



‘Zo doen wij dat nu eenmaal’

*Competentieversterking bij medische professionals
via professionele culturen*

'Zo doen wij dat nu eenmaal'

*Competentieversterking bij medische professionals
via professionele culturen*

Datum

2 juli 2013

Type

Masterscriptie

Auteur

Tomas Beerthuis
Master Publiek Management
Utrechtse School voor Bestuurs- en Organiseringswetenschap
Universiteit Utrecht, Utrecht

Begeleiders

Prof. Dr. Mirko Noordegraaf
Mw. Prof. Dr. Margo Trappenburg (tweede lezer)

Organisatie

Universitair Medisch Centrum Utrecht
Mw. Prof. Dr. Margriet Schneider

Samenvatting

De zorgsector heeft in toenemende mate te maken met werk- en prestatiedruk. Door vele hervormingen en reorganisaties heeft de sector te maken met permanente budgettaire druk. Daarnaast is de zorgvraag exponentieel toegenomen (onder andere door een sterk toegenomen vergrijzing) en is deze ook meer gedifferentieerd (meer divers en gespecialiseerd door toegenomen innovatie en specialisatie). De zorgsector is de afgelopen jaren ook steeds verder gegroeid naar een marktgestuurde sector. Hierin staan steeds vaker wensen van consumenten centraal, met als gevolg een sterkere concurrentie tussen zorginstellingen. Door deze ontwikkelingen hebben medische professionals steeds vaker *'nieuwe' organisercompetenties* nodig zoals *'samenwerken'*, *'verandermanagement'* of *'communiceren.'* Het gaat om competenties die inspelen op de prestatiedruk, maar ook op de veranderende maatschappij en de nieuwe rol van professionals daarin. Deze competentieversterking verloopt echter stroef. In een poging om bovenstaande ontwikkelingen te beheersen, passen organisaties geregeld *top-down* gestuurde, dwingende veranderprocessen toe. Deze stuiten echter op professionele culturen: culturen waarin autonomie en zelfsturing zeer belangrijk zijn. Verandering van deze culturen lijkt een zeer moeilijke, zo niet op de korte termijn onmogelijke, opgave. Om competentieversterking toch mogelijk te maken kan in plaats van het *'doorbreken'* van professionele culturen of het *'opleggen'* van veranderingen zoals competentieversterking, juist gekeken worden naar *het vormgeven van veranderprocessen op een manier die aansluit bij professionele culturen.*

Probleemstelling

Om competenties te versterken kunnen veranderprocessen aansluiten bij professionele culturen, maar het is onduidelijk op welke manier deze aansluiting kan worden vormgegeven. In het licht van de veranderingen in de zorg wordt naarstig gezocht naar manieren om professionals *'mee te krijgen'* in competentieversterking, maar *kennis over manieren om dit te doen ontbreekt.* Hierdoor is dit probleem zowel een praktisch probleem (hoe kan dit worden aangepakt) als een academisch probleem (hoe werken professionele culturen en competentieversterking bij professionals). Dit heeft geleid tot een centrale vraagstelling: ***“Op welke manier kunnen veranderprocessen gericht op competentieversterking bij professionals worden vormgegeven, zodat deze aansluiten bij professionele culturen en welke factoren beïnvloeden deze aansluiting?”***

Context

Parallel aan de toegenomen werk- en prestatiedruk, heeft zich de afgelopen jaren in de zorgsector een *managementrevolutie* voorgedaan, waardoor veel weerstand tegen managers is ontstaan, maar ook tegen dwingende veranderprocessen in het algemeen. In toenemende mate worden deze *organiseercompetenties* belangrijk voor professionals. Dit komt bijvoorbeeld door de specialisering van de zorg, waardoor professionals interdisciplinair moeten samenwerken. Dergelijke organisercompetenties ontwikkelen professionals echter nog niet. Dit komt enerzijds door het socialisatieproces van medische professionals waarin zij elkaar opleiden en anderzijds door de niet effectieve manier waarop veranderprocessen worden vormgegeven (geen aansluiting bij culturen).

Theorie

Professionele competenties lijken vanuit de theorie niet automatisch aan te sluiten bij professionele culturen. Organiseercompetenties zijn juist niet *technisch* of *vakinhoudelijk* maar eerder *fuzzy* en *tacit*. Ook zijn ze *ogenschijnlijk* niet belangrijk voor het primaire proces van professionals, wat gericht is op de patiënt. Eveneens werd geconstateerd dat veranderprocessen vaak geen aansluiting vinden door een *clash* van culturen: dwingende



veranderprocessen worden vaak door professionals gezien als een inbreuk op autonomie. Juist deze zaken komen terug in de *tradities* (autonomie, hiërarchie), *stijlen* (gestandaardiseerde, bewezen technieken, tijdsdruk) en *gewoontes* (aandacht voor het primaire proces en zorg voor de patiënt) van professionele culturen. Dit betekent dat de huidige vormgeving van competentieversterking vaak niet lijkt aan te sluiten bij professionele culturen. Er is in kaart gebracht hoe veranderprocessen vormgegeven kunnen worden op een manier die wel deze aansluiting vindt. Dit leek het beste ‘*stimulerend*’ (niet verplicht en daardoor rekening houdend met autonomie) en ‘*indirect*’ te kunnen (door middel van iets dat relevant is voor het primaire proces). Op deze manier houden veranderprocessen rekening met professionele culturen. Geconstateerd werd dat *leiderschap* (verkenkend), *participatie* (inspraak) en *randvoorwaarden* (ondersteuning, timing) als factoren eveneens op deze aansluiting van invloed kunnen zijn.

Onderzoeksaanpak

Met een kwalitatieve methode is casusonderzoek gedaan naar het veranderproces ‘*Verwonder & Verbeter*’ in het UMCU. Deze casus is gekozen omdat professionals enthousiast lijken over dit veranderproces. Dit leidt tot een puzzel: veel veranderprocessen gericht op competentieversterking mislukken, maar blijkbaar is het laten slagen ervan wel degelijk mogelijk. Deze casus kon dus mogelijk inzicht geven in het aansluiten bij professionele culturen. Dit onderzoek is uitgevoerd door middel van interviews met professionals, observaties van het veranderproces, documentanalyse en een enquête.

Resultaten

Op de divisie interne geneeskunde in het UMCU vindt competentieversterking van organiseercompetenties plaats. Dit gebeurt aan de hand van V&V: een veranderproces waarin professionals geregeld samenkomen om na te denken over zaken waar zij zich in het primaire proces, het dagelijks werk, over verwonderen en die beter zouden kunnen. Vervolgens gaan zij zelf aan de slag met het verbeteren van deze verwonderpunten, waardoor competentieversterking optreedt. Empirisch werd geconstateerd dat de tradities, stijlen en gewoontes van professionele culturen sterk aanwezig zijn op de divisie interne geneeskunde. Toch waren professionals vrijwel uitsluitend positief over het veranderproces. Dit lijkt te komen doordat het veranderproces goed aansluit op professionele culturen: het gaat over het primaire proces (indirecte vormgeving), is stimulerend (niet verplicht: sluit dus aan bij autonomie), kost niet veel tijd (tijds- en werkdruk), gaat gepaard met de factoren verkenkend leiderschap (autonomie, hiërarchie), participatie (autonomie en agentschap door inspraak) en ondersteuning (tijdsdruk) die de aansluiting positief beïnvloeden.

Conclusies & aanbevelingen

Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat tradities, stijlen en gewoontes van professionele culturen inderdaad aanwezig lijken te zijn op de divisie. V&V is een subtiele aansluiting op deze professionele culturen door middel van een specifieke vormgeving (stimulerend, indirect) en goed georganiseerd (factoren: leiderschap, participatie, randvoorwaarden). Hierdoor worden deze culturen juist gebruikt in het veranderproces. De consequentie hiervan is echter dat competentieversterking wat langzaam verloopt en dat niet altijd duidelijk is welke competenties wanneer versterkt worden. Er worden een aantal aanbevelingen gedaan, waaronder het vrijwillig houden van V&V, maar het veranderproces wel meer te stimuleren om zo het bereik te vergroten. Eveneens wordt aangeraden om V&V aan te laten sluiten bij andere projecten of het te verbreden. Wat betreft overdraagbaarheid van het veranderproces wordt aangeraden om de V&V werkwijze, maar vooral ook de principes (uitgangspunten) te gebruiken. Tot slot worden beroepsorganisaties aangeraden om V&V te gebruiken als casuïstiek en/of de principes ervan te verspreiden/toe te passen.

Voorwoord

Samenwerken, veranderen, managen: allemaal zijn het voorbeelden van competenties die professionals steeds vaker en intensiever nodig hebben in hun dagelijks werk. Toch lukt het organisaties vaak niet om de competenties van hun medische professionals te versterken. Allerlei veranderprocessen die dit ten doel stellen, stuiten op weerstand, verzet of zelfs tegenwerking. Vaak wordt er gezegd: 'de manager moet zich niet bemoeien met de professional!' Tegelijkertijd is er een andere beweging gaande: steeds vaker eisen mensen dat professionals beter of efficiënter gaan werken, bijvoorbeeld aan de hand van dergelijke nieuwe competenties. Er is constante (maatschappelijke) druk op professionals om competenties te versterken, maar managers mogen zich 'er vooral niet mee bemoeien'.

Het idee dat professionals niet kunnen veranderen en dat managers zich daarom maar beter op afstand kunnen houden klopt niet. Tegelijkertijd mislukken pogingen van managers om competenties te versterken geregeld. Dit stelt ons voor de vraag waarom er geen subtielere manier van competentieversterking bestaat. Dit onderzoek neemt u mee in dit proces, in een zoektocht naar competentieversterking bij medische professionals. Competentieversterking, is mijn stelling, gaat over competenties, maar gaat nog veel meer over professionele culturen. Competentieversterking gaat over veranderprocessen die stuiten op professionele culturen. Professionele culturen die vaak 'recalcitrant' zijn tegen verandering, veranderprocessen of management. Toch is daarvoor een uitweg.

Voor mijn scriptie van de master *Publiek Management* aan de Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap (Universiteit Utrecht) heb ik onderzoek gedaan naar competentieversterking bij medische professionals. Gedurende de periode februari 2013 tot en met juli 2013 heb ik me hierin verdiept bij het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Met deze scriptie komt een einde aan vijf jaar Universiteit Utrecht. Met deze scriptie laat ik u graag zien wat ik in mijn onderzoek heb aangetroffen, maar ook wat ik de afgelopen jaren op de universiteit heb geleerd.

Voor het tot stand komen van deze scriptie wil ik graag mijn dank uitspreken aan mijn begeleider, Mirko Noordegraaf. Mirko is een inspirerende én betrokken begeleider. Zonder zijn feedback, tips en kennis was mijn scriptie niet geworden wat het is. Zijn scherpe blik heeft mij gedurende dit hele proces geïnspireerd. Ook wil ik mijn tweede lezer, Margo Trappenburg, danken voor haar feedback gedurende het proces. Vervolgens wil ik Lieke van de Camp, die ook haar scriptie in het UMCU schreef, bedanken. Naast de prettige samenwerking zijn ook haar tips en adviezen zeer hulpzaam geweest. Ook dank ik de andere student uit mijn tutorgroep, Anne de Gee, voor haar feedback tijdens onze bijeenkomsten. Daarnaast wil ik graag mijn contactpersonen bij het UMCU, Margriet Schneider, Liesbeth van Rensen en Monique Timmerman heel hartelijk danken voor hun hulp, begeleiding en ondersteuning. Ondanks hun drukke schema's hebben zij de moeite genomen om mij te helpen bij en te begeleiden in het schrijven van deze scriptie. Ook hun enthousiasme en constructieve bijdragen zijn zeer behulpzaam geweest voor mijn scriptie. Verder wil graag Jasmijn Beerthuis en Oscar van Elferen bedanken voor de tips die zij mij gegeven hebben. Tot slot wil ik graag de respondenten en alle andere personen bedanken die hebben bijgedragen aan het tot stand komen van deze scriptie.

Tomas Beerthuis
Juli 2013

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
Voorwoord.....	5
Inhoudsopgave	6
1. Inleiding.....	9
1.1. Introductie.....	9
1.2. Probleemstelling	11
1.2.1. Deelvragen.....	13
1.3. Casus	14
1.3.1. Inkadering.....	15
1.4. Theoretisch perspectief	15
1.4.1. Competenties	16
1.4.2. Professionele culturen.....	16
1.4.3. Vormgeving van competentieversterking	17
1.4.4. Beïnvloedende factoren	17
1.5. Onderzoeksaanpak.....	18
1.5.1. Casestudie	18
1.5.2. Type onderzoek	18
1.6. Relevantie	19
1.6.1. Wetenschappelijke relevantie	19
1.6.2. Maatschappelijke relevantie	20
1.7. Leeswijzer	20
2. Dilemma's in de zorgsector	23
2.1. Macro-ontwikkelingen in de zorgsector.....	23
2.1.1. Ontwikkelingen in de zorgsector	24
2.1.2. De zorgsector vandaag de dag.....	26
2.2. Het werk van professionals in de zorgsector	27
2.2.1. Het werk van professionals van oudsher.....	28
2.2.2. Het werk van professionals vandaag de dag	29
2.3. Competenties in de zorgsector	30
2.3.1. Relevante competenties van oudsher	30
2.3.2. Relevante competenties vandaag de dag.....	31
2.4. Conclusies.....	32
3. Competieversterking via cultuur	34
3.1. Professionele competenties.....	35
3.1.1. Wat competenties zijn.....	35
3.1.2. Wat professionele competenties zijn	36
3.1.3. Consequenties van organiseercompetenties voor organisaties.....	38
3.2. Professionele culturen	39
3.2.1. Wat cultuur is	39
3.2.2. Professionele culturen.....	40
3.2.3. Consequenties van professionele culturen voor organisaties.....	43



3.2.3. Aansluiten bij professionele culturen	45
3.3. Vormgeven van competentieversterking	47
3.3.1. Inhoud veranderproces	48
3.3.2. Type veranderproces	49
3.3.3. Keuze voor vormgeving	52
3.4. Beïnvloedende factoren	53
3.4.1. Type leiderschap	54
3.4.2. Participatie	55
3.4.3. Randvoorwaarden	55
3.5. Conclusies en verwachting	56
4. Onderzoeksanpak	58
4.1. Type onderzoek	59
4.1.1. Wetenschapsfilosofische uitgangspositie	59
4.1.2. Methodologische uitgangspositie	60
4.1.3. Casestudie	62
4.2. Operationalisering	63
4.2.1. Vier theoretische concepten	63
4.2.2. Indicatoren	64
4.2.3. Aanpak	65
4.3. Fasen van onderzoek	65
4.3.1. Explorerende fase	66
4.3.2. Dataverzameling fase	67
4.3.3. Analyse fase	71
4.4. Criteria van onderzoek	71
4.4.1. Betrouwbaarheid	71
4.4.2. Validiteit	72
5. Competentieversterking in het UMCU	74
5.1. De omgeving	74
5.1.1. Het UMCU	75
5.1.2. Divisie interne geneeskunde	76
5.2. Competentieversterking	78
5.2.1. Soort competentieversterking	78
5.2.2. Soort veranderproces	80
5.3. Professionele culturen	83
5.3.1. Tradities	83
5.3.2. Stijlen	86
5.3.3. Gewoontes	89
5.4. Conclusies	91
6. Aansluiting bij professionele culturen	93
6.1. Hoe ervaren professionals V&V	93
6.1.1. De inhoud van het veranderproces	93
6.1.2. Type veranderproces	99
6.2. Aansluiting van de vormgeving	104
6.3. Hoe V&V is georganiseerd	105
6.2.1. Leiderschap	105
6.2.2. Participatie	107



6.2.3. Randvoorwaarden	108
6.4. Beïnvloedende factoren	110
6.5. Conclusies.....	111
7. Conclusies & aanbevelingen.....	113
7.1. Conclusies.....	113
7.1.1. Context	113
7.1.2. Theorie.....	114
7.1.3. Empirie.....	117
7.1.4. Beantwoording hoofdvraag	120
7.1.5. Theoretische en praktische uitwerkingen	121
7.2. Aanbevelingen.....	123
7.2.1. Aanbevelingen voor V&V.....	123
7.2.2. Aanbevelingen voor overdraagbaarheid	124
7.2.3. Aanbevelingen voor beroepsorganisaties	125
7.2.4. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	126
7.3. Slot	127
8. Literatuurlijst	128
9. Bijlagen.....	134
9.1. Vragenlijsten	134
9.2. Transcripten interviews.....	138
9.3. Fieldnotes observaties	138
9.4. Resultaten enquête	138

De bijlagen 9.2 tot en met 9.4 zijn omwille van de privacy van de respondenten en de vertrouwelijkheid van hun uitspraken niet openbaar beschikbaar.

1. Inleiding

1.1. Introductie

*“Artsen moeten meer aandacht besteden aan patiëntveiligheid in ziekenhuizen”*¹ Dit kopte de NOS begin dit jaar. Het is niet de eerste keer dat er discussie is over waar (medische) professionals zich mee bezig moeten houden. In een veranderende zorgsector ligt de nadruk steeds meer op nieuwe competenties die professionals moeten bezitten.

Prestatiedruk in de zorgsector neemt toe

De zorgsector heeft de afgelopen jaren sterke veranderingen doorgemaakt. In de sector is *“(…) een beweging gaande richting markt en meer zelfstandigheid”* (WRR, 2004, p. 39). Steeds vaker worden marktmechanismen (bijvoorbeeld door overheidsregulering) toegepast op de zorgsector, waardoor de prestaties (door concurrentie) sterk onder druk komen te staan. Ook staat de sector al jaren onder permanente budgettaire druk. Deze budgettaire druk is *“mede aanleiding is geweest tot de cumulatie van hervormingen, reorganisaties en bezuinigingen in de zorg (...)”* (WRR, 2004, p. 39). Tegelijkertijd gaan deze ontwikkelingen gepaard met een verandering in de vraag van consumenten. Consumenten eisen steeds meer en worden ook steeds ‘mondiger’. Zij hebben (ook in de zorg) een steeds sterkere mening (*voice*). Daarmee is de positie van zorginstellingen niet meer gegarandeerd: marktwerking maakt *exit* van consumenten mogelijk en versterkt daarmee de prestatiedruk (WRR, 2004). De combinatie van deze ontwikkelingen leidt tot een zogenaamd *interventiefuik* (Noordegraaf, 2004, p. 24): *‘er moet veel, maar er kan weinig.’* Oftewel: er wordt steeds meer verlangd van professionals en publieke organisaties, maar middelen ontbreken daar vaak voor. In het licht van deze ontwikkelingen in de zorg ligt uit noodzaak (enerzijds vanuit consumenten, anderzijds vanuit hervormingen) steeds meer de nadruk op de versterking van de (in te beperkte mate aanwezige) competenties van professionals. Een nieuw soort competenties.

Nieuwe competenties worden relevant

Naast dat de zorgsector sterke veranderingen heeft doorgemaakt, heeft er eveneens een ontwikkeling van competenties van (medisch) professionals plaatsgevonden. Waar professionals als arts vroeger ‘onaantastbaar’ leken is recentelijk een nieuwe ontwikkeling gaande: een toenemende (maatschappelijke) druk, in lijn met de veranderingen in de zorg, op professionals om hun competenties te versterken en te ontwikkelen. Het is een vorm van verlangen naar betere prestaties (Noordegraaf, 2004) die geplaatst kan worden in de bredere ontwikkelingen in de zorgsector. Waar professionals vroeger vrijwel uitsluitend de technische basis van hun professe nodig hadden, worden tegenwoordig ook hele andere competenties van ze gevraagd. *“Een arts die zich alleen de medische expertise heeft eigengemaakt, is er nog niet. In de basisopleiding en in vervolgopleidingen horen nog allerlei andere competenties aan bod te komen: communicator, samenwerker, reflector, academicus, beroepsbeoefenaar, organisator en gezondheidsbevorderaar”* (Diemen-Steenvoorde, 2006, p. 519). Het gaat om competenties die inspelen op de prestatiedruk, maar ook op de veranderende maatschappij waarin burgers steeds meer ‘eisen’ (WRR, 2004). Een nieuwe positie van de professional in de maatschappij vereist dus ook sterkere competenties: in de zorgsector wordt steeds meer gevraagd dat professionals zich bezig houden met competenties als kwaliteitsmanagement, samenwerking, communiceren of

¹ NOS (2013, 24 januari). ‘Patiëntveiligheid schiet tekort’ (29 januari 2013).

organisatievermogen. Dit zijn zogenaamde *organiseercompetenties*. Het zijn competenties die niet alleen algemeen relevant kunnen zijn, maar ook wezenlijke impact kunnen hebben op het werk van professionals: in het VUmc overleed in 2011 een patiënt door onder meer een gebrek aan communicatie in de organisatie.²

Competentieversterking verloopt stroef

De afgelopen jaren hebben managers in de zorg door middel van allerlei verschillende strategieën geprobeerd deze competenties te versterken. Projecten in ziekenhuizen, toevoegingen aan het (onderwijs)curriculum van medische professionals en andere veranderprocessen richten zich op deze vernieuwing. De weerbarstige praktijk laat echter zien dat veranderingen bij professionals vaak niet zo makkelijk kunnen worden doorgevoerd als ze lijken: veranderprocessen stuiten geregeld op sterke weerstand bij professionals. Zo verzetten artsen zich recentelijk nog op grote schaal tegen het elektronisch patiëntendossier.³ Ook kleinere veranderingen in organisaties stuiten op verzet of zelfs tegenwerking bij professionals (Witman, 2007). Met name als het over gedrag van professionals gaat is dat niet zo verassend: van oudsher was de zorgsector al een sector die “(...) *gedomineerd werd door goedgeorganiseerde professionals (...)*” (WRR, 2004, p. 81). Het is een eigen beroepsgroep met een hoge mate van complexe expertise en een sterke mate van autonomie (Noordegraaf, 2004). Dit komt doordat professionals vaak zelf inhoudelijke controle hebben over hun vakgebied en wat zij moeten weten (Noordegraaf, 2004). Ook komt het door institutionele controle: er zijn (bindende) gedragscodes en gereguleerde beroepsgroepen (bijvoorbeeld de Orde van Medisch Specialisten) die grote invloed hebben op de rol van de professional. Door deze grote mate van zelfregulering en de technische basis van de beroepsgroep hebben medische professionals sterke professionele culturen (Freidson, 2001) die een nadrukkelijke claim leggen op onder meer autonomie. Hierdoor is het voor managers lastig om verandering te laten werken bij professionals (Tanenbaum, 1999). Professionals lijken namelijk in de praktijk soms van nature ‘recalcitrant’ tegen managers, veranderprocessen of prestatiedruk doordat deze al snel geassocieerd worden met een inbreuk op die autonomie (Ardon, 2009). Veranderprocessen die gepaard gaan met controle of dwang worden al snel gezien een bedreiging op de autonomie van professionals (Witman, 2007) en kunnen rekenen op een reactie in de trant van ‘zo doen wij dat nu eenmaal.’ Deze professionele culturen worden al tijdens de opleiding van artsen gevormd doordat aankomende artsen horen en zien hoe zij zich volgens collegiale en professionele normen van hun professie dienen te gedragen (Rosenthal, 1995). Het is geen letterlijke kennisoverdracht van arts op arts, maar een socialisatieproces van artsen. Anders dan het officiële, formele curriculum, dat zwart op wit staat, is het een meer verborgen curriculum dat medische professionals, bewust of onbewust, op een sterke manier vormt (Hafferty, 1995).

Een andere aanpak is mogelijk

Deze historische context, gewoontes en patronen geven professionals zogenaamde professionele culturen die het (collectieve) gedrag van de professional in het dagelijkse werk beïnvloeden op een manier die verandering (van competentieversterking) tegenwerkt. Onder het ogenschijnlijke vraagstuk van het versterken van competenties schuilt daardoor een belangrijkere fundamentele laag: om competenties te versterken is bijna een subtiele een vorm van ‘resocialisatie’ nodig: om bij professionals verandering (als competentieversterking) mogelijk te maken is een aanpassing van de professionele culturen

² Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), (2011). Rapport melding 33739. Amsterdam: IGZ.

³ NOS (2012, 7 december). ‘Ik zal me blijven verzetten’ (30 januari 2013).



nodig. Competentieversterking gaat dus niet zozeer over competenties, maar het is een cultureel probleem dat gaat over verandering mogelijk maken gegeven de professionele culturen van professionals. Gegeven het eerder besproken socialisatieproces en de vorming van professionals lijkt dit echter een zeer moeilijke, zo niet op de korte termijn onmogelijke, opgave. Allerlei stromingen managementliteratuur suggereren dat dergelijke professionele culturen moeten worden 'doorbroken' en dat het gedrag van professionals moet worden 'omgegooid.' Veranderingen zijn volgens sommigen "(...) *successful only when stakeholders expend considerable time and effort to formulate and adopt a culture (...)*" (Giffords et.al., 2003, p. 70). Zo suggereert allerlei literatuur bijvoorbeeld dat veranderprocessen wel effectief worden zolang er maar een 'sense of urgency' is (Kotter & Cohen, 2002). Ook in het maatschappelijk debat komt dit regelmatig voor: voormalig minister van Volksgezondheid Ab Klink zei bijvoorbeeld in een artikel in Trouw dat medische professionals anders om moeten gaan met de behandeling van patiënten: "*Ik zie dit als een onvermijdelijke ontwikkeling: het roer moet om.*"⁴ Hoe logisch deze suggesties ook klinken, veranderingen slagen zoals eerder beschreven vrijwel nooit, laat staan het veranderen van professionele culturen. Daarmee is er sprake van een mis-match tussen de toegepaste stijlen van veranderprocessen en de vereiste aansluiting van veranderprocessen bij de professionele culturen van medische professionals (Hunter, 1996). Veranderprocessen gericht op competentieversterking (met name diegene gebaseerd op 'dwang' en 'controle') stuiten op weerstand en verzet, net als veranderprocessen die direct professionele culturen proberen te doorbreken. Om competentieversterking mogelijk te maken moet dus niet zozeer gekeken worden naar het 'doorbreken' van professionele culturen of het 'opleggen' van veranderingen als competentieversterking, maar juist naar *het vormgeven van veranderprocessen op een manier die aansluit bij professionele culturen*. Het lijkt veel effectiever om verandering mogelijk te maken door gebruik te maken van professionele culturen en deze strategisch in te zetten (Noordegraaf & Vermeulen, 2010). Zo kan modernisering optreden *via* cultuur, in plaats van (tevergeefs) te proberen culturen te doorbreken. Aspecten van professionele culturen als 'autonomie' of 'aandacht voor het primaire werk' zouden bijvoorbeeld juist ingezet kunnen worden om via professionals zelf verandering te initiëren. Het lijkt er op dat verandering bij professionals veel beter kan werken wanneer het wordt vormgegeven op een manier die subtiel aansluit bij professionals zelf, zodat die niet gezien wordt als een 'inbreuk' op de professionals, maar als een intuïtief proces. In een veranderende zorgsector waar competenties van professionals steeds centraler staan is het dus niet zozeer de vraag of competenties versterkt moeten en kunnen worden, maar hoe deze verandering kan worden vormgegeven, gegeven de context van de zorg, haar professionals en hun professionele culturen.

1.2. Probleemstelling

De ontwikkelingen in de zorgsector en het bijbehorende dilemma rondom competentieversterking leidt tot een centrale probleemstelling. Om competenties te kunnen versterken is het nodig dat veranderprocessen aansluiten bij de professionele culturen, maar het is onduidelijk op welke manier dit kan worden vormgegeven. In het licht van de veranderingen in de zorg wordt naarstig gezocht naar manieren om professionals 'mee te krijgen' in competentieversterking, maar *kennis over manieren om dit te doen ontbreekt*. Hierdoor is dit probleem zowel een praktisch probleem (hoe kan dit worden aangepakt) als een academisch probleem (hoe werkt competentieversterking bij professionals).

De praktische kant van dit probleem is een fenomeen dat in de alledaagse praktijk van organisaties voorkomt. Managers of organisaties in de zorg die veranderprocessen opzetten

⁴ Trouw (2012, 27 oktober). 'Arts moet meer praten en minder behandelen' (20 februari 2013).

om de competenties van professionals te versterken worden, zoals eerder beschreven, geregeld geconfronteerd met vormen van weerstand⁵. Hiermee is competentieversterking een probleem geworden voor organisaties: veranderingen zijn vaak niet effectief waardoor middelen, tijd en energie verloren gaan. Ook kan het contraproductief werken: het lijkt erop dat de ‘recalcitrantie’ waar eerder over gesproken werd sterker kan worden naarmate veranderprocessen dwingender of meer opleggend zijn. Daarmee is dit probleem ook een urgent probleem met wezenlijke implicaties (zie het eerdere voorbeeld van het VUmc). Als het niet lukt om competenties van professionals te versterken, kan de kwaliteit van de zorg ook minder snel ontwikkelen. Het is dus niet alleen een organisatiekundig probleem, maar ook een probleem dat invloed heeft op de zorg, patiënten en artsen.

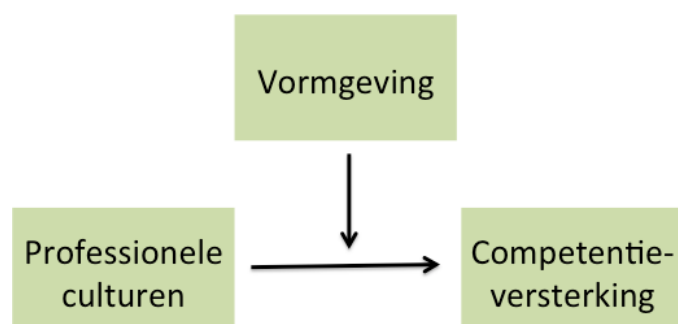
De academische kant van dit probleem is een bestaand kennisvacuüm: er ontbreekt kennis over hoe deze competentieversterking vormgegeven kan worden bij professionals zodat deze aansluit bij professionele culturen. Hierdoor is onduidelijk welke vormgeving ten grondslag kan liggen aan manieren om competenties van professionals te versterken. Niet alleen beperkt dit op academisch niveau ons begrip over wanneer competentieversterking kan werken, ook beperkt dit voortuitgang in kennis (en kennisontwikkeling) die tracht het gedrag van professionals te verklaren. Dit meer fundamentele vraagstuk is nog niet verklaarbaar vanuit de wetenschappelijke literatuur. Niet alleen gebruikt de wetenschappelijke literatuur daarmee bestaande, verouderde, literatuur om het gedrag van professionals te duiden, ook bestaan er verouderde denkbeelden over competentieversterking bij professionals.

Uit de probleemstelling vloeit een centrale vraagstelling voort waar dit onderzoek zich op zal richten. Deze vraagstelling luidt als volgt:

“Op welke manier kunnen veranderprocessen gericht op competentieversterking bij professionals worden vormgegeven, zodat deze aansluiten bij professionele culturen en welke factoren beïnvloeden deze aansluiting?”

Deze bovenstaande vraag zal de leidende, overkoepelende vraag zijn voor dit onderzoek. Daarmee is de doelstelling van dit onderzoek eveneens bepaald, namelijk *inzicht krijgen in de manier waarop competentieversterking bij professionals op een manier kan worden vormgegeven zodat het aansluit bij professionele culturen*. De hoofdvraag dekt dus expliciet zowel de bevorderende als de belemmerende invloeden die van belang kunnen zijn voor werking van veranderprocessen gericht op competentieversterking. Later in dit onderzoek zullen de verschillende woorden uit deze hoofdvraag specifiekere worden gedefinieerd en geoperationaliseerd.

Schematisch kan dit onderzoek zoals hieronder worden geïllustreerd. De professionele culturen bij professionals beïnvloeden de werking van veranderprocessen gericht op competentieversterking. De vraag centraal in dit onderzoek is dan ook: op welke manier kan worden aangesloten bij deze culturen zodat competentieversterking (beter) kan werken. Daarnaast wordt bekeken welke factoren invloed hebben op deze aansluiting (bijvoorbeeld ‘ondersteuning’, ‘omvang organisatie’



⁵ NOS (2012, 7 december). ‘Ik zal me blijven verzetten’ (30 januari 2013).

of ‘voorbeeldgedrag’). De reden hiervoor is dat naast de vormgeving van het veranderproces andere factoren kunnen bestaan die invloed kunnen hebben op de aansluiting tussen professionele culturen en veranderprocessen gericht op competentieversterking (bijvoorbeeld bestaande, gegeven omstandigheden in de organisatie). Er wordt hier expliciet gesproken over ‘competentieversterking’ omdat de competenties die worden versterkt vaak al aanwezig (en dus niet afwezig) zijn, maar niet in voldoende mate zijn ontwikkeld. Ter illustratie: ‘leiderschap’ is bijvoorbeeld iets waar professionals vaak al eens in zijn getraind, maar toch is deze competentie nog niet op het gewenste niveau.

1.2.1. Deelvragen

Er zal in dit onderzoek stapsgewijs worden toegewerkt naar de beantwoording van de hoofdvraag. Dit zal worden gedaan aan de hand van een aantal deelvragen die elk een onderdeel van de hoofdvraag onderzoeken. De deelvragen gezamenlijk zullen antwoord geven op de hoofdvraag. Er wordt onderscheid gemaakt tussen theoretische deelvragen (die het theoretische kader zullen schetsen van waaruit naar de empirie gekeken zal worden) en empirische deelvragen (die worden beantwoord aan de hand van empirische data en geduid aan de hand van het theoretische kader).

Theoretische deelvragen

1. Wat zijn professionele competenties?
2. Wat zijn professionele culturen en wat voor effecten hebben professionele culturen op organisaties?
3. Op welke manier kunnen veranderprocessen gericht op competentieversterking worden vormgegeven?
4. Welke factoren beïnvloeden de aansluiting tussen professionele culturen en veranderprocessen?

Empirische deelvragen

5. Wat is het veranderproces ‘*Verwonder & Verbeter*’?
6. In hoeverre sluit de vormgeving van ‘*Verwonder & Verbeter*’ aan bij professionele culturen?
7. Welke factoren hebben invloed op de aansluiting tussen professionele culturen en ‘*Verwonder & Verbeter*’?
8. Welke theoretische en praktische uitwerkingen heeft dit?

De te behandelen deelvragen zullen hier kort worden toegelicht om de context te beschrijven van waar deze vragen uit voort komen en wat daarvan de relevantie is voor dit onderzoek.

De eerste deelvraag zal vanuit de literatuur beschrijven wat precies wordt verstaan onder competenties. Hiermee wordt aangegeven wat voor soort competenties in dit onderzoek centraal staan en wat specifiek ‘professionele’ competenties zijn. Daarnaast wordt beschreven wat de relevantie is van dergelijke competenties.

De tweede deelvraag concentreert zich op professionele culturen. Er wordt bekeken wat culturen zijn, wat professionele culturen zijn en welke gevolgen dit heeft voor organisaties. Hiermee wordt beschreven binnen wat voor soort omgeving verandering kan plaatsvinden.

De derde deelvraag beschrijft aan de hand van de literatuur op welke manier veranderprocessen gericht op competentieversterking kunnen worden vormgegeven. Dat wil zeggen: de mogelijkheden die er zijn om in organisaties dergelijke competenties te versterken worden verkend. Hiermee wordt inzichtelijk hoe veranderprocessen vormgegeven kunnen worden en welke effecten dit vanuit de literatuur kan hebben.

De vierde deelvraag beschrijft aan de hand van literatuur welke mogelijke factoren invloed kunnen hebben op de aansluiting tussen professionele culturen en veranderprocessen. Hierbij zal worden gekeken naar wat verschillende wetenschappers hebben geschreven over aansluiting tussen professionele culturen en veranderprocessen.

Na deze deelvragen zal worden overgegaan tot het empirische deel van het onderzoek. De vijfde deelvraag zal de casus van het UMCU (*'Verwonder & Verbeter'*) beschrijven: er wordt beschreven wat voor soort veranderproces er gaande is bij het UMCU en op welke manier dit is vormgegeven. Hiermee wordt inzichtelijk op welke manier de casus is opgebouwd.

