijn, maar die dan voor weerstand zorgen onder het personeel.

De medisch en organisatorisch managers van andere afdelingen geven ook aan dat er bepaalde dingen zijn waarover de medisch managers niet mee mogen beslissen. Dan hebben ze het voornamelijk over de financiële kant van het beleid.

Maar het belang van de medisch managers wordt vaak genoemd door de organisatorisch managers. Zoals een respondent zegt:

“(…) maar ik kan nooit beslissingen nemen zonder invloed te vragen, want uiteindelijk weet ik er niks van dus ik zal eerst bij hun moeten vragen hoe het werkt.” (R5b)

Ze hebben het over ‘polsen’ bij de artsen wat goede ideeën zijn en wat mogelijk is. Daarnaast wordt er gesproken over het feit dat het te theoretisch wordt als de organisatorisch manager zelf beslissingen moet nemen. Andersom kunnen er dingen naar voren komen die de medicus niet alleen had verzonnen. Daarbij wordt de kracht van samenwerken gezien als meer ideeën en een kritische blik van de ander. Maar er schuilt wel een gevaar in:

“Kijk ik denk de kracht van zo’n combinatie is dat je allebei je eigen specifieke kennis en kunde hebt en dat je die combineert met elkaar. Op het moment dat één van beiden denkt: nou dat gebied van Jan daar, dat heb ik ook wel precies tussen mijn oren zitten, dan ga je daarin scheef groeien en zal die samenwerking minder snel lukken” (R11b)

Deze respondent pleit dus wel voor het hebben van een eindoordeel op een bepaald gebied. De medisch manager is dan verantwoordelijk voor de medische kant en de organisatorisch manager voor de meer organisatorische aspecten. Deze organisatorische, meer cijfermatige aspecten kunnen dan bij de medisch manager neergelegd worden zodat hij er zijn mening over kan geven en duidelijk kan maken wat het betekent voor de inhoud van zijn werk. Zo kunnen de taken van beide managers onderling verweven worden.

In het samenwerkingsverband *zonder* RVE’s hebben de organisatorisch en medisch managers dus meer eigen aandachtsgebieden, zij kunnen zonder elkaar functioneren in het dagelijkse werk maar hebben wel informatie van elkaar nodig om te zorgen dat de afdeling goed draait. Maar niet elke organisatorisch manager is het hiermee eens. Eén van hen stelt dat hij toch wel echt over de organisatie gaat omdat de medici daar geen tijd en zin in hebben. Hij besteedt wel aandacht aan het ‘meenemen’ van de artsen.

De respondenten *met* RVE’s leggen meer nadruk op het feit dat ze veel gezamenlijk moeten beslissen en elkaar nodig hebben in de dagelijkse gang van zaken. Ze hebben beiden hun eigen gebieden maar moeten wel overleggen. Wie over welke gebieden gaat verschilt per

RVE. In de RVE van de mamma-care zegt de medisch manager dat hij toch wel het meest bepaalt in het beleid omdat hij de processen beter kent maar waar de organisatorisch manager wel aan kan bijdragen met vernieuwende ideeën. De organisatorisch manager van de radiologie geeft juist aan dat hij gaat over het uitzetten van de lijnen van het beleid, waarbinnen de medisch manager wel zelf mag invullen wat hij doet. Als dit hen niet goed lukt, moet hij soms ingrijpen. Maar alle respondenten geven aan dat zij de input van de ander op waarde schatten. Het moet echter wel duidelijk blijven wie waarover gaat volgens sommigen.

Deelconclusie: Hoe zien organisatorisch managers in een samenwerkingsverband met medisch managers hun professie?

De samenwerking heeft ook organisatorisch managers doen inzien dat er meer is dan alleen de organisatorische kant. Zij hebben leren kijken naar medische processen en hun inzicht verbreed op dat terrein. Het nut van de medisch managers wordt door elke respondent benadrukt.

Wel is er in een samenwerkingsvorm zonder RVE sprake van ‘eigen gebieden’, waarbij medisch en organisatorisch managers elkaar niet nodig hebben in de dagelijkse gang van zaken. De mening op de IC/MC is dat er een noodzaak is inzicht in elkaars processen te verwerven om een zo groot mogelijk draagvlak te creëren en te zorgen dat de afdeling optimaal draait. Op de afdeling OK lijkt de organisatorisch manager minder in de samenwerking met de medisch managers te geloven. Hij stelt dat het minder om het samenwerken met medisch managers gaat maar om het ‘meenemen van’ medisch managers.

In de samenwerking met RVE's lijkt er ook een verdeling te zijn van gebieden waar bepaalde mensen de eindverantwoordelijkheid over hebben, maar zij moeten wel over deze gebieden overleggen. In de RVE's hebben ze elkaar binnen de koppels nog meer nodig, omdat er veel samen besloten moet worden. Hierdoor kan het soms lastig worden als de medisch manager weinig tijd hiervoor vrijmaakt. Het verschilt per afdeling wie over welke afdeling het meest heeft te zeggen. De RVE cardiologie heeft een medisch manager die zich voornamelijk bezig houdt met de financiën, terwijl de organisatorisch manager van de RVE radiologie zegt dat hij toch echt gaat over de financiën. Ook hier heeft een managers het over ‘gebieden afbakenen’ en artsen ‘meenemen’. Maar alle respondenten zijn wel duidelijk in het aangeven dat zij de rol en input van de medisch manager als cruciaal ervaren. Sommige respondenten geven wel aan dat zij vinden dat er verschillen moeten blijven over wie waarover zijn eindoordeel mag vellen. Andere organisatorisch managers zijn hier minder mee bezig en spreken meer over gezamenlijkheid.

5.3 Hoe kijken organisatorisch managers en medisch professionals met een managementtaak aan tegen samenwerken?

In ziekenhuizen moeten afdelingen steeds meer in ketens werken. Dit heeft als gevolg dat medici en managers steeds meer rekening moeten houden met andere afdelingen. In ziekenhuis Gelderse Vallei is daarom nu ook de beweging gaande van samenwerking tussen

medici en managers. Dit zou als gevolg moeten hebben dat de afzonderlijke afdelingen beter draaien en zij ook makkelijker samen kunnen werken met andere afdelingen. Artsen kunnen niet meer 'hun eigen gang gaan', ze moeten nu nadenken over afstemming met de organisatie over efficiëntie en ontwikkelingen.

Deze paragraaf zal draaien om drie clusters van bevindingen; het inzien van het nut en de valkuilen van samenwerken door de respondenten, wat volgens hen het belangrijkste is in de samenwerking en wat de verschillen in de belangen tussen de medisch managers en de organisatorisch managers zijn.

Inzien van het nut en de valkuilen van samenwerken

Het samenwerken lijkt toch vooral te zorgen voor een gemeenschappelijk verantwoordelijkheidsgevoel. De respondenten hechten waarde aan de signalering van problemen van beide kanten en de samenwerking in het zoeken naar een oplossing. Samen kun je altijd een beter beeld vormen van wat goed is voor de afdeling dan alleen. Zij kunnen samen zorgen dat de boodschap die zij willen verspreiden eenduidig is en juist aankomt bij het personeel op de afdeling. Zoals een organisatorisch manager hierover aanhaalt is het soms handig als de organisatorisch manager bepaalde zaken kan verduidelijken aan de maatschap over maatregelen die betrekking hebben op de efficiëntie. Deze organisatorisch manager haalt ook aan dat de medisch manager soms kan inspringen om werkprocessen uit te leggen aan de rest van het personeel. Zo vergroten zij elkaars effectiviteit (R11b).

Eenheid wordt hierbij belangrijk gevonden. Hierbij gaat het voornamelijk over informatie en over tijd. Gezamenlijke informatie is belangrijk omdat beiden hiermee kunnen zien waar de ander staat en wat belangrijke punten zijn voor de ander. Een combinatie van de twee soorten managers wordt op prijs gesteld, zodat er zaken naar voren kunnen komen die de manager of de specialist niet zelf had kunnen verzinnen. De verschillende belangen worden van beide kanten belicht. Zo worden er meer belangrijke punten ontdekt en kunnen ze processen beter afstemmen. Zo wordt er bijvoorbeeld aangehaald dat de organisatorisch managers meer gaat over de cijfermatige zaken op de afdeling, waarbij de medisch managers dan hun mening kunnen geven en laten zien wat dat betekent voor de inhoud van het proces (R2b, R11b).

Met zijn tweeën is er meer inzicht dan één persoon kan hebben. Gezamenlijke tijd is een factor die ook vaak genoemd wordt. Als dit er niet is kan dat nadelig zijn voor de relatie. Als er geen gezamenlijke tijd is kan er geen goede relatie opgebouwd worden waarin vertrouwen bestaat en waarin je elkaar kan aanspreken. Daarnaast is tijd samen nodig om bepaalde processen te begeleiden en te overleggen wat mogelijke volgende stappen zijn. Het is dus belangrijk om dit goed af te stemmen, waarbij de organisatorisch manager veel voorbereidend werk doet en dit werk daarna met de medisch manager bespreekt omdat hij meer tijd heeft voor bepaalde managementtaken.