De zesde deelvraag beschrijft hoe dit veranderproces aansluit bij professionele culturen. Er wordt verkend op welke manier V&V in vergelijking met het theoretisch kader is aangesloten bij professionele culturen.

De zevende deelvraag zal beschrijven welke factoren invloed hebben op de aansluiting tussen professionele culturen en het veranderproces. Er wordt aan de hand van het theoretisch kader bekeken welke factoren van invloed zijn bij de casus.

In de laatste deelvraag zal worden bekeken wat voor theoretische dan wel praktische implicaties deze bevindingen hebben voor respectievelijk wetenschappelijke literatuur dan wel organisaties die de competenties van professionals willen versterken.

1.3. Casus

Zoals hierboven bij de deelvragen al zichtbaar is, staat in dit onderzoek een casus centraal die gebruikt wordt om naar de empirie te kijken. Later in dit onderzoek (bij *'Onderzoeksaanpak'*) zal dit specifiekere worden toegelicht, maar voor de context worden hier alvast een paar opmerkingen gemaakt over deze casus. Een actueel voorbeeld van een veranderproces dat al enkele tijd probeert de competenties van professionals te versterken is het project *'Verwonder & Verbeter'* (verder ook als *'V&V'* aangeduid). V&V is een veranderproces in het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) dat onder andere probeert de competenties van artsen in opleiding tot medisch specialist (AIOS) te versterken. Aan de hand van alledaagse zaken waar de professionals zich over *'verwonderen'* worden verbeterpunten gezocht voor onder andere kwaliteit op afdelingen. De AIOS gaan zelf aan de slag met het verbeteren van deze verwonderpunten. Naast het verbeteren van het werk proberen de managers van het UMCU hiermee verschillende competenties van artsen te ontwikkelen: leiderschap en management, verandermanagement en het identificeren van organisatorische drempels.

De voornaamste reden dat gekozen is om deze case te bekijken is omdat de geluiden die het management bij het UMCU van professionals opvangt rondom dit veranderproces erg positief zijn: de professionals reageren enthousiast op het veranderproces en werken er vrijwillig aan mee. Dit leidt tot een puzzel: allerlei veranderprocessen bij professionals mislukken, maar blijkt het wel degelijk mogelijk om op een werkende manier competenties te versterken. V&V lijkt hiermee een veranderproces dat mogelijk aansluit bij

professionele culturen van medische professionals. Daarmee doet zich een bijzonder goed studieobject voor: een veranderproces dat mogelijk slaagt in competentieversterking bij professionals. Het is niet duidelijk en niet onderzocht wat de professionals zo enthousiast maakt, en waardoor de aansluiting mogelijk goed is. Door deze casus centraal te stellen kan in plaats van te kijken naar mislukte veranderprocessen gekeken worden naar een proces wat mogelijk meer inzicht kan bieden in het effectief vormgeven van competentieversterking. Deze case biedt daarmee een unieke kans op inzichten in een deze complexe dilemma's.

1.3.1. Inkadering

Om een heldere scheiding aan te brengen van waar dit onderzoek zich op concentreert en waarop niet wordt hier benoemd voor welke inkadering is gekozen. Dit onderzoek richt zich de manieren waarop veranderprocessen gericht op competentieversterking vormgegeven kunnen worden zodat deze aansluiten bij professionele culturen. Dit onderzoek maakt dus inzichtelijk wat van invloed is op de werking een veranderproces en onder welke voorwaarden (en factoren/invloeden) deze meer of minder succesvol zijn bij professionals.

Waar dit onderzoek zich echter niet op concentreert, is de mate waarin competenties door dit veranderproces bij professionals vervolgens toegenomen zijn. Er wordt dus wel bekeken of het veranderproces V&V op een goede wijze is vormgegeven in termen van aansluiting, maar niet wat de precieze veranderingen op het gebied van competenties zijn. Dat wil zeggen: indien een veranderproces effectief is vormgegeven wordt in dit onderzoek min of meer aangenomen dat dit tot een verbetering van competenties leidt. Dit lijkt een logische aanname, omdat de kans dat competenties toenemen wanneer hier actief mee gewerkt wordt en draagvlak voor is groot lijkt. Of medisch professionals later in hun loopbaan ook daadwerkelijk meer handelen naar de versterkte competenties is een vraagstuk van lange termijn effectiviteit, dat hier niet bekeken zal worden. De reden hiervoor is dat dit, hoewel relevant, een ander onderwerp is waar apart onderzoek naar gedaan zou kunnen worden. Het combineren van dit onderwerp met dit onderzoek zou een te breed onderzoek opleveren waardoor onvoldoende gericht onderzoek uitgevoerd zou kunnen worden. Daarnaast is de versterking van competenties erg moeilijk meetbaar, waardoor het onderzoek minder betrouwbaar zou kunnen zijn.

Dit onderzoek concentreert zich verder op professionals specifiek in de zorg. De reden hiervoor is enerzijds vanwege de relevantie: voor het belangrijke werk van artsen is het essentieel dat onderzoek wordt gedaan naar competentieversterking. De wezenlijke impact die competenties en veranderingen kunnen hebben op de kwaliteit van zorg zijn van groot maatschappelijk belang (zie ook 'relevantie'). Anderzijds is de reden dat er in de literatuur beschreven is dat professionals in de zorg van oudsher sterke professionele culturen hebben, waardoor het onderzoek specifiek relevant is in de zorg. Het type professional wat in dit onderzoek wordt onderzocht zijn AIOS (artsen in opleiding tot medisch specialist). De laatste reden is pragmatisch: op dit moment is V&V alleen toegepast op AIOS, waardoor andere medisch professionals op dit moment moeilijk te onderzoeken zijn.

1.4. Theoretisch perspectief

Later in dit onderzoek wordt het theoretisch perspectief uitgebreider behandeld (bij hoofdstuk drie, 'Competentieversterking via cultuur') maar hier wordt al een introductie gegeven op de belangrijkste theorie die gehanteerd zal worden in dit onderzoek. Het theoretisch perspectief van dit onderzoek beschrijft een paar concepten: competenties,

(professionele) cultuur, het vormgeven van competentieversterking en de factoren die invloed zijn op de aansluiting tussen professionele culturen en veranderprocessen gericht op competentieversterking.

1.4.1. Competenties

Er is geen wetenschappelijke consensus over de definitie en invulling van het concept competenties. Sterker nog: al jaren zijn er wetenschappelijke discussies over de precieze betekenis van het concept. Hierdoor is niet altijd duidelijk wat er met competenties bedoeld wordt, waardoor (in onderzoek) verwarring op kan treden. In het theoretisch kader zijn drie zaken besproken: wat competenties zijn, wat professionele competenties zijn en tot slot wat hiervan de consequenties zijn voor organisaties.

Competenties, professionele competenties & consequenties

Aan de hand van wat oudere literatuur over competenties (o.a. Boyatzis 1982, Woodruffe 1991) is verkend wat het verschil is tussen de concepten 'competencies', 'competency' en 'competence.' Vervolgens is aan de hand van wat recentere literatuur (o.a. Moore et.al., 2002, Thijssen 1998, Toolsema 2003 en Kessel 1999) inzicht gegeven in hoe we deze begrippen kunnen duiden en wat ze precies inhouden. Aan de hand van de definitie van competenties is vervolgens verkend wat professionele competenties zijn. Er is aan de hand van literatuur (o.a. Batalden et.al., 2000, Long 2000, Epstein & Hundert, 2002 en Noordegraaf, 2004) gekeken naar vakinhoudelijke competenties. Deze hebben betrekking op het directe werk van professionals. Ook is gekeken naar organiseercompetenties (o.a. aan de hand van Calhoun et.al., 2002, Frank & Danoff, 2007 en Nonaka 1991, Senge 1990, Wilcox King et.al 2001). De organiseercompetenties zijn het soort competenties die in dit onderzoek centraal staan. Tot slot is met de eerder beschreven theorie gekeken naar wat organiseercompetenties voor consequenties hebben voor organisaties. Aan de hand van een combinatie van voorgaande literatuur en enkele nieuwe literatuur (Stephan 2005, Schmiedinger et.al, 2005) wordt gekeken naar organisaties waar professionals beschikken over deze organiseercompetenties en naar organisaties waar dat niet het geval is. De verschillende consequenties/gevolgen hiervan zijn in kaart gebracht en gekoppeld aan veranderprocessen.

1.4.2. Professionele culturen

Organisaties of managers die competentieversterking ten doel hebben gesteld kunnen dit bereiken aan de hand van veranderprocessen binnen hun organisaties. Dergelijke veranderprocessen krijgen echter te maken met een al aanwezige culturele context. Deze context kan bepalend zijn voor de effectiviteit van een dergelijk veranderproces. In het theoretisch kader zijn bij dit deel vier zaken bekeken. Wat cultuur in algemene zin is, wat professionele culturen zijn, wat de consequenties hiervan zijn voor organisaties en bij welke aspecten van professionele culturen kan worden aangesloten.

Cultuur, professionele culturen, consequenties & aansluiting

Het concept cultuur is een veelbesproken en complex begrip. Aan de hand van verschillende auteurs (o.a. Bolman & Deal 2003, Scott et.al., 2003, Gerardi 2005, Pettigrew 1979 en Ouchi 1985) is verkend wat er verstaan kan worden onder het concept. Zo is bekeken wat cultuur als concept betekent, maar ook op welke manieren cultuur zich kan manifesteren in organisaties. Met de algemene definitie van cultuur is gekeken naar welke kenmerken culturen van professionals kunnen hebben. Dit is gedaan aan de hand van Hall (2005), Noordegraaf & Vermeulen (2010), Gerardi (2005), Witman (2008), Raelin (1986) en Swindler

(1986, Loseke & Cahill 1986). Verkend is welke verschillende tradities, stijlen en gewoontes professionele culturen bevatten en hoe deze zich manifesteren. Professionele culturen kunnen wezenlijke invloed hebben op organisaties en op veranderprocessen. Aan de hand van Gerardi (2005), Raelin (1986), Toolsema (2003), Carroll & Quijada (2004), Ardon (2009) en De Caluwé & Vermaak (2006), is in kaart gebracht welke mogelijke consequenties en uitdagingen organisaties kunnen hebben op het gebied van competentieversterking en veranderprocessen door de invloed van professionele culturen. Hierbij is ook gekeken naar de manier waarop veranderprocessen en organiseercompetenties in brede zin aansluiten bij professionele culturen. Tot slot is door middel van een combinatie van eerder genoemde literatuur bekeken bij welke aspecten van professionele culturen veranderprocessen aan kunnen sluiten wanneer zij competentieversterking nastreven en ten doel hebben om aan te sluiten bij professionele culturen. Hierbij is gekeken naar de specifieke kenmerken die de tradities, stijlen en gewoontes van professionele culturen hebben.

1.4.3. Vormgeving van competentieversterking

Gegeven professionele competenties, de professionele culturen en de aspecten waar bij aangesloten moet worden, zijn in dit deel van het theoretisch kader de verschillende mogelijkheden van veranderprocessen voor competentieversterking beschreven. Dit is gedaan door naar twee zaken te kijken: de inhoud van het veranderproces (wat er wordt nagestreefd) en het type veranderproces (op welke manier dit gebeurt).

Inhoud- en type veranderproces

Hoe competentieversterking inhoudelijk vormgegeven kan worden is bekeken door naar veranderprocessen op een aantal niveaus binnen een organisatie te kijken. Dit is gedaan aan de hand van literatuur van Shortell & Ferlie (2001), Davies et.al. (2000), George & Jones 2001, Boonstra (2000) en Becker (1962). Op deze manier zijn verschillende inhoudelijke opties voor veranderprocessen in kaart gebracht. Er is gekeken naar twee belangrijke aspecten van het type veranderproces: of het veranderproces dwingend of stimulerend is en of het veranderproces direct of indirect is vormgegeven. Dit is gedaan aan de hand van literatuur van De Caluwé & Vermaak (2006), Fitzgerald et.al. (2003), Van der Zee (1995), Boonstra (2000), Caldwell (2005) en Bennis et.al. (1985). Aan de hand hiervan zijn eveneens enkele varianten van veranderprocessen in kaart gebracht. Daarnaast is beschreven welke verschillende varianten vermoedelijk meer of minder aansluiting vinden vanuit de theorie bij professionele culturen. Tot slot zijn hier conclusies uit getrokken: de aspecten van veranderprocessen waarmee het beste aangesloten kan worden bij professionele culturen.

1.4.4. Beïnvloedende factoren

De zojuist beschreven vormgeving van een veranderproces is essentieel voor de aansluiting met professionele culturen. Het draait namelijk om de essentie van het veranderproces: wat het veranderproces op welke manier probeert te bereiken. Los van het veranderproces zelf kunnen er echter factoren zijn die invloed hebben op de aansluiting tussen professionele culturen en veranderprocessen gericht op competentieversterking. Dit kunnen bestaande eigenschappen van een organisatie zijn, de structuur of het leiderschap binnen de organisatie, maar ook factoren die gepaard gaan met het veranderproces, zoals ondersteuning of tijdsdruk. Ook deze zaken kunnen essentieel zijn voor het uiteindelijke succes van een veranderproces gericht op competentieversterking. In het theoretisch kader zijn drie centrale beïnvloedende factoren beschreven: leiderschap, participatie en randvoorwaarden.

Leiderschap, participatie, randvoorwaarden

Er is bekeken welk soort leiderschap aansluiting zou kunnen vinden bij professionele culturen. Dit is gedaan aan de hand van literatuur van Scott et.al. (2003), De Caluwé & Vermaak (2006), Boonstra (2000), Scott et.al. (2003) en Shortell & Ferlie (2001). Verschillende soorten leiderschap (zoals verkennend leiderschap en dwingend leiderschap) zijn hierbij bekeken. Er is ook bekeken welke rol participatie en interactiviteit speelt in het aansluiten van veranderprocessen op professionele culturen. Dit is gedaan aan de hand van Boonstra (2000), Fitzgerald et.al. (2003) en Scott et.al. (2003). Zo is verkent welke kenmerken van participatie relevant kunnen zijn voor veranderprocessen gericht op competentieversterking binnen professionele culturen. Tot slot is gekeken naar welke rol randvoorwaarden (zoals tijdsdruk, ondersteuning) spelen bij de aansluiting met professionele culturen. Deze voorwaardenscheppende factoren kunnen mogelijk een aansluiting met professionele culturen beïnvloeden. Dit is gedaan aan de hand van literatuur van O'connor & Pettigrew (2009), Gravenhorst et.al. (2003) en Boonstra (2000).

1.5. Onderzoeksaanpak

Later in dit onderzoek wordt uitgebreider stilgestaan bij de onderzoeksaanpak, maar hier worden alvast een paar inleidende opmerkingen beschreven.

1.5.1. Casestudie

Zoals eerder beschreven wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van een zogenaamde casestudie. Dat wil zeggen: de empirie wordt benaderd vanuit een case ('Verwonder & Verbeter' bij het UMCU) om een geïsoleerd (potentieel succesvol) veranderproces uitgebreid te kunnen bekijken aan de hand van de theorie. Dit is een enkelvoudige casestudie (één casus).

De gekozen casus (V&V) is een veranderproces dat al enige tijd op de divisie interne geneeskunde van het UMCU in werking is. Vanaf 2013 zal het veranderproces ook op andere divisies (neurologie & chirurgie) worden ingevoerd. In dit onderzoek zal de hoofdvraag worden toegepast op deze specifieke casus om de theorie te testen aan de empirie.

1.5.2. Type onderzoek

Dit onderzoek is vooral uitgevoerd aan de hand van kwalitatief onderzoek. De reden hiervoor is dat door middel van deze methode flexibeler doorgevraagd kan worden naar de ervaringen van professionals met het veranderproces. Er zijn vier methodes toegepast om onderzoek uit te voeren: interviews, observaties, documentanalyse en een enquête.

Interviews

Er zijn interviews uitgevoerd met twee groepen mensen. Allereerst zijn dat AIOS die betrokken zijn geweest bij V&V. Dit kunnen AIOS zijn die hebben deelgenomen aan V&V of AIOS die niet hebben deelgenomen aan V&V. Aan deze respondenten worden aan de hand van het theoretisch kader vragen gesteld over het veranderproces. Zo is achterhaald of en op welke manier V&V aansluit bij professionele culturen en welke factoren daar op van invloed zijn. De tweede groep mensen zijn sleutelpersonen: personen die verantwoordelijk zijn geweest voor of betrokken zijn geweest bij de organisatie/vormgeving van V&V. Deze personen zijn bevroegd over de organisatorische/vormgeving kant van V&V. Hun ervaringen zijn bepalend voor het organisatiekundig perspectief. Deze interviews zijn semigestructureerd vormgegeven. Dat wil zeggen: er zijn thema's, onderwerpen of vragen

besproken, maar er was ruimte om door te vragen en eigen inbreng van de respondent. Deze respondenten zijn in samenwerking met het UMCU geworven.

Observaties

De tweede onderzoeksmethode is observeren. Om een beter praktijk beeld te krijgen van het verloop van het veranderproces zijn bijeenkomsten gerelateerd aan V&V geobserveerd. Dit waren sessies waarin AIOS daadwerkelijk bezig waren met het 'verwonderen en verbeteren' maar ook bijeenkomsten van managers/beleidsmedewerkers die bezig waren met V&V of AIOS die bezig waren met het implementeren van veranderingen die voortkwamen uit V&V. Deze observaties zijn vervolgens in de analyse worden meegenomen en hebben als aanvullende onderzoeksmethode gediend. Waar nodig zijn 'fieldnotes' (gemaakte notities tijdens het onderzoek) gebruikt ter ondersteuning, duiding of verduidelijking van observaties.

Documentanalyse

Enkele belangrijke documenten gerelateerd aan Verwonder & Verbeter zijn geanalyseerd aan de hand van de methode documentanalyse. Dit waren documenten die door de organisatie waren opgesteld en inzicht gaven in de werking van V&V. Dit is vooral gebruikt ter verkenning van de casus.

Enquête

Om een breder inzicht te verkrijgen in waarom sommige professionals *niet* hebben deelgenomen aan V&V is een korte enquête uitgestuurd naar professionals die niet hebben deelgenomen. Hen is gevraagd wat hiervoor de reden was. Dit om te bekijken of er redenen waren anders dan praktische overwegingen (zoals klinisch werk) waarom zij niet deelnamen. Dit was van belang om de aansluiting met professionele culturen te kunnen testen.

1.6. Relevantie

In deze paragraaf zal de wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie van dit onderzoek worden beschreven. Hiermee wordt aangegeven waarom het van wetenschappelijk en maatschappelijk nut is geweest om dit onderzoek uit te voeren.

1.6.1. Wetenschappelijke relevantie

Kennisvacuüm: competentieversterking bij professionals

Er is veel (bestuurskundig) onderzoek gedaan naar veranderprocessen in brede zin (bijv. Boonstra, 2000), managementtechnieken in de publieke sector (bijv. Noordegraaf, 2004) en de implementatie van veranderingen en de uitvoering van beleid (bijv. Fitzgerald, et.al., 2003). Dit zijn zaken waar veel wetenschappelijke literatuur over bestaat. Er is eveneens veel onderzoek gedaan in zowel medische als bestuurskundige literatuur naar de competenties van medische professionals en wat voor competenties relevant kunnen zijn voor de uitvoering van hun beroep. Er is echter weinig onderzoek gedaan naar de combinatie van deze twee: veranderprocessen met als doel de competenties van medische professionals te versterken. Dit is het eerste punt waarop dit onderzoek wetenschappelijk relevant is. Het voegt namelijk onderzoek toe op een onderwerp waar relatief weinig onderzoek naar is verricht, met als doel meer inzicht te creëren in hoe dergelijke uitdagingen kunnen worden benaderd. Hiermee vult dit onderzoek een kennisvacuüm dat op dit moment bestaat rondom het versterken van de competenties van professionals. Niet alleen kan dit leiden tot meer theorievorming op dit onderwerp, ook kan het leiden tot een verdieping van het wetenschappelijk debat op dit onderwerp. Daarmee wordt voor zowel bestuurs- en

organisatiewetenschappers alsmede voor medische academici meer inzicht gecreëerd in dit vakgebied.

Een 'goede' case?

Een tweede punt van wetenschappelijke relevantie is het verklaren van deze specifieke case. Nog niet eerder is de effectiviteit van het veranderproces bij het UMCU op een wetenschappelijke wijze geëvalueerd dan wel onderzocht. Door onderzoek te doen naar deze case kan niet alleen meer informatie uit de praktijk worden gehaald die nuttig kan zijn voor de wetenschap, ook kunnen wetenschappelijke theorieën worden getoetst aan een daadwerkelijke empirische casus. Ook dit kan bijdragen aan wetenschappelijke theorievorming rondom dit onderwerp, waarmee vervolgonderzoek kan worden uitgevoerd.

1.6.2. Maatschappelijke relevantie

Veranderprocessen beter vormgeven

Hoewel er in de beroepspraktijk en in de wetenschappelijke literatuur veel controverse is over hoe professionals het best kunnen worden gemanaged (en specifiek in dit onderzoek: hoe competenties het best kunnen worden versterkt), is er vaak consensus over dat zowel professionals als patiënten/maatschappij gebaat zijn bij effectieve veranderprocessen (aangenomen dat de nagestreefde verandering een positieve is). Om die reden is het voor de maatschappij in brede zin relevant om te weten wanneer en op welke manier veranderprocessen al dan niet effectief zijn. In de dagelijkse praktijk kunnen managers de resultaten van dit onderzoek gebruiken om in hun werk dergelijke veranderprocessen effectiever vorm te geven en te implementeren. Daarnaast kan het de implementatie van ineffectieve veranderprocessen voorkomen, of huidige veranderprocessen die niet goed lopen verbeteren. Niet alleen kan dat tot besparing van middelen leiden, ook kan het inzichtelijker maken op welke manier organisaties te werk kunnen gaan. Dat kan veranderprocessen transparanter maken, maar ook individuen in staat stellen om een bijdrage te leveren aan een veranderproces met de opgedane kennis uit dit onderzoek. Kortom: wanneer de maatschappij gebaat is bij professionals die over versterkte competenties beschikken, is het essentieel om te weten hoe dit bereikt kan worden.

Toegevoegde waarde voor het UMCU

Een tweede manier waarop dit onderzoek maatschappelijk relevant is, is de toegevoegde waarde voor het UMCU. Niet alleen kan het UMCU meer inzicht krijgen in het project dat in dit onderzoek als case centraal staat, ook kan het UMCU met die kennis aanpassingen doen aan dit project of met de kennis van dit onderzoek andere projecten verbeteren. Beide punten leiden idealiter tot een voordeel voor zowel artsen, patiënten en maatschappij.

Toegevoegde waarde voor andere zorginstellingen

Tot slot is dit onderzoek maatschappelijk relevant voor andere ziekenhuizen, zorginstellingen of beroepsorganisaties. Met de kennis van dit onderzoek wordt namelijk inzichtelijk hoe het project van het UMCU op een effectieve manier kan worden gevolgd. Oftewel: de overdraagbaarheid van de case wordt inzichtelijk gemaakt, waardoor ook andere medische organisaties in staat worden gesteld om, indien gewenst, veranderprocessen als deze op eenzelfde manier vorm te geven.

1.7. Leeswijzer

Deze leeswijzer beschrijft kort de structuur en opbouw van de rest van dit onderzoek. Er is geprobeerd dit onderzoek op een zo toegankelijk mogelijke manier te structureren. Ieder

hoofdstuk is opgedeeld in paragrafen. Elke paragraaf kan onderdelen hebben (bijv. 1.7.1.) die een specifiek sub-deel bespreken. Dikgedrukte kopjes geven een groter onderwerp aan, schuingedrukte kopjes een kleiner onderwerp.

Dit eerste hoofdstuk ('Inleiding') is bedoeld als overzicht en introductie tot het onderzoek. Na dit inleidende deel zal eerst een meer achtergrond/theoretisch deel volgen, waarna toegewerkt wordt naar de empirische kant van het onderzoek. Hieronder wordt een overzicht gegeven van de verschillende hoofdstukken in dit onderzoek.

Hoofdstuk twee ('Dilemma's in de zorgsector') beschrijft de context en achtergrond die centraal staat in dit onderzoek. De achtergronden op het gebied van de zorgsector, haar professionals en hun competenties worden voor het begrip van dit onderzoek beschreven.

Hoofdstuk drie ('Competentieversterking via cultuur') beschrijft het theoretisch kader van dit onderzoek. Aan de hand van de literatuur wordt een antwoord geformuleerd op deelvraag een, twee, drie en vier. Deze deelvragen gezamenlijk vormen het kader van waaruit naar de empirie wordt gekeken.

In hoofdstuk vier ('Onderzoeks aanpak') wordt de wetenschapsfilosofische positie, de onderzoeksmethoden en de overige aspecten van de aanpak van dit onderzoek besproken. Naast een korte ontologische/epistemologische inleiding wordt vooral de nadruk gelegd op de methode die gebruikt zal worden om de theorie (hoofdstuk drie) toe te passen op de empirie (hoofdstuk vijf en zes). Tevens worden enkele gemaakte keuzes in dit onderzoek hier verantwoord.

Hoofdstuk vijf ('Competentieversterking in het UMCU') beschrijft vervolgens het eerste deel van de resultaten van de empirische data. Er wordt een kort overzicht gegeven van het UMCU als organisatie, de competentieversterking die wordt nagestreefd, alsmede een schets van het project Verwonder & Verbeter (beantwoording deelvraag vijf). Daarnaast worden professionele culturen in het UMCU bekeken.

Hoofdstuk zes ('Aansluiting bij professionele culturen') beschrijft vervolgens hoe het project bij het UMCU is vormgegeven en op welke manier dit aansloot bij professionele culturen (beantwoording deelvraag zes). Daarnaast worden bekeken welke factoren beïnvloedend waren voor deze aansluiting (beantwoording deelvraag zeven).

In hoofdstuk zeven ('Conclusies & aanbevelingen') komen de verschillende lijnen samen: er wordt gekeken naar de praktische en theoretische consequenties die dit heeft (beantwoording deelvraag acht) en er worden conclusies getrokken. Verder wordt aandacht besteed aan praktische en theoretische uitwerkingen. Tot slot worden aan de hand van het onderzoek enkele concrete aanbevelingen gemaakt voor managers en organisaties om in de praktijk met competentieversterking te kunnen werken.

In hoofdstuk acht ('Literatuurlijst') zijn alle literatuurverwijzingen te vinden waar in dit onderzoek naar verwezen wordt (zie ook hieronder).

Het laatste hoofdstuk is hoofdstuk negen ('Bijlagen'). In dit hoofdstuk zijn alle bijlagen te vinden zoals vragenlijsten, interview transcripten, fieldnotes en de resultaten van de enquête. De bijlagen 9.2 tot en met 9.4 zijn omwille van de privacy van de respondenten en de vertrouwelijkheid van hun uitspraken niet openbaar beschikbaar.



Tot slot volgen enkele afsluitende hoofdstukken zoals de literatuurlijst en de bijlagen.

Literatuurverwijzingen

In dit onderzoek wordt verwezen naar literatuur aan de hand van de richtlijnen van de Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap (Universiteit Utrecht), die gebaseerd zijn op de richtlijnen van de APA (American Psychological Association). De volledige lijst geraadpleegde literatuur is in de literatuurlijst te vinden (hoofdstuk acht). Naar niet wetenschappelijke bronnen wordt in dit onderzoek verwezen aan de hand van voetnoten. Op sommige momenten wordt in dit onderzoek een illustratie/figuur gebruikt. De verwijzing naar de bron hiervan is altijd vindbaar in de inhoudelijke tekst rondom het figuur.

2. Dilemma's in de zorgsector

Casus: "Snel & beter" in het academisch ziekenhuis'

Dokter Evertson, medisch manager in een academisch ziekenhuis, heeft geconstateerd dat patiëntgesprekken met artsen op zijn afdeling ontzettend uitlopen. Tijdens patiëntgesprekken blijkt vaak dat patiënten met méér dan een klacht komen; naast de klacht waar ze voor kwamen (waar 10 minuten voor is gereserveerd) leggen ze geregeld nog een tweede of derde klacht voor, waardoor het bezoek gigantisch uitloopt. Dit kost het ziekenhuis veel geld: elke vertraging die opgelopen wordt kost extra mankracht, maar vertraagt ook de rest van de activiteiten op de afdeling. Om dit op te lossen heeft dr. Evertson een externe adviseur, Paul Ravenhorst, ingehuurd.

Ravenhorst stelt een veranderproces voor: 'snel & beter'. Zijn oplossing houdt in dat artsen alléén de klacht behandelen waar de patiënt voor kwam. Voor overige klachten moeten zij opnieuw een afspraak maken en op een ander moment terugkomen. Zo wordt de patiënt snel geholpen, en ook beter geholpen (een volgende keer is er uitgebreid tijd voor zijn klacht).

Evertson voert, met begeleiding van Ravenhorst, het veranderproces top-down in. Artsen worden geconfronteerd met een nieuwe werkwijze die zij aan moeten nemen en uit moeten voeren. Via een e-mail en een informatiebijeenkomst wordt het nieuwe beleid uitgerold en worden de professionals op de hoogte gesteld.

Na een periode van drie maanden wordt het beleid geëvalueerd. Er blijkt nog evenveel uitloop te zijn bij de gesprekken met de patiënten. Wanneer artsen werden gevraagd hoe dit kwam was het meest gehoorde antwoord dat 'patiënten soms extra aandacht vereisten.' In de praktijk werden tweede klachten nog steeds behandeld. Voor dit veranderproces bleek geen draagvlak en medewerking bij professionals, wat uitmondde in een stille dood van het veranderproces. De aandacht en plicht richting de patiënt had bij artsen prioriteit ten opzichte van de bedrijfsmatige overwegingen.

Dit hoofdstuk is bedoeld om de context te beschrijven van dit onderzoek. Dat wil zeggen: de omgeving en achtergrond die relevant is voor het volledig begrip van dit onderzoek. In het vorige hoofdstuk werd in de introductie beschreven wat voor dilemma zich voordoet in de zorg: een steeds sterkere prestatiedruk en nieuwe rol die van professionals wordt gevraagd, welke gepaard gaat met een sterke afkeer tegen organisatieveranderingen zorgt voor een moeilijke situatie voor organisaties. In dit hoofdstuk wordt de achtergrond van die ontwikkelingen verder bekeken. Allereerst worden de macro-ontwikkelingen in de zorgsector besproken. Vervolgens wordt gekeken naar de ontwikkelingen rondom het werk van professionals in de zorgsector en tot slot de competenties in de zorgsector. Tot slot worden enkele conclusies getrokken.

2.1. Macro-ontwikkelingen in de zorgsector

De zorgsector heeft in toenemende mate te maken met prestatiedruk en institutionele dilemma's. Deze paragraaf beschrijft aan de hand van verschillende bronnen de kenmerken en ontwikkelingen in de zorgsector op macroniveau die tot deze fenomenen hebben geleid.

2.1.1. Ontwikkelingen in de zorgsector

De particuliere oorsprong van de zorgsector

Van oorsprong ontstond de gezondheidszorg in Nederland als een particulier initiatief van burgerij als wel kerkgenootschappen (Witman, 2008). Dit kwam voort uit religieuze overwegingen waar principes als naastenliefde en liefdadigheid centraal stonden (Van Hout, 2007). De sector was altijd al gedomineerd door goedgeorganiseerde professionals die konden rekenen op grote publieke legitimiteit. Het is dan ook logisch dat er in Nederland niet voor is gekozen om de zorg nationaal te laten financieren (zoals bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk) maar te laten financieren via een verzekeringsmodel dat door groepen burgers wordt gefinancierd (WRR, 2004). De overheid heeft in de geschiedenis van de gezondheidszorg altijd een bepaalde afstand tot de sector gehad. Pas na de tweede wereldoorlog intervenueerde de Nederlandse overheid in de zorgsector, vooral op financieel gebied. Steeds meer medische handelingen werden collectief vergoed en behandeld (Esmeijer & Geerts, 1992). Vanaf het kabinet Den Uyl is geprobeerd de kerkelijke scheidingslijnen terug te draaien en door middel van decentralisatie (opsplitsing, met name van nationale invloed) de sector te sturen. De rijksoverheid werd daarmee steeds bepalender tot de sector en beroepsgroepen en professionals bemoeiden (en bemoeien) zich dan ook steeds meer met de overheid (en vice versa). Enerzijds gaat dit om beïnvloeding van beleid, anderzijds over geldstromen en de distributie daarvan (WRR, 2004).

Overheidsbemoeienis volgt

Van oudsher kan sinds de bemoeienis van de rijksoverheid maatschappelijke dienstverlening in Nederland worden beschreven als een 'gemengd bestel' (WRR, 2004). Dit betekent dat stakeholders (professionals, belangenorganisaties, organisaties, etc.) samen met de overheid invulling geven aan het beleid en de uitvoering van publieke taken als zorg. Dat kan co-creatie van beleid zijn, maar ook afspraken over regels, wetten of het vernieuwen van (zaken in) sectoren. In samenspraak met de rijksoverheid werden wederzijds afspraken gemaakt waar iedere stakeholder uitvoering aan gaf. De zorg kreeg daarmee steeds meer het karakter van cogovernance en coproductie (Brandsen & Pestoff, 2007). Over het algemeen leek dit systeem redelijk te werken door het draagvlak wat het creëerde. Het bracht echter enorme financiële lasten en een grote mate van inefficiëntie met zich mee. Dit ging gepaard met een van oudsher een sterk uitgebouwde verzorgingsstaat. Dit begon al voor democratiseringsprocessen tijdens school- en klassenstrijden in de tweede helft van de negentiende eeuw (WRR, 2004). Hierdoor kregen belangenorganisaties inspraak op institutioneel niveau. Door de verzuiling en het feit dat verschillende groepen er niet in slaagden enkel hun stempel op de politiek te drukken ontstond een veelheid en diversiteit aan regelingen. Enerzijds had dit gemengd bestel van inspraak op de verzorgingsstaat voordelen (draagvlak, groot bereik) maar anderzijds ook nadelen (hindermacht, vertraging, inefficiëntie). Van een oorspronkelijk particulier initiatief ontwikkelde de zorgsector zich dus tot een meer overheid gedreven sector, die op haar beurt weer tot problemen in de sector leidde.

Richting een marktsector

Toen het proces van ontzuiling inzette en het gemengd bestel langzaam minder gebonden werd ontstond een beweging richting markt en zelfstandigheid voor sectoren als de zorg. Het model van de onderneming werd daarbij aangehaald als een organisatie die een goede aansluiting zoekt tussen vraag en aanbod en tevens adequaat inspeelt op wensen van consumenten (WRR, 2004). Dit leidde tot de opkomst van drie marktkenmerken bij consumenten. *Voice*: consumenten spreken actiever en explicieter uit wat hun wensen zijn en participeren mee. *Exit*: consumenten kunnen zelf kiezen waar zij behandeld worden en

onder welke omstandigheden, zij kunnen dus ook weggaan. Maar ook *silence*: soms spreken consumenten zich niet uit en komt er geen informatie uit consumenten. Deze kenmerken waren nieuw voor de zorgsector. Ze waren wel al bekend in de marktsector (waar klanten altijd al zelf participeerden) maar minder bekend in de (semi) publieke sector, waar professionals van oudsher niet bevraagd werden over hun handelen. Deze ontwikkelingen gingen gepaard met een sterke mate van individualisering van mensen. Dat wil zeggen: *“De behoefte aan zelfverwezenlijking en persoonlijke groei uit de jaren zeventig lijkt, via ‘het opkomen voor jezelf’, in de jaren tachtig bijna onmerkbaar te zijn overgegaan in eigenbelang, egoïsme en zelfhandhaving.”* (Bussemaker, 1993, p. 152). Deze meer sociale ontwikkelingen stroken met de ontwikkelingen van ‘mondigere patiënten/consumenten’ en daarmee meer eisen en wensen aan de gezondheidszorg.

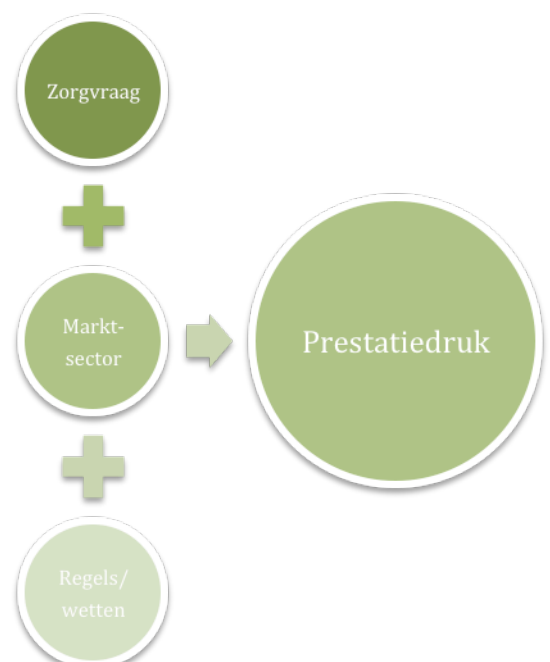
Demografische ontwikkelingen

Parallel aan de ontwikkelingen richting een marktsector gingen demografische ontwikkelingen. De meest belangrijke was de langere levensverwachtingen van mensen in Nederland. Deze nam en neemt exponentieel toe door betere levensomstandigheden, hogere welvaart en betere gezondheidszorg (RVZ, 2011). Een steeds ouder wordende populatie komt niet alleen steeds vaker met gezondheidsproblemen naar zorginstellingen, ook legt deze groep ouder wordende mensen een steeds sterkere druk op de gezondheidszorg (Stewart et.al., 2002). Tegelijkertijd zijn oudere mensen vaak minder gezond, waardoor zij een sterke en diverse vraag naar zorg hebben. Door de grotere behandel mogelijkheden maken mensen in het algemeen daarnaast meer gebruik van de gezondheidszorg, waardoor de vraag naar zorg sterk stijgt zonder dat de vereiste middelen (zowel geld als bedden, artsen, tijd) aanwezig zijn (RVZ, 2011).

Prestatiedruk volgt

Dit leidde tot een aantal macro-ontwikkelingen. Dit waren onder meer permanente budgettaire druk, de differentiatie van de vraag (meer divers, sociale context) en invloed van de EU (regels, competitie) (Van Hout et.al., 2007). Door de differentiatie van de vraag naar zorg (veel wensen, kritische consumenten) ontstond in de zorgsector een situatie waarin organisaties meer consument- of marktgericht moesten gaan werken om in te spelen op deze wensen. In combinatie met de invloed van de EU en meer nationale regels over competitie en de inrichting van de markt legde dit een sterke druk op de organisaties in de sector. Een van de sterkste effecten was de permanente budgettaire druk. Dit is een vorm van financiële druk die constant ‘dwingt’ tot goedkoper, efficiënter of effectiever/anders werken. Enerzijds kwam deze ontwikkeling dus voort uit regels (EU, rijksoverheid) en anderzijds uit consumenten (de sterke vraag, maar ook bijvoorbeeld de mogelijkheid tot kiezen, exit).

In eerste instantie probeerde de overheid competitie omwille van efficiëntie en eerlijkheid tegen te gaan, maar later, en recentelijk nog sterker, zette dit toch door (Schut, 1995). Zorginstellingen werden hierdoor steeds meer concurrenten en maakten minder gebruik van het gemengd bestel. Dit leidde tot een aantal problemen. In de eerste plaats een sturingsprobleem (overheden hadden minder directe invloed op de sector en realiseerden dus ook minder makkelijk sturing binnen de sector). Dit



maakte dat instellingen zelf bepaalden waar zij wel of niet de focus op legden (WRR, 2004). Ten tweede leidde het tot een coördinatieprobleem: collectieve veranderingen waren veel moeilijker door te brengen. Ook leidde het tot een toezicht- en verantwoordingsprobleem. Het werd moeilijk voor de overheid om toezicht te houden en hierdoor ontstond sterke 'verantwoordingspolitiek' waarin overheden allerlei regelingen instelden om grip te kunnen blijven houden op de sector. Op zijn buurt leidde dit weer tot incidentenpolitiek en een vertrouwensprobleem tussen de sector en de overheid. De recente ontwikkelingen in het VUmc zijn hier een voorbeeld van: veel maatschappelijke controverse over dit incident zorgde voor een 'roep' om meer controle en verantwoording, terwijl juist dergelijke mechanismen leidde tot een vertrouwensprobleem. Deze problematiek heeft geleid tot allerlei onderzoeken naar oplossing voor deze knelpunten. Dit is onder meer door de WRR in 2004 in kaart zijn gebracht. Door een mate van 'pad afhankelijkheid' blijkt verandering bewerkstelligen in deze moeilijk beweegbare sector echter keer op keer zeer lastig (Wilsford, 1994). Ook de ontwikkeling richting marktwerking leidde dus op haar beurt weer tot problematiek in de sector.

2.1.2. De zorgsector vandaag de dag

De zorgsector heeft vandaag de dag te maken met de bovenstaande dilemma's. De afgelopen jaren hebben zich naast deze dilemma's eveneens een aantal meer recente ontwikkelingen voorgedaan. Onderzoek en rapporten beschrijven deze recentere ontwikkelingen. Deze zullen hieronder worden besproken.

Coördinatie van zorg is nodig

Allereerst zijn er medische ontwikkelingen geweest die de zorgsector hebben beïnvloed. De gezondheidszorg heeft momenteel te maken met een veelheid aan interne ontwikkeling en innovatie (Stoopendaal, 2004). Door innovaties in diagnostiek en behandeling zijn de mogelijkheden in de zorg voor patiënten exponentieel toegenomen. De kennis en hoeveelheden zijn amper meer te behappen voor een individuele arts. Artsen specialiseren zich dus ook steeds verder, maar krijgen tegelijkertijd ook te maken met de stijgende kosten, dalende middelen en roep om kwaliteit, transparantie en verantwoording vanuit het rijk en consumenten (Schneider, 2013). Dit heeft er toe geleid dat er allerlei nieuwe vormen van medische specialisaties zijn opgekomen. Dit betekent echter ook dat er steeds meer coördinatie van zorg nodig is (Van Hout et.al., 2007) en steeds meer samenwerking tussen professionals vereist is. Dit betekent dat zorg door nieuwe technieken ook duurder is geworden, wat de permanente budgettaire druk versterkt. Dit gaat wederom gepaard met het zogenaamde interventiefuik (Noordegraaf, 2004), 'er moet veel, maar er kan weinig.'

Managementrevolutie als reactie zorgt voor weerstand

Naast ontwikkelingen op het medische vlak (hierboven) hebben zich eveneens ontwikkelingen voorgedaan op het organisatorische vlak van de zorg. Op organisatie niveau zijn de afgelopen jaren steeds vaker invloeden opgekomen van beleidsmedewerkers, managers en (externe) adviseurs. Deze opkomst is vooral voortgekomen uit de marktontwikkeling van de sector, waardoor nieuw beleid, efficiëntie en 'anders werken' centraal is komen te staan (Werkman, 2006). Deze managementrevolutie vond in de jaren negentig plaats, en is de afgelopen jaren sterk ontwikkeld (Noordegraaf & Meurs, 2001). Beloftes als *efficiency* en *kostenbesparing* stonden centraal. Dit ging gepaard met allerlei controlemechanismen, indicatoren en managementtechnieken (Ardon, 2009). Niet alleen professionals werden manager, ook 'generalisten' met andere achtergronden (ook wel 'managerialisten' genoemd). Allerlei instrumenten werden in de zorgsector geïntroduceerd: kwaliteitsmanagement, beleidsplannen en prestatie indicatoren (Witman, 2008). De

organisatieliteratuur noemt dit ook wel kenmerken van *new public management*. Daarnaast speelde nog andere ontwikkelingen, zoals isomorfisme (DiMaggio & Powell, 1991), wat inhield dat verschillende organisaties beleid of ontwikkelingen van elkaar gingen ‘kopiëren.’ Enerzijds dwingend (door institutionele regels) en anderzijds door imitatie (van vermeend succes). Om de prestatiedruk en de coördinatie van zorg aan te kunnen, sturen kiezen veel (ziekenhuis) organisaties voor een top-down organisatie waarin positionele macht, planbaarheid en de efficiëntie van werkprocessen centraal komen te staan: “*Wat moeten ze nu weer van ons, managers! Het worden er steeds meer en ze begrijpen het gewoon niet; hoezo met minder meer, het is gewoon plat bezuinigen op materiaal en geneesmiddelen, op handen aan het bed? Laat ze het zelf maar aan onze patiënten uitleggen, laat ze die beleidsstaf halveren.*” (Schneider, 2013, p. 3). De (logische) reactie van organisaties en managers om de marktontwikkelingen te kunnen controleren leidde tot een sterke afkeer tegen beleid en management vanuit de positie van professionals. Dit kan leiden tot zogenaamde ‘toxic emotions’ (Frost, 2003). Professionals voelen zich aangetast in hun eigenwaarde en respect en reageren hierdoor met extra veel weerstand (Ardon, 2009). Hierdoor zoeken managers steeds vaker naar gezag, denken zij soms dat het lijkt alsof zij zich in een ‘andere wereld’ bevinden (Drukker & Verhaaren, 2002), hebben zij veel behoefte aan manieren om te sturen en invloed uit te oefenen binnen de organisatie en vinden zij het lastig om controversiële kwesties op een goede manier bij hun collega’s (professionals) aan de orde te stellen (Witman, 2008). Het mantra ‘zo doen wij dat nu eenmaal’ (een uiting van professionele culturen) is voor managers dus in toenemende mate moeilijk te doorbreken.

Vernieuwde druk vanuit de overheid

De afgelopen paar jaar jaren lijken de ontwikkelingen in de zorgsector bijna gepaard te gaan met juist minder decentralisatie (Byrkjeflot & Neby, 2008), ook ingegeven vanuit een roep om meer sturing vanuit de rijksoverheid. Deze ‘terugkeer’ naar hoe het ‘vroeger’ in de zorgsector was (voor de introductie van marktwerking) heeft tot nu toe nog echter niet echt doorgezet. Wel heeft het de eerdergenoemde problemen (zoals een vertrouwensprobleem) versterkt, omdat de perceptie gecreëerd is dat ‘de overheid wil bepalen wat er moet gebeuren in de zorgsector.’

Noodzaak tot vernieuwing: niet of, maar hoe

De zorgsector heeft de afgelopen eeuw maar ook de afgelopen jaren te maken met de consequenties van allerlei ontwikkelingen. Zorginstellingen moeten door de prestatiedruk efficiënter werken, maar door weerstand tegen management of organisatieveranderingen gebeurt dit niet. De zorg heeft dus niet enkel te maken met een ‘dichotome clash’ tussen professionals en managers, maar met een veelheid aan oorzaken die problemen veroorzaken (Van Hout et.al., 2007). In het schema rechts worden dergelijke voorbeelden schematisch weergegeven (Van Hout, 2007). De noodzaak tot vernieuwing van zorg en management is voldoende zichtbaar, maar de zorgsector bevindt zich tegelijkertijd in een situatie waar managementoplossingen moeilijk vormgegeven kunnen worden.



2.2. Het werk van professionals in de zorgsector

De hiervoor beschreven macro-ontwikkelingen hebben invloed gehad op het werk van de professionals in de zorgsector. Door de verschillende consequenties van ontwikkelingen in de zorgsector is ook het werk van professionals door de jaren heen veranderd. In deze

paragraaf wordt specifiek stilgestaan bij de veranderingen in het werk van professionals ten opzichte van het werk dat professionals van oudsher hadden, gegeven de beschreven macro-ontwikkelingen.

2.2.1. Het werk van professionals van oudsher

Van oudsher domineerden professionals in de zorg de gehele sector (Witman, 2008). Niet alleen waren zij verantwoordelijk voor het primaire proces (zorg voor de patiënten), ook waren zij verantwoordelijk voor de opvolging (nieuwe artsen en studenten worden door artsen zelf opgeleid en begeleid) en de organisatie van de zorg (managers waren vrijwel uitsluitend medische professionals zelf en hadden een bescheiden rol). Van nature gaf dit professionals een gevoel van autonomie en controle dat hun rol typeerde. Deze drie belangrijke aspecten van het werk worden hieronder bekeken.

Verantwoordelijkheid voor het primaire proces

Net als in andere beroepsgroepen hadden professionals in de zorg vaak zelf inhoudelijke controle over hun vakgebied en wat zij moeten weten (Freidson, 2001). Oorspronkelijk kwam dit voort uit een pragmatische keuze: er was niemand die *beter in staat was* dan de professional zelf om te oordelen over het primaire zorgproces. Daar komt bij dat professionals patiënten vaak (langer) kennen en specifieke dossierkennis bezitten. In de praktijk betekende dit dat er weinig controle was op het handelen van professionals. Professionals organiseerden zich echter wel degelijk met eigen beroepsgroepen en tuchtcommissies waar professionals elkaar controleren op medisch handelen (Noordegraaf, 2004). Hoewel deze tuchtcommissies soms effectief zijn, gaan professionals in de praktijk ook jaren 'vrijuit' bij medische missers. Dit kwam recentelijk bijvoorbeeld weer aan het licht via populaire nieuwsmedia⁶. Van oudsher was er dan ook beperkte controle op het professioneel handelen en werd dit, behalve in een uitzonderlijk geval door collega's, dan ook vaak niet in twijfel getrokken.

Opvolging door nieuwe artsen

Net als het primaire proces zijn professionals van oorsprong ook zelf verantwoordelijk voor hun opvolging. Dit manifesteert zich op een aantal manieren. In de eerste plaats omdat studenten (bijvoorbeeld geneeskunde of medicijnen) worden opgeleid door *medische professionals* die vaak via academische ziekenhuizen zoals het UMCU verbonden zijn aan de universiteit. Ten tweede omdat meer gespecialiseerde opleidingen (coschappen, maar ook opleidingen tot medisch specialisten die AIOS bijvoorbeeld volgen) worden gegeven door medisch professionals. Dit betekent dat professionals binnen bepaalde culturen treden die de groep hebben gevormd (Schein, 1992). Deze opleidingen vinden vaak plaats op de werkvloer, waardoor aankomende artsen gesocialiseerd worden in de bestaande cultuur van medische professionals (Witman, 2008). Dit kan zich in kleine dingen manifesteren: de arts die zijn coassistenten een kritische vraag stelt, waardoor hiërarchie wordt bevestigd. Iets simpels als 'vragen stellen' blijft professionals jarenlang bij (Witman, 2008). Zowel in het onderwijscurriculum als op de werkvloer worden professionals dus van oudsher gesocialiseerd.

Organisatie van zorg

De manier waarop zorg werd georganiseerd (bijvoorbeeld in ziekenhuizen, huisartsenpraktijken of andere zorginstellingen) is van oudsher eveneens het domein van professionals geweest. Waar in vroegere tijden kerkelijken zelf de organisatie vormgaven (Van Hout, 2007), waren dit in de tweede helft van de twintigste eeuw vooral medische

⁶ NRC (2013, 9 februari). 'Neuroloog Jansen Steur bood patiënt illegaal wiet aan' (27 maart 2013).

professionals die *ook* managementtaken op zich hadden genomen. Hiermee werd de zorg ingericht op een manier die noodzakelijkerwijs aansloot bij de werkwijzen van professionals. De professionals die manager werd handelde namelijk noodzakelijkerwijs met dezelfde professionele denkwijze. Dat betekent dat vanuit managementoogpunt van oudsher aandacht was voor het primaire proces.

2.2.2. Het werk van professionals vandaag de dag

De rol van professionals is de afgelopen jaren sterk veranderd. Deze veranderingen zijn niet zozeer voortgekomen vanuit professionals zelf, maar zijn grotendeels voortgekomen uit de macro-ontwikkelingen in de zorg. De oorspronkelijke rolpatronen rondom het werk van professionals worden hieronder vergeleken met wat tot wat het vandaag de dag is geworden.

Verantwoordelijkheid voor het primaire proces

Hoewel professionals nog steeds de eigenaar zijn van het primaire zorgproces, is deze rol niet meer zo 'onaantastbaar' als deze ooit was. In de eerste plaats komt dit doordat macro-ontwikkelingen als eisen van consumenten hebben geleid tot een steeds sterkere focus op zaken als kwaliteit en veiligheid. Hierdoor kan de professional niet meer enkel doen 'wat hij of zij als noodzakelijk acht' maar moeten professionals zich aanpassen aan de wensen van patiënten. Patiënten zijn daarmee consumenten geworden in een 'markt.' Dit stelt professionals voor een lastig dilemma: patiënten weten niet altijd het beste wat in hun eigen belang is, maar tegelijkertijd is het in het belang van professionals om consumenten 'tevreden te stellen' (WRR, 2004). In de tweede plaats is het primaire proces sterk beïnvloed door de eerdergenoemde 'managementrevolutie.' Steeds meer zaken als prestatie indicatoren, controlemechanismen en andere beleidsinstrumenten maken 'inbreuk' op het primaire proces, waardoor professionals hier geen 'alleenheerser' meer zijn (Noordegraaf et.al., 2007). Door de eerder genoemde macro-ontwikkelingen in de zorg raakt de individuele arts het overzicht en de regie kwijt: "*De aloude beproefde werkwijze van de arts past niet goed meer in de werkwijze van de ziekenhuisorganisatie.*" (Schneider, 2013, p. 3). Tegelijkertijd maakt dit professionals nog sterker recalcitrant tegen organisatieveranderingen vanuit het management, omdat deze dit gevoel van 'machteloosheid' versterken.

Opvolging van nieuwe artsen

In tegenstelling tot het vorige punt is er betrekkelijk weinig veranderd als het gaat om de opvolging en opleiding van nieuwe artsen. Hoewel landelijk aanpassingen aan de onderwijscurricula zijn gemaakt (vaak met als doel specifieke competenties aan te leren of cultuur te proberen te 'doorbreken') heeft dit tot betrekkelijk weinig veranderingen geleid. De reden hiervoor lijkt logisch: de opvolging van artsen wordt nog steeds verzorgd door medische professionals. De nieuwe artsen worden nog steeds opgeleid door de vorige generatie artsen. Nieuwe artsen als AIOS worden daarom nog steeds geïntroduceerd tot de professionele culturen. Zo leren zij bijvoorbeeld het 'verborgen curriculum' kennen (Witman, 2008): de ongeschreven regels, normen en waarden van professionals. Ook wordt het onderwijs nog steeds verzorgd door professionals. Dit is logisch: zij zijn de personen met de meeste medische kennis die zij over kunnen dragen. Hierdoor treedt echter nog steeds dezelfde historische socialisatie op. De sterkere weerstand tegen organisatieveranderingen is nu echter deel van die socialisatie, mede door de sterke weerstand die artsen voelen (en dus ook overdragen). Hierdoor wordt ook deze weerstand overgedragen op de nieuwe generatie medische professionals.

Organisatie van zorg

Hoewel professionals vroeger ook per definitie manager waren, is recent een andere ontwikkeling gaande. *“Professionele managers leidden nu mede de ziekenhuisorganisatie en sturen zowel het zorgproces als de artsen aan om efficiëntie, kwaliteitsverhoging en kostenbesparing te realiseren.”* (Schneider, 2013, p. 3). Dit ligt in lijn met de ontwikkeling van de managementrevolutie die heeft plaatsgevonden in de gezondheidszorg. In veel gevallen leidt dit tot weerstand: managers willen ‘van alles’ maar tegelijkertijd krijgen professionals te maken met het interventiefuik (er moet veel, maar er kan weinig) en voelen zij zich aangetast in hun professionele autonomie (Noordegraaf et.al., 2007). De introductie van zaken als prestatie indicatoren, controlemechanismen etc. maakt deze ‘dreiging’ voor professionals sterk en wezenlijk.

2.3. Competenties in de zorgsector

Net als het werk van professionals hebben de macro-ontwikkelingen ook invloed gehad op de competenties van professionals in de zorgsector. Deze paragraaf staat in het teken van de ontwikkeling van deze competenties. Net als bij de voorgaande paragrafen wordt eerst gekeken naar de competenties die van oudsher belangrijk waren, waarna gekeken wordt naar de competenties die voor professionals vandaag de dag belangrijk zijn.

2.3.1. Relevante competenties van oudsher

Wanneer er gekeken wordt naar competenties kan grofweg onderscheid gemaakt worden tussen twee soorten competenties. Enerzijds technische competenties (medische vaardigheden) en anderzijds ‘nieuwe’ competenties (zoals samenwerken, leiderschap) die pas recentelijk relevant zijn geworden voor professionals.

Technische competenties

In lijn met de historische rol van professionals (focus op het primaire proces en technische kennis) waren technische competenties gerelateerd aan het primaire werkproces dominant. Van een professional werd verlangd dat hij of zij met specialistische kennis autonoom kon handelen om de patiënt van goede zorg te voorzien (Noordegraaf, 2004). Een bevestiging van het belang van deze competenties is bijvoorbeeld de eed die artsen afnemen na het afronden van hun opleiding waarin zij onder andere beloven de beste zorg mogelijk te bieden voor patiënten. Technische competenties kunnen gaan om fysieke handelingen (een bepaalde operatie uitvoeren) maar ook bijvoorbeeld over het hanteren van machines/processen, het omgaan met computers/elektronische apparatuur (Toolsema, 2003). Technische competenties kunnen ook gaan over de juiste diagnose stellen en de daarbij horende kennis bezitten.

‘Nieuwe’ competenties: organisercompetenties

Voor ‘nieuwe’ competenties (zoals samenwerken of verandermanagement) is van oudsher weinig aandacht geweest. Deze competenties lijken in eerste instantie secundair aan het primaire proces (samenwerken lijkt voor professionals minder belangrijk dan een technische competentie), vooral omdat ze het primaire werk lijken te faciliteren. Niet alleen leken deze competenties oorspronkelijk minder relevant, ook waren er weinig drijvende krachten die deze competenties relevant maakten. Over tijd hebben zich beroepsorganisaties gevormd die zich bezig houden met de positie van medische professionals in de zorgsector (Witman, 2008). Dit leidde echter van oudsher niet tot vernieuwingen van de competenties van professionals.

2.3.2. Relevante competenties vandaag de dag

Door de jaren heen zijn de hierboven beschreven competenties veranderd/ontwikkeld, onder meer door de invloed van de macro-ontwikkelingen in de zorg. Deze ontwikkelingen worden hier besproken.

Technische competenties

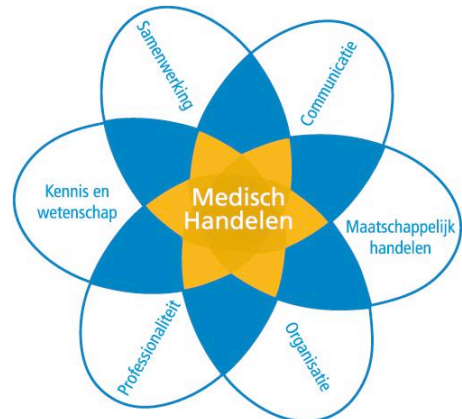
Voor technische competenties is altijd onverminderd aandacht gebleven in de gezondheidszorg (Schneider, 2013). Dit lijkt logisch: wanneer het zorg bieden aan patiënten de primaire taak is van professionals is het niet vreemd dat voor de bijbehorende competenties ook onverminderd aandacht is. Door de toename in (technologische) innovaties zijn technische competenties echter meer versnipperd en divers geworden dan dat deze hiervoor waren (Towle, 1998). Het specialistische karakter van de gezondheidszorg maakt technische competenties daardoor niet minder belangrijk, maar wel anders: *“Of een arts een mooie kunst kan in de OK, veel kennis heeft of een fantastische diagnose stelt is allang niet meer genoeg.”* (Schneider, 2013, p. 3). Naast technische competenties zijn zogenaamde ‘nieuwe competenties’ dus ook relevant geworden.

‘Nieuwe’ competenties: organisercompetenties

Waar nieuwe competenties vroeger secundair leken aan de technische competenties, lijkt dat recentelijk niet meer zo te zijn. Dat wil zeggen: competenties als samenwerking en leiderschap lijken inherent te zijn geworden aan een goed verloop van het primaire proces. *“Multidisciplinair werken, het nemen van teambesluiten, het werken in klinische zorgpaden, richtlijnen en standaarden zijn een noodzaak.”* (Schneider, 2013, p. 3). Om patiënten de zorg te geven die nodig is, zijn dus ook nieuwe competenties vereist. Het samenwerken tussen verschillende specialismen (zoals eerder beschreven) is essentieel geworden voor het werk van professionals (Towle, 1998). Doordat artsen zelf niet meer alle aspecten van het beroep beheersen en specialismen steeds verder van elkaar afgesloten worden is samenwerking bijvoorbeeld sterk vereist. In een academisch ziekenhuis heeft een patiënt bijvoorbeeld bijna nooit een klacht die slechts een specialisme beslaat (Schneider, 2013) waardoor competenties om hier mee om te gaan vereist zijn. Daarnaast hebben professionals te maken met de gevolgen van de macro-ontwikkelingen: budgettaire druk, regels en complexe organisaties (WRR, 2004). Professionals moeten zich hierdoor aanpassen aan een vernieuwde context (Towle, 1998). Om deze complexiteit te kunnen controleren zijn dus ook nieuwe competenties nodig (Schmiedinger, Valentin & Stephan, 2005). Dat wil echter niet zeggen dat professionals dit ook zo zien. De professionele culturen zijn hier niet op ingesteld, doordat de competenties niet direct relevant lijken voor de professionals. Daarnaast worden artsen al overladen met medische kennis die de afgelopen jaren enorm ontwikkeld is (Shaughnessy & Slawson, 1999). Dergelijke competenties zijn door de jaren heen geprobeerd mee te geven aan professionals op allerlei verschillende manieren. Zo zijn er dwingende (opleggende) veranderprocessen geweest, maar ook bijvoorbeeld aanpassingen aan opleidingscurricula. Dergelijke veranderprocessen zijn echter tot op heden vaak gestuit op weerstand en verzet, waardoor deze vaak niet effectief zijn geweest.

Wat betreft opleidingscurricula valt te denken aan ondersteuningsorganisaties als de KNMG, maar ook koepelorganisaties zoals de Orde van Medisch Specialisten. Deze organisaties houden zich bezig met de professionalisering en de ontwikkeling van de positie van medische professionals. Tot op heden heeft dit niet geleid tot een doorbraak in de competenties van medische professionals, maar wel tot pogingen om deze *organisercompetenties* beter in te bedden in het werk van professionals. Een recent

voorbeeld waaruit deze competentieversterking blijkt is het initiatief 'CanMEDS.'⁷ Dit is een initiatief dat nastreeft dat AIOS in Nederland in 2015 beschikken in verschillende CanMEDS-competenties. Dit is onder meer medisch handelen, maar ook communicatie, samenwerking, organisatie en professionaliteit (zie ook schema rechts). De CanMEDS competenties zijn deel van de modernisering van medische vervolgoopleidingen en hebben als doel om medische professionals een opleiding te bieden die aansluit bij de veranderende context van de zorgsector.⁸ Hierbij zijn een aantal aandachtspunten gesteld: kennis delen, CanMEDS-competenties vertalen naar de opleidingspraktijk, theorie en praktijk bij elkaar brengen, praktijkervaring en goede voorbeelden verspreiden en het faciliteren van wetenschappelijke verenigingen. Ten doel is gesteld om in 2015 AIOS op te leiden in deze competenties. Professionals nemen weinig verantwoordelijkheid over deze competenties omdat ze in hun ogen niet 'van hen' zijn maar 'van managers' zijn (Senge, 1990). Hierdoor ontstaat er beperkt initiatief en draagvlak om met deze competenties aan de slag te gaan, maar ook soms zelfs weerstand tegen deze competenties. Dit heeft deze pogingen om organiseercompetenties te versterken tot nu toe bemoeilijkt, omdat professionals hier het belang beperkt van in lijken te zien. Daar komt bij dat professionals zich niet altijd genoeg bewust zijn van hun eigen tekortkomingen, doordat ze ook niet altijd weten of inzien dat dergelijke competenties waardevol zouden kunnen zijn (Argyris, 1991).



2.4. Conclusies

Een managementrevolutie door prestatiedruk

Uit dit context hoofdstuk kunnen een aantal overkoepelende conclusies worden getrokken die hier worden beschreven. Allereerst wat betreft de macro-ontwikkelingen in de zorg. De ontwikkelingen die uiteindelijk hebben geleid tot de introductie van *prestatiedruk* in de zorg (decentralisatie, concurrentie/marktwerking, eisen van consumenten, permanente budgettaire druk) hebben tot een aantal problemen geleid. Niet alleen coördinatieproblemen, maar ook een vertrouwensprobleem tussen de sector en de overheid. Eén van de gevolgen hiervan is een interventiefuik geweest (er moet veel, maar er kan weinig). In een poging dit te controleren hebben managers tevergeefs organisatieveranderingen in gang gezet tijdens de zogenaamde managementrevolutie. Dit waren bijvoorbeeld top-down gestuurde veranderingen door managers gericht op bijvoorbeeld efficiency. Juist deze aanpak heeft tot sterke afkeer van management en veranderingen geleid in de gezondheidszorg doordat de autonomie van artsen nog sterker werd aangetast.

Professionals verliezen steeds meer autonomie

Parallel aan deze veranderingen is ook het werk van professionals veranderd. Professionals moeten door regels, eisen van consumenten maar ook het interventiefuik anders gaan werken, maar willen dit zelf eigenlijk niet. Niet alleen is dit een aantasting van hun expertise ('anderen weten beter wat het beste is'), ook leidt het tot verwarring en zijn professionals het overzicht kwijt. Professionals beleven de managementrevolutie dan ook als een aantasting van hun autonomie en ontwikkelen daardoor veel weerstand tegen managers of

⁷ Website Artsennet ('Competentiegericht')

⁸ Website Artsennet ('Competentiegericht')

nieuw beleid. In sommige gevallen leidt dit tot een verlangen terug naar de autonomie van 'vroeger'.

Nieuwe 'organiseercompetenties' worden relevant

Tot slot zijn nieuwe competenties, organiseercompetenties, relevant geworden voor professionals. Dit komt door de specialisering van de zorg, maar ook door hogere eisen aan professionals. Professionals ontwikkelen deze competenties echter nog niet. Enerzijds komt dit door het socialisatieproces (professionals leiden professionals op binnen een stramien waar dit niet belangrijk wordt gevonden) en anderzijds mogelijk door de manier waarop deze veranderprocessen zijn vormgegeven (dwingend, opleggend). Professionals associëren nieuwe competenties daardoor mogelijk ook met (negatieve aspecten van) de managementrevolutie. Daarnaast zien zij de competenties ook als iets dat 'van managers' is en niet 'van hen' is. Kortom: de cultuur en context in de zorgsector belemmert de ontwikkeling en versterking van deze nieuwe competenties, terwijl ze wel degelijk essentieel zijn voor het werk van professionals en de verbetering van zorg voor patiënten. Er kan dus vanuit theoretisch oogpunt gekeken worden naar wat voor mogelijkheden er zijn om met deze dilemma's om te gaan, wat in het volgende hoofdstuk gedaan zal worden.

3. Competentieversterking via cultuur

Casus: 'Culturele mis-match tussen managers en professionals in het VUmc'

Het VU Medisch Centrum (VUmc) in Amsterdam is de afgelopen jaren geteisterd door een aantal tegenslagen mede veroorzaakt door interne tegenstellingen. Het academische ziekenhuis in Amsterdam werd eind 2012 onder verscherpt toezicht geplaatst door de Inspectie van de Gezondheidszorg omdat de inspectie geen vertrouwen meer had in de raad van bestuur.⁹

Eerder in 2011 overleed een patiënt op de intensive care mede door slechte samenwerking tussen medische specialisten. In de periode die hier op volgde probeerde de raad van bestuur de interne tegenstellingen op te lossen. Na de bekendmaking van het verscherpte toezicht stapte een deel van de raad van bestuur op. De NOS publiceerde direct twee quotes van leden van de raad van bestuur: Mulder: "Het is ons niet gelukt om de voortdurende spanningen rond een aantal van onze medisch specialisten te bezweren. Het inzicht dat ik geen rol meer kan spelen bij de oplossing hiervan is voor mij directe aanleiding om deze stap te zetten. Dat betreurt ik ten zeerste." Van Ewijk: "We hebben op alle mogelijke manieren gepoogd de situatie weer onder controle te krijgen. De patiëntveiligheid hebben we daarbij constant kunnen waarborgen. Maar het interne conflict hebben we helaas nog niet kunnen oplossen."¹⁰

Hoewel er veel speculatie is geweest over de reden dat de raad van bestuur niet in staat was om de interne problemen op te lossen, getuigde diverse bronnen later in de media dat het bestuur van het VUmc een "angstcultuur creëerde"¹¹. De maatregelen die het bestuur nam vonden hierdoor weinig aansluiting in de organisatie. Een gebrek aan onderling vertrouwen bemoeilijkte dit proces nog verder. De casus van het VUmc gaf pijnlijk weer dat er allerlei factoren meespelen (zoals vertrouwen, manier van managen) die verandering kunnen bemoeilijken of onmogelijk kunnen maken, soms met zeer grote gevolgen.

Vanuit theoretisch oogpunt kan worden gekeken naar hoe competentieversterking vormgegeven kan worden via cultuur. Dit hoofdstuk beschrijft dit door te kijken naar verschillende wetenschappelijke theorieën. Dit wordt gedaan door vanuit theoretisch oogpunt te kijken naar de manier waarop de aansluiting tussen professionele culturen en veranderprocessen het beste kan worden vormgegeven. Met andere woorden: welke voorwaarden nodig zijn om een goede aansluiting te vinden tussen veranderprocessen gericht op competentieversterking en professionele culturen.

Aan de hand van de verschillende onderdelen wordt naar een theoretische verwachting toegewerkt. Het gaat om de volgende onderdelen. Ten eerste wordt gekeken naar (professionele) competenties. Vervolgens worden professionele culturen en de gevolgen hiervan voor organisaties bekeken. Daarna wordt beschreven hoe, gegeven competenties en professionele culturen, veranderprocessen gericht op competentieversterking kunnen worden vormgegeven. Daarna wordt gekeken naar factoren die van invloed zijn op de aansluiting tussen professionele culturen en veranderprocessen. Tot slot worden conclusies getrokken: er wordt in kaart gebracht welke voorwaarden, gegeven de theorie, het meest

⁹ Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), (2011). Rapport melding 33739. Amsterdam: IGZ.

¹⁰ NOS (2012, 24 augustus). 'Deel bestuur VUmc opgestapt' (18 april 2013).

¹¹ Zorgvisie (2012, 27 augustus). 'Bestuur VUmc creëerde angstcultuur' (18 april 2013).

bepalend lijken te zijn voor een aansluiting tussen veranderprocessen gericht op competentieversterking en professionele culturen.

3.1. Professionele competenties

Dit deel verkent het concept competenties en beschrijft drie aspecten ervan. Allereerst wat competenties in algemene termen zijn, vervolgens wat professionele competenties zijn en tot slot wat de consequenties hiervan zijn voor organisaties die competentieversterking ten doel hebben gesteld. Dit geheel geeft antwoord op de theoretische deelvraag “Wat zijn professionele competenties?”

3.1.1. Wat competenties zijn

Er is geen wetenschappelijke consensus over de definitie en invulling van het concept competenties. Sterker nog: al jaren zijn er wetenschappelijke discussies over de precieze betekenis van het concept. Hierdoor is niet altijd duidelijk wat er met competenties bedoeld wordt, waardoor (in onderzoek) verwarring op kan treden. Dit deel beschrijft de verschillende opvattingen over competenties en beschrijft de interpretatie dit in dit onderzoek gevolgd is.