Dit bovenstaande uit zich in een groeiend besef bij zowel de medisch manager als de organisatorisch manager dat zij elkaar nodig hebben en partners zijn (R2b, R3a, R4a, R6a, R9b, R10b, R11). Daarbij ontstaat er ook een probleem: als mensen zich niet houden aan afspraken kan er geen basis zijn voor vertrouwen in de samenwerking. Ook komt het bijvoorbeeld voor dat medisch managers niet goed communiceren met hun achterban. Deze specialisten komen dan naar de organisatorisch manager toe dat ze niets wisten van bepaalde

beslissingen. De organisatorisch manager heeft het dan echter wel besproken met de medisch manager en de beslissing is samen genomen. Dit wordt als niet prettig ervaren. Het feit dat sommige medisch managers instemmen met sommige afspraken maar vervolgens de afspraken niet nakomen wordt als vervelend ervaren. Zo geeft een organisatorisch manager aan dat de medisch manager soms afspraken niet nakomt door vermeend gebrek aan tijd, maar dat deze organisatorisch manager daar zelf dan ook vast door komt te zitten (R2b). Andere organisatorisch managers geven aan dat het lastig kan zijn dat de medisch manager het mandaat heeft van de andere specialisten. Deze specialisten klagen soms over afspraken die zijn gemaakt tussen de medisch en de organisatorisch manager omdat zij niet zouden zijn ingelicht. De medisch manager is dan zijn taak niet goed uitgevoerd, de taak van communiceren met de achterban, waarna de organisatorisch manager de klachten krijgt (R9b, R11b). Daarnaast is er ook een organisatorisch manager die nadruk legt op het feit dat gezamenlijk genomen besluiten ook gezamenlijk uitgedragen moeten worden en dat er achteraf niet aan getornd moet worden (R11b).

Door de intensievere samenwerking wordt er meer besproken en is er volgens een medisch manager (R6a) nu meer communicatie dan voorheen. Deze specialist benadrukt dat het nu veel prettiger werkt doordat er meer duidelijkheid is over wat de verwachtingen zijn en wat er allemaal mogelijk is. Dit wijt hij aan het vergrootte inzicht dat hij heeft gekregen. Het proces is transparanter geworden. Medisch managers geven aan dat ze het budget, de belangen, de problemen en openingen voor mogelijke veranderingen nu weten. Hierdoor is het makkelijker om opvattingen te delen, wat ten goede komt aan de efficiëntie en besluitvorming. Met de juiste argumenten is er altijd wel een discussie mogelijk volgens een aantal respondenten (R3a, R9b, R10b, R11b). Hierbij wordt door zowel medisch managers als organisatorisch managers aangehaald dat het besluitvormingsproces nog wel open moet liggen in een overleg. Als er eigenlijk al een besluit is genomen gaan de hakken in het zand, niemand krijgt zijn zin en er ontstaat frustratie. Dit kan dan ook zijn terugslag hebben op de sfeer in de samenwerking (R3a, R4a, R7b, R9b).

Uit bijna alle interviews blijkt dat de open sfeer en communicatie die in het samenwerkingsverband bestaat op prijs wordt gesteld. Een organisatorisch manager benadrukt het feit dat er meer begrip is ontstaan voor de ander zijn gebieden (R10b). Het is niet zozeer meer de manager versus de professional, maar twee mensen die allebei de kanten zien zeggen zowel medisch managers als organisatorisch managers (R3a, R6a, R9b, R10b). Daarbij is respect een van de belangrijkste punten die door meerdere respondenten genoemd wordt (R6a, R10b). Eén organisatorisch manager benadrukt dat er wel hard onderhandeld kan worden, waarbij er 'scherp' gecommuniceerd kan worden (R7b). Hij vindt dat deze discussies moeten kunnen omdat het over veel geld gaat. Daarbij geeft hij wel aan dat soms het gemeenschappelijke doel van een goede patiëntenzorg leveren uit het oog wordt verloren. Als ze elkaar toch kunnen vinden in nieuwe ontwikkelingen en bezuinigingen, gericht op kwalitatief optimale patiëntenzorg, dan willen de medisch specialisten wel meewerken en 'er in meegaan'. Ook door andere respondenten wordt aangegeven dat het belangrijk is om elkaar winstpunten te laten zien.

Beiden groepen respondenten lijken dus voornamelijk waarde te hechten aan het samenwerken. Zij beseffen het nut van twee personen die hun kennis over zaken tentoon kunnen spreiden en daarbij samen verantwoordelijkheid hebben. Hierbij zijn gezamenlijke tijd en informatie belangrijke punten, zodat er effectief overlegd kan worden. Een gevaar dat gezien wordt is dat medisch managers weinig tijd kunnen maken voor de managementtaken of dat zij zich niet aan de afspraken houden. Door de samenwerkingsvormen is er meer communicatie dan voorheen waardoor het proces transparanter is geworden en de medisch managers meer inzicht hebben gekregen. Daardoor zijn aan de hand van een discussie nu veel punten op te lossen. Er is meer begrip ontstaan, waardoor ze minder tegenover elkaar staan. Op één van de afdelingen is dit minder het geval en daar blijkt de organisatorisch manager ook nog de touwtjes in handen te willen houden. Dit lijkt echter niet aan het wel of niet aanwezig zijn van een RVE te liggen. Zowel de respondenten die met als zonder RVE werken spreken over dezelfde, positieve, punten aan samenwerken.

Onder het volgende kopje zal besproken worden waaraan een goede samenwerking volgens de respondenten ligt.

Het 'gouden duo' nodig voor een effectieve samenwerking

Uit de interviews met de respondenten blijkt dat het persoonlijk contact essentieel is in de samenwerking. Eén organisatorisch manager meent zelfs dat alles daarvan is afgeleid (R2b). Als mensen niet met elkaar op kunnen schieten of ze totaal andere ideeën hebben over bepaalde zaken, kan een samenwerkingsverband in gevaar komen. Het kan zelfs zo ver komen dat je elkaar destructief gaat tegenwerken volgens een medisch manager (R6a). Hij benadrukt dat het niet het geval hoeft te zijn dat beiden vrienden met elkaar zijn maar dat er wel professioneel goed met elkaar samengewerkt moet kunnen worden. Daarbij komen woorden als 'respect', 'stimuleren van elkaars denkbeelden' en 'elkaar vooruithelpen' voorbij. De gezamenlijke doelstellingen moeten voor ogen gehouden worden. Eén van de organisatorisch managers vat goed samen welke houding er volgens haar nodig is voor een goede samenwerking:

"(...) ook een hele coöperatieve groep specialisten, laagdrempelig, niet arrogant, je mag alles tegen ze zeggen, ze staan open voor suggesties, willen meedenken aan bedrijfsvoering" (R5b)

Deze organisatorisch manager stelt ook dat medisch managers zien dat hun interesse voor de managementzaken bij kan dragen aan een betere afdeling.

De selectie van het duo wordt belangrijk gevonden. Uit de interviews blijkt dat de medisch manager op de organisatorische manager steunt. Dit komt doordat de organisatorisch manager veel moet voorbereiden en meer tijd tot zijn beschikking heeft om naar de managementaspecten te kijken. Blijkt de organisatorisch manager niet geschikt voor zijn functie dan kan dit ertoe leiden dat de zaken waar het duo zorg voor draagt niet goed lopen, wat uiteindelijk nadelig zal zijn voor de afdeling. De selectie van de medisch manager is iets wat minstens zo belangrijk wordt gevonden. Een organisatorisch manager geeft aan dat er te weinig tijd aan besteed is om te kijken of de gemaakte profielschets ook aansluit bij de werkelijkheid, hierdoor mist het hebben van deze profielschets zijn werking. Nu is er door de

specialisten zelf iemand naar voren geschoven en past het geschetste beeld van de perfecte medicus in een managementrol niet bij de werkelijkheid (R2b). Een andere organisatorisch manager geeft aan dat hij het ook belangrijk vindt om een specialist te selecteren die ook echt samen wil werken en ervoor open staat zich aan te laten spreken. Anders is het onmogelijk als organisatorisch manager om zaken te signaleren en daarover advies te vragen aan de medisch manager (R11b).

Door de respondenten wordt de nadruk dus gelegd op goed persoonlijk contact als essentieel punt in de samenwerking. Hierbij is het belangrijk om erop te letten dat de juiste mensen worden geselecteerd. De organisatorisch manager moet sterk in zijn schoenen staan en de medisch manager moet openstaan voor samenwerken en voor de mogelijkheid om te worden aangesproken.

Het volgende topic zal gaan over of de verschillende belangen tussen medisch manager en organisatorisch manager ook meespelen naast dit persoonlijk contact.

Gezamenlijk belang

De belangen van de organisatie kunnen anders zijn dan de belangen van de specialist. Zij zouden bijvoorbeeld bepaalde behandelingsmethoden kunnen willen gebruiken die te duur zijn voor de organisatie. Het doel is volgens een organisatorisch manager echter hetzelfde: goede patiëntenzorg leveren (R7b). Uitspraken van de medisch managers lijken hiermee in overeenstemming te zijn. Desondanks kunnen doelen anders lijken omdat geld een belangrijke factor wordt door druk van buitenaf om te bezuinigen. Het is dus van belang om een situatie te laten zien waarin zowel de organisatie als de specialist kan profiteren. Als efficiëntie bijvoorbeeld extra tijd kan opleveren, wordt er zo ook wat teruggegeven aan de artsen doordat zij dan vrijaf kunnen nemen of extra spreekuren in kunnen plannen. Een organisatorisch manager geeft wel aan dat hij soms alsnog veranderingen moet doorvoeren, ook als de artsen uiteindelijk de voordelen ervan niet zien (R7b). Dit komt door externe druk, kortingen en de noodzaak voor een hogere productie. Ook de organisatorisch manager van de radiologie heeft het over het doorvoeren van sommige beslissingen waaraan hij niks kan veranderen en die noodzakelijk kunnen zijn (R9b).

Voor een goed verloop van de samenwerking is het belangrijk dat het belang van de specialisten gelijk loopt met de RVE of de afdeling. Volgens een organisatorisch manager is dit niet altijd het geval doordat de specialist teveel naar de zaken kijken vanuit het oogpunt van de medicus. Hierdoor let hij niet genoeg op wat goed is voor de RVE, maar op wat voor hem als specialist van belang is (R2b). Een andere organisatorisch manager stelt dat het doel van de RVE gelijk staat met het doel van de medisch manager. Dit komt doordat de specialisten er belang bij hebben dat de afdeling goed draait omdat de maatschap dan meer geld verdient. Artsen realiseren zich echter ook dat belangen gelijk zijn (R9b). Men realiseert zich wel dat er kleine belangenbotsingen zijn, maar echt grote worden er door het merendeel van de medisch managers niet gezien. Goede patiëntenzorg is iets wat beiden willen en efficiëntere processen is in ieders belang doordat dit bijdraagt aan een goede patiëntenzorg. Zoals een medisch specialist verwoordt:

“Iedereen weet gewoon dat wat goed voor het ziekenhuis, is ook goed voor ons en als wij slecht functioneren dan wordt het ziekenhuis afgeknepen en dat afknijpen dat voelen wij terug. Er is een gezamenlijk belang om de bedrijfsvoering te optimaliseren.” (R1a)

Andersom geldt dat de organisatorisch managers ook zeggen dat zij belang hebben bij een goed werkende maatschap. Het is dus een wisselwerking tussen de afdeling en de arts, waarbij overleg belangrijk wordt gevonden. Een organisatorisch manager stelt dat het eerder het geval is dat de belangen van de organisatie tegenover de belangen van de RVE staan. Doordat de belangen van de medisch manager en organisatorisch manager in de RVE gelijk zijn levert het tussen hen geen strijd op (R9b).

De belangen van de medisch manager en de organisatorisch manager worden dus niet altijd als gelijk gezien. De specialist kan bijvoorbeeld vanuit medisch oogpunt bepaalde methoden willen gebruiken die niet binnen de begroting passen. Hierdoor is het belangrijk om in de gaten te houden dat ze allebei uiteindelijk er zijn om goede patiëntenzorg te leveren en dat bepaalde maatregelen voordelen voor beiden kunnen hebben. Op twee afdelingen geven de organisatorisch managers echter nog wel aan dat zij soms beslissingen doorvoeren waar de medisch managers niet altijd blij mee zijn. In de samenwerking kan inzicht gegeven worden waardoor beiden kunnen zien dat bepaalde besluiten winstpunten voor beiden op kunnen leveren. Bijna alle respondenten benoemen het feit dat er altijd wel wat tegenstrijdige belangen zijn, maar dat altijd moet worden geprobeerd goed samen te werken als deze tegenstrijdigheden zich voordoen. Als erover gepraat wordt en standpunten uiteen worden gezet, is een positieve samenwerking te bewerkstelligen.

Deelconclusie: Hoe kijken organisatorisch managers en professionals aan tegen samenwerken?

Samenwerken heeft voor de verschillende respondenten een verschillende betekenis, maar allemaal spreken ze over positieve effecten die de samenwerking heeft. De nadruk wordt gelegd op gezamenlijkheid en een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid. Hierbij zijn gezamenlijke tijd en het houden aan afspraken belangrijke factoren. Communicatie, transparantie en een open sfeer waarin dingen besproken kunnen worden, zijn belangrijke punten om te zorgen dat het inzicht in elkaars zaken blijft en iedereen zoveel mogelijk achter de besluiten staat. De respondenten geven aan dat zij het nut inzien van twee mensen die vanuit verschillende oogpunten hun visie kunnen laten zien op bepaalde zaken.

Daarnaast blijkt het belangrijk te zijn welke personen met elkaar samenwerken. Daarbij wijzen de respondenten op het feit dat de persoonlijkheden veel uitmaken. Ook wordt er benadrukt dat er goed opgelet moet worden wie geselecteerd wordt als medisch en organisatorisch manager omdat niet iedereen geschikt is.

Door de respondenten wordt gesteld dat het noodzakelijk is dat de belangen gericht zijn. Dat het belangrijkste doel, een goede patiëntenzorg leveren, wordt gerealiseerd. Organisatorisch managers geven aan dat het soms nog wel een gevaar is dat medisch manager teveel als specialist kijken en hun belangen daarin dan verdedigen. Daarbij realiseren zowel organisatorisch managers als medisch managers zich wel dat een betere efficiëntie ook

bijdraagt aan een hogere productie, wat de artsen dan indirect dus weer ten goede komt. Op twee afdelingen geven de organisatorisch managers echter nog wel aan dat zij uiteindelijk beslissingen maken over het financiële gedeelte en beslissingen ook doorvoeren als zij deze noodzakelijk achten en de medisch managers het hier niet mee eens zijn. Op één van deze twee afdelingen geeft de organisatorisch manager ook aan dat hij uiteindelijk over het management gaat en dat de artsen hier geen tijd en zin in hebben. Op deze afdeling lijken de botsingen ook het hevigst te zijn.

5.4 Samenwerken als oplossing?

Uit dit hoofdstuk is af te leiden dat zowel medisch als organisatorisch managers meer inzicht hebben gekregen in de processen op de werkvloer door het samenwerkingsverband waarin zij werken. De medisch managers zijn nog steeds medicus in de eerste plaats maar claimen dat hun houding is veranderd en dat er meer sprake is van wederzijds begrip. Zij realiseren dat er een externe druk is waardoor zij wel moeten werken aan efficiëntie, maar zij achten het noodzakelijk dat zij hierin inspraak hebben. Ook benadrukken zij het punt dat ze zich meer verantwoordelijk voelen en dus ook meer op hun eigen en op anderen hun werkprocessen letten. Daarbij zeggen ze dat zij medespecialisten beter aan kunnen spreken dan managers. Hier lijkt dus wel een machtsstrijd aanwezig te zijn waarin de medisch managers claimen meer autoriteit te hebben doordat zij de werkprocessen beter begrijpen. Iets waar ook een onderlinge strijd uit blijkt is het feit dat twee organisatorisch managers claimen dat de financiële beloning een grotere rol speelt dan het werk zelf voor de medici. De medisch managers spreken dit tegen.

Over het algemeen noemen de respondenten het interessegebied van de desbetreffende artsen als bepalende factor of zij coöperatief willen zijn of niet. Ook geven alle organisatorisch managers wel aan dat zij het nut inzien van samenwerken met de medisch managers. Zowel de respondenten die met als zonder RVE werken spreken over dezelfde, positieve, punten aan samenwerken. De medisch managers zeggen wel dat zij nog voornamelijk medici zijn, geen managers. Het vergrootte inzicht en de inspraakmogelijkheden zorgen ervoor dat de specialisten zich niet bedreigd voelen in hun professionele autonomie. Dit lijkt voor zover niet te liggen aan het feit of ze samenwerken in een RVE of in duaal management. Wel is er hierbinnen een verschil in de mate dat ze elkaar nodig hebben en wie op welke punten het meest te zeggen heeft.