Verwarring in definities

Bij het verwijzen naar internationale literatuur ontstaat nog al eens verwarring door het verschil en de ambiguïteit van de Engelse woorden ‘competency’, ‘competencies’ en ‘competence.’ Niet alleen is er geregeld onduidelijk wat er bedoeld wordt met deze concepten, maar ook in de vertaling naar het Nederlands (of andersom) ontstaat vaak spraakverwarring doordat de woorden niet op dezelfde manier in het Nederlands terugkomen. Boyatzis (1982, p. 97) beschrijft competency als “(...) *an underlying characteristic of a person which results in effective and/or superior performance in a job.*” Competency gaat volgens Boyatzis dus over meer onderliggende persoonlijke eigenschappen of gedrag dat bijdraagt aan het op een goede manier uitvoeren van een opgave. Woodruffe (1991) stelt dat competency voor twee betekenissen kan worden gebruikt: 1) de ‘bewezen’ vaardigheid om een bepaalde taak competent uit te kunnen voeren (zoals opleidingen), en 2) het gedrag dat een persoon moet vertonen om taken competent uit te voeren. Moore volgt dit door te benoemen dat competency draait om gedrag met betrekking tot vaardigheden (Moore et.al., 2002). Competency is gaat dus niet exclusief over het bezitten van vaardigheden, maar vooral over het gedrag daar om heen.

Epstein en Hundert benaderen competencies als “(...) *the habitual and judicious use of communication, knowledge, technical skills, clinical reasoning, emotions, values and reflection in daily practice for the benefit of the individual and community being served.*” (Epstein & Hundert, 2002, p. 277). Hiermee definiëren zij competencies als het bezitten en kunnen toepassen van verschillende vaardigheden. Moore benoemt dat competencies draaien om attributen en vaardigheden van personen (Moore et.al., 2002). Dit aan te sluiten bij enkele Nederlandse definities van competenties. Thijssen (1998) definieert competenties als brede een vaardigheid (een cluster van kenniselementen, attituden en vaardigheden). Toolsema (2003) volgt deze definitie door te beschrijven dat competenties kunnen worden benaderd als losse elementen van kennis en vaardigheden. Ook Kessel ziet competenties als brede vaardigheden (Kessel, 1999).

Burgoyne (1989 in Moore et.al, 2002, p. 314) stelt dat competence gedefinieerd kan worden als “(...) *the ability and willingness to perform a task.*” Burgoyne ziet competence daarmee

zowel als de bereidheid om iets uit te voeren alsmede als het bezitten van de juiste vaardigheid te bezitten om dat te doen. Van der Zee volgt deze definitie door te stellen dat competentie het vermogen tot handelen is (Van der Zee, 1997). Moore vult dit aan door te stellen dat competence draait om een verzameling van gedrag en vaardigheden binnen een bepaald werkgebied waar mensen actief in kunnen zijn (Moore et.al., 2002). Competence kan dus worden beschreven als een combinatie van competenties zijn (vaardigheden bezitten en kunnen gebruiken) en competency (competent gedrag vertonen: deze ook goed gebruiken).

Competenties in dit onderzoek

Door de veelheid aan definities maken meer complexe definities, buiten vaardigheden om, het begrip en de conceptualisatie van het concept meer onduidelijk (Straetmans & Sanders, 2001). Er kan worden gesteld dat competenties lijken te draaien om specifieke vaardigheden, competency om gedrag en persoonlijke eigenschappen rondom deze vaardigheden en competence om een verzameling van dit beiden. In dit onderzoek draaien competenties om vaardigheden als 'leiderschap', 'verandermanagement' of 'samenwerken.' Competenties worden daarom in dit onderzoek, in lijn met de definities rondom competenties, als volgt gedefinieerd. '*Competenties zijn specifieke sociale, communicatieve, organisatorische of technische vaardigheden die aan te leren zijn door personen*'. De handelswijze hier om heen (competence, competency) kan ook belangrijk zijn, maar is dermate complex dat hier een apart onderzoek aan gewijd zou kunnen worden. Wanneer er in dit onderzoek gesproken wordt over competenties wordt dus niet gerefereerd naar gedrag of een werkgebied, maar naar specifieke vaardigheden (zoals hierboven gedefinieerd).

3.1.2. Wat professionele competenties zijn

Vaardigheden als uitgangspunt voor competenties is nog steeds een vrij brede definitie. Om die reden kan worden gekeken met welke specifieke vaardigheden professionals te maken hebben. Ofwel: welke specifieke professionele competenties voor hen van toepassing zijn. Vrijwel alle wetenschappelijke literatuur op het gebied van competenties van professionals maakt een tweedeling in competenties: enerzijds competenties met betrekking tot het directe werk (vakinhoudelijke competenties) en anderzijds competenties die het dat werk faciliteren (organiseercompetenties).

Vakinhoudelijke competenties

Vakinhoudelijke competenties hebben betrekking op het directe werk van professionals. Enerzijds kan dit feitelijke kennis zijn (zoals medische kennis), maar anderzijds ook het uitvoeren van bepaalde ingrepen, zoals in de zorg het maken van een incisie (Batalden et.al., 2002). Dit betekent dan ook dat dergelijke competenties verschillen per discipline binnen het vakgebied. Chirurgen zullen bijvoorbeeld andere vakinhoudelijke competenties moeten bezitten dan internisten (Long, 2000). Gedurende hun opleiding leren toekomstige professionals de verschillende vakinhoudelijke competenties waar zij over dienen te beschikken. Dit kan variëren van hele praktische vaardigheden (het aanleggen van een infuus) tot meer analytische vaardigheden (het stellen van diagnoses).

Sterk ingebedde competenties

Vakinhoudelijke competenties zijn sterk ingebed in het werk van professionals omdat deze centraal staan in de opleiding. Mede hierom zitten deze competenties sterk verweven in werkrouines van professionals (Epstein & Hundert, 2002). Dit komt mede ook door de

routinematige manier van werken van professionals. Zij hebben een sterke mate van routine door de gestandaardiseerde manier van werken (Noordegraaf, 2004). Dit betekent dat professionals in hun dagelijks werk veel bezig zijn met deze competenties en deze dus ook constant versterken. Het betekent daarnaast ook dat zij hiervan het belang inzien, omdat deze competenties tijdens de opleiding en tijdens het werk voortdurend worden benadrukt.

Technisch soort competenties

De kenmerken van vakinhoudelijke competenties kunnen als technisch van aard worden getypeerd. Dat wil zeggen: zij komen voort uit gestandaardiseerde of 'evidence based' technieken. Dit zijn vaak technische vaardigheden met een hoge mate van complexiteit (Davies et.al., 2000). Dit kenmerk van competenties is al jarenlang een norm binnen de beroepsgroep en daarmee sterk deel van het socialisatieproces van professionals (Becker, 1962). Deze technische competenties worden vergaard door de opleiding die vaak jarenlang duurt en in verschillende richtingen specialisaties aanbiedt.

Organiseercompetenties

Vaardigheden

Competenties die niet direct betrekking hebben op het directe werk maar eerder dat werk faciliteren kunnen organiseercompetenties genoemd worden. Dit kunnen zaken zijn als leiderschap, verandermanagement, maar ook samenwerken of communiceren (Calhoun et.al., 2002). Organiseercompetenties zijn daarmee brede vaardigheden die relevant kunnen zijn bij de ondersteuning van de uitvoering van het primaire werk. Dit zijn competenties die niet noodzakelijkerwijs inherent zijn aan een vak, maar relevant kunnen zijn voor mensen werkzaam in allerlei verschillende omgevingen. Het zijn competenties die de afgelopen jaren steeds relevanter zijn geworden voor professionals (Frank & Danoff, 2007). Zo is er bijvoorbeeld een sterkere behoefte aan de competentie 'samenwerken' door de toegenomen interdisciplinaire samenwerking tussen professionals (zie ook 'Context'). In dit onderzoek worden organiseercompetenties bedoeld wanneer er verwezen wordt naar competentieversterking.

Zwak ingebedde competenties

Waar vakinhoudelijke competenties sterk ingebed zitten in de routines van professionals, is dit voor organiseercompetenties juist niet het geval. Het zijn competenties waar professionals eigenlijk nog zeer beperkt mee bezig zijn (Frank & Danoff, 2007). Dit kan worden verklaard doordat het (nog) geen deel is van de beroepsopleiding, maar eventueel ook omdat er bijvoorbeeld nog maar beperkt aandacht voor is in de dagelijkse praktijk van professionals. Dit betekent dat professionals weinig bezig met deze competenties omdat zij er in de opleiding en in de dagelijkse praktijk weinig mee te maken krijgen. Het betekent ook dat professionals zich mogelijk niet bewust zijn van het belang van dergelijke competenties, omdat zij er weinig aan zijn blootgesteld. Professionals zien deze competenties ook als iets dat niet 'van hen' is maar 'van managers' is, waardoor zij de verantwoordelijkheid erover zelf ook niet op zich nemen (Senge, 1990).

Geen technisch soort competenties

Competenties klinken als simpele vaardigheden die gemakkelijk aan te leren zijn door professionals (Toolsema, 2003). In de praktijk is het concept competenties echter een meer 'fuzzy' concept dat niet zozeer een exacte wetenschap is. Wat bijvoorbeeld 'goed samenwerken' of 'goed leiderschap' is, is niet altijd eenduidig. Bij organiseercompetenties gaat het niet om het toepassen van een bewezen techniek (bijvoorbeeld een incisie maken), maar om het toepassen van kennis voortgekomen uit ervaring. Nonaka benoemt een

verschil tussen 'explicit knowledge' en 'tacit knowledge' (Nonaka, 1991). Waar explicit knowledge vergelijkbaar is met vakinhoudelijke competenties, kan tacit knowledge veel moeilijker worden aangeleerd en is het vaak deel van een proces waarin ervaren medewerkers langzaam nieuwe medewerkers opleiden en thuisbrengen bij dergelijke bepaalde kennis. Met meer ontastbare of fuzzy concepten (Lerner & Wanat, 1983) zoals verandermanagement of samenwerken, waar geen absolute regels bestaan, behoren dergelijke competenties thuis in de groep van tacit knowledge. Dit maakt deze competenties in de praktijk dus ook lastig meetbaar en aan te leren. Het is namelijk niet eenduidig wat 'goed samenwerken' of 'goed verandermanagement' is en daardoor ook niet altijd makkelijk om deze competenties te identificeren en/of te versterken (Wilcox King, Fowler & Zeithalm, 2001). Daarmee zijn competenties op de werkvloer dus ook niet iets dat professionals beheersen of niet beheersen, maar eerder vaardigheden waar constant aan gewerkt kan worden. In tegenstelling tot 'crisp' (duidelijke) concepten zijn deze competenties dus niet per definitie duidelijk (Lerner & Wanat, 1983).

3.1.3. Consequenties van organiseercompetenties voor organisaties

Er is vastgesteld wat competenties en professionele competenties zijn. Eveneens is vastgesteld dat het in dit onderzoek gaat om organiseercompetenties met specifieke kenmerken. Met deze kennis kan worden bekeken wat de consequenties zijn voor organisaties wanneer organiseercompetenties al dan niet aanwezig zijn.

Organisaties waar professionals beschikken over organiseercompetenties

Of professionals, organisaties en managers hier zich bewust van zijn of niet, competenties kunnen invloed hebben op organisaties. Niet alleen omdat ze van invloed zijn op het resultaat van het werk van professionals, maar ook omdat kennis en vaardigheden steeds vaker worden beschouwd als menselijk kapitaal (Kuijper, 2008). Zo hangt de kwaliteit van het werk dat wordt uitgevoerd af van de competenties die daar aan ten grondslag liggen (Epstein & Hundert, 2002). Ter illustratie: wanneer verschillende specialisten in een ziekenhuis bijvoorbeeld niet goed samenwerken terwijl er voor een patiënt een multidisciplinaire benadering vereist is kan dit consequenties hebben voor de zorg van deze patiënt. Specifieke competenties zijn relevant om dergelijke situaties te (helpen te) voorkomen. Organisaties waar professionals over organiseercompetenties beschikken kunnen dus mogelijk genieten van een hogere mate van werkkwaliteit. Dit hangt samen met de professionalisering in de zorg die een autonome, zelfredzame cultuur heeft met veel kennisintensieve arbeid (Thijssen, 1997). Professionals die bepaalde competenties bezitten (zoals verandermanagement) kunnen zichzelf maar ook de organisatie sneller ontwikkelen, doordat zij over de bijbehorende vaardigheden beschikken (Schmiedinger, Valentin & Stephan, 2005). Dit stelt professionals in staat om ontwikkeling vorm te geven. Een professional die bijvoorbeeld sneller problemen in de organisatie kan identificeren, is ook sneller in staat een bijdrage te leveren aan het oplossen van dergelijke problemen.

Organisaties waar professionals niet beschikken over organiseercompetenties

Organisaties waar professionals niet beschikken over organiseercompetenties kunnen mogelijk niet de hierboven beschreven voordelen hebben. Dit maakt het voor dergelijke organisaties relevant om te identificeren welke competenties in welke context nodig zijn voor de organisatie (Wilcox King, Fowler & Zeithalm, 2001). Dat wil zeggen, als de competentie verandermanagement vereist is voor de competentie, is ook belangrijk welke onderdelen van deze competentie (bijvoorbeeld 'verandermanagement met andere afdeling') vereist is, gegeven dat competenties context afhankelijk kunnen zijn (Toolsema, 2003). Hier ligt dus een taak voor beleidsmakers en managers. In de tweede plaats is er een

noodzaak voor organisaties om de sterkte van (de onderdelen van) deze competenties te identificeren. Dit kan, gegeven het tacit karakter van competenties, een lastige exercitie zijn (Nonaka, 1991). In de praktijk betekent dit dus dat veelal op basis van ervaringen (ook van collega's) ingeschat kan worden hoe sterk bepaalde competenties ontwikkeld zijn. Wanneer duidelijk is wat de sterkte is van de competenties die nodig zijn kan gewerkt worden aan het versterken van deze competenties via veranderprocessen.

Concluderend draaien competenties om specifieke vaardigheden. Deze vaardigheden zijn in dit onderzoek organiseringscompetenties die in tegenstelling tot vakinhoudelijke competenties zwak ingebed in de organisatie zijn (door een gebrek aan aandacht hiervoor) en geen technisch karakter hebben (vanwege het tacit karakter). Voor organisaties en professionals kunnen er voordelen zitten aan het bezitten van deze competenties. Dit kan een reden voor organisaties zijn om aan de slag te gaan met competentieversterking bij professionals. Organisaties die ervoor kiezen om met competentieversterking aan de slag gaan krijgen echter te maken met de culturele context, professionele culturen, waarbinnen dergelijke versterking van competenties plaats vindt.

3.2. Professionele culturen

Organisaties of managers die competentieversterking ten doel hebben gesteld kunnen dit bereiken aan de hand van veranderprocessen binnen hun organisaties. Dergelijke veranderprocessen krijgen echter te maken met een al aanwezige culturele context. Deze context kan bepalend zijn voor de effectiviteit van een dergelijk veranderproces. In dit deel worden deze professionele culturen verkend. Dit biedt inzicht in de factoren waar organisaties rekening mee kunnen houden als het gaat om veranderprocessen. Net als bij competenties is er geen eenduidige wetenschappelijke interpretatie van professionele culturen. Er zijn in de literatuur talloze artikelen geschreven over cultuur (van professionals), waardoor een theoretisch perspectief daarover per definitie niet uitputtend is. Dit deel bestaat uit drie onderdelen. Ten eerste wat cultuur in algemene zin is, gevolgd door wat professionele culturen zijn. Hierna wordt gekeken naar de consequenties die dit heeft voor organisaties. Tot slot wordt gekeken bij welke aspecten van professionele culturen veranderprocessen moeten aansluiten, wanneer zij zich competentieversterking ten doel hebben gesteld. Dit geheel geeft antwoord op de theoretische deelvraag "Wat zijn professionele culturen en wat voor effecten hebben professionele culturen op organisaties?"

3.2.1. Wat cultuur is

Conceptuele definities rondom cultuur hebben een diepe geschiedenis in de sociale wetenschappen. Het meest simpele en wellicht zelfs basale begrip van het concept is "*the way we do things around here*" (Bolman & Deal, 2003, p. 252). Naarmate wetenschappers meer te weten zijn gekomen over cultuur zijn definities en conceptualisaties echter steeds genuanceerder en daarmee ook complexer geworden.

Verschillende definities

Er is een belangrijke tweedeling te maken in verschillende definities rondom het concept cultuur: een definitie gericht op ideeën en waarden in organisaties (Scott et.al., 2003), en een meer mystieke definitie gericht op rituelen en verhalen in organisaties (Pettigrew, 1979). Veel recente literatuur maakt een koppeling tussen de twee, omdat beide definities waar en/of relevant kunnen zijn. Vaak worden definities rondom cultuur op een bepaalde manier gekoppeld aan gedrag: "*Culture is (...) the sum total of the possessions, ways of*

thinking and behaviour which distinguishes one group of people from another and which tend to be passed down from generation to generation.” (Hall, 2005, p. 188). Organisatiecultuur kan allerlei doelen hebben, zoals “(...) convey a sense of identity, (...) facilitate commitment, (...) enhance social systems’ stability (...) and to provide a means for making sense of the organizational environment in order to guide behavior.” (Gerardi, 2005, p. 858).

Cultuur is een combinatie van definities

Cultuur gaat dus over (collectieve) normen, gedrag en denkwijzen binnen organisaties. Dit kan zich manifesteren in verschillende aspecten die cultuur kunnen blootleggen, zoals: beroepstaal & jargon (‘talking the talk’), ceremonies & rituelen (‘als de professional praat dan luistert de rest’), mythes (verhalen binnen organisaties), geloof (bijv. een ‘claim op autonomie’) en ideologieën (‘managers zijn overbodig’) (Scott et.al., 2003). Hier kunnen ook symbolen (bijv.: ‘te laat komen’) aan worden toegevoegd (Pettigrew, 1979).

‘Een organisatie is cultuur’ versus ‘een organisatie heeft cultuur’

Er is veel discussie over de vraag of cultuur iets is dat de organisatie heeft (onafhankelijke variabele), net als bijvoorbeeld structuur of doelen en dat dus constant in verandering is en veranderd/gestuurd kan worden. Of dat cultuur iets is dat de organisatie is (afhankelijke variabele) en dus ook moeilijk of niet gewijzigd kan worden (Ouchi, 1985). Het lijkt in elk geval aannemelijk dat organisaties niet per definitie een statische cultuur hebben, omdat organisaties, professionals en mensen over tijd veranderen. Daarnaast kan cultuur zich afspelen op allerlei verschillende niveaus. Scott en anderen onderscheiden vijf niveaus waarop dit mogelijk is: de gehele informele organisatie, interesse groepen die gevormd worden over actuele onderwerpen, face-to-face groepen die gevormd worden op basis van werk of locatie, groepen van vrienden en geïsoleerde individuen die niet participeren in sociale activiteiten (Scott et.al., 2003). Cultuur lijkt dus collectief, maar niet absoluut of onveranderbaar. Daarmee kunnen organisaties en cultuur als volgt benaderd worden: “(...) organizations are construed as cultures existing in, and reproduced through, the social interaction of participants.” (Scott et.al., 2003, p. 112). Cultuur in brede zin benaderen we in dit onderzoek dus als ‘gevormde maar veranderbare collectieve normen, gedragsvormen, rituelen en symbolen die invloed hebben op personen.’

3.2.2. Professionele culturen

Dit onderzoek draait om een specifieke groep mensen, namelijk professionals. Met de beschreven generieke benadering van cultuur kan worden gekeken naar wat cultuur betekent voor de specifieke groep professionals. Professionele culturen zijn culturen specifiek voor professionals. Professionals zijn mensen die deel uit maken van een specifieke beroepsgroep met een hoge mate van technische complexiteit, autonomie en een zelf gereguleerd systeem van opleiding en vorming (Noordegraaf, 2004). Dit proces begint al bij studenten: “At the completion of their professional education, each student will have mastered not only the skills and values of his/her profession, but will also be able to assume the occupational identity. This process is called ‘professionalization’” (Loseke & Cahill, 1986 in Hall, 2005, p. 190). Hierbij zijn twee zaken belangrijk. Allereerst: afgestudeerde studenten in professionele beroepen zijn voor een deel dus al deel van de professionele culturen (zij worden immers opgeleid door andere artsen). Tegelijkertijd treden zij verder binnen professionele culturen wanneer zij deel worden van een professionele organisatie (bijvoorbeeld een ziekenhuis). Hierdoor worden de kenmerken van professionele culturen ook op hen overgedragen.

De kenmerken van deze professionele culturen

Om te beschrijven welke kenmerken specifiek zijn voor de invulling van deze professionele culturen wordt hier gekeken naar een aantal centrale kenmerken van professionele culturen. Er zijn vele manieren om de aspecten van culturen te bekijken. In dit deel wordt dit gedaan door te kijken naar drie aspecten die geregeld centraal staan bij cultuur, aan de hand van Noordegraaf & Vermeulen (2010). Deze aspecten zijn: tradities, stijlen en gewoontes.

Tradities

Autonomie

Tradities in professionele culturen gaan over 'wie we zijn' (Noordegraaf & Vermeulen, 2010). Tradities zitten diepgeworteld in de identiteit van professionals en bepalen voor een groot deel hoe professionals zichzelf en elkaar zien (Gerardi, 2005). Een centrale traditie bij professionals is het idee van de autonome professional: de eigen controle en zelfsturing bij het werk: "*Professional autonomy over care delivery was the dominant value within the industry (...)*" (Gerardi, 2005, p. 263). Als er een aspect is waar consensus over is dat het inherent is aan de professionele culturen is het deze professionele autonomie. Professionals hebben een geïnternaliseerde 'claim' op autonomie. Dit komt voort uit de historische rol die zij van oudsher hebben gehad (sterk maatschappelijk aanzien, veel bevoegdheden) maar ook het socialisatieproces waarin deze norm van generatie tot generatie is overgedragen (Witman, 2008). Professionals zijn vaak daardoor ook vaak 'recalcitrant' ten opzichte van zaken die hun autonomie kunnen bedreigen (bijvoorbeeld management of verandering). Dit is namelijk een bedreiging van dit essentiële aspect van hun professionele, culturele identiteit. Dit is ook een natuurlijk proces: wanneer veranderprocessen meer unilateraal zijn of inbreuk maken op de autonomie van medewerkers kan dit tot sterk defensief gedrag leiden (Ardon, 2009). Ter versterking van deze autonomie zijn bijvoorbeeld ook beroepsgroepen opgericht die zelf gaan over de kwaliteit, berisping en regels binnen de beroepsgroep.

Hiërarchie

In het verlengde hiervan zijn er veel ceremonies en rituelen die getypeerd kunnen worden als 'hiërarchisch.' Dat wil zeggen: anciënniteit en senioriteit is voor professionals zeer belangrijk, met als gevolg dat relatieve 'nieuwelingen' weinig zeggenschap hebben ten opzichte van ervaren professionals (Gerardi, 2005). Dit komt echter niet zozeer door wie zij zijn, maar eerder omdat de norm in professionele culturen vaak is: 'wie het weet mag het zeggen.' Kortom: diegene met de meeste kennis mag iets inbrengen. Dit kan ook wel getypeerd worden als een 'machtsonbalans' die gevolgen heeft voor het werk van de professionals. Dit biedt ook weinig mogelijkheid voor verandering en of vernieuwing in het werk van professionals. Nieuwe professionals worden al vroeg geleerd dat ze 'op moeten kijken' tegen de professionals die hen de kennis overdragen, met als gevolg ook een sterk geloof in de normen en waarden van die professionals (Raelin, 1986). Hierdoor is in de praktijk minder aandacht (mogelijk) voor veranderprocessen binnen de organisatie. Voor veranderprocessen betekent dit eveneens dat een autoritaire benadering vanuit management (waarvan vaak wordt gedacht dat zij het 'niet weten') vermoedelijk voor veel weerstand zou kunnen zorgen bij professionals (Ardon, 2009) vanwege de wrijving die dit veroorzaakt met deze traditie.

Status

Tot slot genieten professionals een sterke maatschappelijke status. Het maatschappelijk vertrouwen en de publieke legitimiteit is hoog, de professionele status is gevestigd en het aanzien van het beroep is hoog (Davies et al., 2000). Deze kenmerken kunnen het idee

versterken dat professionals zelf gaan over de invulling over hun beroep en geen ‘behoefte hebben aan externe inmenging.’ Door dergelijke maatschappelijke status worden professionals bevestigd in dit idee (Raelin, 1986). Daarnaast is het maatschappelijk discours vandaag de dag erg ‘anti-management’ en juist ‘pro-professionals’. Dat wil zeggen: managers worden in de media vaak gezien als kwade invloeden, terwijl de professional het slachtoffer is.

Stijlen

Gestandaardiseerde, bewezen technieken

Stijlen van professionals draaien om ‘waar we van houden’ (Noordegraaf & Vermeulen, 2010). Bij professionele culturen in de zorg ‘houden’ professionals in de eerste plaats sterk van de werkwijzen die zij van oudsher toepassen. Dat wil zeggen: professionals werken aan de hand van zogenaamde gestandaardiseerde normen en werkwijzen die leidend zijn bij hun werk (Raelin, 1986). Dergelijke werkwijzen hebben zich vaak door de jaren heen ontwikkeld en zijn sterk deel geworden van professionele culturen. Dit kunnen in de zorg bijvoorbeeld zaken zijn als ‘evidence based practices’, maar vooral zaken die al jaren de norm zijn in de beroepsgroep. Dus: een technische benadering van ‘bewezen’ effectiviteit. Deze stijlen zijn door de jaren heen gevormd mede door het socialisatieproces van professionals. Hierdoor zijn normen ontstaan die bepalend zijn voor de culturen (Scott et.al., 2003). Dit betekent dat professionals vermoedelijk een voorkeur zullen hebben, in tegenstelling tot ander soorten werkwijzen (bijvoorbeeld organiserencompetenties). Ook kan dit mogelijk de tegenstelling en afkeer richting managers versterken die (in tegenstelling tot professionals) veelal komen uit sociale wetenschappen, werken op basis van ervaring/cases en zich traditioneel richten op administratie, streefcijfers, budget en efficiëntie, in plaats van aandacht/kwaliteit voor de patiënt (technische kwaliteit) (Zaleznik, 2004). Hier komt bij dat professionals niet altijd reflecteren op hun eigen set aan technieken, omdat ze deze vaak als ‘goed’ inschatten of zich niet bewust zijn van zaken die zouden kunnen verbeteren (Argyris, 1991).

Tijdsdruk door werk- en prestatiedruk

Professionele culturen kunnen verder worden gekenmerkt door de eerder genoemde werken prestatiedruk. Tijd staat centraal in het werk van professionals door de hoge werkdruk (Gerardi, 2005). Professionals hebben door deze druk minder tijd beschikbaar (Becker, 1970), maar hebben daardoor ook minder aandacht voor zaken die niet direct relevant lijken te zijn voor hun werk. Tijd kan soms een essentiële factor zijn: bij een gebrek aan tijd kan er ook een gebrek zijn aan draagvlak voor bepaalde veranderingen, omdat mensen zich hier simpelweg niet op kunnen of willen richten (Boonstra, 2000). Er kan dus gesteld worden dat professionals niet per definitie enthousiast zijn over zaken die hen (extra) tijd kosten. Deze theorie lijkt ook aan te sluiten bij de in hoofdstuk twee geschetste ontwikkelingen in de zorgsector.

Socialisatieproces

Een laatste kenmerk van stijlen van professionele culturen is het socialisatieproces. Dit punt is al een paar keer aan bod gekomen, maar kan ook getypeerd worden als een stijl van professionele culturen. Met het socialisatieproces wordt het proces bedoeld waarin professionals (culturele) normen en werkwijzen op elkaar overdragen (Witman, 2008). Een voorbeeld waarin dit proces is terug te zien (zie ook hoofdstuk twee) is dat professionals elkaar opleiden, zowel in onderwijsinstellingen als op de werkvloer. In dit proces worden allerlei normen en werkwijzen overgedragen die langzaam terecht deel worden van de persoon die ‘toetreedt’ tot de beroepsgroep. Ook zijn allerlei van dit soort normen of geaccepteerde werkwijzen ook formeel ‘vastgelegd’ via beroepsorganisaties, werk ‘codes’

en richtlijnen. Dit kan ervoor zorgen dat professionals te weinig in aanraking gebracht worden met mogelijk waardevolle nieuwe werkwijzen of normen. Tegelijkertijd is deze aanraking moeilijk te organiseren, precies vanwege het socialisatieproces.

Gewoontes

Voor het primaire proces

Het laatste aspect is gewoontes. Gewoontes kunnen getypeerd worden als 'hoe we de dingen doen' (Noordegraaf & Vermeulen, 2010). Een centraal kenmerk hiervan is dat professionals de dingen doen 'voor het belang van de klant' (bijvoorbeeld bij advocaten hun cliënt, in de zorg de patiënt) (Witman, 2008). Het is een beroepsgroep die een hoge mate van baanzekerheid heeft, enorme loyaliteit ten opzichte van mede-professionals en vooral verantwoordelijkheid voelt ten opzichte van de patiënt, het vak en de beroepsgroep (*niet ten opzichte van de organisatie*) (Raelin, 1986). Zo zien artsen zich bijvoorbeeld vaak niet zozeer als 'dokter van het ziekenhuis', maar 'dokter in het ziekenhuis' (Becker, 1962). Deze structurele kenmerken geven professionals een zogenaamde 'bescherming' die ze beschermt van organisaties en managers. Dat wil zeggen, professionals voelen zich minder betrokken of verantwoordelijk ten opzichte van managers en verandering omdat zij weten dat hun positie sterk is. Hierdoor hebben managers ook beperkte 'machtsinvloed' ten opzichte van professionals. Dat is niet alleen informele macht, maar soms ook formele macht. Diverse organisaties werken met formele structuren waarin professionals 'los' staan van de organisatie, maar slechts gebruik maken van de faciliteiten van de organisatie. Professionals zien het primaire proces dus als hetgeen waar hun aandacht naar uit moet gaan. Niet alleen staat hun opleiding in het teken hiervan, ook zijn alle processen ingericht om uiteindelijk het belang van de klant te dienen. Zaken die hier niet aan lijken bij te dragen zullen zij dus ook als minder belangrijk ervaren: het raakt immers niet aan het centrale, meest essentiële proces.

Wanneer we professionele culturen typeren kan er onderscheid worden gemaakt tussen gevestigde culturen en niet-gevestigde culturen (Swindler, 1986). De kenmerken van een gevestigde cultuur kunnen zijn dat tradities, stijlen en gewoontes diep geworteld en sterk van kracht zijn, waardoor de cultuur moeilijk veranderbaar is (Swindler, 1986). Dit kan bijvoorbeeld komen doordat er veel waarde aan deze aspecten wordt gehecht, of bijvoorbeeld dat deze aspecten al jarenlang belangrijk zijn. Professionele culturen lijken dan ook gevestigde-culturen te zijn. Dit komt door een lange geschiedenis van de beroepsgroep, maar ook door een sterk en lang bestaand socialisatieproces waarin de verschillende tradities, stijlen en gewoontes worden overgedragen op nieuwe generaties. Dit heeft een aantal consequenties voor organisaties en veranderprocessen.

3.2.3. Consequenties van professionele culturen voor organisaties

"Culture matters. It matters because decisions made without awareness of the operative cultural forces may have unanticipated and undesirable consequences. The argument for taking culture seriously, therefore, is that one should anticipate consequences and make a choice about their desirability." (Gerardi, 2005, p. 858). De voorgaande uitspraak illustreert het belang van cultuur en de mogelijke invloed die het kan hebben op organisaties. Grofweg zou gesteld kunnen worden dat cultuur *bevorderend* dan wel *belemmerend* kan werken als het gaat om veranderprocessen. *"Given the stability exhibited by professional cultures, it is likely that initiatives that threaten established hierarchies and deeply ingrained beliefs will meet with much resistance, even in the presence of rational data supporting the changes."* (Gerardi, 2005, p. 862). Gegeven het relatieve belang dat professionals toekennen aan

autonomie is de kans dus groot dat professionals zich sneller dan andere beroepsgroepen 'bedreigd' voelen in hun autonomie. Om die reden is de kans groot dat in professionele organisaties, cultuur op een belemmerende manier kan werken bij verandering. Professionele culturen hebben daarmee fundamenteel invloed op "(...) *an organization's willingness to develop (...)*" (Gerardi, 2005, p. 858). Bij professionele organisaties kan hierdoor een soort 'recalcitrantie' optreden: "(...) *a basic function of organizational culture is to stabilise and establish a way of living. Resistance to change is therefore inherent to culture.*" (Gerardi, 2005, p. 859). Dit deel bespreekt de consequenties die professionele culturen hebben voor organisaties en voor veranderprocessen.

Professionele culturen en organisaties/managers

Zoals hiervoor beschreven bestaat er geregeld recalcitrantie van professionals ten opzichte van verandering en management. Dit heeft vaak als oorzaak het gevoel van inbreuk op autonomie die professionals als belangrijk deel van hun identiteit beschouwen. Daarnaast voelen professionals eigenlijk geen loyaliteit aan de organisaties, maar eerder aan de klant of eventueel de beroepsgroep. Dit maakt veranderprocessen die gericht zijn op professionals zeer lastig uit te voeren en kan verklaren waarom veranderprocessen geregeld mislukken: door weerstand of recalcitrantie ontstaat er geen draagvlak voor het veranderproces en mislukt deze (Boonstra, 2000). Daar komt bij dat professionals een sterke verantwoordelijkheid voelen voor de beroepsgroep, het vak en de klant, maar niet zozeer ten opzichte van de organisatie. Ook dit kan belemmerend werken wanneer veranderprocessen voortkomen uit een organisatie.

Professionele culturen en competenties

Professionele culturen kunnen wezenlijke implicaties hebben op veranderprocessen gericht op competentieversterking (Raelin, 1986). Organiseercompetenties zijn (nog) geen deel van de huidige werkwijze van professionals (ze zijn zwak ingebed in het werk). Om bezig te zijn met de versterking van competenties is het belangrijk dat professionals zich bewust zijn van het belang van (sterkere) competenties en hier de urgentie van in zien (Toolsema, 2003). Ook is het een type competentie dat juist niet aan lijkt te sluiten bij professionele culturen die 'bewezen' en 'technische' vaardigheden hoog in het vaandel hebben. Professionals werken aan de hand van gestandaardiseerde, in hun beroepsgroep geaccepteerde en bewezen werkwijzen. Ook lijken organiserencompetenties geen deel van de gewoontes van professionele culturen: die gaan over het primaire proces (de gezondheid van patiënten, zie ook vorige hoofdstuk) (Witman, 2008). Ogenshijnlijke secundaire aspecten worden daarbij dus van ondergeschikt belang gezien, waardoor hier ook geen bewustzijn voor is. Het gevolg hiervan is dat er een beperkte intrinsieke motivatie is om aan de slag te gaan met het versterken van competenties, waardoor competentieversterking vermoedelijk niet vanuit artsen zelf zal komen.

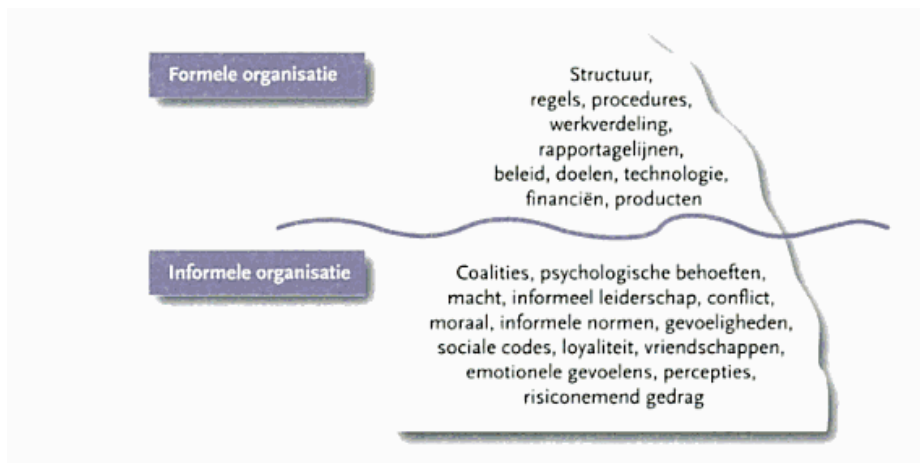
Wanneer professionals (bijvoorbeeld door managers) gewezen worden op het belang van competentieversterking zou het echter kunnen zijn dat zij de relevantie hier toch niet van inzien. Dit kan komen door de eerder beschreven kenmerken van competenties (tacit knowledge, niet technisch). Hierdoor lijken competenties in sterk contrast te staan met de achtergrond en het soort beroep van professionals. Medische professionals werken juist 'technisch' en 'voor de patiënt, niet voor de organisatie.' Een dergelijke leefwereld zorgt ervoor dat professionals het belang en de urgentie van competentieversterking ook niet zullen inzien, zelfs wanneer zij daar op gewezen worden door anderen. Dit maakt het lastig om verandering te realiseren: indien professionals competentieversterking als beperkt relevant zien is de bereidwilligheid voor verandering/medewerking vermoedelijk ook lager

(Boonstra, 2000). Hier komt wederom de reactie ‘zo doen wij dat nu eenmaal’ terug: professionals handelen naar professionele culturen.