In de RVE hebben zij elkaar nodig in de dagelijkse gang van zaken omdat er veel samen overlegd en besloten moet worden, ondanks een verdeling van wie waarover de eindverantwoordelijkheid heeft. Op de afdelingen *zonder* de RVE is er meer sprake van 'eigen gebieden' waarbij zij elkaar niet nodig hebben in de dagelijkse gang van zaken. Binnen beide samenwerkingsvormen zijn er echter ook nog verschillen in hoe ver de samenwerking gaat qua gezamenlijkheid, in hoeverre ze elkaar nodig hebben, wie waarover gaat en in hoeverre zij macht uit handen geven. Op de afdeling *zonder* RVE's is er bijvoorbeeld een koppel dat goed met elkaar kan samenwerken en ook graag elkaars input ontvangt. Binnen dit koppel zegt de organisatorisch manager dat het label 'RVE' niets zou veranderen aan de manier van samenwerken. Een andere organisatorisch manager zonder RVE geeft aan dat hij

toch echt de eindverantwoordelijke is voor de organisatorische kant omdat medici helemaal niet geïnteresseerd zijn in managementtaken. Tussen de respondenten op de afdelingen met RVE's zijn er ook veel verschillen over kwesties zoals wie de eindverantwoordelijkheid heeft, in hoeverre ze elkaar vrijlaten en verantwoordelijkheden gunnen. Een medisch manager op een afdeling met RVE zegt dat het maken van beleid juist aan hem is, niet aan de organisatorisch manager, omdat hij de processen beter snapt. Deze erkent echter wel dat er een bepaalde gezamenlijkheid is wat betreft de organisatie aansturen. De rest van de respondenten binnen de RVE's benadrukken voornamelijk de gezamenlijkheid. Een aantal medisch managers geven aan dat zij zich bovenal medicus voelen die tijd moeten vinden voor managementtaken. Het is binnen de RVE's lastig als de medisch managers geen tijd hebben om hun managementtaken te vervullen omdat de besluiten vaak samen gemaakt moeten worden. Er lijkt zich op sommige afdelingen dus wel een machtsstrijd af te spelen waarbij de territoria worden afgebakend en men elkaar beschuldigd van het op de eerste plaats stellen van het financiële gewin. Hierin lijkt het wel of niet aanwezig zijn van een RVE geen rol te spelen. Het lijkt dus niet zo zeer alleen aan de samenwerkingvorm te liggen maar ook aan de persoonlijkheden van de betrokkenen.

Wel geven alle respondenten aan dat zij elkaars input op prijs stellen omdat er vanuit verschillende oogpunten gekeken wordt naar problemen. Daarnaast geven sommige respondenten aan dat zij vinden dat er verschillen moet blijven over wie waarover zijn eindoordeel mag geven. Anderen zijn hier weer minder mee bezig en spreken meer over gezamenlijkheid en gemeenschappelijke verantwoordelijkheid, waarbij gezamenlijke tijd en het houden aan afspraken belangrijke punten zijn. Communicatie, transparantie en een open sfeer zijn belangrijke factoren om inzicht in elkaar zaken te behouden en mensen achter de besluiten te krijgen. Het is belangrijk dat de gezamenlijke belangen niet uit het oog worden verloren met het voornaamste doel, goede patiëntenzorg, voorop. Zowel de medisch managers als de organisatorisch managers erkennen dat meer efficiëntie goed is voor beiden omdat dit een hogere productie en meer geld of tijd kan betekenen. Daarbij is de hoop er dat de medisch managers niet alleen vanuit de belangen van hun specialisme kijken maar ook vanuit die van de afdeling en het ziekenhuis. Twee organisatorisch managers (zowel uit een RVE als een zonder RVE) geven nog wel aan dat zij uiteindelijk gaan over de financiën. Hier komt de onderlinge strijd en het afbakenen van territoria weer naar voren, maar de sticker RVE lijkt hierin niet cruciaal te zijn.

De gezamenlijkheid is een belangrijk punt voor de respondenten, waarbij de doorgebrachte tijd en de manier van communiceren belangrijk wordt geacht om een transparante, open sfeer te creëren waarin beiden inzicht hebben in de werkprocessen. Hierbij wordt er veel nadruk gelegd op de persoonlijkheden van de betrokkenen. Het lijkt dus bijna meer te gaan om persoonlijke affectie dan om volledige professionaliteit. Dit wordt ook ondersteund door het feit dat samen tijd doorbrengen als kritische factor wordt gezien om te zorgen dat belangen, meningen en afspraken gelijk en duidelijk zijn.

Het lijkt niet veel uit te maken in wat voor samenwerkingsverband de respondenten werken als we naar deze resultaten kijken. In beide groepen wordt ongeveer hetzelfde gezegd of zijn de onderlinge verschillen binnen de groepen dermate groot dat dit niet alleen te wijten valt

aan het type samenwerkingsverband. Er wordt door bijna alle respondenten gesproken over een vergroot inzicht in elkaars zaken doordat er meer dialoog is ontstaan met de samenwerking. De samenwerking verloopt in beide groepen echter verschillend. De respondenten die binnen een RVE werken lijken elkaar wel meer nodig te hebben in de dagelijkse gang van zaken. Twee medisch specialisten stellen echter dat er eigenlijk helemaal niet veel is veranderd met de nieuwe sticker RVE, dus of dit komt door de titel 'RVE' of door andere zaken valt te betwijfelen. Een organisatorisch manager in het duale management geeft zelfs aan dat het helemaal niet uitmaakt hoe het genoemd wordt omdat ze toch graag op deze manier samenwerkt en dat niet zal veranderen. Hierdoor lijkt de mate van succes van een samenwerking meer voort te komen uit de persoonlijkheden van de betrokkenen dan aan de typen samenwerkingsvormen.

6. Conclusie

In dit hoofdstuk zal een antwoord worden gegeven op de hoofdvraag. Deze vraag kan beantwoord worden aan de hand van de belangrijkste bevindingen van het onderzoek. De hoofdvraag is als volgt gesteld:

‘In hoeverre heeft samenwerking tussen publieke managers en professionals in de zorg invloed op het spanningsveld tussen economische efficiëntie en professionele autonomie?’

De eerste paragraaf zal zich richten op deze bevindingen en hoe dit zich verhoudt met de theorie. Daarbij zal de focus voornamelijk liggen op de theorie omtrent samenwerken. De laatste paragraaf zal uiteenzetten wat er opvalt aan de resultaten en wat ermee gedaan kan worden in de vorm van aanbevelingen.

6.1 Bevindingen en theorie

Samenwerking zorgt voor dialoog en begrip tussen manager en professional

Het lijkt erop dat de samenwerking tussen de managers en professionals met een managementtaak in dit geval zorgt voor een dialoog waardoor er meer begrip ontstaat voor professionele autonomie en de noodzaak voor economische efficiëntie. Het beeld dat er in de theorie geschetst wordt is dat zij tegenover elkaar staan en vooral bezig zijn hun eigen belangen te behartigen. Dit beeld wordt niet bevestigd in de onderzochte casus, alhoewel er bij bepaalde koppels nog wel een machtsstrijd afspeelt. Over het algemeen lijkt de trend echter te zijn dat de professionals nu zelf meedenken waardoor zij niet meer gezien worden als slachtoffers. Zij hebben nu meer inzicht in, en zeggenschap over, procedures en structuren waardoor zij inzien dat bepaalde maatregelen nodig zijn. Hierbij is het hebben van invloed iets wat zij wel als noodzakelijk achten. De organisatorisch managers hebben meer inzicht in de complexiteit van de medische professie en claimen hier ook op te letten. Ze geven echter wel aan zelf ook slachtoffer zijn van ‘bedrijfsmatige tools’, ‘managerial regimes’ en wettelijke eisen zoals Noordegraaf (2008) aangeeft. Zij hebben het gevoel dat zij stand moeten houden in ketens van beroepsrelaties. De Bruijn (2005) noemt het belang van een goede aansluiting tussen de planmatige manier van verandering ontwerpen door de managers en de emergente innovaties die vanuit de professionals tot stand komen. Door de samenwerking lijkt dit het geval te zijn.

Elkaar nodig hebben of juist niet: het kan beiden ook negatief uitwerken

De verschillen tussen managers en professionals lijken meer begrepen te worden door de personen die samenwerken. Zij lijken bij te willen dragen aan een gezamenlijk resultaat en claimen daarbij niet onmiddellijk hun persoonlijk belang op de eerste plaats te laten komen. De vier verschillende relatieaspecten die Mastenbroek (1996) onderscheidt zijn goed terug te vinden in deze casus. De instrumentele relatie komt in al de interviews met de respondenten naar voren. Vooral in de RVE's hebben de medisch en organisatorisch manager elkaar nodig om door te kunnen werken. Als er dan niet goed afgestemd, overlegd en gecommuniceerd

wordt kan dit tot frustratie leiden. Gezamenlijkheid is namelijk een belangrijk punt voor de respondenten, waarbij zij de hoop uitspreken voor een transparante, open sfeer waarin beiden inzicht hebben in de werkprocessen. In de twee samenwerkingsvormen zijn er verschillen in gezamenlijkheid en in hoeverre ze elkaar nodig hebben. Het lijkt erop dat het er in de instrumentele relatie binnen de RVE voor kan zorgen dat organisatorisch managers gefrustreerd raken. Dit komt doordat zij niet verder kunnen gaan als de medisch manager geen tijd heeft om zijn taken uit te voeren of de beslissingen niet goed communiceert naar zijn achterban. Dit is het ‘fopgedrag’ waarover Weggeman (2005) spreekt waarin de artsen zoveel mogelijk hun gang proberen te gaan met het vertonen van een bepaald soort gedrag om maar zo min mogelijk tijd te hoeven besteden aan managementsystemen. Eén van de medisch managers geeft aan dat hij te weinig tijd heeft voor zijn managementtaken en ook zeker niet van plan is hier tijd voor te maken als het van zijn behandeltime voor patiënten afgaat. Hiermee dwarsboomt hij ook een groot deel van het werk dat de organisatorisch manager wil doen, omdat die niet verder kan zonder zijn samenwerking. De behoefte aan vertrouwen wat nodig is om dit gedrag zo veel mogelijk te voorkomen, lijkt door veel medisch managers wel te worden gevoeld. Zij benadrukken dat zij veel ruimte krijgen om een eigen invulling te geven aan hun beroep. In de samenwerkingsvormen zonder RVE kan het feit dat ze elkaar niet echt nodig hebben in de dagelijkse gang van zaken ertoe leiden dat de medisch managers bijna helemaal uitgesloten worden van het besluitvormingsproces. Een organisatorisch manager kan van mening zijn dat hij gaat over het uiteindelijke beleid en dat de medicus zich hier niet mee bezig wil houden. In dit geval kan hij ervoor zorgen dat de medisch manager niet mee kan beslissen door niet met hem te overleggen in de dagelijkse gang van zaken. Hier komt dus de persoonlijkheid van beide soorten managers naar voren en de invloed dat dit kan hebben op de instrumentele relatie.

Medisch managers kunnen macht misbruiken

Hier kan worden gezien dat de machts- en afhankelijkheidsrelaties ook een rol spelen in dit onderzoek. Als de medisch manager geen tijd vrij kan maken om zich bezig te houden met het management, kan de organisatorisch manager niet verder. In de RVE's lijkt dit sterker te zijn dan in de andere vorm van duaal management. De organisatorisch manager lijkt afhankelijk te zijn van de medisch manager. Als de medisch manager besluit geen tijd vrij te maken voor de managementtaken, kan de organisatorisch manager niet verder met zijn werk en stagneert dit. Doordat hij mandaat heeft van zijn achterban en ook verantwoordelijk is voor het communiceren met de achterban heeft hij hier ook macht in. Hij kan besluiten sommige dingen anders te communiceren of niet te communiceren naar de rest van de specialisten. De medisch manager heeft hier een bepaald soort macht die de organisatorisch manager niet heeft. De organisatorisch manager zou bij het nalaten van zijn taken aangesproken worden door de organisatie. De medisch manager is echter in de eerste plaats nog arts en doet deze managementtaken er vrijwillig bij dus het is moeilijker hem aan te spreken.

Persoonlijkheden zorgen voor het afbakenen van territoria

Een ander punt in de machts- en afhankelijkheidsrelatie is dat de respondenten in de interviews aangeven dat zij elkaar zien als gelijken. Maar als het gaat over besluitvorming zijn

twee organisatorisch managers (met en zonder RVE) toch wel standvastig in het punt dat zij gaan over de financiële kant van de afdeling en dat de medisch manager daar uiteindelijk weinig over heeft te zeggen. Een medisch manager in een RVE geeft juist aan dat hij over het beleid gaat. Hier lijkt toch wel degelijk sprake te zijn van een machtsstrijd waarbij het territorium wordt afgebakend. Maar dit lijkt per afdeling verschillend te zijn. Een andere RVE heeft het namelijk zo geregeld dat de medisch manager over de kosten en opbrengsten gaat. Het lijkt dus op de personen in het samenwerkingsverband aan te komen wie het meest zeggenschap over wat heeft. Doordat alle betrokkenen erkennen dat ze niet op alle terreinen de benodigde kennis kunnen hebben omdat dit teveel zou zijn, moeten ze bepaalde dingen uit handen geven. De macht in de relatie kan hierdoor per duo zeer verschillen.

Tijd en persoonlijke affectie zorgen voor gevoelsmatige betrekkingen

Er kan ook gekeken worden naar de sociaal-emotionele relatie zoals Mastenbroek (1996) deze benoemt. Deze relatie gaat over gevoelsmatige betrekkingen gericht op individuen en de groep waartoe zij behoren. Er lijkt een verschil te zijn in hoe betrokken de partijen zijn. De ene medisch manager moet het werk in zijn vrije tijd doen en de ander krijgt er een dagdeel voor. Meerdere medisch managers benadrukken ook dat ze vooral medicus zijn en niet een manager en dat de managementtaken wel echt op de tweede plaats komen. Ze lijken allen betrokken en tonen ook de wil om zich in te zetten in het management, maar ze kunnen er niet allemaal de tijd vinden. Hierdoor voelen zij zich nog steeds medicus op de eerste plaats, maar wel met een andere houding dan vroeger met meer begrip voor het managementaspect. Persoonlijke affectie wordt als een belangrijke eis gezien voor een goede samenwerking. Hierbij wordt samen tijd doorbrengen, om de belangen en meningen op één lijn te krijgen en afspraken te maken, ook als belangrijke factor gezien.

Erkennen van gezamenlijk belang zorgt voor overleg

Het laatste relatieaspect dat Mastenbroek (1996) benoemt is de onderhandelingsrelatie. Er wordt tussen de medisch en de organisatorisch manager veel gepraat over personeel, budgetten, apparatuur en ruimte. Hierbij wordt vanuit beide optieken duidelijk gemaakt wat er nodig en mogelijk is. Vaak is geld een restrictie waardoor iets niet door kan gaan. Er wordt door veel respondenten benadrukt dat er toch eigenlijk weinig tegenstrijdige belangen zijn. Een goede organisatie lijkt ervoor te zorgen dat er meer productie en zo ook omzet gedraaid wordt en daarnaast kan door een vergrootte efficiëntie vrije tijd ontstaan. Dit is in belang van beiden geven zowel medisch managers als organisatorisch managers aan. Hierdoor is het meer overleg, waarbij medische en bedrijfsmatige logica gedeeld wordt, dan onderhandeling.

De angst bestaat nog wel onder de organisatorisch managers dat de medisch managers teveel vanuit hun specialistische optiek naar problemen kijken. Zij vrezen dat de medisch managers hun belang als arts boven hun belang als manager zullen plaatsen, waardoor zij sommige beslissingen die noodzakelijk zullen zijn vanuit managementoptiek niet willen nemen. Hier zal het dan dus weer liggen aan de machtsrelatie wie welke beslissingen doorgevoerd of geblokkeerd krijgt. Het zal belangrijk zijn dat de medisch manager en de organisatorisch manager in ieder geval goed kunnen overleggen over zaken en dat zij elkaar vertrouwen, zodat de onderliggende belangen op tafel komen te liggen.

Tegenstellingen hoeven niet per se tot kloven of breuken te leiden

Er zijn dus wel tegenstellingen, maar deze tegenstellingen lijken in het algemeen niet te leiden tot kloven of breuken. Respondenten geven aan dat er soms wel kleine conflicten zijn, maar dat er met duidelijk overleg altijd wel uit te komen valt. De medisch managers geven aan dat zij zich niet bedreigd voelen in hun professionele autonomie en dat dit komt door het inzicht en de inspraakmogelijkheden die zij gekregen hebben. Soms moet één van de twee wel inschikken, maar dan wordt na overleg overeengekomen dat dit toch de beste oplossing is. De tegenstellingen lijken voornamelijk niet uit de hand te lopen en te leiden tot kloven en breuken. Noordegraaf (2008) zegt dat het de taak is van de manager om te zorgen dat de tegenstellingen niet uitmonden in kloven en breuken. Of dit hen goed lukt of dat de medisch managers ook een rol spelen door in te schikken blijft een punt om over na te denken. Het lijkt er namelijk op dat samenwerkingsvormen die minder stabiel zijn dit te danken hebben aan het feit dat de gezamenlijke tijd ontbreekt of aan persoonlijkheden van betrokkenen. Dit kan de organisatorisch manager niet alleen oplossen.

Kortom: samenwerken heeft een grote invloed

Als publieke managers en professionals in de zorg samenwerken heeft dit kortom een grote invloed op het spanningsveld tussen economische efficiëntie en professionele autonomie. Hierbij staat het niet vast welke samenwerkingsvorm het beste is want elke vorm heeft zijn voor- en nadelen. Het ligt wel aan de persoonlijkheden van de betrokkenen in hoeverre de samenwerkingsvormen goed verlopen, maar de respondenten geven bijna allemaal aan dat zij wel meer inzicht in en begrip voor elkaars gebieden hebben gekregen. De gezamenlijkheid is voor de respondenten een belangrijk punt. De respondenten geven als reden voor het gebrek aan grote conflicten het vergrootte inzicht dat er is gekomen met behulp van de samenwerking. Daar speelt de factor gezamenlijke tijd een grote rol in. De respondenten geven aan dat zij beseffen dat ze elkaar nodig hebben en dat elkaars inbreng voordelig kan zijn voor de processen in het ziekenhuis. De medisch managers geven ook aan dat zij de noodzaak van economische efficiëntie nu beter begrijpen door het inzicht dat zij gekregen hebben met de samenwerking. Respondenten geven wel aan dat de persoonlijke betrokkenheid van medici bij organisatievraagstukken afhangt van factoren zoals hoe lang ze in dienst zijn en wat hun leeftijd is. Machts- en afhankelijkrelaties zoals Mastenbroek (1996) deze beschrijft zijn duidelijk aanwezig in deze casus. De medisch managers voelen zich nog altijd in de eerste plaats medicus. Als zij dan geen tijd vrijmaken om hun managementtaken te vervullen in een RVE kan de organisatorisch manager ook niet verder. Dit geeft hen een bepaalde macht. Maar in een aantal gevallen lijkt de macht meer bij de organisatorisch manager te liggen. Per duo kan het dus verschillen welke kant dit machtsspel opgaat. Dit heeft waarschijnlijk voor een groot deel met de persoonlijkheden van de betrokkenen te maken. Hoe dit elkaar precies beïnvloed is aan de hand van dit onderzoek niet te zeggen.