Clash van culturen

Niet alleen lijken organiseercompetenties dus slecht aan te sluiten bij professionele culturen, ook lijken veranderprocessen geen goede aansluiting te vinden bij professionele culturen. Door een dergelijk verschil in cultuur ontstaat een zogenaamde ‘clash’ van culturen (Raelin, 1986). Ook hier kan recalcitrantie tegen verandering en management ontstaan: professionals kunnen de perceptie hebben dat verandering ‘om de verkeerde redenen’ of ‘vanuit onkundige handen’ wordt geïnitieerd (Witman, 2008). Dergelijke waarden beïnvloeden hoe professionals kijken naar verandering en management (Carroll & Quijada, 2004). Dit versterkt de tegenstelling en afkeer richting managers, die (in tegenstelling tot professionals) veelal komen uit sociale wetenschappen, werken op basis van ervaring/cases en zich richten op klantgerichte kwaliteit (in plaats van technische kwaliteit). Hierdoor ontstaat in de zorg ook spraakverwarring: professionals leggen de focus op andere zaken dan managers, waardoor onbegrip kan ontstaan. Organiseercompetenties kunnen de schijn hebben om ‘wezensvreemde’ elementen te bevatten, die niet aansluiten bij professionele culturen. Dit stelt organisaties voor een moeilijk dilemma: professionals lijken zowel intrinsiek als extrinsiek beperkt gemotiveerd (te kunnen worden) voor competentieversterking. Dit komt niet zozeer door slechte wil maar eerder door de professionele culturen en hun tradities, stijlen en gewoontes. Dit maakt competentieversterking echter fundamenteel een problematisch proces.

Wanneer professionals en professionele culturen niet uit zichzelf enthousiast zijn over competentieversterking of veranderprocessen, betekent dit dat verandering op een andere manier vormgegeven moet worden om aan te sluiten bij de professionele culturen. Dit geheel wordt ook wel eens de organisatie of cultuur ‘ijsberg’ genoemd: waar formele zaken als regels, procedures en doelen bekend zijn, zijn de culturele zaken vaak veel groter (en sterker) maar ook veel minder zichtbaar/direct beïnvloedbaar (De Caluwé & Vermaak, 2006, zie illustratie rechts). Op een meer subtiele manier zal dus moeten worden aangesloten bij professionele culturen om competentieversterking te kunnen laten werken.



3.2.4. Aansluiten bij professionele culturen

Veel verandertheorie focust zich op het ‘omgooien’ van deze cultuur: *“From that perspective, culture change is viewed as a means to commercial or other technical ends and comprises a range of activities directed at ‘overhauling’ or ‘re-engineering’ an organization’s value system.”* (Scott et al., 2003, p. 112). De vraag is echter hoe effectief dit is, gegeven de moeilijkheid van het veranderen van cultuur, zeker als deze zo sterk gericht is op autonomie als bij professionals. Volgens Ardon (2009) kunnen managers te maken krijgen met twee

soorten situaties: dynamisch simpele situaties en dynamisch complexe situaties (zie ook schema hieronder (Ardon, 2009)).

	<i>Dynamically simple situations</i>	<i>Dynamically complex situations</i>
Focus	Stability, Contents, Facts	Change, (inter)personal issues, interpretations
Type of problems	Relatively routine and linear	Non-routine and circular
Goals and interests	Shared	Conflicting
Neutral versus sensitive	Neutral	Threatening, embarrassing and/or sensitive

Ardon stelt dat in dynamisch complexe situaties, waar managers te maken kunnen krijgen met zaken als conflict, verandering en professionals die zich 'bedreigd' voelen, managers precies het verkeerde gedrag kiezen, namelijk door dit te gaan bevechten. Dit kan leiden tot meer controle en 'harde'/top-down beïnvloedingsmechanismen, terwijl in werkelijkheid veel beter aangesloten zou kunnen worden bij professionele culturen. Dit illustreert waar de focus van aansluiten bij professionele culturen het beste kan liggen: niet door deze culturen te bevechten, maar juist door er op een handige manier gebruik van te maken.

Het laatste dat in deze paragraaf besproken zal worden is het aansluiten bij professionele culturen. Hierbij gaat het nog niet over *hoe* aangesloten kan worden (zie volgende paragraaf) maar bij *welke aspecten* van professionele culturen moet worden aangesloten. Leidend hierbij is de eerder gebruikte indeling van cultuur volgens Noordegraaf & Vermeulen (2010) die het aansluiten bij professionele culturen bekijken aan de hand van drie aspecten: tradities, stijlen en gewoontes. Deze indeling is gekozen omdat deze goed lijkt aan te sluiten bij andere literatuur die rondom cultuur bekend is. De verschillende aspecten worden hieronder besproken.

Tradities

De centrale tradities in professionele culturen die belangrijk zijn voor de identiteit van professionals draaien met name om autonomie en hiërarchie. Om aan te sluiten bij professionele culturen moet dus een veranderproces worden ingezet dat autonomie in elk geval niet aantast. Maar sterker nog, indien het veranderproces gebruik maakt van de autonomie van artsen kunnen veranderprocessen dus veel effectiever aansluiten bij deze gewortelde tradities. Er kan hierbij gedacht worden aan het functioneel inzetten van deze claim op autonomie: te denken valt aan een veranderproces waar professionals juist autonomie wordt gegeven. Verder moet rekening worden gehouden met de traditie hiërarchie ('wie het weet mag het zeggen'). Een manager die in de ogen van professionals dus 'onkundig' zou kunnen zijn of sterk tegen de autonomie indruist zou vermoedelijk dus minder goed aansluiten bij professionele culturen.

Stijlen

De stijlen binnen professionele culturen zijn vooral gericht op gestandaardiseerde werkprocessen en bewezen (vaak technisch) werkwijzen en technieken. Daar komt bij dat binnen professionele culturen sprake is van een grote tijdsdruk door werk- en prestatiedruk. Om aan te sluiten bij professionele culturen moet een veranderproces dus gebruik maken van dezelfde werkwijze die artsen hanteren, namelijk zaken aanpakken op een manier 'die werkt'. Oftewel: er moet een bewezen nut en effect zijn van hetgeen dat wordt voorgesteld. Voorkomen moet worden dat professionals organisercompetenties zien als wezensvreemde competenties. Daarnaast moet een veranderproces zo min mogelijk

belastend zijn, vanwege de eerdergenoemde werk- en prestatiedruk. Tot slot kan rekening worden gehouden met het socialisatieproces (en dus ook de kracht van professionele culturen), waarin professionele culturen op elkaar overdragen.

Gewoontes

De gewoontes binnen professionele culturen draaien vooral om de klant (of: zorg voor de patiënt). Professionele culturen richten zich sterk op de klant, de beroepsgroep, maar niet zozeer op de organisatie. Om aan te sluiten bij professionele culturen moet een veranderproces dus in het teken staan van verbetering voor de zorg van de patiënt of raken aan het vak/de beroepsgroep. Hierdoor is de kans groter dat de aansluiting bij dergelijke gewoontes gevonden kan worden.

Concluderend kunnen een aantal zaken worden gesteld als het gaat om aansluiten bij professionele culturen. Als we allereerst kijken naar tradities vallen hier een paar zaken op. De tradities van professionals kunnen vooral gekenmerkt worden door *autonomie*. Dit is een traditie die historisch diep geworteld in de identiteit van professionals zit. Dit maakt veranderprocessen per definitie uitdagend: deze worden namelijk al snel gezien als een inbreuk op autonomie. Of competenties versterkt moeten worden is dus in de ogen van medische professionals een eigen, individuele keuze. Als er vervolgens gekeken wordt naar stijlen dan kan worden gesteld dat de stijl van medische professionals vooral *gestandaardiseerd* en *technisch* is. Voor competentieversterking betekent dit dat er per definitie twijfel zal zijn over veranderprocessen rondom competentieversterking, omdat dit veel meer fuzzy en tacit-knowledge is: er zijn geen harde cijfers of wetenschappelijk bewijs van de effecten van competentieversterking. Tot slot gewoontes. Gewoontes draaien bij medische professionals vooral om 'we doen het voor de patiënt.' Aangezien competentieversterking *in eerste instantie* niet iets lijkt te zijn dat nuttig is voor de patiënt, kan twijfel ontstaan over de nut en noodzaak van veranderprocessen gericht op competentieversterking.

3.3. Vormgeving van competentieversterking

Gegeven professionele competenties, de professionele culturen en de aspecten waar bij aangesloten moet worden, worden in deze paragraaf de verschillende mogelijkheden van veranderprocessen voor competentieversterking beschreven. In de wetenschappelijke literatuur bestaan er legio aan theorieën om verandering vorm te geven. Onderstaande schematisch overzicht van De Caluwé en Vermaak (2006) geeft een indruk van de veelheid aan kennis.

Auteur	Aanpakken				
Boonstra (2000)	Ontwerpen		Ontwikkelen		
Beer en Nohria (2000)	Theorie E		Theorie O		
Weick en Quinn (1999)	Episodic/Planned change		Continuous/Emergent change		
Huy (2001)	Commanding	Engineering	Teaching	Socializing	
Chin & Benne (1970)	Machts-dwang	Empirisch-rationeel	Ruil/beloning	Normatief-reeducatief	
Van der Zee (1995)	Directief	Diffusie	Interactie	Ontwikkeling	
Reitsma cs. (2003)	Directief	Tell-sell	Onderhandelend	Ontwikkeland	
De Caluwé en Vermaak (2002)	Geeldruk	Blauwdruk	Rooddruk	Groendruk	Witdruk

Zoals hierboven zichtbaar zijn er vele soorten aanpakken denkbaar als het gaat om veranderprocessen (voor competentieversterking). Boonstra (2000) bespreekt vooral de

effecten van verschillende typen veranderprocessen op hoe welwillend mensen zijn ten opzichte van veranderprocessen. Huy (2001) bespreekt verschillende soorten aanpakken die allemaal een eigen invalshoek/benadering van veranderprocessen hebben. Van der Zee (1995) doet hetzelfde, maar meer gericht op de mate waarin veranderprocessen dwingend zijn. Van Boonstra tot De Caluwé en Vermaak bespreken auteurs de verschillende aspecten die veranderprocessen kunnen hebben. Vrijwel alle auteurs op het gebied van veranderprocessen bespreken twee hoofdonderwerpen: de inhoud van het veranderproces (wat en hoe iets kan veranderen) en het type veranderproces (de manier waarop dat gebeurt). Ter illustratie: als we het hebben over de inhoud van een veranderproces kan iets bijvoorbeeld veranderen aan de hand van een reclamecampagne. Als we het hebben over het type veranderproces kan die reclamecampagne bijvoorbeeld verplicht voor medewerkers zijn. Door eerst te kijken naar mogelijke inhoud van een veranderproces en vervolgens naar het mogelijke type veranderproces wordt aan de hand van bovenstaande bestaande literatuur in kaart gebracht welke mogelijkheden er zijn om competentieversterking vorm te geven. Tot slot wordt gekeken naar welke keuze de beste vormgeving kan geven. Dit geheel geeft antwoord op de theoretische deelvraag “Op welke manier kunnen veranderprocessen gericht op competentieversterking worden vormgegeven?”

3.3.1. Inhoud veranderproces

De inhoud van een veranderproces gaat over wat kan veranderen en hoe dat kan veranderen: het gaat om de inhoudelijke kant van het veranderproces. Om verschillende mogelijkheden voor de inhoud van een veranderproces gericht op competentieversterking te bekijken wordt bekeken welke opties hier voor bestaan. Volgens Ferlie & Shortell kan inhoud van veranderprocessen door middel van vier verschillende niveaus worden vormgegeven. Deze niveaus zijn: individueel niveau, groepsniveau, organisatieniveau en omgevingsniveau. Op elk van deze verschillende niveaus is het mogelijk om de inhoud van veranderprocessen vorm te geven (Shortell & Ferlie, 2001). Hoewel gedrag van mensen kan verschillen afhankelijk van persoonlijkheid (Ajzen, 2005) kunnen wel degelijk verwachtingen worden uitgesproken voor gedrag als het gaat om de inhoud van het veranderproces aan de hand van professionele culturen.

Individueel niveau

Op individueel niveau zijn er veel soorten inhoudelijke invullingen van veranderprocessen mogelijk. De meest gebruikelijke inhoud van veranderprocessen op individueel niveau zijn veranderprocessen die het individu zelf laat werken aan zijn competenties. Zo kunnen er veranderprocessen worden opgezet waarin de professional zelf zijn competenties in kaart brengt of bijvoorbeeld zelf werkt aan versterking. Te denken valt bijvoorbeeld aan persoonlijke ontwikkelplannen waarin mensen zelf hun eigen ontwikkeling vormgeven. Het voordeel van deze benadering is dat het individu zelf nadenkt over ontwikkeling en deze uitvoert (Shortell & Ferlie, 2001). Competentieversterking moet uiteindelijk bij professionals zelf plaatsvinden (Bartunek, 1984) en individueel niveau lijkt daarom ook een logische stap. De keerzijde hiervan is echter dat deze methode dus ook sterk afhankelijk is van inzet/motivatie om hier zelf ook daadwerkelijk mee aan de slag te gaan. Wanneer dit ontbreekt kan inhoud gericht op het individu minder effectief zijn.

Groepsniveau

Op groepsniveau kan er worden samengewerkt (met bijvoorbeeld collega's) aan de versterking van competenties. Zo valt te denken aan HR middelen als '360 graden feedback' waarin collega's elkaar beoordelen, maar er valt ook te denken aan groepssessies waarin

nagedacht wordt of gewerkt wordt aan competentieversterking. Volgens Ferlie & Shortell is het groepsniveau het meest effectieve niveau om verandering te bewerkstelligen, omdat er een combinatie van 'peer-pressure' en 'peer-motivation' optreedt (Shortell & Ferlie, 2001). Dit lijkt aan te sluiten bij professionele culturen: de loyaliteit van professionals ten opzichte van elkaar is hoog (Davies et.al., 2000). Dat is echter wel afhankelijk van een groepsmotivatie voor het versterken van professionele competenties, die bij professionals lijkt te ontbreken. Ook kan groepsniveau bijdragen aan een collectief proces: de manager werkt samen met professionals aan verandering, in plaats van dat de manager verandering directief oplegt (Argyris, 1990).

Organisatieniveau

Op organisatieniveau zijn er verschillende mogelijkheden om verandering vorm te geven. Vaak gebeurt dit aan de hand van organisatiebeleid of nieuwe vormen van regels/regulering (Boonstra, 2000). Maar ook kan dit in de vorm van organisatie initiatieven die worden uitgerold onder het personeel, zoals in de vorm van onderwijs. De professional gaat zelf aan de slag met bijvoorbeeld cursussen, bijscholing (of in bestaande curricula: scholing) die de competenties van de arts versterken. Dit heeft overlap met het individueel niveau maar het verschil is dat de organisatie dit collectief vormgeeft (dus: samen op training bijvoorbeeld). Ook valt te denken aan bijeenkomsten, personeelsvergaderingen, e.d. Het voordeel hier van is vaak een groot bereik (de organisatie kan professionals makkelijk bereiken). Het nadeel is dat professionals juist een verantwoordelijkheid voelen ten opzichte van het vak en minder ten opzichte van de organisatie, waardoor professionals er mogelijk minder open voor staan (Becker, 1962). Daarnaast houden grootscheepse macro veranderprocessen vaak te weinig rekening met de inbreng en de wensen van het individu (George & Jones, 2001), waardoor professionals er minder enthousiast over kunnen zijn.

Omgevingsniveau

Omgevingsniveau betekent de omgeving rondom de organisatie, zoals regionale, nationale of supranationale overheden, maar ook bijvoorbeeld koepelorganisaties/beroepsgroepen (Shortell & Ferlie, 2001). Dit betekent dat verandering soms vormgegeven kan worden door beleid of regels die opgelegd worden vanuit bijvoorbeeld een overheid. Dit betekent dat de organisatie hier aan *moet* voldoen. De afgelopen jaren zijn er in de zorg verschillende kwaliteitsprocessen en competentieprocessen ingevoerd via koepelorganisaties, zoals de Joint Commission International¹². Andere voorbeelden zijn bijvoorbeeld nieuwe wetten of regelgeving die dwingend invloed uitoefenen op de zorgsector. Weer een ander voorbeeld is CanMEDS, dat door een koepelorganisatie aanstuurt op competentieversterking in de beroepsopleiding. Een voordeel hiervan is dat het veranderproces vaak sowieso wordt ingevoerd, maar het betekent eveneens dat daar mogelijk beperkt draagvlak voor kan zijn. Ook hier geldt dat de veranderprocessen een te groot karakter kunnen hebben, waardoor mensen zich er te weinig mee kunnen identificeren (George & Jones, 2001).

De inhoud van veranderprocessen kan dus op verschillende manieren door middel van verschillende niveaus worden vormgegeven, met verschillende effecten afhankelijk van het niveau.

3.3.2. Type veranderproces

Naast de inhoudelijke kant van het veranderproces kan ook het type veranderproces verschillen. Dat wil zeggen: de manier waarop dat veranderproces wordt vormgegeven door de organisatie. Er zijn hierbij een aantal mogelijkheden denkbaar. Een veranderproces kan

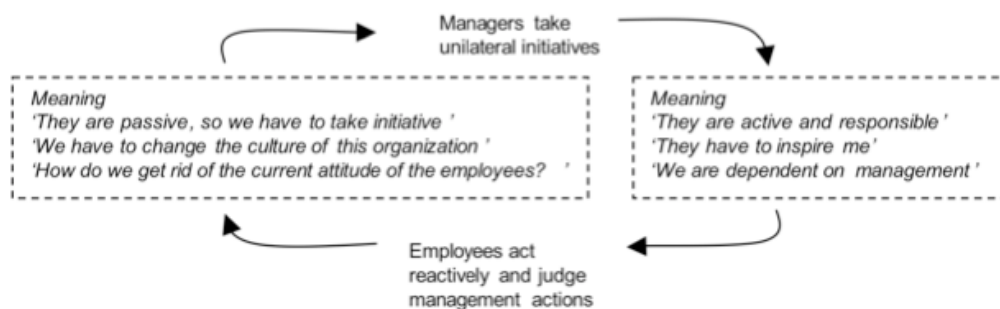
¹² Website Joint Commission International - 2013

dwingend of juist stimulerend zijn. Daarnaast kan het doel direct of juist indirect worden vormgegeven. Deze opties worden hieronder besproken.

Opleggend

Een opleggende vormgeving is een veranderproces dat voor professionals verplicht is om aan mee te werken en gaat uit van dwingen (Bennis et.al., 1985). Veranderprocessen op omgevingsniveau zullen dus per definitie opleggend zijn (omdat overheidsbeleid bijvoorbeeld bijna altijd een verplichting is). Op organisatieniveau kan er gedacht worden aan bijvoorbeeld verplicht op cursus gaan of verplicht voldoen aan bepaalde richtlijnen/beleid. Op individueel niveau kunnen persoonlijk ontwikkelplannen verplicht worden en op groepsniveau bijvoorbeeld groepssessies.

Veranderingen die worden opgelegd door middel van dwang, top-down en strak tot stand komen zijn niet alleen bij professionals per definitie minder effectief, ze zijn bij medewerkers in het algemeen beperkt effectief (Fitzgerald, et.al., 2003). Dit komt enerzijds omdat mensen het gevoel van dwang niet prettig vinden (Ardon, 2009) en anderzijds omdat zij soms nog niet klaar zijn voor de verandering (oftewel: er is (nog) geen draagvlak) (De Caluwé & Vermaak, 2006). Bij professionals lijkt dit met name relevant, gezien de claim op autonomie. Hier komen nog een aantal zaken bij. Dwingende veranderprocessen die gericht zijn op het bereiken van een doel 'van het management' kan bij professionals ook tot veel reactiviteit zorgen (Ardon, 2009). Dat wil zeggen: omdat professionals wordt verteld 'wat zij moeten doen' in plaats van dat er wordt gestimuleerd 'wat zij zouden kunnen doen' ontstaat er ook weinig input van professionals zelf ten opzichte van het veranderproces. Juist als het gaat om competentieversterking kan dit waardevol zijn: professionals moeten immers uiteindelijk zelf hun vaardigheden verbeteren en dit kan niet door het management gedaan worden. Een veranderproces dat daarom meer het initiatief legt bij professionals kan mogelijk zorgen voor veel meer input of initiatief van de professionals zelf, doordat de professionals niet wordt verteld wat zij zouden moeten doen (zie ook onderstaand schema: Ardon, 2009).



Stimulerend

In tegenstelling tot de opleggende vorm is het bij de stimulerende vorm optioneel om mee te werken aan het veranderproces (Van der Zee, 1995). Dat wil zeggen: als professionals geïnteresseerd zijn kunnen zij hier vrijwillig aan meewerken. Te denken valt aan cursussen vrij ter beschikking stellen tijdens werktijd, vrijblijvende begeleiding bieden voor persoonlijke ontwikkelplannen of vrijwillige groepssessies organiseren waar geïnteresseerden aan mee kunnen werken.

Veranderprocessen die optioneel zijn werken gemiddeld genomen beter (Boonstra, 2000). Dit komt door een aantal zaken. In de eerste plaats doordat diegene die niet 'mee willen' met de verandering vaak niet meedoen, maar vervolgens wel mee worden genomen als de organisatie daarna langzaam verandert. Daarnaast is iets dat stimulerend/vrijwillig is meer vrijblijvend, wat betekent dat het voor professionals 'veiliger' is om te participeren (De

Caluwé & Vermaak, 2006). Hiermee kan een gevoel ontstaan waarin men kan denken: ‘het kan geen kwaad.’

Direct

Het doel van veranderprocessen kan direct worden vormgegeven. Dat wil zeggen: er wordt bijvoorbeeld een cursus aangeboden welk primaire (en gecommuniceerde) doel is om direct competentieversterking te bereiken. Dit is een geplande, gestuurde aanpak (Caldwell, 2005). Bijvoorbeeld: ‘volg de cursus ‘beter samenwerken’ zodat uw competentie samenwerken versterkt wordt’.

De effectiviteit van doelmatige en directe veranderingen is vaak beperkt (Boonstra, 2000). Dit kan komen doordat er bijvoorbeeld nog geen draagvlak is voor de gewenste veranderingen. Dit lijkt in lijn te liggen met de professionele culturen, waar vaak geen bewustzijn of urgentie bestaat voor competentieversterking. Doordat professionals bezig zijn met het primaire proces en niet met ogenschijnlijke secundaire zaken als competentieversterking ontbreekt hiervoor bewustzijn/urgentie. Hierdoor kan het veranderproces op weerstand of verzet stuiten bij professionals omdat het wordt gezien als onbelangrijk.

Indirect

Veranderprocessen kunnen ook indirect worden vormgegeven. Dit betekent dat het primaire doel niet competentieversterking is, maar het secundaire doel wel. Bijvoorbeeld: er wordt een personeels-dag georganiseerd, welk doel ‘gezelligheid’ lijkt, maar het eigenlijke doel is ‘samenwerking verbeteren’ omdat gewerkt wordt aan de persoonlijke band van mensen (De Caluwé & Vermaak, 2006). Op deze manier wordt het veranderproces vormgegeven op een manier dat professionals het niet merken of in elk geval niet direct merken.

Veranderprocessen die indirect, verkennend worden vormgegeven, kunnen waarschijnlijk sneller het beoogde doel bereiken (Boonstra, 2000). Dit komt omdat mensen er als het ware in meegenomen worden zonder dat zij hier zelf voor kiezen. Het is dus een indirecte, subtiele manier van veranderen. In het onderwijs (bijvoorbeeld op middelbare scholen) wordt vaak geëxperimenteerd met dergelijke vormen van onderwijs. Zo zijn er op middelbare scholen steeds vaker luchtige of toegankelijke debatwedstrijden of debatmiddagen. Het lijkt een competitief spelletje om elkaar te verslaan, maar indirect vormen leerlingen door verschillende argumenten te horen een mening over verschillende onderwerpen, en ontwikkelen zij vaardigheden die op allerlei momenten in hun leven van pas kunnen komen (zoals presenteren).

Deze mogelijkheden leiden tot het volgende model:

	Direct	Indirect
Opleggend	Dwingend	Controlerend
Stimulerend	Sturend	Faciliterend

De dwingende variant

Veranderprocessen die opleggend zijn vormgegeven stuiten vrijwel per definitie op weerstand, omdat ze niet aansluiten bij de tradities van de professionals. Directe veranderprocessen stuiten geregeld op weerstand, omdat er (nog) geen draagvlak is of omdat bewustzijn/urgentie ontbreekt. De dwingende variant, die gebruik maakt van deze

beide aspecten, zal dus waarschijnlijk leiden tot vormen van *verzet* onder professionals, door de hoge mate van weerstand die dit oproept.

De sturende variant

Stimulerende veranderprocessen roepen veel minder weerstand op, door het vrijblijvende karakter van de veranderprocessen (deze sluit aan bij de tradities van professionals). Als deze echter nog steeds direct is vormgegeven, ontstaat er ofwel *weerstand* tegen het veranderproces of doen professionals hier simpelweg niet aan mee, door het niet aansluiten van organiseercompetenties bij de stijlen en gewoontes van professionals.

De controlerende variant

Veranderprocessen rondom competentieversterking 'moeten' dus eigenlijk indirect worden vormgegeven, om te voorkomen dat er weerstand bestaat tegen de competentieversterking. Wanneer dat opleggend is (bij deze variant), kan een dergelijk veranderproces alsnog op weerstand stuiten. Professionals worden immers nog steeds gedwongen om iets te doen, ook al werken ze indirect aan iets anders. Als er weerstand bestaat (door dwang) tegen wat zij aan het doen zijn, is de kans klein dat zij gemotiveerd zullen werken aan wat indirect beoogd wordt dat zij aan werken. Dit komt omdat enkel de 'dwang' genoeg is om een recalcitrante reactie bij professionals richting managers te verkrijgen.

De faciliterende variant

Juist door het veranderproces indirect en stimulerend vorm te geven kan dit leiden tot participatie: professionals worden gestimuleerd om mee te werken aan iets waar zij het nut van in zien, maar versterken *eigenlijk* de gewenste organiseercompetenties. Hierdoor treedt een subtiel veranderproces op waar professionals in mee participeren. Bewust op het deel dat zij als relevant zien en onbewust op het deel dat hun competenties versterkt.

3.3.3. Keuze voor vormgeving

Dit laatste deel van deze paragraaf bekijkt concluderend hoe veranderprocessen vormgegeven kunnen worden zodat zij aansluiten bij professionele culturen. Dit zal worden gedaan door te kijken naar de eerder beschreven uitgangspunten van professionele culturen (tradities, stijlen en gewoontes). Hiermee kan worden bepaald welke aspecten van een mogelijke vormgeving wel en welke niet aansluiten bij professionele culturen.

Tradities

Autonomie en hiërarchie staat centraal in de tradities van professionele culturen. Om deze reden lijkt het onverstandig om veranderprocessen op een dwingende manier vorm te geven. Dit kan als een directe bedreiging van deze culturele identiteit worden opgevat. Hoe meer managers 'inbreuk' proberen te maken op de autonomie van professionals, hoe groter de mogelijke weerstand en hoe kleiner het mogelijke draagvlak. Veranderprocessen kunnen het beste dus stimulerend worden vormgegeven op een manier die professionals zelf in staat stelt te beslissen of zij wel of niet willen deelnemen. Dit gebruikt de autonomie als een kracht: professionals bepalen zelf wat zij doen.

Stijlen

Bij de stijlen van professionele culturen staan bewezen, gestandaardiseerde werkwijzen en technieken centraal. Daar komt bij dat professionals te maken hebben met een sterke tijdsdruk. Dit betekent dat de inhoud van veranderprocessen sowieso niet te belastend kan zijn. Maar ook betekent dit dat een direct type veranderproces vermoedelijk minder goed

aan zal sluiten bij professionele culturen. Competenties sluiten namelijk juist niet bij deze stijlen aan door de fuzziness van het concept en de daarbij horende tacit knowledge. Om die reden raken competenties ook niet automatisch ingebed in het werk van professionals. Een indirect type veranderproces lijkt dit te kunnen omzeilen: professionals hoeven hierdoor minder direct te werken aan het versterken van competenties, maar kunnen dit doel toch bereiken.

Gewoontes

Een patiëntgerichte blik is bepalend voor de gewoontes binnen professionele culturen. Organiseercompetenties lijken *ogenschijnlijk* niet bij te dragen aan dat primaire proces. Dat is niet per definitie zo. Sterker nog, er zou gesteld kunnen worden dat in toenemende mate (bijvoorbeeld door de toename van interdisciplinaire samenwerking in de zorg) deze organiseercompetenties belangrijk worden voor het primaire proces. De inhoud van het veranderproces moet echter om dat ogenschijnlijke bijdragen aan het primaire proces (aan de zorg voor de patiënt) zodat professionals gebruik zullen maken van het stimulerende veranderproces. Als dit niet het geval is dan kan het zijn dat professionals geen gebruik zullen maken van het veranderproces, waardoor het geen effect heeft. Daarnaast lijkt het wat betreft de inhoud van het veranderproces belangrijk dat deze op groepsniveau vormgegeven wordt, omdat professionals een sterkere loyaliteit voelen ten opzichte van het vak en de beroepsgroep dan ten opzichte van de organisatie. Organisatieniveau en omgevingsniveau lijken daarom minder aan te sluiten bij professionele culturen. Individueel niveau zou mogelijk kunnen zijn, maar alleen wanneer professionals gemotiveerd zijn voor het veranderproces.

Veranderprocessen gericht op competentieversterking laten aansluiten bij professionele culturen is daarmee een subtiel proces. Het moet een duidelijk, nuttig doel hebben voor professionals, maar tegelijkertijd niet dwingend zijn vormgegeven. Dit leidt tot de eerder beschreven faciliterende variant als best mogelijke vormgeving voor veranderprocessen om aan te sluiten bij professionele culturen.

	Direct	Indirect
Opleggend	Dwingend	Controlerend
Stimulerend	Sturend	Faciliterend

3.4. Beïnvloedende factoren

De zojuist beschreven vormgeving van een veranderproces is essentieel voor de aansluiting met professionele culturen. Het draait namelijk om de essentie van het veranderproces: wat het veranderproces op welke manier probeert te bereiken. Los van het veranderproces zelf kunnen er echter factoren zijn die invloed hebben op de aansluiting tussen professionele culturen en veranderprocessen gericht op competentieversterking. Dit kunnen bestaande eigenschappen van een organisatie zijn (De Caluwé & Vermaak, 2006), de structuur of het leiderschap binnen de organisatie, maar ook factoren die gepaard gaan met het veranderproces, zoals ondersteuning. Ook deze zaken zijn essentieel voor het uiteindelijke succes van een veranderproces gericht op competentieversterking. In deze paragraaf worden deze beïnvloedende factoren om die reden besproken.

Uit de literatuur van de veranderkunde worden een aantal thema's structureel als belangrijk getypeerd. Dit is het type leiderschap (Boonstra, 2000, De Caluwé & Vermaak, 2006), namelijk de manier waarop er leiding wordt gegeven aan het veranderproces en de

organisatie. Ook is dit participatie (Van der Zee, 1995, Fitzgerald et.al., 2003), namelijk de manier waarop professionals kunnen participeren en zelf richting kunnen geven aan het veranderproces. Tot slot zijn dit randvoorwaarden (Shortell & Ferlie, 2001, Boonstra, 2000), namelijk essentiële voorwaarden als ondersteuning die gepaard gaan met het veranderproces. In deze paragraaf worden deze drie thema's besproken en bekeken op welke manier zij relevant zijn voor de aansluiting tussen veranderprocessen en professionele culturen. Deze paragraaf geeft antwoord op de theoretische deelvraag "Welke factoren beïnvloeden de aansluiting tussen professionele culturen en veranderprocessen?"

3.4.1. Type leiderschap

Het type leiderschap dat wordt toegepast bij een veranderproces gericht op competentieversterking kan bepalend zijn voor het succes van het veranderproces (Boonstra, 2000). De reden hiervan is dat de directe leider (of manager) door zijn of haar positie veel invloed heeft op de manier waarop het veranderproces wordt geïntroduceerd bij professionals. Gegeven de al precaire relatie tussen managers en professionals lijkt dit een belangrijk thema. Boonstra maakt onderscheid tussen een aantal vormen van leiderschap, waarvan de twee uiterste hier worden besproken, namelijk 'doorduwen' en 'verkennen'. Daarnaast wordt inspirerend leiderschap besproken. Deze stijlen van leiderschap kunnen dus worden toegepast bij het uitvoeren van de vormgeving van het veranderproces, zoals eerder beschreven.

Doorduwen

Leiderschap dat de stijl doorduwen aanneemt is niet te verwarren met een opleggend veranderproces. Een veranderproces kan stimulerend zijn, maar nog steeds een manager/leider hebben die op een erg dwingende manier 'stimuleert'. Het zal geen verassing zijn dat dwingend leiderschap minder snel als prettig wordt ervaren door professionals (Scott et.al., 2003). Het is een vorm van leiderschap dat doelgericht werkt en uitgaat van sturing door de top van de organisatie. Daardoor is er minder participatie en voelen professionals zich minder vrij om het veranderproces op te nemen (De Caluwé & Vermaak, 2006). Vaak gaat dergelijk leiderschap gepaard met top-down veranderprocessen en is het sterk 'probleemgericht', oftewel: 'dit is een probleem en jullie [professionals] moeten je hier mee bezig houden' (Ardon, 2009).

Verkennen

Verkenkend leiderschap is leiderschap dat gericht is op een samen tot nieuwe veranderingen komen (Boonstra, 2000). Het is sterk toekomstgericht (i.p.v. probleemgericht) en gaat vaak gepaard met dialoog en het bespreekbaar maken van conflict. Hierbij speelt verbeeldingskracht een grote rol: 'wat zouden we samen kunnen bereiken?' Het is dus interactief leiderschap waar de inbreng van professionals een grote rol speelt. Dit lijkt in lijn met professionele culturen, omdat de traditie autonomie gerespecteerd wordt. Leaders zijn dus geen 'duwers' of 'trekkers' maar faciliteren een verkenning naar een verbetering van het werk (lees: verbetering van zorg voor de patiënt). Hierdoor worden veranderprocessen ook minder snel als 'externe inmenging' gezien maar eerder als 'samen nadenken over de toekomst' (Scott et.al., 2003). Daarnaast sluit dit aan bij hiërarchie ('wie het weet mag het zeggen') omdat de leider niet pretendeert 'het te weten' en daardoor weerstand vanuit de professionals kan voorkomen.

Inspirerend leiderschap

Leiderschap kan ook wel getypeerd worden als "(...) *people who care deeply about something of great importance*" (Kouzes & Posner, 1988 in Shortell & Ferlie, 2001, p. 290).

Naarmate een leider op een bepaalde manier inspiratie kan uitstralen over het onderwerp is de kans ook groter dat dit enthousiasme over kan slaan op professionals zelf. Hierbij is het dus belangrijk dat veranderprocessen niet worden 'overgelaten aan het middenmanagement' (Boonstra, 2000) maar juist een sterke leider hebben die ook (positieve) autoriteit heeft binnen de organisatie. Op die manier kunnen professionals worden geënthousiasmeerd voor het veranderproces.