De medisch managers in dit onderzoek zijn positief over het hebben van professionele autonomie door de inspraakmogelijkheden die zij hebben. Daarnaast geven de respondenten aan dat een 'match' qua personen haast even belangrijk is om prettig met elkaar samen te werken en tot besluiten te komen. De sociaal-emotionele relatie van Mastenbroek (1996) blijkt dus een grote rol te spelen. Zijn uitspraak dat samenwerking invloed heeft op de

gevoelsmatige betrekkingen wat een teamgeest of loyaliteit kan creëren lijkt stevige grond te hebben in dit onderzoek naar de relatie tussen managers en professionals. Er moet bij het selecteren van de managers dus niet alleen gelet worden op de geschetste functieprofielen om te zien of de personen geschikt zijn om de functies te vervullen, maar ook op het feit of zij bereid zijn nauw samen te werken met een ander. Alleen dan kan de beweging van een hersteld vertrouwen in de professional doorgezet worden en de vervreemding van het beleid met de werkvloer tegengegaan worden. De NPM-ontwikkeling in de maatschappij kan moeilijk genegeerd worden maar het is belangrijk om nieuwe manieren te vinden om hiermee om te gaan. Samenwerken lijkt er hier één van te zijn, zolang persoonlijkheden maar op elkaar aansluiten. Zoals de Bruijn (2005) aangeeft kunnen zowel de opvattingen in het systeem van de managers als in het professionele systeem als juist worden bestempeld. Sterkere relaties tussen beide werelden, zodat informatie over en weer uitgewisseld kan worden en er meer sprake kan zijn van management vanuit de kennis van de professie, zullen nodig zijn in onze veranderende maatschappij.

6.2 Aanbevelingen

De aanbevelingen van dit onderzoek sluiten hier dan ook bij aan. De aanbevelingen gaan eigenlijk in het algemeen op voor alle situaties waarin managers en professionals samenwerken. Hieronder worden ze uiteengezet voor professionals en managers als individuen, voor ziekenhuizen en voor het overheidsbeleid.

Professionals en managers

Aangezien de positieve respons van de respondenten op de verschillende samenwerkingsvormen is het belangrijk voor managers en professionals om open te staan voor elkaars standpunten. Zij moeten bereid zijn om samen te werken. Uit dit onderzoek komt naar voren dat inzicht in elkaars werkprocessen het begrip tussen beide groepen versterkt. Het zal lastiger zijn om dit te bewerkstelligen als er sprake is van bepaalde persoonlijkheden, maar toch moet getracht worden door met communicatie, transparantie en een open sfeer begrip te kweken. Een vergroot inzicht in de processen lijkt voor professionals een groot verschil te maken in hun gevoel van aantasting van de professionele autonomie. Als daar dan ook nog inspraak bij komt, hebben professionals een gevoel van controle. De professionals moeten dan wel de tijd vrij maken voor de managementtaken die ze krijgen, anders kan het frustratie opleveren voor de managers die moeten wachten op de professionals in de samenwerking. De managers stellen de input van de medici ook op prijs omdat er zo oplossingen aangedragen worden die ze zelf nooit hadden kunnen bedenken door gebrek aan de nodige kennis. Gelijke belangen in het efficiënter maken van de afdeling moeten wel erkend worden.

Ziekenhuizen

De belangrijkste aanbeveling is om samenwerking te bewerkstelligen waar mogelijk, tussen managers en professional. Samenwerkingsvormen lijken het begrip tussen managers en professionals te versterken. Daarbij moet wel goed opgelet worden bij het selecteren van de medisch managers en de organisatorisch managers. De samenstelling van het koppel blijkt van evident belang te zijn voor het ontstaan van een goede en productieve samenwerking.

Vertrouwen in elkaar blijkt een grote factor te zijn in de bereidheid om mee te werken van beide partijen. Als vertrouwen ontbreekt kan één van de partijen weigeren tijd vrij te maken. Zo kan de samenwerking en daarmee de voortgang worden geblokkeerd als ze elkaar nodig hebben in de dagelijkse processen. Als er daarnaast mensen aangenomen worden die niet onder het gezochte functieprofiel vallen, kan dit tot frustratie leiden. Indien er geen andere kandidaten zijn zal er overwogen moeten worden of het gezochte profiel dan niet beter aangepast kan worden om te voorkomen dat er valse verwachtingen ontstaan.

Er moeten duidelijke afspraken gemaakt worden over de verantwoordelijkheden van zowel de manager als de professional. Als alles samen besloten moet worden kan dit problemen opleveren voor de voortgang. Indien zij echter meer gescheiden gebieden hebben kan dit problemen opleveren voor het gevoel van professionele autonomie doordat bepaalde beslissingen zonder overleg genomen worden. De samenwerking hoeft niet per se in een RVE plaats te vinden, deze manier van samenwerking is misschien juist wel lastig omdat de managers en professionals elkaar teveel nodig hebben in besluitvorming omtrent de dagelijkse zaken. Zonder RVE kan het echter lastig zijn om te bewerkstelligen dat de professional ook echt wat te zeggen heeft en te voorkomen dat de manager alles zelf wil doen zonder overleg.

Er moet ook rekening worden gehouden met het feit dat de gelijkwaardigheid in het gedrang komt als de medisch manager minder tijd heeft om zich met het management bezig te houden. Hieruit kunnen machtspelletjes ontstaan als de één niet verder kan werken zonder de ander.

Indien de professionals wel wordt gezegd dat ze mee mogen besluiten, moeten zij verantwoordelijkheden krijgen en moet hen de mogelijkheid gegeven worden om tijd vrij te maken voor hun medezeggenschap. Het is belangrijk om medici die geen interesse hebben in managementtaken, deze ook niet aan hen op te dringen. Een kans om mee te praten maakt al een verschil, maar feit is dat sommige artsen hier weinig behoefte aan hebben. De respondenten geven aan dat de toewijding van de professionals vooral ligt aan de leeftijd van de professionals en op welk punt zij zich bevinden in hun carrière. Levensfase en leeftijd blijken dus inderdaad belangrijke factoren voor de toewijding aan de organisatie, zoals Trappenburg (2011) beschrijft. Hierbij geven meerdere medisch managers aan dat artsen die geen interesse hebben ook niet gedwongen moeten worden zich met het management bezig te houden. Artsen zijn in de eerste plaats gecommitteerd aan hun directe beroep arts. Er kan wel getracht worden hun betrokkenheid en coöperatie te vergroten door ze meer verantwoordelijkheid te geven voor een aandachtsgebied.

Overheidsbeleid

Het is voor de overheid belangrijk om meer onderzoek te laten doen naar mogelijkheden en effecten van samenwerking tussen professionals en managers. Bepaalde samenwerkingsvormen kunnen ervoor zorgen dat er minder conflicten, en hiervoor in de plaats meer inzicht zal ontstaan op de werkvloer. De efficiëntie van vele organisaties zou hierdoor vergroot kunnen worden. Dit zal voordelig zijn voor het functioneren van de maatschappij.

7. Reflectie

In dit hoofdstuk zal er worden ingegaan op zaken die discussie zouden kunnen oproepen onder lezers. Er zal gereflecteerd worden op de methode van dit onderzoek en hoe deze methode invloed gehad kan hebben op de conclusies van dit onderzoek. Daarnaast zal de mogelijke invloed van de conclusies uit het onderzoek op het maatschappelijke debat aan bod komen. Tot slot zullen er mogelijkheden aangegeven worden voor vervolgonderzoek.

7.1 Discussie omtrent de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek

De selectie van de respondenten is het eerste punt dat ter discussie kan staan. De respondenten in de RVE's zijn aangedragen door de organisatieadviseur van het ziekenhuis. De organisatieadviseur heeft hen van te voren een e-mail gestuurd met de aankondiging dat ik contact met hen op zou nemen en met de vraag of ze mee zouden willen werken. Door haar tussenkomst kan het zijn dat niet alle respondenten even open zijn geweest. Eén respondent gaf zelfs aan dat zij minder open zou zijn nu de organisatieadviseur er ook bij betrokken was. Andere respondenten vroegen ook naar de rol van de organisatieadviseur in het onderzoek. Dit kan dus een belemmering geweest zijn in hun openheid. Dit zou dan vervolgens weer invloed hebben kunnen gehad op mijn resultaten. Nu waren veel van de respondenten erg positief over de RVE's. Een van de weinigen die niet onverdeeld positief was gaf aan dat bepaalde zaken te gevoelig waren om over te praten, zeker als de organisatieadviseur ook betrokken was en de resultaten openbaar gemaakt zouden kunnen worden. Zo kan ik dus misschien zaken hebben gemist die grotere problemen zouden kunnen zijn.

Een ander punt met betrekking tot de resultaten is dat de medisch managers die in een RVE werken misschien toch al de meest betrokken artsen bij het management zijn. Een aantal artsen gaf ook al aan zich vóór het label medisch manager ook te bemoeien met managementaspecten. Het is dus maar de vraag in hoeverre zij representatief zijn voor de tevredenheid van de gemiddelde medicus op de afdeling en of zij niet meer zelf al op een manager zijn gaan lijken.

Het is een gemis dat twee medisch managers die minder blij leken te zijn met de samenwerking op de afdeling niet mee wilden werken aan het onderzoek. De organisatorisch manager van deze afdeling was ook de manager die van mening was dat managementtaken artsen niet interesseren en die stellig zei dat hij over het financiële plaatje ging. Eén van de medisch managers gaf aan geen tijd te hebben en de ander stelde het volgende:

“Met belangstelling heb ik uw verhaal gelezen, maar ik ga mijn tijd niet besteden hieraan. Ik verwijs naar uw eigen opmerkingen over economische efficiëntie en autonomie.”

Hij insinueert hier dus eigenlijk dat hij niet tevreden is over zijn professionele autonomie en hoe de aandacht uitgaat naar economische efficiëntie. Als deze managers ook mee hadden gedaan aan het onderzoek waren de conclusies misschien wel anders uitgepakt omdat er dan niet voornamelijk positieve mensen aan het woord zouden zijn geweest.

Daarnaast blijven ziekenhuizen organisaties waarbinnen de verschillende onderdelen zeer divers zijn. De specialismen zijn verschillend waardoor elke afdeling anders ingericht wordt.

Dit heeft ook zijn impact op de toepasbaarheid van samenwerken. Sommige afdelingen of RVE's zullen te complex zijn om volledig samen met twee mensen te besturen.

7.2 Kan de kloof gedicht worden door samenwerking?

In het geval van deze casus lijken de tegenstellingen tussen managers en professionals minder hevig te zijn dan in de geschetste literatuur. De respondenten in het onderzoek geven zelf aan dat dit volgens hen ligt aan het vergrootte inzicht dat er is ontstaan in het samenwerkingsverband waarin zij werken. De professionals geven aan dat hun houding tegenover het management is veranderd nu zij meer kijk hebben op de processen en op wat er mogelijk is en wat niet. Dit is een belangrijke notie voor het maatschappelijke debat wat er gaande is. Het boek Beroepszeer (2005) gaat erover dat managers steeds verder vervreemd zijn geraakt van de concrete problematiek op de werkvloer en dat het vertrouwen hierbij in de professional verdwenen is. De managers en professionals worden in dit boek tegenover elkaar gezet, waarbij de manager de boosdoener is die de professional niet genoeg autonomie geeft en het vertrouwen in de hoogopgeleide professional ondermijnt. In dit onderzoek wordt echter de indruk gewekt dat wederzijds inzicht in de werkprocessen bijdraagt aan meer onderling begrip en vertrouwen. Door de inspraakmogelijkheden wordt ook het gevoel van professionele autonomie behouden. In plaats van de professionals en de managers compleet tegenover elkaar te zetten kan er dus ook getracht worden om hen elkaar beter te laten begrijpen door ze te laten communiceren en samen te laten werken. Op deze manier kan het gevoelde gebrek aan vertrouwen aan de kant van de professionals weer hersteld worden. Daarmee kan het gevoel van waardering ook weer terugkomen.

Door vernieuwde samenwerkingsvormen zullen de managers het misschien ook minder hoeven te ontgelden. Zoals Noordegraaf (2008b) aanhaalt worden publieke managers steeds vaker neergezet alsof ze tegenover professionals staan en het goed behandelen van cliënten en patiënten in de weg staan. Bij een samenwerking waarbij zowel de manager als professional verantwoordelijk zijn voor het goed functioneren van de afdelingen, kunnen de professionals niet meer als slachtoffers worden gezien en de managers daarnaast niet meer als schuldig aan het deprofessionaliseren van hoogopgeleide werknemers.

Hierbij moet echter wel rekening gehouden worden met het feit dat in dit onderzoek naar voren kwam dat niet iedere manager en niet iedere professional geschikt was om samen te werken, verantwoordelijkheden te delen en de strijdbijl neer te leggen. Persoonlijkheden bleken belangrijk en de match tussen persoonlijkheden evenzo. Bepaalde mensen zullen waarschijnlijk uit zichzelf al minder autonomie of macht claimen.

De vraag naar beter presterende publieke organisaties zal waarschijnlijk niet afnemen en de invloed van NPM zal hier een rol in blijven stelen. Kostenbeheersing en prestatiebevordering zullen punten blijven waarop publieke organisaties in moeten spelen. Door kortingen op hun budget zullen ziekenhuizen in het bijzonder moeten gaan inspelen op de marktwerking en rekening gaan houden met de concurrentie. Er moet zo een tussenweg gevonden worden om betere prestaties aan de hand van budgettering, kostenbeheersing en maatregelen voor een efficiëntere zorg te realiseren zonder de professionele autonomie van de artsen uit het oog te verliezen. Want de belangrijkste functie van de zorg is zorgen dat de samenleving een plek

heeft om beter gemaakt te worden, op een kwalitatief hoogstaande, efficiënte en kostenbeersbare manier zodat het toegankelijk blijft voor alle burgers. Er moet in de gaten gehouden worden dat zowel de belangen van de managers als de belangen van de professionals gericht blijven op deze functie. Samenwerken zou een manier kunnen zijn om te zorgen dat de managers en professionals meer begrip krijgen voor elkaar en dat de kwaliteit in de zorg weer toeneemt.

7.3 Vervolgonderzoek

In een vervolgonderzoek zou het interessant zijn om te kijken of alleen de medisch managers nu zo tevreden zijn. Het kan zijn dat de specialisten die al het meest interesse toonden voor managementzaken de functie van medisch manager hebben gekregen. Het zou waardevol zijn om te kijken hoe medici die deze rol nu niet hebben tegen de spanningen tussen managers en professionals aankijken. Zij zijn namelijk ook minder betrokken in het besluitvormingsproces en hebben ook minder inspraak. De medisch manager heeft het mandaat en moet zaken met de andere specialisten bespreken, maar hij heeft toch meer macht omdat hij uiteindelijk rond te tafel zit met de organisatorisch manager.

Een andere suggestie die het moeite van het onderzoeken waard is komt voort uit de opmerking van twee organisatorisch managers over de mate van coöperatie onder specialisten. De respondenten gaven namelijk aan dat artsen in loondienst van het ziekenhuis bereidwilliger zouden zijn om mee te werken dan artsen die in dienst zijn van hun maatschap. In het laatste geval hangt hun salaris namelijk af van de productie die zij draaien en zijn de belangen dus veel groter als het gaat om efficiëntie maatregelen die hen kunnen raken in de productie. Als de artsen in loondienst zijn zullen zij waarschijnlijk sneller meewerken omdat maatregelen geen directe effecten hebben op hun eigen winst. Maar het risico hiermee is ook dat de medici dan minder moeite doen om processen efficiënt in te delen omdat zij hun geld toch wel krijgen. Het zou interessant zijn om te kijken hoe dit werkt in de praktijk.

Een andere suggestie van een respondent was dat de mate van coöperatie afhangt van de specialisatie van de arts. Hij meende dat snijdende artsen, die veel van hun tijd doorbrengen op de operatiekamer, minder coöperatief zouden staan dan ondersteunende artsen, die meer persoonlijk contact hebben met de patiënten. Als er in zijn claim op het verschil tussen 'snijdende' en 'ondersteunende' artsen een kern van waarheid zit kunnen deze factoren een grote invloed hebben op hoe een bestuurder om zou moeten gaan met de verschillende afdelingen in een ziekenhuis. Hierdoor is het belangrijk dat gekeken wordt naar hoe de behoeften onder de diverse specialismen verdeeld zijn. Misschien heeft de ene afdeling dan wel een heel ander soort management nodig dan de andere afdeling. Samenwerken zou op de ene afdeling wel kunnen werken, waar het op de andere afdeling een fiasco wordt.

Een belangrijke uitkomst van dit onderzoek is dat het wel of niet aanwezig zijn van een machtsstrijd en de mogelijkheid op slagen van de samenwerking ligt aan de persoonlijkheden van de betrokkenen. Het zou interessant zijn om te kijken naar de effecten van verschillende persoonlijkheden op samenwerken.

8. Dankwoord

Deze scriptie luidt het einde in van mijn bacheloropleiding Bestuurs- en Organisatiewetenschap aan de Universiteit Utrecht. Een aantal maanden heb ik me voor deze scriptie met allerlei facetten beziggehouden van Ziekenhuis Gelderse Vallei die ik nog niet kende. Het is voor mij een uitdaging gebleken om een goed, betrouwbaar en valide onderzoek te doen binnen een grote organisatie. Zonder de steun en hulp van een aantal mensen om mij heen had ik het niet kunnen redden.