3.4.2. Participatie

In het verlengde van de vorige paragraaf ligt de mate van participatie die gepaard gaat met veranderproces. Participatie kan essentieel zijn omdat het bepaalt of professionals al dan niet de ruimte krijgen om een inbreng te hebben in het veranderproces, wat weer belangrijk is omwille van onder meer de autonomie van professionals. Hier worden drie zaken besproken die van invloed zijn op (de werking van) participatie: interactiviteit, agentschap en nut, aan de hand van Boonstra.

Interactiviteit

In de didactiek is in brede zin consensus dat interactieve werkvormen over het algemeen effectiever werken dan niet-interactieve werkvormen (of 'zendende' werkvormen, zoals een hoorcollege). Dit geldt ook voor veranderprocessen: naarmate een veranderproces meer interactiever is bereikt dit waarschijnlijk meer (Boonstra, 2000). Dit komt omdat mensen zelf nadenken over inbreng bij het veranderproces. Ook dit lijkt in lijn te zijn met professionele culturen, waar professionals 'samen' (als collega's) over oplossingen nadenken. Dit betekent dat een veranderproces op groepsniveau de meeste kans van slagen hebben, omdat deze zich van nature leent voor interactiviteit.

Agentschap

Dit aspect ligt in het verlengde van interactiviteit. Naarmate professionals meer zeggenschap en inbreng hebben bij het veranderproces, zullen zij ook meer eigenaar worden van het veranderproces en wordt er 'agentschap' gecreëerd (Scott et.al., 2003). Niet alleen kan dit draagvlak creëren, ook kan het 'opinieleiders' creëren die als ambassadeurs fungeren voor het veranderproces, wat weer bij kan dragen aan draagvlak (Fitzgerald, et.al., 2003). Mensen voelen zich hierdoor meer betrokken bij het veranderproces, en zetten zich er daardoor ook meer voor in (Caldwell, 2005). Hierdoor ontstaat meer participatie.

Nut

Dit is al eerder bij vormgeving aangestipt, maar het is belangrijk dat professionals het zogenaamde nut inzien van een veranderproces (Scott et.al., 2003). Dit is wederom in lijn met professionele culturen, namelijk dat professionals aandacht hebben voor het primaire proces. Naarmate iets dus kan bijdragen aan dat primaire proces is de kans groter dat professionals hier aan willen bijdragen. Laten zien dat veranderingen kunnen werken of gebaseerd zijn op bepaalde mate van bewijs kan helpen om mensen te informeren en te overtuigen van het nut van het voorgestelde veranderproces (Fitzgerald, et.al., 2003).

3.4.3. Randvoorwaarden

Het laatste deel van deze paragraaf concentreert zich op randvoorwaarden die relevant kunnen zijn voor de aansluiting tussen professionele culturen en veranderprocessen gericht op competentieversterking. Randvoorwaarden aan het veranderproces kunnen een bepalende invloed hebben op het succes van het veranderproces. Hierbij worden drie

mogelijke randvoorwaarden besproken voortgekomen uit de literatuur: ondersteuning, timing en (historische) context.

Ondersteuning

Een mate van ondersteuning (ook door senior management) kan bepalend zijn voor de mate waarin het veranderproces gefaciliteerd wordt of juist gehinderd wordt (Shortell & Ferlie, 2001). Dit is niet alleen inzet, hulp en draagvlak door het management, maar ook de juiste administratieve/organisatie ondersteuning zoals technologie (Boonstra, 2000). Dit lijkt in lijn met professionele culturen: wanneer tijdsdruk zeer groot is kan ondersteuning essentieel zijn om succesvolle participatie van professionals te kunnen faciliteren.

Timing

Het tijdspad en de snelheid waarmee veranderingen worden vormgegeven heeft invloed op de effectiviteit van het veranderproces. Dit kan veel of te weinig druk leggen op de organisatie, of juist geleidelijk iets invoeren (Gravenhorst, et.al., 2003). Soms kunnen professionals ook gebrek aan tijd hebben, waardoor aspecten van een veranderproces niet worden uitgevoerd (O'Connor & Pettigrew, 2009). De capaciteit en het tijdspad moeten om deze reden realistisch zijn (Fitzgerald, et.al., 2006).

(Historische) context

De mate waarin veranderprocessen, incidenten of ontwikkelingen in het verleden invloed hebben gehad op de organisatie of de sector kunnen er bestaande denkbeelden of beleid aanwezig zijn dat invloed heeft op nieuwe veranderprocessen (Shortell & Ferlie, 2001). Als er bijvoorbeeld weinig ervaring is met veranderprocessen, dwingt de historische context tot een aanpassing van de invulling van het veranderproces (Fitzgerald, et.al., 2003). Maar ook de manier waarop de organisatie is ingedeeld qua structuur, doelen en eigenschappen (bijvoorbeeld flexibiliteit, of juist niet) hebben invloed op de manier waarop veranderingen opgenomen kunnen worden binnen de organisatie (Gravenhorst, et.al., 2003). Ook zaken als strubbelingen of bestaand onderling conflict in organisaties kunnen sterk invloed hebben op de mate waarin een veranderproces succesvol is (zeker wanneer vormgegeven op groepsniveau). Zo kan er weerstand ontstaan ten opzichte van het veranderproces of ten opzichte van elkaar (Gravenhorst, et.al., 2003).

3.5. Conclusies en verwachting

In deze laatste paragraaf worden overkoepelende conclusies getrokken uit de theorieën die in de voorgaande paragrafen zijn beschreven. Dit zal worden gekoppeld aan een theoretische verwachting: hoe vanuit de theorie vermoedelijk veranderprocessen gericht op competentieversterking het beste kunnen aansluiten bij professionele culturen.

Inhoud veranderproces

Doordat professionals zich vaak betrokken voelen bij de patiënt (gewoontes), het vak en de beroepsgroep maar niet zozeer bij de organisatie lijkt organisatie- en omgevingsniveau geen goede aansluiting te vinden bij professionele culturen. Groepsniveau (mede-professionals) en individueel niveau lijken een betere aansluiting te vinden bij professionele culturen, vanwege de verantwoordelijkheid van professionals naar elkaar en zichzelf toe. Daarnaast is het vanwege de gewoontes (patiëntgerichte blik) en stijlen (gestandaardiseerde, bewezen technieken) belangrijk dat de inhoud van het veranderproces lijkt te raken aan het primaire proces (de patiënt) zodat professionals het veranderproces als nuttig ervaren. Dit kan namelijk een belangrijke reden zijn voor professionals om al dan niet deel te nemen.

Type veranderproces

Zoals eerder beschreven kunnen veranderprocessen het best stimulerend worden vormgegeven om aan te sluiten bij professionele culturen. Dit komt door de mis-match tussen top-down (opleggende) veranderprocessen bij tradities van professionals. Professionals reageren hierop in de trant van 'zo doen wij dat nu eenmaal' en kunnen dwang zien als een inbreuk op hun autonomie. Door stimulerend veranderingen vorm te geven participeren professionals op een subtiele manier aan verandering, zonder dat dit leidt tot weerstand.

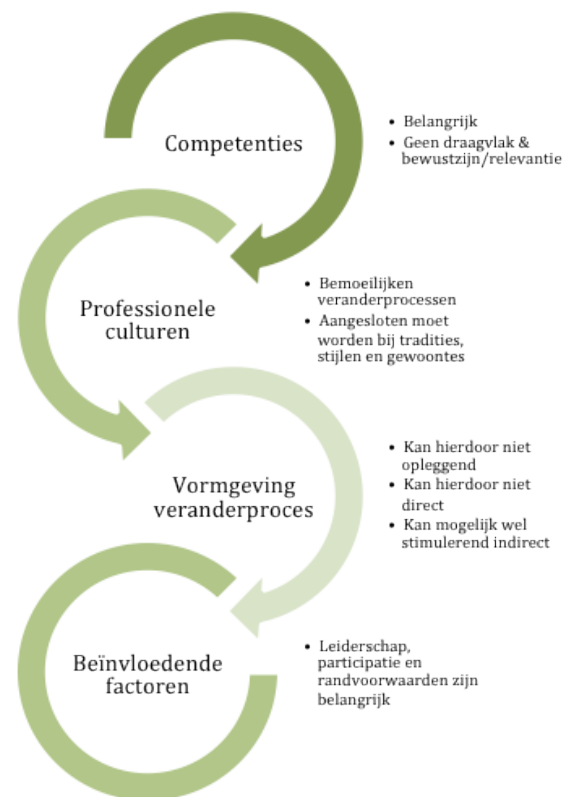
In lijn met de inhoud van het veranderproces moet het doel voor professionals dan echter wel worden ervaren als nuttig. Om die reden is een directe type veranderproces vermoedelijk minder effectief: organiseercompetenties lijken door het fuzzy en tacit karakter minder goed aan te sluiten bij professionele culturen. Ook zijn ze ogenschijnlijk niet belangrijk voor het primaire proces.

Beïnvloedende factoren

Verschillende beïnvloedende factoren zijn vervolgens van invloed op de aansluiting tussen het veranderproces en professionele culturen. Hierbij is het belangrijk dat er verkennend (en niet dwingend) leiderschap plaats vindt, dat inspireert en enthousiasmeert. Veranderprocessen kunnen het beste interactief worden vormgegeven met een focus op participatie zodat er meer draagvlak ontstaat en in het verlengde daarvan: er agentschap bij professionals over het veranderproces wordt gecreëerd. Dit sluit aan bij dat professionals 'zelf' (en samen met collega's) werken aan zaken die in het belang van de patiënt zijn. Hierbij moet rekening worden gehouden met een gebalanceerde mate van belasting, gegeven de sterke tijdsdruk waar professionals mee te maken hebben. Zo kan ondersteuning belangrijk zijn om professionals hierbij te ontzien. Dit gaat gepaard met sensitiviteit voor de historische context en bestaande structuur/strubbelingen binnen de organisatie, om hier op een goede manier bij aan te sluiten.

Concluderend

Naarmate veranderprocessen een dwingender en minder stimulerend karakter hebben, lijkt de weerstand van professionals toe te nemen. Daarnaast lijken veranderprocessen effectiever te zijn naarmate zij indirecter zijn vormgegeven, omwille van de slechte aansluiting tussen organiseercompetenties en de stijlen en gewoontes van professionals. Tot slot moeten veranderprocessen goed georganiseerd worden door rekening te houden met de beïnvloedende factoren leiderschap, participatie en randvoorwaarden.



4. Onderzoeksaanpak

Casus: 'Weerstand tegen een elektronisch patiëntdossier'

Het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) is misschien wel een van de meest controversiële beleidsvoorstellen van de afgelopen jaren in de zorg. Het EPD is een systeem dat digitaal de gegevens van patiënten vastlegt, zodat verschillende instellingen en professionals in de zorg deze gegevens kunnen raadplegen wanneer dat nodig is. De achtergrond hiervan is dat zo beter inzichtelijk zou zijn welke behandeling of medicatie een patiënt (in het verleden gehad) heeft, om zo medische fouten te voorkomen.¹³

Het voorstel tot het EPD begon in 2008 als wetsvoorstel. Hoewel het voorstel in eerste instantie werd goedgekeurd, zette de Eerste Kamer later een streep door de wet, mede omwille van privacy problemen. In 2011 probeerde minister van Volksgezondheid Edith Schippers het project nog te redden, maar de Tweede Kamer wees het idee van het EPD af. Vanaf 2012 begonnen grote zorgverzekeraars verplichte deelname aan het EPD op te nemen in hun contracten met zorginstellingen, met als gevolg enorme weerstand vanuit huisartsen.¹⁴

Waar de kritiek tegen het EPD in eerste instantie ging over de inhoudelijke afwegingen (o.a. privacy) nam de weerstand tegen het EPD enorm toe nadat bekend werd dat zorgverzekeraars huisartsen gingen 'dwingen' om mee te werken aan het EPD. De discussie verschoof vervolgens volledig naar deze dwang.

Begin 2013 leidde dit tot de aankondiging dat de Vereniging van Praktijk houdende Huisartsen naar de rechter ging stappen om de medewerking aan het EPD tegen te gaan.¹⁵ Waar de discussie eerst nog over inhoud ging, werd deze dwang door professionals als een dermate illegitieme inbreuk op hun autonomie gezien dat de weerstand tegen het EPD hoger werd dan ooit tevoren.

Het vakgebied van Bestuurs- en Organisationswetenschap kenmerkt zich door *driedubbele pluriformiteit*.¹⁶ Dit is in de eerste plaats object pluriformiteit: het type object dat onderzocht wordt (bijvoorbeeld zorg of openbaar bestuur). In de tweede plaats is dit theoretische pluriformiteit: de verschillende theorieën die worden gebruikt om naar dat object te kijken. Tot slot is er methodische pluriformiteit: op welke manier de onderzoeker de theorie op het object toepast en onderzoekt. Dit vindt plaats binnen een ontologisch perspectief (welke 'werkelijkheid' er wordt onderzocht) en een epistemologisch perspectief (hoe de onderzoeker zich tot die werkelijkheid verhoudt). Waar in hoofdstuk 1 en 2 is gekeken naar het object en in hoofdstuk 3 naar de theorie, beschrijft dit hoofdstuk de onderzoeksaanpak van dit onderzoek (de methodische pluriformiteit gecombineerd met de ontologie en epistemologie). Aan de hand van de vraagstelling is gekeken hoe het theoretisch kader op de best mogelijke manier kan worden toegepast om een goede empirische beantwoording van de hoofdvraag mogelijk te maken. Dit hoofdstuk beschrijft een aantal zaken. Ten eerste wordt het type onderzoek beschreven (ontologisch, epistemologisch). Hierna wordt de operationalisering beschreven (de theorie wordt geoperationaliseerd). Verder worden de verschillende empirische fasen van het onderzoek

¹³ Zorgvisie (2013, 19 maart). 'Pleidooi voor een EPD' (22 april 2013).

¹⁴ RTL (2012, 13 december). 'Huisartsen woedend om verplichte deelname EPD' (22 april 2013).

¹⁵ Telegraaf (2013, 13 maart). 'Huisartsen willen EPD blokkeren' (22 april 2013).

¹⁶ Noordegraaf, M (2012, 6 februari). Hoorcollege Wetenschapsfilosofie.

en de bijbehorende manier van dataverzameling toegelicht. Tot slot worden enkele voorwaardenscheppende criteria van dit onderzoek beschreven (zoals betrouwbaarheid en validiteit).

4.1. Type onderzoek

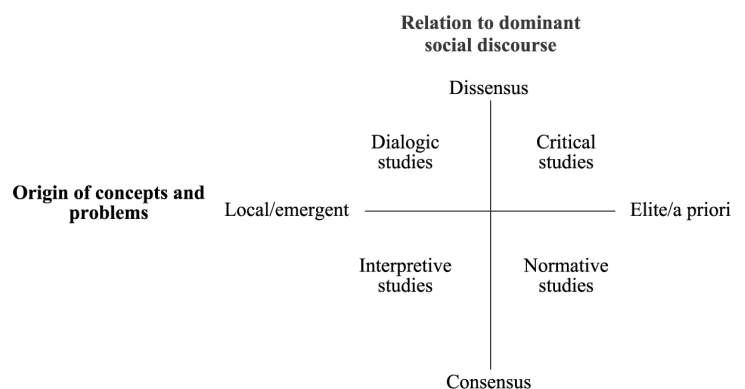
Deze paragraaf bespreekt de belangrijkste aspecten gerelateerd aan het type onderzoek. In de eerste plaats wordt de wetenschapsfilosofische uitgangspositie beschreven (ontologisch, epistemologisch). Dit wordt gevolgd door de methodologische uitgangspositie (methodologisch). Tot slot wordt aandacht besteed aan de casestudie die centraal staat in dit onderzoek. Gezamenlijk geven deze onderdelen weer wat voor 'soort' onderzoek dit is.

4.1.1. Wetenschapsfilosofische uitgangspositie

Wetenschapsfilosofische reflectie kan worden gedefinieerd als *“een kritische reflectie op de vooronderstellingen die aan de wetenschap ten grondslag liggen”* (Koningsveld, 2006, p. 12). Koningsveld beargumenteert dat door aan wetenschapsfilosofische reflectie te doen, de onderzoeker zich bewust wordt van de sterktes en zwaktes van het eigen onderzoek. Dit is dus enerzijds een kritische reflectie op de vooronderstellingen die aan de wetenschap ten grondslag liggen en anderzijds een weergave van de implicaties die keuzes van onderzoek hebben ten opzichte van de maatschappij. Hiervoor kunnen naar twee zaken gekeken worden: de ontologie (welke 'werkelijkheid' er wordt onderzocht) en de epistemologie (hoe de onderzoeker zich tot die werkelijkheid verhoudt) van dit onderzoek.

Wetenschapsfilosofische posities

Er bestaan allerlei opvattingen over de verschillende wetenschapsfilosofische posities. Volgens Deetz (zie schema rechts) zijn er vier wetenschapsfilosofische posities die kenmerkend zijn voor het bestuurskundig onderzoek (Deetz, 1996). Deetz maakt op de assen onderscheid tussen Consensus-Dissensus en Local/Emergent-Elite/A priori. De verticale as draait om het wereldbeeld van de onderzoeker. Hierbij staat consensus voor de opvatting waarin



Source: Alvesson and Deetz (2000, p. 24)

de bestaande orde van wetenschap geaccepteerd wordt en hierin meegegaan wordt: de wereld is op een bepaalde manier gevormd en daar binnen wordt onderzoek uitgevoerd. Dissensus is de tegenovergestelde visie: bestaande werkelijkheden moeten in twijfel worden getrokken of worden blootgelegd. De horizontale staat voor de mate waarin de onderzoeker zich laat leiden door eigen theorie. Elite/A priori houdt hier in dat de onderzoeker zijn eigen theorie toepast en aan de hand daarvan 'objectief' de wereld kan kennen. Local/Emergent is het tegenovergestelde: mensen bepalen zelf hun eigen werkelijkheid en geven hier betekenis aan, de onderzoeker kan dit in kaart brengen en vervolgens interpreteren. Dit leidt tot de vier posities in het schema: positivisme (de wereld kan met eigen theorie objectief gekend worden), interpretativisme (individuen geven zelf betekenis aan de werkelijkheid en dit kan door de onderzoeker in kaart worden gebracht), kritische methode (bestaande werkelijkheden moeten worden bestreden door eigen theorie van de onderzoeker) en postmodernisme (er bestaan meerdere werkelijkheden die door de onderzoeker kunnen worden weergegeven).

Toegepaste positie in dit onderzoek

Het is belangrijk om te benoemen dat niet één van deze posities of interpretaties van de wereld en de wetenschap kan worden gezien als objectief beter dan de anderen: het zijn verschillende opvattingen van hoe de wereld er uit ziet en hoe de wetenschap (en wetenschapper) zich tot die wereld verhoudt. De keuze bepaalt echter wel de vorm en inhoud van het onderzoek. Om te kunnen demonstreren binnen welk van deze posities dit onderzoek is uitgevoerd is het belangrijk om de wetenschapsfilosofische uitgangspositie te benoemen.

Dit onderzoek hanteert grotendeels de *positivistische uitgangspositie*. Aan de hand van bestaande wetenschappelijke literatuur (hoofdstuk 3) wordt gekeken naar een werkelijkheid (de casus) die tot op bepaalde hoogte beter kan worden gekend door de wetenschapper. Deze theorie concentreert zich op de aansluiting tussen veranderprocessen gericht op competentieversterking en professionele culturen. Veel van deze theorie is erop gericht om de tradities, stijlen en gewoontes van professionele culturen bloot te leggen. Deze theorie wordt toegepast op de casus om te bekijken of de theoretische verwachtingen kloppen. De onderzoeker zal hieruit conclusies trekken vanuit een neutrale, observerende positie. Dat betekent echter niet dat in dit onderzoek geen rekening wordt gehouden met lokale werkelijkheden (interpretativisme). Dat medische professionals bijvoorbeeld veranderprocessen op een bepaalde manier ervaren is een lokale werkelijkheid die voor hén leidend is. Dat betekent niet dat die lokale werkelijkheid ook daadwerkelijk 'waar' is, maar wel dat deze interpretatie bestaat. Ook het feit dat onderzoek soms kritisch moet zijn op het bestaande discours (de kritische methode) is onderdeel van dit onderzoek. Bestaande opvattingen over veranderprocessen ('cultuur moet worden doorbroken') zijn tot op dit punt in dit onderzoek bijvoorbeeld sterk tegengesproken. Dit onderzoek gaat er echter van uit dat de wereld grotendeels gekend kan worden en aan de hand van theorie kan worden bekeken. Vanuit de ontologische en epistemologische uitgangspositie kan vervolgens concreter worden toegewerkt naar een methodologische uitgangspositie.

4.1.2. Methodologische uitgangspositie

Er zijn vele manieren waarop bestuurskundig onderzoek methodologisch kan worden vormgegeven. De belangrijkste scheiding die kan worden gemaakt is een scheiding tussen *kwantitatief* en *kwalitatief* onderzoek. Omdat deze termen niet voor zich spreken en ogenschijnlijk misleidend kunnen zijn worden deze hier besproken, gevolgd door de keuze van methode in dit onderzoek.

Kwantitatief & kwalitatief onderzoek

Kwantitatief onderzoek

In kwalitatief onderzoek word data veelal vergaard aan de hand van vragenlijsten die door respondenten worden ingevuld (Van Thiel, 2007). Kwantitatief onderzoek is daarmee een onderzoeksmethode die erop gericht is binnen korte tijd grote hoeveelheden data te verzamelen. Dergelijke data word meestal door middel van computerprogramma's verwerkt om vervolgens aan de hand van statistische testen iets te kunnen zeggen over de resultaten. Een voordeel van deze onderzoeksmethode is dat een veelheid aan informatie iets kan zeggen over een grote groep mensen (Denzin & Lincoln, 1994). Aan de hand van de statistische gegevens kunnen, door de grote hoeveelheid data, bredere conclusies worden getrokken die gegeneraliseerd kunnen worden. Uit dergelijke conclusies kunnen wetmatigheden worden gedestilleerd. Een nadeel van deze onderzoeksmethode is dat het

inflexibel en/of oppervlakkig kan zijn (Easterby-Smith et.al., 1991). Dit komt omdat vragenlijsten weinig ruimte overlaten voor eigen inbreng van respondenten. Daarnaast is het minder makkelijk om antwoorden te begrijpen, er kan niet (direct) worden doorgevraagd op antwoorden. Hierdoor kunnen onderliggende beweegredenen minder goed uitkomen. Daarnaast is het aanbrengen van nuances in antwoorden, door vaak een vaste aanpak (helemaal eens, helemaal oneens), een stuk moeilijker.

Kwalitatief onderzoek

Waar kwantitatief onderzoek draait om grote hoeveelheden data, draait kwalitatief onderzoek om kleinere hoeveelheden data uitgebreider bestuderen. In tegenstelling tot kwantitatief onderzoek wordt niet gebruik gemaakt van vragenlijsten, maar worden vaak interviews of observaties uitgevoerd (Van Thiel, 2007). Op die manier wordt vaak met respondenten gesproken en worden verslagen hiervan veelal letterlijk uitgetypt. Hierdoor kunnen de antwoorden en zienswijzen van betrokkenen worden beschreven en geanalyseerd (Boeije, 't Hart & Hox, 2005), meer dan bij kwantitatief onderzoek. Kwalitatief onderzoek heeft als voordeel dat uitleg, onderbouwing en volledig begrip van de respondent dus nauwkeuriger bekeken kan worden. Door de uitgebreidere vorm van onderzoek kan op de vergaarde data dus dieper worden ingegaan. Dit heeft ook twee keerzijdes. Enerzijds praktisch: het vergaren van deze data is zeer tijdsintensief. Anderzijds inhoudelijk: doordat de onderzoeker zelf een grote rol heeft bij het stellen van (vervolg)vragen en het analyseren van antwoorden is er een groter risico op minder goede betrouwbaarheid (bijvoorbeeld door interpretatiefouten of sturende vervolgvragen). Om deze reden is een verantwoording van de genomen stappen zowel vooraf als achteraf bij kwalitatief onderzoek extra relevant.

Gekozen onderzoeksmethode

Kwalitatief onderzoek

Dit onderzoek zou theoretisch gezien waarschijnlijk zowel op een kwantitatieve alsmede op een kwalitatieve manier kunnen worden vormgegeven. In dit onderzoek is echter gekozen voor een kwalitatieve benadering omdat deze methode beter aansluit bij het type onderzoek. Dit onderzoek draait om inzicht krijgen over hoe veranderprocessen aan kunnen sluiten bij professionele culturen. Om te kunnen toetsen of de theorie een adequaat beeld geeft van aansluiten bij professionele culturen is het belangrijk om professionals hierover te bevragen. Bij het analyseren van data is het namelijk belangrijk om te weten waarom voor professionals bepaalde zaken wel en andere niet aansluiten bij professionele culturen. Dit is lastiger vorm te geven in een vragenlijst omdat de vragen vast staan en niet aangepast kunnen worden aan de hand van de input van de respondent. Om de redenen te kunnen achterhalen van waarom professionals al dan niet participeren in veranderprocessen is het belangrijk om vervolgvragen te kunnen stellen. In kwalitatief onderzoek is meer ruimte om dit op een zo flexibel mogelijke manier in te richten. Hier komt bij dat er ook noodzakelijkerwijs meer ruimte is voor professionals om informatie met de onderzoeker te delen. Interviews en kwalitatief onderzoek sluiten hier goed bij aan. Dit kan meer diepgang maar ook meer inzicht in de empirie bieden dan dat bij kwantitatief onderzoek het geval zou zijn. Hier komt bij dat de casus maar een beperkt aantal respondenten (professionals die hebben deelgenomen aan het veranderproces) toelaat, waardoor de kwantitatieve steekproef beperkt zou zijn.

Generaliseerbaarheid

De resultaten die voort zullen komen uit dit onderzoek zullen primair iets zeggen over het onderzochte veranderproces op het UMCU. Dit komt omdat de resultaten specifiek zijn voor deze casus en wellicht niet per definitie voor een vergelijkbare casus (Boeije, 't Hart & Hox,

2005). Aan de hand van de resultaten van dit onderzoek kunnen echter wel degelijk bredere conclusies worden getrokken voor veranderprocessen in het algemeen, aansluiten bij professionele culturen en beïnvloedende factoren. Hoewel context kan verschillen, zijn er in Nederland veel vergelijkbare situaties zijn waar organisaties zoeken naar manieren om de competenties van professionals te kunnen versterken. Indien dit onderzoek daar handvatten voor biedt, kan dit gebruikt worden om in andere situaties of casussen uitwegen of meer begrip te bieden.

4.1.3. Casestudie

Dit deel beschrijft, in aanvulling op wat hier al in hoofdstuk 1 over is geschreven, de casuselectie waar in dit onderzoek voor is gekozen. Eerst wordt de gekozen casus besproken, gevolgd door het (onderzoekstechnische) type casus.

Het UMCU

Verwonder & Verbeter

Zoals eerder genoemd wordt op het UMCU op dit moment met een veranderproces gewerkt dat gericht is op onder andere competentieversterking bij professionals. Dit veranderproces, Verwonder & Verbeter, is een type veranderproces dat door het management op de divisie interne geneeskunde sinds 2011 wordt gehanteerd. Het is een veranderproces specifiek toegespitst op AIOS werkzaam op de interne geneeskunde.

Keuze voor deze casus

Er is gekozen voor deze casus om een belangrijke centrale reden: professionals lijken enthousiast over dit veranderproces. Volgens het UMCU participeren professionals veel in dit veranderproces, zijn de reacties positief en lijken er op het gebied van competenties ook resultaten te zijn. Vanuit wetenschappelijk opzicht is dit wonderlijk: allerlei veranderprocessen die zich richten op competentieversterking mislukken, maar blijkbaar is het dus wel degelijk mogelijk. Deze puzzel biedt een uniek studieobject: een veranderproces gericht op competentieversterking dat, in tegenstelling tot vele anderen, goed lijkt te werken. Dit biedt vanuit wetenschappelijk oogpunt twee kansen. Ten eerste geeft het een unieke kans om de vraagstelling van dit onderzoek te bekijken: werkt aansluiten bij professionele culturen inderdaad (en is er in deze casus dus ook daadwerkelijk aangesloten bij professionele culturen). Dit geeft een unieke kans om bij te dragen aan de kennisvergaring rondom deze vraagstelling. Ten tweede geeft het een bredere kans op inzicht in werkende veranderprocessen: wanneer er bijvoorbeeld in deze casus niet is aangesloten bij professionele culturen, geeft deze casus mogelijk inzicht in andere aspecten die belangrijk zijn om veranderprocessen succesvol te maken. Dit kan aanleiding geven tot nieuw onderzoek dat de theorievorming rondom dit onderwerp kan bevorderen. Hierom leek deze casus geschikt voor dit specifieke onderzoek maar ook voor de wetenschap en competentieversterking/veranderprocessen in brede zin. Voor zover bekend zijn er geen andere, vergelijkbare casussen in Nederland, wat deze casus een waardevol studieobject maakt.

Type casus

Een casestudie kan empirisch inzicht geven in het onderwerp dat in een onderzoek onderzocht wordt (Yin, 2009) en kan leiden tot hypothesen die mogelijk ook in andere cases kunnen worden getoetst of worden toegepast (Abercrombie et.al., 1984). Er zitten een aantal voordelen aan casestudie onderzoek. In de eerste plaats maakt een casestudie het

mogelijk om tot nu toe geaccepteerde waarheden te falsificeren. In de klassieke wetenschap illustreerde Popper dit al door te benoemen dat als wordt aangenomen dat ‘alle zwanen zwart zijn’ een individuele zwarte zwaan deze these kan falsificeren. Maar een casestudie kan simpelweg ook wetenschappelijke kennis en inzicht genereren die kan bijdragen aan theorievorming (Flyvbjerg, 2006). Dat betekent niet dat casestudies altijd een op een te generaliseren zijn (zoals eerder genoemd) maar wel dat casestudies kunnen bijdragen aan kennis die toepasbaar is op vergelijkbare casussen.

Enkelvoudige casestudie

Casestudie onderzoek kan op verschillende manieren worden vormgegeven. De meest bekende scheiding is een onderscheid tussen een meervoudige casestudie en een enkelvoudige casestudie. De meervoudige casestudie vergelijkt verschillende casussen met elkaar, terwijl de enkelvoudige casestudie slechts een casus bekijkt. Dit onderzoek maakt gebruik van de enkelvoudige casestudie. De keuze daarvoor is vooral pragmatisch: slechts op een plek wordt (voor zover bekend) gebruik gemaakt van dit specifieke veranderproces, namelijk in het UMCU. Dat betekent echter niet dat de resultaten van dit onderzoek niet vergeleken kunnen worden met andere veranderprocessen. Dit kan wel degelijk. Een enkelvoudige casestudie is dus geen op zichzelf staand fenomeen, maar onderzoekt een vraagstuk waarvan de resultaten gebruikt kunnen worden voor verdere wetenschappelijke kennisverbreding (Yin, 1981). Er is in dit onderzoek gekozen om deze casus niet meervoudig vorm te geven in vergelijking met andere (niet werkende) veranderprocessen. De reden hiervoor is om dat vanuit theoretisch oogpunt grotendeels bekend is waarom veranderprocessen vaak mislukken. Vanuit theoretisch oogpunt was tot op heden echter weinig bekend over ‘hoe het dan wel’ zou kunnen worden vormgegeven. Dit onderzoek en deze casus onderzoekt precies dat, aan de hand van deze unieke casus.

4.2. Operationalisering

Deze paragraaf beschrijft de operationalisering van de theorie die in dit onderzoek wordt gebruikt. Om het theoretisch kader op de empirische data te kunnen toepassen moeten de verschillende aspecten van het theoretisch kader *meetbaar* zijn. Dit kan gedaan worden door aan de theoretische concepten *indicatoren* toe te kennen. Indicatoren zijn waar te nemen aspecten die een indicatie kunnen geven over de (mate van) aan- of afwezigheid van een theoretisch concept. Ter illustratie: als een theoretisch concept ‘media vrijheid in Nederland’ zou zijn, dan zouden voorbeelden van indicatoren kunnen zijn: ‘mate van overheidsensuur’, ‘controle van de overheid over publieke zenders’ of ‘hoeveelheid onafhankelijke journalisten.’ Samenvattend: aan de hand van indicatoren kan uitspraak gedaan worden over het theoretische concept. Dit maakt een analyse van de resultaten vervolgens mogelijk.

4.2.1. Vier theoretische concepten

Uit de theorie (hoofdstuk 3) zijn vier theoretische concepten naar voren gekomen. In de eerste plaats is dat *competenties*: organiseercompetenties met specifieke kenmerken. Daarnaast is het theoretische concept *professionele culturen* naar voren gekomen: de culturen van professionals met specifieke kenmerken. Vervolgens is aan de hand hiervan de *vormgeving* van een

Competenties

Professionele culturen

Vormgeving veranderproces

Beïnvloedende actoren

veranderproces beschreven, het derde theoretische concept. Namelijk de manieren die er zijn om veranderprocessen gericht op competentieversterking vorm te geven. Tot slot zijn *beïnvloedende factoren* besproken die naast de vormgeving van het veranderproces invloed hebben op de aansluiting tussen professionele culturen en veranderprocessen. Deze vier theoretische concepten zullen in het volgende deel worden geoperationaliseerd aan de hand van concrete indicatoren. Deze indicatoren zullen gebruikt worden voor de analyse van de data.

4.2.2. Indicatoren

De indicatoren van de theoretische concepten zijn bepaald aan de hand van de kenmerken die in het theoretische hoofdstuk zijn genoemd (hoofdstuk 3). De indicatoren voor de vier concepten worden hier beschreven.

Competenties & professionele culturen

Hieronder zijn de indicatoren weergegeven voor de theoretische concepten *competenties* en *professionele culturen*. Hierbij is het belangrijk om te noemen dat deze indicatoren niet uitputtend of uitsluitend zijn, maar slechts een voorbeeld zijn van waaruit op te merken is dat het concept al dan niet aanwezig is in de empirie.

Competenties en professionele culturen	
Competenties	Professionele culturen
Organiseercompetenties <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vaardigheden ▪ Zwak ingebed (beperkt mee bezig, gezien als weinig relevant) ▪ Fuzzy, tacit 	Professionele culturen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tradities: autonomie, hiërarchie ▪ Stijlen: gestandaardiseerde, bewezen technieken, tijdsdruk, socialisatieproces ▪ Gewoontes: de klant (cliënt, patiënt)

Vormgeving

Hieronder zijn de indicatoren weergegeven voor het concept *vormgeving*. Hierbij is het belangrijk om te noemen dat deze indicatoren niet uitputtend of uitsluitend zijn, maar slechts een voorbeeld zijn van waaruit op te merken is dat het concept al dan niet aanwezig is in de empirie.

Vormgeving	
Inhoud veranderproces	Type veranderproces
Individueel niveau <ul style="list-style-type: none"> ▪ Professionals gaan zelf aan de slag ▪ Weinig inmenging organisatie 	Opleggend <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verplicht voor professionals ▪ Dwingende middelen
Groepsniveau <ul style="list-style-type: none"> ▪ Groepssessies over competenties ▪ Veel interactie met collega's 	Stimulerend <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vrijwillig voor professionals ▪ Geen dwingende middelen
Organisatieniveau <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisatiebeleid ▪ Personeelsbijeenkomsten 	Direct <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gaat over competentieversterking
Omgevingsniveau <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wetten en regels ▪ Koepelorganisaties en overheden 	Indirect <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gaat niet over competentieversterking

Beïnvloedende factoren

Hieronder zijn de indicatoren weergegeven voor het concept *beïnvloedende factoren*. Ook hier zijn de indicatoren slechts voorbeelden van zaken waaruit blijkt dat het concept aanwezig is.