Ten eerste zou ik de respondenten willen bedanken voor hun hulp. Zonder hen was het schrijven deze scriptie niet mogelijk geweest. Zij hebben allen tijd weten vrij te maken uit hun drukke schema's om mij een uur te kunnen spreken, waar ik hen erg dankbaar voor ben. Het waren leerzame en interessante gesprekken voor mij. Daarnaast was het fijn te merken dat zij erg geïnteresseerd waren naar het resultaat. De medewerking van deze betrokkenen heeft ervoor gezorgd dat ik dit onderzoek heb kunnen doen.

Daarnaast wil ik Evelien Beentjes bedanken, zonder wie ik niet ver gekomen was in het vinden van respondenten binnen het ziekenhuis.

Stephan Grimmelikhuijsen wil ik bedanken voor zijn adviezen en zijn geduld. Zijn adviezen doordat deze mij altijd weer stof tot nadenken gaven en de mogelijkheden om een andere weg in te slaan openhielden. Zijn geduld met het feit dat ik tegelijkertijd met het schrijven van mijn scriptie in het buitenland heb gestudeerd, heb ik als erg prettig ervaren. Zelfs toen het wat moeizamer liep voelde ik me toch gesteund. Dank hiervoor.

Tot slot wil ik mijn ouders, zus en vriend bedanken voor de gesprekken en discussies die ik over mijn scriptie heb kunnen voeren en hun getoonde interesse.

Hagar Michel

Literatuurlijst

Alvesson, M. & Deetz, S. (2000), Alternative social science perspectives. In: *Doing critical management research*, Londen: Sage (p 23-47)

Boeije, H. (2006), *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Amsterdam: Boom Onderwijs

Brink, G. van den, Th. Jansen en D. Pessers (red.), (2005), *Beroepszeer: waarom Nederland niet goed werkt*, Amsterdam: Boom.

Dijk, D. van & Wapstra, T. (2005), *Een Goede Samenwerking*, Thiememeulenhoff: Utrecht/Zutphen

Freidson, E. & Lorber, J. (2005), *Medical Professionals and the Organization of Knowledge*, New Brunswick, NJ: Transaction Publishers

Gastelaars, M. (2011). Hoofdstuk 17: Over opgedrongen verplichtingen, uijdijende systemen en systemen-in-gebruik. In M. Noordegraaf, K. Guijen en A. Meijer (red.), *Handboek Publiek Management*.

Lipsky, M. (1980). *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russel Sage Foundation.

Mastenbroek, W.F.G. (1996), *Conflicthantering en organisatieontwikkeling*, Kluwer: Deventer

Noordegraaf, M. (2008a), *Management in het publieke domein: Issues, instituties en instrumenten*, Coutinho: Bussum

Noordegraaf, M. (2008b), *Professioneel bestuur. De tegenstelling tussen publieke managers en professionals als 'strijd om professionaliteit'*. Den Haag: Uitgeverij LEMMA.

Osch, W. van & Wiel, H. van der (2001), *Competent communiceren: handboek voor de professional*, Van Gorcum: Assen

Ridderbos, M. (2011). Hoofdstuk 12: Financieel management. In M. Noordegraaf, K. Guijen en A. Meijer (red.), *Handboek Publiek Management*.

Schmid, A. & Götze, R. (2009). Cross National Policy Learning in Health System Reform: The case of Diagnosis Related Groups. *International Social Security Review*, 62(4), 21-40

Trappenburg, M. (2011). Hoofdstuk 9: Managers en professionals. In M. Noordegraaf, K. Guijen en A. Meijer (red.), *Handboek Publiek Management*.

Vierde halfjaarreportage organisatieontwikkeling Ziekenhuis Gelderse Vallei (2010) Ede

De Wit, B. & van der Meulen, M. (2011). Hoofdstuk 3: Publieke Managers – ficties en feiten. In M. Noordegraaf, K. Guijen en A. Meijer (red.), *Handboek Publiek Management*.

Bijlage A

Interview met de organisatorisch managers RVE

Algemeen:

- Hoe zou u uw functie omschrijven? (afdelingshoofd, manager, etc.)
- Hoe ziet u uw rol en de rol van de medisch managers (in de samenwerking)?

Beeld van (economische) efficiëntie (zoals bedoeld en beschreven in de halfjaarlijkse reportage van de kerngroep organisatieontwikkeling)

- Is uw 'core business' op orde? (apparatuur, afdeling zelf)
- Heeft u het idee dat de samenwerking met de medisch manager meewerkt aan een betere efficiëntie, financiële situatie, besluitvorming, prestaties en kwaliteit? (doel ziekenhuis)
- Wat is er verandert in het beeld van beleidsvoering door de samenwerking?

Beeld van (gebrek aan) professionele autonomie (zoals geschetst in de theorie)

- In hoeverre laat u de professional vrij in zijn werk op het gebied van
 - o Geld
 - o Tijd(sbesteding)/werkverdeling
- Maakt u veel gebruik van controlemechanismen?
- Wordt er meer met taakstellingen, targets, productietijden, doorlooptijden, kengetallen etc. gedaan? Worden expliciete verwachtingen uitgesproken en zijn er tussentijdse resultaatbesprekingen?

Beeld van samenwerken (vragen aan de hand van de samenwerkingsrelaties van Mastenbroek (1996) en de operationalisatie daaruit volgend)

Instrumentele relatie:

- Wat is de setting en zijn de momenten van overleg (laatste overleg?) wie bepaalt dat?
- Hoe verloopt de communicatie in overleg (wie meest aan het woord, in te brengen)?

Sociaal-emotionele relatie:

- Hoe verloopt de dagelijkse communicatie en samenwerking? Voelt u zich hier prettig bij?
- Hoe zou u de samenwerking(srelatie) omschrijven?

Onderhandelingsrelatie:

- Is er sprake van bepaalde onderhandelingen? (bijv. op het gebied van personeel, budgetten, apparatuur en ruimte?)

Machts- en afhankelijkheidsrelatie:

- Zijn er verschillen in wie waarover beslist? Op het gebied van organisatie, kwaliteit, kosten, opbrengsten en klantgerichtheid? (Artsen meer over medische zaken en managers meer over geldstromen etc.?)

- Wat gaat goed? Wat gaat minder? (botsen tegenstrijdige belangen, is het effectief, neemt ieder zijn verantwoordelijkheid worden afspraken nagekomen?)

Meer vrij en eigen interpretatie respondenten:

- Wat zijn de risico's van deze samenwerking?
- Wat vindt u belangrijk in de samenwerking?

Interview met de medische managers RVE

Algemeen:

- Hoe zou u uw functie omschrijven? (afdelingshoofd, manager, etc.)
- Hoe ziet u uw rol en de rol van de organisatorisch managers (in de samenwerking)?

Beeld van (economische) efficiëntie (zoals bedoeld en beschreven in de halfjaarlijkse reportage van de kerngroep organisatieontwikkeling)

- Heeft u het idee dat de samenwerking met de organisatorisch manager meewerkt aan een betere efficiëntie, financiële situatie, besluitvorming, prestaties en kwaliteit?
- Wat is er veranderd in het beeld van beleidsvoering door de samenwerking?

Beeld van (gebrek aan) professionele autonomie (zoals geschetst in de theorie))

- Heeft u het gevoel dat u vrijgelaten wordt om uw functie te vervullen? Op het gebied van tijdsbesteding/werkverdeling en geld?
- Wordt er meer met taakstellingen, targets, productietijden, doorlooptijden, kengetallen etc. gedaan? Worden expliciete verwachtingen uitgesproken en zijn er tussentijdse resultaatbesprekingen?
- Voelt u zich sterker verbonden met de organisatie nu u ook managementfuncties heeft?

Beeld van samenwerken (vragen aan de hand van de samenwerkingsrelaties van Mastenbroek (1996) en de operationalisatie daaruit volgend)

Instrumentele relatie:

- Wat is de setting en zijn de momenten van overleg (laatste overleg?) wie bepaalt dat?
- Hoe verloopt de communicatie in overleg (wie meest aan het woord, in te brengen)?

Sociaal-emotionele relatie:

- Hoe verloopt de dagelijkse communicatie en samenwerking? Voelt u zich hier prettig bij?
- Hoe zou u de samenwerking(srelatie) omschrijven?

Onderhandelingsrelatie:

- Is er sprake van bepaalde onderhandelingen? (bijv. op het gebied van personeel, budgetten, apparatuur en ruimte?)

Machts- en afhankelijkheidsrelatie:

- Zijn er verschillen in wie waarover beslist? Op het gebied van organisatie, kwaliteit, kosten, opbrengsten en klantgerichtheid? (Artsen meer over medische zaken en managers meer over geldstromen etc.?)
- Wat gaat goed? Wat gaat minder? (botsen tegenstrijdige belangen, is het effectief, neemt ieder zijn verantwoordelijkheid worden afspraken nagekomen?)

Meer vrij en eigen interpretatie respondenten:

- Wat zijn de risico's van deze samenwerking?
- Wat vindt u belangrijk in de samenwerking?