Beïnvloedende factoren		
Leiderschap	Participatie	Randvoorwaarden
Doorduwen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dwingend ▪ Druk 	Interactiviteit <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inspraak ▪ Inbreng 	Ondersteuning <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hulp ▪ Administratie
Verkennen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Samenwerken ▪ Transparant 	Agentschap <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zeggenschap ▪ Eigendom 	Timing <ul style="list-style-type: none"> ▪ Snelheid ▪ Tijdspad
Inspirerend leiderschap <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enthousiasmerend ▪ Autoriteit 	Nut <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patiënt ▪ Zorg 	(Historische) context <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mislukte projecten ▪ Spanningen/strubbelingen

4.2.3. Aanpak

Bovenstaande indicatoren zijn het uitgangspunt van waaruit in dit onderzoek naar de empirie gekeken is. Deze indicatoren zijn voor twee zaken gebruikt: het opstellen van vragenlijsten en het analyseren van de empirie.

Vragenlijsten

In de eerste plaats hebben de indicatoren gediend als leidraad bij het opstellen van vragen bij interviews (zie volgende paragraaf). Aan de hand van bovenstaande schema's zijn over de verschillende indicatoren vragen opgesteld met als doel te achterhalen in hoeverre de indicator terug te zien was in de empirie.

Analyse

De indicatoren zijn ten tweede voor de analyse gebruikt. Dat wil zeggen, bij het bestuderen van de empirische data zijn de indicatoren gebruikt om (bijvoorbeeld bij observaties of het bestuderen van documenten) gericht te kijken naar de verschillende kenmerken van het veranderproces. Zo kon de theorie getest worden aan de empirische data van het veranderproces.

4.3. Fasen van onderzoek

Met de wetenschapsfilosofische uitgangspositie, methode van onderzoek en indicatoren bekend zal nu worden gekeken naar hoe het onderzoek is verricht. Deze paragraaf beschrijft de verschillende fasen op basis waarvan dit onderzoek is ingericht. Bij elk van deze fasen zal worden toegelicht welke onderzoeksmethoden zijn ingezet en op welke manier dit gebeurd is.

Triangulatie

Vooraf een paar korte opmerkingen over de dataverzameling. Er is niet gekozen voor één manier van dataverzameling, maar verschillende manieren van dataverzameling: interviews, observaties en documentanalyse. Ook is er een enquête gebruikt. De reden dat dit kwantitatieve middel is ingezet wordt later benoemd. Dit betekent dat er meerdere vormen van dataverzameling zijn ingezet bij de bijbehorende fasen. Deze benadering wordt ook wel

triangulatie genoemd (Van Thiel, 2007). De reden hiervoor is tweeledig. In de eerste plaats omdat op deze manier meer data kan worden verzameld dan met slechts een methode, waardoor het onderzoek kwalitatief beter kan worden. In de tweede plaats omdat het onderzoek hierdoor betrouwbaarder wordt: door vanuit meerdere invalshoeken de empirie te benaderen is er meer controle van de data en dus ook meer ruimte om de data kritisch te kunnen beschouwen.

4.3.1. Explorerende fase

De explorerende fase is de fase waar verkennend onderzoek is gedaan. Dat wil zeggen: om een zo breed mogelijk begrip te krijgen van de casus is zoveel mogelijke beschikbare informatie bekeken. Dit schetste een kader waarbinnen vervolgens dieper (in de dataverzameling fase) naar specifieke aspecten van de casus kon worden gekeken. Tijdens de explorerende fase zijn vooral documenten bekeken die betrekking hebben op V&V.

Documentanalyse

Een manier van dataverzameling die hier voor gebruikt is, is documentanalyse. Documentanalyse draait om het bekijken, beschrijven en of interpreteren van documenten. Documentanalyse kan twee functies hebben: 'neerslag van gedrag' of de communicatie functie (Van Thiel, 2007). Onder neerslag van gedrag wordt verstaan dat documenten meningen, afspraken of verslagen weer kunnen geven, die vervolgens gebruikt kunnen worden voor de resultaten van het onderzoek. Ook kunnen documenten een communicatieve functie hebben. Dit wil zeggen: ze kunnen als geheel een boodschap overdragen die als resultaat gebruikt kan worden. Bij documenten valt te denken aan verslagen, rapporten maar ook bijvoorbeeld presentaties. Dergelijke documenten kunnen worden geanalyseerd door middel van inhoudsanalyse (Van Thiel, 2007). Dit wil zeggen: het vaststellen van bepaalde feiten uit het document, of het reconstrueren van gebruikte argumentatie in het document. Beide vormen van inhoudsanalyse kunnen bepaalde resultaten opleveren die meer inzicht geven in de casus. Vervolgens kunnen aan deze resultaten een kwalificatie worden gegeven. Dit kan kwantitatief zijn (door middel van 'score': hoe vaak wordt een bepaald woord bijvoorbeeld genoemd) maar ook kwalitatief (waarom en op welke manier worden bepaalde zaken benoemd in het document).

Documentselectie

Vanwege de relatief jonge leeftijd van het veranderproces Verwonder & Verbeter zijn er weinig documenten aanwezig over V&V. Toch heeft de stafdienst van de divisie interne geneeskunde enkele documenten gearchiveerd over V&V. Deze documenten zijn verkregen via de stafdienst en zijn eveneens als secundaire bron gebruikt ter ondersteuning bij de analyse. Van de volgende documenten is gebruik gemaakt:

Documenten

- **Abstract Verwonder & Verbeter ISQUA Edinburgh** (Schneider, Van Rensen, Boselie, Noordegraaf)
- **Lijst verwonderpunten status 2013** (Monique Timmerman)
- **Samenvatting Verwonder & Verbeter oktober 2013** (Monique Timmerman)
- **Presentatie Verwonder & Verbeter** (Margriet Schneider)
- **E-mail uitnodiging V&V sessie april 2013** (Els Pieper)

De indicatoren zijn gebruikt als centrale aandachtspunten waar vanuit naar de verschillende documenten is gekeken. Dit leverde een eerste indruk op van de casus voor de onderzoeker.

4.3.2. Dataverzameling fase

De dataverzameling fase is de fase waar het belangrijkste empirische onderzoek is uitgevoerd. Het veranderproces V&V kon naast met documenten (zie explorerende fase) op twee kwalitatieve manieren worden onderzocht: door te praten met betrokkenen (interviews) en door het veranderproces te observeren (observaties). Om zo veel mogelijk data van het veranderproces te verzamelen zijn beide onderzoeksmethoden ingezet. Deze zullen hieronder worden besproken.

Interviews

Type interviews

Om de empirische data te verzamelen zijn in dit onderzoek interviews afgenomen met professionals betrokken bij het veranderproces Verwonder & Verbeter. Interviews kunnen op verschillende manieren worden vormgegeven. Een bekende splitsing is: ongestructureerd, gestructureerd of semigestructureerd (van Thiel, 2007). Ongestructureerde interviews zijn vrijwel volledig open en worden geleid door de input van de respondent. Dit heeft als voordeel dat de onderzoeker de respondent niet te veel stuurt, maar als nadeel dat het moeilijker is de vragen te stellen die voor de onderzoeker belangrijk zijn. Het gestructureerde interview is het volledig tegenovergestelde van het ongestructureerde interview: de respondent heeft vrijwel geen ruimte en de onderzoeker legt een lijst met vragen voor aan de respondent. Het voordeel is dat de onderzoeker de respondent kan sturen naar de onderwerpen die relevant zijn voor het onderzoek, maar het nadeel is dat er erg weinig ruimte is voor de respondent zelf. Tot slot zijn er semigestructureerde interviews: een combinatie van de vorige twee types. De onderzoeker stuurt het interview naar de gewenste vragen, maar laat ruimte over voor de respondent om uit te wijden over zaken die hij of zij belangrijk vindt.

Gekozen type

In dit onderzoek zijn de interviews semigestructureerd vormgegeven. De reden hiervoor is dat dit type interview in lijn lijkt te liggen met dit type onderzoek. Zoveel mogelijk input van de respondent over de redenen die onder bepaalde antwoorden liggen is belangrijk om begrip te krijgen in het gedrag en de denkwijzen van professionals. Op deze manier kon een bepaalde sturing behouden blijven (de respondent gaf antwoord op de vragen die de onderzoeker graag wil weten) maar was er ook ruimte voor de respondent om uit te wijden over zaken.

Inrichting interviews

Per respondent is een interview gehouden van ongeveer 30 minuten. Soms kon dit iets langer, maar vaak waren de respondenten zo druk dat het verassend was dat het interview überhaupt gepland kon worden. Geregeld werden interviews onderbroken door piepers, telefoontjes of patiënt technische redenen. Met de sleutelpersonen zijn interviews afgenomen van ongeveer 60 minuten. De eerder beschreven indicatoren zijn leidend geweest bij het opstellen van een vragenlijst voor de respondenten (zie bijlage 9.1). Grofweg had ieder interview eenzelfde vormgeving die werd toegepast. Hierin is geprobeerd de elementen uit het theoretisch kader (de indicatoren) zo goed mogelijk terug te brengen. Deze is aan het begin van de volgende pagina te zien.

1	2	3	4	5	6
Introductie	Inhoud	Type	Competenties & professionele culturen	Beïnvloedende factoren	Afsluiting
Kennismaking Formaliteiten	veranderproces Vragen over het soort inhoud	veranderproces Vragen over het soort type	Vragen over competenties en culturen	Vragen over factoren die al dan niet van invloed waren	Dank & vervolg

Hierbij is niet per definitie iedere vraag van de vragenlijst bij ieder interview gesteld. Op sommige momenten waren vragen niet relevant voor de specifieke respondent. Dit kwam bijvoorbeeld voor bij vragen over de uitvoering van verwonderpunten van Verwonder & Verbeter: sommige respondenten hadden hier nog niet eerder te maken mee gehad. Op dergelijke momenten zijn zulke vragen niet gesteld. Hierbij is het belangrijk om op te merken dat de vragen zo min mogelijk sturend zijn ingericht. Ter illustratie: “is het leiderschap enthousiasmerend?” maar juist “hoe zou u het leiderschap omschrijven”? Op deze manier is geprobeerd zo min mogelijk de onderzoeksresultaten te beïnvloeden door de respondenten een bepaalde richting uit te sturen.

Verslaglegging

Alle interviews in dit onderzoek zijn (met goedkeuring van de respondenten) met behulp van opnameapparatuur vastgelegd. Deze vastlegging heeft twee redenen. In de eerste plaats kan het geluidsfragment gebruikt worden om het interview achteraf te transcriberen (volledig uit te typen). Het voordeel van transcriberen is dat er een volledig beeld ontstaat van het interview dat gemakkelijk gedeeld kan worden met de lezer van dit onderzoek (Van Thiel, 2007). Hoewel dit tijdsintensief is, garandeert het een bepaalde mate van betrouwbaarheid: er is minder ruimte voor interpretatiefouten. De tweede reden dat er geluidsapparatuur gebruikt wordt is zodat er zekerheid is dat er geen fouten worden gemaakt in de notatie van antwoorden van respondenten. Dit doet recht aan de input van respondenten, maar garandeert wederom ook betrouwbaarheid van het onderzoek. De interviews zijn afgenomen in samenwerking met een andere onderzoeker die onderzoek deed naar een verwant onderwerp binnen dezelfde casus. Om de respondenten niet twee keer te interviewen is er voor gekozen deze interviews te integreren. Hierdoor zijn soms vragen gesteld in de interviews die niet direct van toepassing waren op dit onderzoek. Daarnaast is het maken van de transcripten verdeeld tussen beide onderzoekers, waardoor verschillen in notatiestijlen zichtbaar kunnen zijn in de transcripten. Tot slot een korte opmerking over het gebruik van quotes uit transcripten. Doordat alle interviews letterlijk zijn getranscribeerd lijken zinnen (quotes) soms geen goede taal of bevatten deze fouten. Dit klopt ook, omdat ze letterlijk als spreektaal zijn overgenomen. Voor fouten in de taal is omwille van betrouwbaarheid niet gecorrigeerd, de quotes zouden in sommige gevallen anders net subtiel anders kunnen worden dan dat ze in werkelijkheid waren. Slechts in enkele gevallen is dit wel gedaan. In bijlage 9.2 zijn alle transcripten terug te lezen.

Respondentselectie

Zoals in hoofdstuk 1 beschreven, zijn in dit onderzoek voornamelijk AIOS uit het UMCU benaderd als respondenten. AIOS (artsen in opleiding tot medisch specialist) zijn artsen die een opleiding volgen van zes jaar tot een specifieke medische expertise. In dit onderzoek zijn AIOS benaderd die betrokken zijn geweest bij het veranderproces Verwonder & Verbeter. Dit waren allen AIOS werkzaam op de afdeling interne geneeskunde. De reden van deze selectie is vooral pragmatisch. Verwonder & Verbeter bestaat *alleen* op de divisie interne geneeskunde en is *uitsluitend* gericht op AIOS (en bijvoorbeeld niet op ondersteunend

personeel, verpleging of senior artsen). Dit beperkt de mogelijkheid om anderen te spreken over Verwonder & Verbeter, waardoor er een pragmatische selectie bestaat. De term AIOS kan echter ietwat misleidend overkomen: dit zijn artsen die al jaren werkzaam zijn in de gezondheidszorg, vaak al lange tijd in ziekenhuizen hebben gewerkt en ongeveer tussen de 30 en 40 jaar oud zijn. Zij zijn dus al sterk onderworpen geweest aan het eerder beschreven socialisatieproces.

Met behulp van de stafafdeling van de divisie interne geneeskunde zijn alle AIOS die nog werkzaam zijn bij het UMCU en in het verleden betrokken zijn geweest bij Verwonder & Verbeter uitgenodigd voor een interview. Het was niet makkelijk om respondenten te werven voor dit onderzoek: de respondenten waren zeer druk, moeilijk bereikbaar en moesten geregeld het interview afzeggen of verzetten. Uiteindelijk heeft dit geleid tot 14 interviews, zichtbaar in het onderstaande schema (namen zijn hieronder geanonimiseerd, transcripten met namen zijn niet beschikbaar in de openbare versie). Verder zijn twee personen geïnterviewd die getypeerd kunnen worden als zogenaamde sleutelpersonen. Sleutelpersonen zijn personen die geen onderdeel zijn van het project (zoals de AIOS) maar wel op een andere manier betrokken zijn bij het project (Van Thiel, 2007). In dit geval gaat dit om het management en de ondersteuning betrokken bij Verwonder & Verbeter.

Respondenten	
Primaire respondenten	Sleutelpersonen
Respondent A (23-04-'13)	<i>Margriet Schneider</i> : Respondent M (04-06-'13). Bestuursvoorzitter divisie interne geneeskunde, verantwoordelijk voor en bedenker van Verwonder & Verbeter.
Respondent B (23-04-'13)	
Respondent C (29-04-'13)	
Respondent D (29-04-'13)	
Respondent E (01-05-'13)	
Respondent F (02-05-'13)	<i>Monique Timmerman</i> : Respondent K (14-05-'13). Stafmedewerker afdeling interne geneeskunde, verantwoordelijk voor de organisatie/ondersteuning van Verwonder & Verbeter.
Respondent G (02-05-'13)	
Respondent H (14-05-'13)	
Respondent I (14-05-'13)	
Respondent J (14-05-'13)	
Respondent L (30-05-'13)	
Respondent N (30-05-'13)	

Observaties

Een volgende manier van dataverzameling die in dit onderzoek gebruikt is, is het gebruik van observaties. Observeren is een manier van dataverzameling waarbij de onderzoeker een bepaalde actie, bijeenkomst of gedrag als buitenstaander vastlegt en/of interpreteert.

Observaties kunnen net als interviews ongestructureerd, gestructureerd of semigestructureerd worden vormgegeven (Van Thiel, 2007). Bij ongestructureerde observaties houdt de onderzoeker een volledig open blik en worden interessante, opvallende of relevante zaken meegenomen als resultaten. Bij gestructureerde observaties wordt van tevoren volledig vastgesteld waar naar welke zaken uitsluitend gekeken zal worden. Bij semigestructureerde observaties wordt een combinatie gemaakt: er worden van tevoren onderwerpen waar naar gekeken zal worden vastgesteld, maar de onderzoeker behoudt ruimte om ook niet vastgestelde onderwerpen te bekijken. Deze laatste vorm is, net als bij de interviews, gebruikt in dit onderzoek. De reden hiervoor is dat het belangrijk is te concentreren op vooraf bepaalde theorie, omdat deze dan getoetst kan worden. Tegelijkertijd is theorie nooit uitputtend en kan het voorkomen dat er andere zaken naar

voren komen in de observatie die toch relevant kunnen zijn voor het onderzoek, waarvoor ruimte behouden moet worden.

Tot slot kan een scheiding worden gemaakt in de rol die de onderzoeker op zich neemt tijdens de observaties. Dit kan participierend of observerend zijn. Participerende observaties zijn observaties waar de onderzoeker zelf bijvoorbeeld mee werkt in de observatie, waardoor een goed beeld gevormd kan worden van hoe een werkdag er bijvoorbeeld uit ziet. Observerende observaties zijn observaties waar de onderzoeker slechts toekijkt en zelf geen rol heeft. In dit onderzoek is van beide vormen gebruikt gemaakt. De eerste vorm vooral om een beeld te krijgen van de divisie van het UMCU (meelopen) en de tweede vorm vooral om de Verwonder & Verbeter sessies te observeren (het veranderproces zelf).

Observatieselectie

De selectie voor observaties is, net als de respondentenselectie, vooral pragmatisch gemaakt. Op een aantal momenten zijn er mogelijkheden geweest tot observatie waar in dit onderzoek gebruik van is gemaakt. Dit is vooral ondersteunend aan de interviews en geen primaire bron van dataverzameling. De volgende observaties hebben plaatsgevonden:

Observatiemomenten

- **Bijeenkomst V&V (04-04-'13).** Een bijeenkomst van het veranderproces waarin de werking van het veranderproces is geobserveerd.
- **Observatie op de divisie (09-04-'13).** Er is een ochtend lang meegelopen met een AIOS op de interne geneeskunde om een indruk te krijgen van de dagelijkse gang van zaken en hoe de dag van een AIOS er uit ziet.
- **Presentatie en workshop V&V bij Platform Medisch Leiderschap (07-03-'13).** Een presentatie en workshop over de werking van V&V bij het Platform Medisch Leiderschap.

Tot slot is er een sessie geobserveerd waar een andere divisie (chirurgie) binnen het UMCU voor het eerst met hetzelfde veranderproces aan de slag ging. Dit week echter op allerlei punten dermate af van het daadwerkelijke veranderproces dat het niet ingezet kon worden als betrouwbaar middel voor dataverzameling. In hoofdstuk 7 ('conclusies & aanbevelingen') worden hier echter wel nog een paar opmerkingen over gemaakt.

Fieldnotes

Er zijn altijd bepaalde omstandigheden die sfeer en een observatie of interview kunnen typeren (Boeije, 't Hart & Hox, 2005). Fieldnotes zijn dus notities die de onderzoeker maakt tijdens een observatie of tijdens een interview. Dergelijke notities kunnen over allerlei zaken gaan. Zo kunnen fieldnotes gaan over de betrouwbaarheid van een observatie/interview: was de respondent bijvoorbeeld op zijn gemak, waren er factoren waardoor de respondent zich wellicht geremd voelde. Fieldnotes kunnen echter ook beschrijvingen zijn van opmerkelijke of typerende zaken, zoals hoe mensen zich gedroegen of welke specifieke gebeurtenissen belangrijk waren. Fieldnotes hebben daarmee twee mogelijke doelen. Enerzijds een test van betrouwbaarheid en anderzijds een mogelijkheid om opmerkelijke, interessante of typerende zaken te noteren die bij de observatie of het interview horen. Deze kunnen gebruikt worden in de analyse. Op sommige momenten kunnen dit ook quotes zijn die tijdens de observatie zijn opgevangen. Deze zijn zo goed mogelijk opgeschreven wanneer deze tijdens observaties relevant waren. In bijlage 9.3 zijn alle fieldnotes van de observaties terug te lezen.

Enquête

Een laatste manier van dataverzameling die in dit onderzoek gebruikt is, is het gebruik van een enquête. Hoewel dit geen kwalitatief onderzoeksmiddel is, dient het een specifiek secundair doel. Er is een vragenlijst uitgestuurd naar AIOS die *niet* aanwezig zijn geweest bij het veranderproces. Dit met als doel te achterhalen of er interessante aanknopingspunten waren waaruit bleek dat zij om anders dan praktische redenen (bijvoorbeeld klinisch werk dat voor ging) niet deelnamen. De enquête is uitgestuurd naar 40 AIOS en had een respons van 9. In bijlage 9.4 zijn de vragen en resultaten van deze vragenlijst terug te lezen.

4.3.3. Analyse fase

De analyse fase staat in het kader van het analyseren van de vergaarde data uit vooral de dataverzameling fase, maar ook de explorerende fase. In deze fase is de vergaarde data bekeken vanuit het theoretisch kader (en de bijbehorende indicatoren). De resultaten hiervan zijn samen met de analyse beschreven in hoofdstuk 5 en 6. De analyse van de data is op twee manieren vormgegeven.

Analyse van geobserveerde data

Geobserveerde data is voortgekomen uit de explorerende fase en uit de dataverzameling fase. In de explorerende fase zijn dit vooral de bekeken documenten en in de dataverzameling fase zijn dit met name de observaties. Deze data is door de onderzoeker vergaard en geanalyseerd. Hier zijn verder geen respondenten aan te pas gekomen.

Analyse van de input van respondenten

De tweede manier van analyse is het analyseren van de input van respondenten uit de interviews. Deze data is tijdens de dataverzameling fase verzameld en is vervolgens door de onderzoeker geanalyseerd aan de hand van de uitgetypte transcripten.

4.4. Criteria van onderzoek

Deze laatste paragraaf beschrijft twee centrale criteria die bepalend zijn voor goed onderzoek: betrouwbaarheid en validiteit. Betrouwbaarheid en validiteit zijn misschien wel twee van de meest essentiële voorwaarden van wetenschappelijk onderzoek. Los van de inherente waarde van betrouwbaar onderzoek voor de wetenschap (namelijk dat het onderzoek inderdaad 'klopt') worden wetenschappelijke onderzoeken door mensen niet zo snel in twijfel getrokken. Dit geeft wetenschappers een morele plicht ten opzichte van zichzelf, de wetenschap en de maatschappij om een zo betrouwbaar mogelijk onderzoek op te zetten. Dit gebeurt niet altijd.¹⁷ In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan de borging van betrouwbaarheid en validiteit in dit onderzoek.

4.4.1. Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid heeft te maken met de nauwkeurigheid en de consistentie van het onderzoeksresultaat. Het draait onder meer om dat wanneer het onderzoek herhaald zou worden, dezelfde resultaten naar voren zouden komen. Kortom: het brengt in kaart of de onderzoeker op een zorgvuldige manier te werk is gegaan. Van Thiel (2007) stelt dat betrouwbaarheid bepaald kan worden aan de hand van twee criteria: de nauwkeurigheid en de consistentie van het onderzoek. Deze twee zaken zullen hieronder worden bekeken voor dit onderzoek.

¹⁷ NRC (2013, 27 april). 'Het moest wel exploderen. Diederik Stapel praat met The New York Times' (29 april 2013).

Nauwkeurigheid

Allereerst nauwkeurigheid. Betrouwbaar onderzoek is, volgens Boeije, 't Hart & Hox (2005), onderzoek dat op een goede en logische manier antwoord geeft op de gegeven vraag- en probleemstelling (Boeije, 't Hart & Hox, 2005). Dit betekent dat het beantwoorden van de gegeven vraag- en probleemstelling op een nauwkeurige manier moet gebeuren. Dit betekent dat verbanden, conclusies maar ook onderbouwing en argumentatie op een logisch begrijpelijke en aannemelijke manier moet worden vormgegeven. Maar ook draait het om het toepassen van nauwkeurigheid elders in het onderzoek (Van Thiel, 2007). Om dit te waarborgen is in dit onderzoek zo stapsgewijs mogelijk toegewerkt naar beantwoording van de deelvragen, zodat dit navolgbaar is voor de lezer. Eveneens zijn om deze reden de gemaakte interpretaties in dit onderzoek zo goed mogelijk onderbouwd. Tot slot is getracht om (verwijzingen naar) data en literatuur zo inzichtelijk mogelijk te maken. Om deze reden zijn bijvoorbeeld de interviews volledig getranscribeerd, waardoor opmerkingen van respondenten volledig navolgbaar zijn. Verder is getracht om zo min mogelijk fouten te maken in dit onderzoek. Dit beschrijft Yin als het minimaliseren van fouten en vooronderstellingen (Yin, 2009). Om vooronderstellingen en fouten te voorkomen is geprobeerd om keuzes die in dit onderzoek zijn gemaakt zo goed mogelijk te verantwoorden. Daarnaast is geprobeerd zo ver mogelijk terug te gaan naar de essentie van vooronderstellingen om argumentatie zo onderbouwd mogelijk te maken. Dit komt bijvoorbeeld terug in het theoretisch kader, maar ook in de verantwoording van de hoofd- en deelvragen.

Consistentie

Het tweede aspect wat van belang is, is consistentie. Dit wordt ook wel herhaalbaarheid genoemd (Van Thiel, 2007). Herhaalbaarheid betekent grofweg dat een andere onderzoeker die op dezelfde manier onderzoek zou doen tot dezelfde conclusies zou moeten komen. Hierbij moet worden opgemerkt dat daar waar interpretaties worden gemaakt (bijvoorbeeld bij interviews) resultaten soms ook afhangen van de interpretatie van de onderzoeker. Hierbij is echter belangrijk dat verantwoord wordt waarom de onderzoeker een bepaalde interpretatie maakt, waardoor de betrouwbaarheid als nog gewaarborgd wordt. Er is in dit onderzoek geregeld contact geweest met een collega onderzoeker die onderzoek deed naar een verwant onderwerp bij hetzelfde veranderproces. Door informatie te bespreken en kritisch te kijken naar elkaars onderzoek en stukken is peer-controle uitgevoerd. Zo zijn stukken gecontroleerd en waar nodig versterkt op basis van feedback. Ook is ditzelfde gedaan met de begeleider van dit onderzoek.

4.4.2. Validiteit

Validiteit gaat over de vraag of er in een onderzoek ook daadwerkelijk gemeten wordt wat er gezegd wordt dat er gemeten wordt. Dit criterium is belangrijk omdat een onderzoek betrouwbaar zou kunnen zijn, maar alsnog geen antwoord zou kunnen geven op wat er gemeten wordt. Ter illustratie: als mensen gevraagd wordt of zij wel eens iets stelen, zullen velen dit vermoedelijk ontkennen. Het onderzoek kan betrouwbaar zijn, maar alsnog niet leiden tot valide resultaten. Waarborging van validiteit wordt hieronder besproken, aan de hand van interne en externe validiteit (Van Thiel, 2007).

Interne validiteit

Bij interne validiteit wordt gekeken naar in welke mate in het onderzoek zelf gemeten is wat er gemeten zou moeten worden. Hierbij is het belangrijk dat de theorie duidelijk is afgebakend en op een heldere manier is geoperationaliseerd (door middel van de

indicatoren). Wanneer theorie namelijk niet helder is afgebakend of geoperationaliseerd wordt het onduidelijker of ook daadwerkelijk de juiste dingen gemeten worden. Ook is het belangrijk dat bij de beantwoording van deelvragen ook daadwerkelijk naar hetgeen gekeken is dat gemeten moest worden. Interne validiteit draait ook om het tegengaan van zogenaamde storingsbronnen (Van Thiel, 2007). Respondenten zijn bijvoorbeeld zelf onderdeel van het veranderproces en kunnen bijvoorbeeld sociaal wenselijke antwoorden geven of informatie verhullen/achterhouden (zie ook bovenstaande voorbeeld) (Van Thiel, 2007). Dit kan de meting vertroebelen, waardoor resultaten minder valide kunnen worden. Ook kan de onderzoeker zelf bijvoorbeeld bepaalde verwachtingen hebben of een zogenaamde 'bias' hebben ten opzichte van het onderzoek. Het bewustzijn van dit risico is belangrijk, evenals manieren om dit te voorkomen (bijvoorbeeld vragen toetsen op hoe open/niet-sturend deze zijn). Verder kan onderzoek te maken krijgen met een veranderende onderzoekseenheid. Dat wil zeggen: een veranderproces kan bijvoorbeeld veranderen gedurende het onderzoek. In dit onderzoek is dit niet het geval geweest. Toch is er bijna altijd een mate van sturing aanwezig, dit is geprobeerd zo sterk mogelijk tegen te gaan. Triangulatie is bijvoorbeeld een middel om deze storingsbronnen tegen te gaan: vanuit verschillende methodes wordt de empirie bekeken, waardoor er meer controle is.

Er zijn nog twee maatregelen geweest om interne validiteit verder te waarborgen. Er is op regelmatige basis contact geweest met de organisatie (het UMCU) waar het onderzoek is uitgevoerd. Verschillende stafmedewerkers hebben naar het verloop van het onderzoek en de stukken gekeken. Hierdoor is een tweede mate van controle toegevoegd. Ten tweede zijn er regelmatig bijeenkomsten geweest op de Universiteit Utrecht waar in groepsverband en met de begeleider van dit onderzoek de stukken van het onderzoek zijn besproken. Enerzijds was dit ter controle (wordt het onderzoek valide uitgevoerd), anderzijds ter versterking (waar kan het onderzoek nog worden versterkt).

Externe validiteit

Over externe validiteit wordt over het algemeen gezegd dat een onderzoek extern valide is wanneer de resultaten kunnen worden gegeneraliseerd naar vergelijkbare onderzoeksobjecten (Yin, 2009). Kwalitatief casuïstisch onderzoek zegt echter iets over de specifieke casus en niet per se over andere casussen. Dit betekent dat de onderzoeksresultaten niet direct gegeneraliseerd kunnen worden naar vergelijkbare onderzoeksobjecten. Dat betekent echter niet dat dit onderzoek niet extern valide is. Resultaten uit dit onderzoek kunnen namelijk gebruikt worden om naar vergelijkbare casussen te kijken, waardoor een mate van generaliseerbaarheid wel degelijk mogelijk is. Aspecten van het onderzoek of de casus kunnen wel degelijk van toepassing zijn op andere onderzoeksobjecten, maar verschillen mogelijk in meer of mindere mate.

5. Competentieversterking in het UMCU

Casus: 'Managers blokkeren zelf veranderprocessen'

Van de veranderprocessen in de zorg mislukt zo ongeveer 75 procent.¹⁸ Gegeven de omvang van de zorgsector in Nederland zijn dat op jaarbasis nogal wat veranderprocessen die onsuccesvol verlopen. Onderzoeker Arend Ardon, zie ook het theoretisch kader, promoveerde op dit onderwerp en stelde: managers blokkeren onbewust veranderprocessen.¹⁹

Ardon luisterde en analyseerde drie jaar lang gesprekken in directiekamers, managementoverleggen en teamvergaderingen bij diverse bedrijven en stelde: "op het eerste oog ziet het er binnen de muren van de directie- en managementkamers heel logisch uit, maar als je verder kijkt zie je veel defensief gedrag om pijnlijke situaties te voorkomen: dingen weglachen, dingen relativeren onder het mom van 'laten we het niet erger maken dan het is.'"

Defensief gedrag, volgens Ardon, omvat bijvoorbeeld situaties waarin managers 'met een dichtgetimmerd plan uit de directiekamer komen.' Dit is geen managementgedrag, maar menselijk gedrag. Als een situatie bedreigend wordt, stelt Ardon, gaan mensen over op de automatische piloot om vooral 'in control' te kunnen blijven. Dit komt omdat er een inconsistentie is tussen wat managers willen en wat managers doen. Dat de intentie doorgaans goed is doet daar niets aan af.

Deze casus is wederom een illustratie van veranderprocessen die niet het gewenste resultaat bereiken omdat er een mis-match is van de vereiste en de toegepaste managementstijl. In lijn met het theoretisch kader laat deze casus zien hoe belangrijk het is dat managers open staan en verkennend leiderschap toepassen om de juiste hoeveelheid draagvlak en inspraak te bewerkstelligen die essentieel is voor de uitvoering van een veranderproces.

In dit en het volgende hoofdstuk worden de resultaten van dit onderzoek beschreven. Daarnaast worden deze resultaten direct geanalyseerd. Dit is een bewuste keuze: een artificiële scheiding tussen een resultaten- en analysehoofdstuk maakt een directe analytische beschrijving van de resultaten minder gemakkelijk. Dit hoofdstuk draait om competentieversterking in het UMCU en bestaat uit drie onderdelen. Ten eerste de omgeving: de (formele) organisatie (het UMCU) en de divisie die in deze casus centraal staan en de manier waarop deze georganiseerd zijn. Vervolgens de competentieversterking die in het UMCU plaatsvindt aan de hand van het veranderproces (de casus). Hierna de professionele culturen die bij de organisatie en de divisie horen. Tot slot worden enkele conclusies getrokken. Gezamenlijk geeft dit antwoord op de empirische deelvraag "Wat is het veranderproces 'Verwonder & Verbeter'?" In het volgende hoofdstuk zal dit vervolgens worden gekoppeld aan hoe professionals V&V ervaren, hoe het veranderproces is vormgegeven en op welke manier het veranderproces aansluit bij professionele culturen.

5.1. De omgeving

Deze paragraaf beschrijft de omgeving van de casus. In deze casus is dat het UMCU en specifiek: de divisie interne geneeskunde. Ten eerste wordt de organisatie (het UMCU)

¹⁸ Zorgvisie (2008, 21 juli). 'Driekwart veranderprocessen in zorg mislukt' (17 mei 2013).

¹⁹ ControllersMagazine (2011, 23 maart). 'Managers blokkeren onbewust veranderprocessen' (17 mei 2013).

beschreven. Dit wordt gedaan aan de hand van formele gegevens bekend over het UMCU. Dit wordt gevolgd door de divisie interne geneeskunde, die eveneens bekeken zal worden aan de hand van bekende gegevens.

5.1.1. Het UMCU

Geschiedenis

Het Universitair Medisch Centrum Utrecht is één van de grootste zorginstellingen van Nederland. Het UMCU bestaat uit het AZU (Academisch Ziekenhuis Utrecht: volwassenenziekenhuis), het WKZ (Wilhelmina Kinderziekenhuis: kinderziekenhuis), het CMH (Centraal Militair Hospitaal: militair ziekenhuis) en de faculteit geneeskunde van de Universiteit Utrecht. Het AZU werd in 1872 geopend en was het eerste academische ziekenhuis van Nederland. In 1999 werden de eerdergenoemde onderdelen samengevoegd tot één organisatie. Vanaf 2000 ontstond in plaats van deze losse onderdelen, het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU).²⁰

Missie & strategie

De missie, die het UMCU als organisatie heeft geformuleerd luidt als volgt: *“Het UMC Utrecht is een internationaal toonaangevend universitair medisch centrum waarin kennis over gezondheid, ziekte en zorg, voor patiënt en samenleving wordt gemaakt, getoetst, gedeeld en toegepast.”* Het UMCU heeft een aantal kernactiviteiten: 1) het bieden van zorg waar bijzondere kennis en expertise voor nodig is, 2) het verrichten van toonaangevend wetenschappelijk onderzoek en 3) het bieden van uitstekend onderwijs en opleiding aan studenten, artsen, onderzoekers en andere zorgverleners. De kernwaarden die het UMCU als organisatie heeft benoemd zijn ‘wij zijn betrokken en gedreven,’ ‘wij vernieuwen en zijn nooit uitgeleerd’ en ‘wij werken samen en nemen verantwoordelijkheid’.²¹

Als strategisch plan voor de jaren 2010 tot en met 2015 heeft het UMCU ‘strategie 3.0’ opgezet. Dit is de derde strategienota in de geschiedenis van het UMCU. Elke strategienota beschrijft de belangrijkste aandachtspunten voor een bepaalde periode en benoemt enkele nieuwe speerpunten voor deze periode. De eerste strategienota (1999-2005) was getiteld ‘Vernieuwing als opdracht’ en richtte zich op de vorming van het UMCU. De tweede strategienota (2006-2010) was getiteld ‘Zorg voor kennis, kennis voor zorg’ en richtte zich op het versterken van de onderzoek- en onderwijsinfrastructuur, met als doel positionering als een internationaal toonaangevend kennisinstituut. Dit zijn drie centrale speerpunten: ‘Dynamische interactie tussen het UMC Utrecht, haar patiënten en de samenleving’, ‘Multidisciplinaire teams werken aan oplossingen voor grote klinische vragen’ en ‘Innovatie omzetten in verbetering voor mens en maatschappij.’ Dit is op twee manieren ingevuld. In de eerste plaats door de nadruk te leggen op vijf thema’s binnen de organisatie: ‘Kwaliteit & Veiligheid’, ‘Innovatie & Valorisatie’, ‘Branding & Relaties’, ‘Talent. Leiderschap & Waarden’ en ‘Operationele Effectiviteit.’ Daarnaast is de nadruk gelegd op zes klinische gebieden waarin voor meer innovatie en samenwerking met multidisciplinaire teams moet worden gezorgd. Deze gebieden zijn: 1) Brain, 2) Infection & Immunity, 3) Circulatory Health, 4) Personalized Cancer Care, 5) Regenerative Medicine and Stem Cells en 6) Child Health.

Organisatie

De organisatie van het UMCU is op vrij klassieke wijze ingericht. De organisatie staat onder de dagelijkse leiding van de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur staat op haar beurt onder toezicht van de Raad van Toezicht. Toezicht en inspraak wordt verder georganiseerd

²⁰ Website Universitair Medisch Centrum Utrecht (‘achtergrond’)

²¹ Website Universitair Medisch Centrum Utrecht (‘over’)

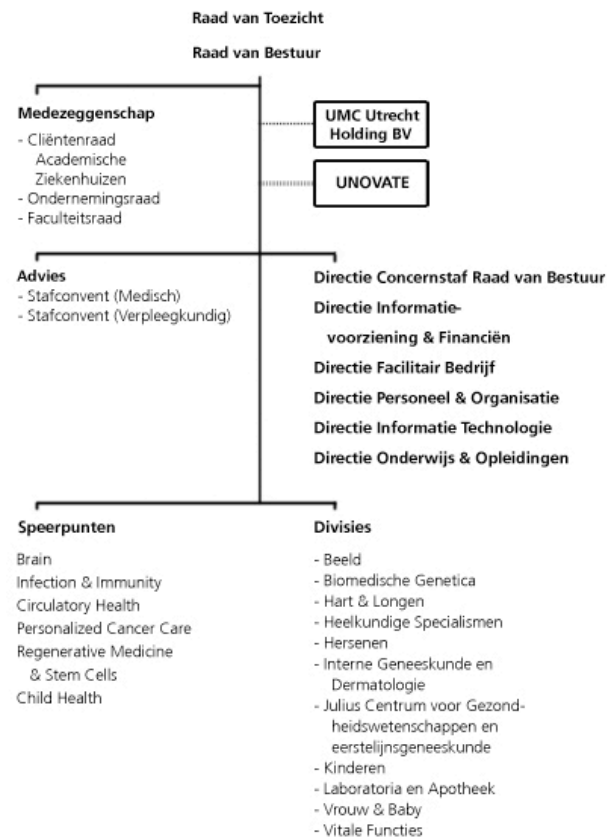
via medezeggenschap (waaronder de cliëntenraad, de ondernemingsraad en de faculteitsraad). Er zijn een aantal stafafdelingen die ondersteunend zijn aan de organisatie (zoals Financiën, Facilitair of Personeel & Organisatie). De 'lijn' van de organisatie is opgedeeld in een aantal verschillende divisies. Deze divisies (zoals interne geneeskunde, biomedische genetica of hart & longen) zijn onderling weer onderverdeeld in verschillende afdelingen voor subspecialismen. Elke divisie staat onder leiding van een divisieleiding die weer een leiding voor de afdelingen binnen de divisie aanstelt. De divisies opereren redelijk autonoom, hebben een eigen missie en visie, maar ook een eigen budget en staf. Zie ook rechts voor het officiële organogram van het UMCU.²²

Feiten & cijfers

Er zijn ongeveer 11.300 mensen werkzaam bij het UMCU. Het UMCU is daarmee de grootste werkgever in de provincie Utrecht. Het UMCU voert ongeveer 23.000 operaties uit per jaar. In 2011 waren er 192 promoties in het UMCU. Totaal hebben medewerkers van het UMCU meer dan 2400 (wetenschappelijke) artikelen gepubliceerd. Per dag komen er ongeveer tussen de 15.000 en 19.000 bezoekers in het UMCU. Het budget van het UMCU besloeg in 2011 bijna 1 miljard euro. In 2011 waren er 1042 bedden, meer dan 34.000 opnames en 111 sterfgevallen (1.93%).²³

Opvallende cijfers per jaar

41.500 operatie uren
340.000 polikliniek bezoeken
820.000 maaltijden
11.000 waterkranen
2053 infuuspompen



5.1.2. Divisie interne geneeskunde

Interne geneeskunde

Het veranderproces V&V is een veranderproces dat is ingesteld op de divisie interne geneeskunde van het UMCU. Interne geneeskunde (of: inwendige geneeskunde) is een specialisme in de geneeskunde dat zich bezighoudt met het voorkomen, diagnosticeren en behandelen van ziekten van inwendige organen. Dat kunnen ziekten zijn van algemene systemen (immunologie, stofwisseling, hematologie), ziektes aan organen (nier, lever, maag, darm) of aan orgaansystemen (schildklier, alveesklier). Artsen die zich hierin specialiseren worden ook wel internisten genoemd.²⁴ Het UMCU heeft een omvangrijke divisie die zich hierin heeft gespecialiseerd.

²² Website Universitair Medisch Centrum Utrecht ('organogram')

²³ Website Universitair Medisch Centrum Utrecht ('kerngetallen 2011')

²⁴ Website Universitair Medisch Centrum Utrecht ('divisies, interne geneeskunde')

Missie & visie

De missie van de divisie interne geneeskunde sluit aan bij de strategienota van het UMCU en de daarbij horende klinische zes speerpunten. De divisie is vertegenwoordigd bij de speerpuntenprogramma's van Infection & Immunity, Circulatory Health, Personalized Cancer Care en Regenerative Medicine and Stem Cells. De divisie stelt hierbij: *"We willen excelleren op zorg en onderzoek bij de patiëntengroepen uit deze speerpuntenprogramma's, we zullen deze patiënten actief gaan aantrekken."* Hier voegt de divisie aan toe dat natuurlijk ook andere patiënten welkom zijn, maar dat er specifieke nadruk ligt op deze speerpuntenprogramma's.²⁵

Organisatie

De divisie is opgebouwd uit een aantal verschillende afdelingen (zoals o.a. medische oncologie, hematologie) die allen onder leiding staan van de centrale divisieleiding (zie ook organogram rechts). Voorzitter van de divisieleiding is mw. prof. dr. Margriet Schneider. Margriet Schneider is tevens de bedenker en 'trekker' van Verwonder & Verbeter. Zij heeft op haar divisie het veranderproces geïntroduceerd en georganiseerd.²⁶

Feiten & Cijfers

De divisie bestaat uit 605 FTE aan medewerkers. De divisie interne geneeskunde heeft volgens de website van het UMCU 85 AIOS die er werkzaam zijn. Doordat een aantal AIOS onder de divisie vallen maar geen internisten zijn, hebben zo'n 60 AIOS mogelijk te maken (gekregen) met Verwonder & Verbeter. Naast de AIOS zijn er ongeveer 57 stafartsen en 265 verpleegkundigen. Er zijn jaarlijks ongeveer 4340 opnamen, 16 promoties en de divisie heeft een budget van meer dan 50 miljoen euro. Er is daar bovenop ongeveer 18.5 miljoen euro beschikbaar voor onderzoek. De divisie heeft per jaar bijna 29.000 eerste polikliniekbezoeken.²⁷

AIOS in het UMCU

Een AIOS (arts in opleiding tot medisch specialist) is een basisarts die in opleiding is in een medisch instituut voor een specifiek specialisme binnen de geneeskunde. Dit in tegenstelling tot artsen die dat niet zijn: ANIOS (arts niet in opleiding tot medisch specialist). De opleiding kan beginnen nadat een persoon de gehele studie geneeskunde heeft afgerond. Hoewel per specialisme de periode kan verschillen duurt de opleiding tot internist zes jaar. Delen daarvan brengen AIOS door in verschillende ziekenhuizen, zodat zij naast academische centra ook bijvoorbeeld perifere ziekenhuizen te zien krijgen. Dit betekent ook dat er elk jaar verloop is omdat er weer AIOS vertrekken uit het UMCU of juist binnenkomen. Tijdens hun opleiding staan de in hoofdstuk twee genoemde competenties centraal (de CanMEDS competenties). In het UMCU krijgen AIOS op de interne geneeskunde te maken met Margriet Schneider als opleider en voorzitter van de divisieleiding. De plaatsvervangend opleider is de heer Gerlof Valk.

<p>Divisieleiding</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prof. dr. M.M.E. Schneider, medisch manager, voorzitter • Prof. dr. E.E. Voest, manager onderzoek en onderwijs • Drs. E.I. de Wit, manager bedrijfsvoering • Drs. B. Fledderus, manager zorg <p>Cluster Interne Geneeskunde & Infectieziekten en Geriatrie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medisch afdelingshoofd I&I: prof.dr. I.M. Hoepelman • Medisch afdelingshoofd Geriatrie: dr. H.J.J. Verhaar • Clusterhoofd zorg: P. Immerzeel <p>Afdeling Medische Oncologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medisch afdelingshoofd: prof.dr. E.E. Voest • Medisch hoofd patiëntenzorg: dr. P.O. Witteveen • Clusterhoofd zorg: dhr. J. Heijstek <p>Afdeling Hematologie en Van Creveld Kliniek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medisch afdelingshoofd: prof. dr. H. Lokhorst • Clusterhoofd zorg: dhr. J. Heijstek <p>Cluster Maag-, Darm- en Leverziekten & Nefrologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medisch afdelingshoofd MDL: prof.dr. P.D. Siersema • Medisch afdelingshoofd Nefrologie: dr. W.H. Boer • Clusterhoofd zorg: mw. E. Bouwknegt <p>Cluster Dermatologie & Allergologie en Reumatologie & Klinische Immunologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medisch afdelingshoofd Dermatologie en Allergologie: prof.dr. C.A.F.M. Bruijnzeel-Koomen • Medisch afdelingshoofd Reumatologie en Klinische Immunologie: prof.dr. J.W.J. Bijlsma • Clusterhoofd zorg: mw. C. van Veelen <p>Centrum voor Thuisbeademing</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medisch afdelingshoofd: dr. M.J. Kampelmacher a.i. • Unithoofd: mw. E.E. Boer
--

²⁵ Website Universitair Medisch Centrum Utrecht ('divisies, interne geneeskunde')

²⁶ Website Universitair Medisch Centrum Utrecht ('divisies, interne geneeskunde, organisatiestructuur')

²⁷ Website Universitair Medisch Centrum Utrecht ('divisies, interne geneeskunde, jaarverslag en kerngetallen')

5.2. Competentieversterking

Deze paragraaf beschrijft de competentieversterking die wordt nagestreefd op de divisie interne geneeskunde. Daarmee wordt de achtergrond en context geschetst van de casus die in dit onderzoek centraal staat. Er wordt naar twee zaken gekeken: het soort competentieversterking dat wordt nagestreefd en het soort veranderproces waarmee dat gepaard gaat. Hiermee wordt in kaart gebracht over wat voor soort competentieversterking en soort veranderproces het in dit onderzoek gaat. Later (in hoofdstuk zes) wordt gekeken hoe dit ervaren wordt en op welke manier dit aansluit bij professionele culturen.

5.2.1. Soort competentieversterking

De divisie interne geneeskunde heeft zich ten doel gesteld om de competenties van haar professionals, in het bijzonder AIOS, te versterken. Dit blijkt uit de documenten die bekend zijn rondom het veranderproces hiervoor (Verwonder & Verbeter). Uit deze documenten blijkt dat het gaat om het versterken van drie verschillende competenties.

1. 'Competentie Leiderschap en Management'. *"Op afdelingsniveau in de eigen werkomgeving te komen tot procesoptimalisatie en verbetering van de kwaliteit van de zorg door instrumenten als learningbydoing en procesoptimalisatie. Bij de uitvoering is er participatie/ ondersteuning van andere disciplines"*²⁸.
2. 'Verandermanagement'. *"Leren hoe men daadwerkelijk van een plan naar een implementatie komt middels een gedegen plan van aanpak en het gebruik van beschikbare middelen en personen."*²⁹
3. 'Identificeren van de organisatorische 'drempels''. *"(...) de organisatorische drempels te identificeren waartegen men aanloopt binnen het veranderen van processen op de werkvloer. Dergelijke organisatorische informatie kan als kapstok dienen bij vergelijkbare veranderprojecten in de toekomst."*³⁰

Soort competenties

In het theoretisch kader is onderscheid gemaakt tussen vakinhoudelijke competenties en organiseercompetenties. Om organiseercompetenties te herkennen zijn in hoofdstuk vijf drie indicatoren genoemd: het zijn *vaardigheden*, *zwak ingebedde* competenties met een *fuzzy/tacit* karakter. Deze indicatoren worden hier bekeken om te bepalen om wat voor soort competenties het gaat. Dit is relevant omdat dit voor deze competentieversterking implicaties kan hebben op de aansluiting met professionele culturen.

Vaardigheden

Als we kijken naar de verschillende competenties die hierboven beschreven zijn (bijvoorbeeld verandermanagement, identificeren organisatorische drempels), wordt duidelijk dat het gaat om vaardigheden. Dit zijn onderwerpen die een bepaalde specifieke vaardigheid beslaan, zoals het leren zelf verandering door middel van verandermanagement te kunnen realiseren in de organisatie. Enerzijds gaat dit om kennis, namelijk hoe iemand organisatorische drempels kan identificeren. Maar belangrijker, het gaat ook om met deze kennis iets te kunnen *doen*, bijvoorbeeld veranderingen doorvoeren. Dit laatste demonstreert expliciet dat het gaat om vaardigheden. Ook de organisatie geeft dit aan. *"Hoe kan ik zelf mijn werkomgeving aanpassen en dat heeft weer raakvlakken met de competentie*

²⁸ Samenvatting Verwonder & Verbeter, DIGD, 2012

²⁹ Samenvatting Verwonder & Verbeter, DIGD, 2012

³⁰ Samenvatting Verwonder & Verbeter, DIGD, 2012

medische leiderschap en een stuk innovatie.” (Respondent K). Ook benoemt de organisatie dat precies die slag om met de kennis iets te kunnen doen van belang is. *“Waar zijn nu de drempels, tot waar kom ik als arts assistent makkelijk en waar ligt dan de grens. En hoe ga ik daar dan overheen. En als ik verder ga dan dat, wie heb ik daar dan voor nodig.”* (Respondent K). *“En ook dat eh, vaardigheden in micro-management en leiderschap rondom je patiënt heel handig zijn om je niet te schikken in ‘dit is nou eenmaal zo waardeloos geregeld omdat dat zo waardeloos geregeld is’, maar dat mensen ook realiseren dat ze zelf de ruimte hebben en de mogelijkheid om dingen beter te organiseren.”* (Respondent M). Niet alleen benoemt de organisatie dus expliciet dat het gaat om specifieke vaardigheden, ook lijkt uit de beschrijving en de kenmerken van de competenties dat het gaat om vaardigheden. Aan de eerste indicator van organiseercompetenties lijken deze competenties dus te voldoen.

Zwak ingebedde competenties

De tweede indicator was dat het bij organiseercompetenties om zwak ingebedde competenties gaat. Als er gekeken wordt naar deze indicator vallen een aantal zaken op. De divisie stelt dat deze competenties op dit moment nog onvoldoende aanwezig zijn bij professionals, of in elk geval dat deze versterkt kunnen worden. De organisatie heeft zich deze competentieversterking ten doel gesteld omdat *“(…) AIOS’sen onvoldoende voorbereid zijn op de taken van management en leiderschap in de bredere zin. Die ze na hun opleiding als ze lid worden van vakgroep of van een maatschap ten toon moeten kunnen spreiden.”* (Respondent M). Volgens de divisieleiding zijn AIOS hier op dit moment *“Te weinig bewust mee bezig.”* (Respondent M). Doordat AIOS hier te weinig mee bezig zijn, worden deze competenties ook niet automatisch ingebed. *“Dus, normaal gesproken kennen ze [AIOS] alleen de opleiding en kennen ze alleen de vier muren van hun werkkamer.”* (Respondent K). Tegelijkertijd geeft de divisieleiding aan dat het wel degelijk van belang is om deze competenties te versterken. *“Voor de patiënt, maar ook voor zichzelf.”* (Respondent M). De organisatie lijkt dus aan te geven dat deze competenties op dit moment nog niet op het gewenste niveau aanwezig zijn bij de AIOS. Professionals zelf geven dit ook aan. *“Ik denk dat het uh... een ondergeschoven kindje is. Wij zijn in onze opleiding vooral bezig met opleiden. Dus om zelf betere artsen te maken en dan voornamelijk inhoudelijk. Medisch inhoudelijk. Je verwonderen over zaken doet iedereen denk ik. In de dagelijkse praktijk, maar het echt uh... aanpakken en verbeteren dat doe je vaak niet omdat je daar ten eerste geen tijd voor hebt en ten tweede vaak niet weet hoe je het kan aanpakken. Dus dan uh... blijf je meer in het verwonderen en maak je de stap niet om er ook daadwerkelijk iets aan te doen. Natuurlijk zijn er een aantal van ons die dat wel doen, die wel meer tijd in steken en er echt over nadenken en er een actieplan van maken, maar de meeste mensen verwonderen zich alleen maar en doen er verder niks mee.”* (Respondent E). Ook aan de tweede indicator van organiseercompetenties lijken deze competenties te voldoen. Dit strookt ook met de theorie: organiseercompetenties zijn volgens de theorie zwak ingebed en lang nog niet op het gewenste niveau, omdat professionals hier nog niet mee bezig zijn en/of het belang er niet van inzien.

Fuzzy/tacit karakter

De laatste indicator van organiseercompetenties is dat deze een fuzzy en/of tacit karakter kunnen hebben. Als we kijken naar deze indicator vallen een aantal dingen op. Allereerst lijkt het fuzzy karakter terug te komen in de definities van de competenties gegeven door de divisieleiding. Deze zijn erg los en multi-interpretabel. Neem de definitie bij verandermanagement: *“Leren hoe men daadwerkelijk van een plan naar een implementatie komt middels een gedegen plan van aanpak en het gebruik van beschikbare middelen en personen.”* Dit geeft geen helder beeld van wat er nu daadwerkelijk bereikt moet worden.

Hier komt bij dat er betrekkelijk weinig andere informatie beschikbaar is waar deze definities worden uitgewerkt of verder worden verhelderd. Ook valt op dat de competenties geen sterk 'bewezen' of technisch karakter hebben, terwijl vakinhoudelijke competenties dit juist wel hebben. Er zijn geen indicatoren of kenmerken benoemd die operationaliseren om wat voor soort concrete zaken de vaardigheden nu precies gaan. Ook de organisatie kan de definities van de competenties niet heel helder beschrijven. *"Ik bedoel, dat is ook een beetje een grijs gebied natuurlijk, waar je AIOS nu mee in contact brengt is, hoe zal ik het zeggen... is eigenlijk dat ze zelf ervaren hoe de organisatie in elkaar zit."* (Respondent K). Niet alleen blijkt twijfel over de definitie uit deze laatste quote, ook wordt weer een andere definitie beschreven van de competenties. Het tacit karakter is daarnaast ook goed terug te zien bij deze competenties. Zo staat er bij de competentie leiderschap en management: *"(...) door instrumenten als learningbydoing en procesoptimalisatie."* Dit geeft aan dat het gaat om competenties die voornamelijk worden aangeleerd door ervaring en oefening op de werkvloer. De organisatie bevestigt dit tacit karakter. *"Verwonder & Verbeter draait om learning by doing."* (Respondent M). *"Het is natuurlijk niet iets heel erg meetbaars. Je hebt niet een meetpunt waarvan je zegt we hebben een nulmeting en we hebben aan het eind een zes jaar meting. (...) Dus spelenderwijs leren ze veel meer facetten van het ziekenhuis kennen."* (Respondent K). Ook de laatste indicator van organiseercompetenties lijkt dus aanwezig te zijn in de competentieversterking bij het UMCU.

Organiseercompetenties

Als we kijken naar de conclusies bij de verschillende indicatoren kan geconcludeerd worden dat deze competenties vrijwel op alle punten voldoen aan de kenmerken van organiseercompetenties. De competenties lijken te gaan om specifieke vaardigheden (verandermanagement, identificeren organisatorische drempels), die op dit moment zwak zijn ingebed (AIOS zijn er nog te weinig mee bezig en beheersen de vaardigheden nog niet) en een fuzzy/tacit karakter hebben (het gaat vooral om ervaring, het is niet meetbaar en ook niet altijd duidelijk om welke vaardigheden het nu precies gaat). Dit betekent dat het UMCU competentieversterking van organiseercompetenties nastreeft. Organiseercompetenties die, vanuit de theorie, juist niet aan lijken te sluiten bij professionele culturen. Dit betekent, in ieder geval vanuit de theorie, dat het UMCU een uitdagende klus op zich heeft genomen. Professionals lijken juist niet bezig te zijn met deze competenties en hier ook niet direct het belang van in te zien. De volgende stap is dan ook om te bekijken hoe deze competentieversterking nagestreefd wordt.

5.2.2. Soort veranderproces

In dit deel wordt bekeken op welke manier deze competentieversterking is vormgegeven. Hierbij wordt het veranderproces beschreven zoals deze volgens de divisie is. Later wordt deze geanalyseerd aan de hand van de ervaringen van professionals en de aansluiting met professionele culturen. Het gaat om het veranderproces 'Verwonder & Verbeter', dat als casus centraal staat in dit onderzoek.

Geschiedenis

Verwonder & Verbeter bestaat sinds 2011 op de divisie interne geneeskunde, onder leiding van Margriet Schneider. Het ontstaan van het veranderproces bevindt zich in een aantal ontwikkelingen. In eerste instantie werd het opgericht omdat artsen de behoefte hadden om zaken in de organisatie te bespreken waarover zij ontevreden waren. *"Artsen in mijn team wilden een uurtje in de maand komen klagen. Ik dacht: man, dat wordt de 'grote klaagmuur'. Maar ik dacht ook: ik moet er wel iets mee. Dus ik zei: daar ben ik niet van, we gaan ons verwonderen en verbeteren. Maar ze moeten dat zelf doen. Een uurtje langer*

blijven, dat duurt nooit 1 minuut langer, om te denken over de organisatie en zaken te verbeteren.” (Observatie 1). Hiermee ontstond het idee om V&V in het leven te roepen. Parallel aan deze behoefte van artsen was er vanuit de organisatie een behoefte om de competenties van artsen te versterken. Zoals eerder beschreven, onder andere “(...) *het ontwikkelen en het verkrijgen van management- en leiderschapskwaliteiten van artsen in opleiding tot specialist.”* (Respondent M). Dit leidde ertoe dat Schneider een veranderproces opzette waarin deze twee behoeftes gecombineerd werden.

Praktische werking

De manier waarop V&V praktisch werkt is vrij gemakkelijk te beschrijven. De sessies van V&V vinden drie of vier keer per jaar plaats en duren per keer één uur. Alle AIOS binnen de afdeling interne geneeskunde worden hiervoor uitgenodigd, maar deelname is niet verplicht. Vervolgens komen de AIOS (na werktijd) samen om zich te verwonderen en te verbeteren. Aan de hand van de uitkomsten van de sessie gaan de AIOS vervolgens zelf aan de slag met projecten (en daarmee competentieversterking).

Algemeen verloop sessie

De gezamenlijke sessie werkt als volgt: In kleine groepjes (bijvoorbeeld 2, 3 of 4 personen) denken de AIOS na over zaken waar zij zich in het dagelijks werk over verwonderen. Dat mogen niet te grote (‘de zorg staat zo onder druk’) of te pietluttige (‘mijn prullenbak is snel vol’) punten zijn, maar behapbare en aanpakbare verwonderpunten. Zoals: ‘de privacy bij het visite lopen bij patiënten wordt niet altijd goed in acht genomen.’ Vervolgens wordt deze lijst doorgegeven aan het groepje daarnaast en daarmee ontvangt ieder groepje dus een ander lijstje. In dit lijstje kiest het groepje drie verwonderpunten waarvan zij vinden dat ze prioriteit verdienen. Vervolgens wordt twee maal gewisseld en wordt in deze twee rondes door andere groepjes uitgewerkt wat er met het verwonderpunt gedaan zou kunnen worden en wat/wie daar voor nodig zijn. Tot slot wordt plenair besproken welke verwonderpunten daadwerkelijk aangepakt gaan worden (niet allemaal om te voorkomen dat er een ‘overkill’ aan veranderingen tegelijk is). Hierna wordt toegewezen welke personen welk verwonderpunt gaan aanpakken. Deze personen worden belast met de taak om aan de slag te gaan met het nemen van de juiste stappen om het verwonderpunt op te lossen (Observatie 2).

Stapsgewijs verloop van een V&V sessie³¹

- Plenaire terugkoppeling van verwonderpunten met de status ‘in behandeling’ / ‘afgerond’
- Plenair doornemen van de lijst ‘openstaande’ verwonderpunten
- AIOS bedenken in groepjes nieuwe verwonderpunten om deze lijst aan te vullen
- AIOS geven in groepjes aan welke 3 verwonderpunten prioriteit hebben
- Er worden plenair 3-4 verwonderpunten uitgekozen waarmee aan de slag wordt gegaan
 - o Ieder verwonderpunt krijgt 1-2 actiehouders (AIOS)
 - o Ieder verwonderpunt krijgt een contactpersoon (opleider of plaatsvervangend opleider)
 - o Bij ieder verwonderpunt wordt plenair een plan van aanpak of indien nodig een werkgroepje opgesteld

Uitvoering project

Indien één of twee personen een verwonderpunt of project toegewezen hebben gekregen gaan zij vervolgens aan de slag met de uitwerking hiervan. Dit kan soms een klein project

³¹ Samenvatting Verwonder & Verbeter, DIGD, 2012

zijn, maar soms ook een veel ingewikkelder project. Volgens de divisie is dit deel van de competentieversterking: door zelf aan de slag te gaan worden competenties versterkt. *“Waar zijn nu de drempels, tot waar kom ik als arts assistent makkelijk en waar ligt dan de grens. En hoe ga ik daar dan overheen. En als ik verder ga dan dat, wie heb ik daar dan voor nodig.”* (Respondent K). Doordat AIOS zelf met beperkte inhoudelijke hulp aan de slag moeten worden zij namelijk voor de uitdaging gesteld om na te denken over hoe zij dit gaan aanpakken. Door vervolgens met die aanpak aan de slag te gaan leren zij wat wel werkt en wat niet werkt, waardoor zij hun competenties zelf aan het versterken zijn. *“Dus als je je ergens over verwondert, dan kun je je ook verwonderen en afvragen, waarom is dit eigenlijk zo? Dat heeft al analyse in zich, en dat je dan denkt, nou, misschien kan het wel beter. En eh... En dat je daar dan ook die stap in zet.”* (Respondent M). De competentieversterking lijkt dus op twee momenten plaats te vinden. In de eerste plaats bij het uitvoeren van het project, doordat AIOS in de praktijk competenties leren door het te doen. In de tweede plaats in de gezamenlijke sessies van Verwonder & Verbeter doordat zij nadenken over verschillende verwonderpunten, de oorzaken van deze verwonderpunten en wat er eventueel aan gedaan zou kunnen worden.

Om een idee te krijgen van wat voort soort punten besproken worden in de sessies van V&V is hieronder een deel van een tabel zichtbaar van verwonderpunten die ‘in behandeling’ zijn.

	Verwonderpunt	Score	Actiehouders AIOS	Actiehouders Overig	Afgesproken acties	Stand van zaken	Jaar waarin opgepakt	Afgerond in
1	SEH intoxicatie - Pt wordt gezien door SEH arts; deze heeft onvoldoende verstand van intoxicatie en vraagt internisten om advies. Internisten worden verantwoordelijk voor werk van SEH arts			Hoepelman Wassenberg	Dec '12: nieuw SEH bestuur; structuur SEH wordt heringericht. Tevens is er contact met psychiatrie mbt afspraken op dit vlak.	Loopt	2011	
2	Ontbreken medicatiepaspoort C2Oost - Voor de pt is het overzichtelijker als hij een medicatiepaspoort mee krijgt.			Margriet	Valt onder JCI thema 'medicatieverificatie'; pilot heeft in DIGD plaatsgevonden.	Wordt in 2013 verder uitgerold, loopt.	2011	
13	Arts start met metingen op poli - Vreemd dat je aan het begin van ieder controleconsult standaardmetingen moet doen (bloeddruk etc.). Dit kan voor het consult al gebeuren.	1	Remy Marijke	Margriet	Margriet vraagt Bert Fledderus wat mogelijk is + hoe op te pakken.	Wordt meegenomen in herstructurering van de poli in 2013/2015.	2012	
14	Ruimtegebrek op poli - Krappe kamers waardoor je dicht op de pt zit.			Margriet	Onderwerp naar DL.	Wordt meegenomen in verbouwing van de poli 2013/2015.	2011	

De tabel laat zien dat er een bepaald verwonderpunt met een actiehouder is, waar acties over worden afgesproken. De stand van zaken wordt vervolgens bijgehouden.

Borging & resultaten

Binnen de afdeling interne geneeskunde is een beleidsmedewerker (werkzaam voor ‘opleiding’) aangesteld om V&V te ondersteunen. Deze persoon zorgt voor de nodige

Tabel 2. Afgeronde verwonderpunten

	Verwonderpunt	Actiehouders AIOS	Actiehouders Overig	Afgesproken acties	Stand van zaken	Jaar waarin opgepakt	Afgerond in
3	Monaco: uren accorderen - AIOS vult uren in op papier en wordt overgetypt in Monaco door secretaresse. <i>Waarom voert AIOS niet direct uren in Monaco in? SV moet nu accorderen; impliceert dat SV het aantal uren kan controleren?</i>		Margriet Gerlof	2012: Aangepast beleid n.a.v. boete Arbeidsinspectie; SV's verantwoordelijk voor werktijden/ ingevulde uren in Monaco. Folder wordt gedrukt.	Afgerond	2012	2012
4	Visite hematologie - Eerst worden ptn op papier besproken; per patiënt wordt de betrokken VPK geroepen. Daarna worden ptn bij het bed besproken en wordt weer de betrokken VPK erbij geroepen.				Afgerond	2012	2012
8	SEH patiënten naar apotheek Galgenwaard - Omdat er geen apotheek in het UMC is, worden SEH ptn met recept naar dienstapothek gestuurd. Kost tijd en mensen weten vaak niet waar deze apotheek zit.		Margriet	Poliheek begin 2013 (in centrale rokersruimte): voor iedereen, breder assortiment dan stads-apotheek. Open: 8.00-18.00 uur (+ wellicht in avonden + zaterdag een paar uur, moet men nog uitdenken).	Afgerond	2012	2012

ondersteuning bij de sessies, bewaakt de voortgang van lopende projecten (zoals tussentijdse evaluaties, implementatie) en helpt met het uitwerken van de verwonderpunten. Tot op heden zijn er ongeveer 20 AIOS met verbeterprojecten aan de slag geweest. 10 verbeterpunten zijn afgerond, 16 verbeterpunten zijn op dit moment nog in behandeling. In de onderstaande tabel zijn enkele verwonderpunten zichtbaar die 'afgerond' zijn (met dus een oplossing/'afgesproken acties' zichtbaar in de tabel op de vorige pagina).

Officiële doelen

V&V heeft volgens de organisatie drie doelen: 1) verbetering van de patiëntenzorg (door problemen of pijnpunten in de organisatie aan te pakken, kan de kwaliteit en zorgeffectiviteit worden verbeterd), 2) procesoptimalisatie/operationele effectiviteit (een effectieve inzet van professionals en middelen) en 3) versterking van competenties van AIOS. Deze laatste competenties zijn in het vorige deel benoemd.³²

Een veranderproces voor organisercompetenties

Er is vastgesteld dat er competentieversterking van organisercompetenties wordt nagestreefd in het UMCU. Er is daarnaast vastgesteld dat dit wordt gedaan aan de hand van een veranderproces: V&V. Hiermee heeft de divisie zich ten doel gesteld organisercompetenties te versterken bij professionals aan de hand van een specifiek veranderproces. Een uitdaging die volgens het theoretisch kader niet eenvoudig lijkt te zijn, vooral door de aanwezigheid van professionele culturen die deze competentieversterking bemoeilijken. De volgende stap is dan ook logischerwijs om te kijken naar de professionele culturen die aanwezig zijn op deze divisie in het UMCU.

5.3. Professionele culturen

Het veranderproces op de divisie interne geneeskunde heeft te maken met een specifieke culturele context. Door de doelgroep 'professionals' heeft het te maken met professionele culturen. In dit deel wordt daarom de het theoretisch concept 'professionele culturen' op deze divisie in het UMCU aan de hand van de indicatoren bekeken. Dit schept vooral een beeld van hoe professionals op de divisie interne geneeskunde aankijken tegen hun werk, competenties en veranderprocessen. Daarnaast brengt het in kaart welke aspecten van tradities, stijlen en gewoontes er terug te zien zijn bij deze professionals. In lijn met het theoretisch kader en de indicatoren worden tradities, stijlen en gewoontes van professionele culturen besproken. Hiermee wordt inzichtelijk of professionele culturen ook daadwerkelijk aanwezig zijn en dus belemmerend kunnen werken voor de competentieversterking die nagestreefd wordt.

5.3.1. Tradities

De indicatoren 'autonomie' en 'hiërarchie' stonden centraal bij tradities die professionals in professionele culturen vaak als centraal punt van hun identiteit ervaren. Deze twee indicatoren worden bekeken op de divisie interne geneeskunde.

Autonomie

Veel ruimte voor autonoom professioneel handelen

Tijdens observatie 3 is meegelopen met een AIOS op de divisie interne geneeskunde om een beeld te krijgen van de aanwezige aspecten van professionele culturen. Op het gebied van autonomie vielen een aantal zaken op. In de eerste plaats was het opvallend om te zien dat

³² Samenvatting Verwonder & Verbeter, DIGD, 2012

professionals veel ruimte hadden voor autonoom professioneel handelen. Zowel de AIOS als de coassistenten en verpleging hebben veel vrijheid om zelf beleid en behandeling voor de patiënten vast te stellen (Observatie 3). In de eerste plaats bleek dit uit het feit dat van zowel de AIOS als de verpleging verwacht werd dat zij beslissingen maakten over wat er op die dag qua behandeling moest gebeuren. Zij hebben de leiding over de afdeling en bepalen het beleid voor die dag. Dit bleek echter ook uit de mate waarin beslissingen aan elkaar over werden gelaten. Een voorbeeld was de manier waarop pijn bij een patiënt het beste bestreden kon worden: hier werd geen vooraf afgesproken lijn gevolgd, maar werd samen gekeken naar wat voor de patiënt de best mogelijke oplossing zou kunnen zijn. Hierbij bleek al snel dat er meerdere opties waren en konden de professionals zelf kiezen welke behandeling zij het meest geschikt vonden. Ook bleek dit uit concrete zinnen als ‘beslis jij maar, jij hebt hier het beste zicht op.’ Dit is een eerste aanwijzing voor de aanwezigheid van autonomie op de divisie. Een ander concreet voorbeeld waar deze autonomie uit bleek, was de mate van vrijheid in het professioneel handelen als het ging om medicatie. De precieze hoeveelheid of soorten medicatie werd volledig overgelaten aan de inschatting van de persoon die hier mee bezig was. Dit werd wel bij elkaar getoetst: een AIOS controleerde de hoeveelheid bijvoorbeeld bij de verpleging, maar er leek veel vertrouwen in elkaars inschatting te zijn. Als er eenmaal een hoeveelheid werd voorgesteld dan werd dit niet meer in twijfel getrokken. Een laatste voorbeeld waaruit deze autonomie bleek was de mate van vrijheid die de professionals hadden als het ging om het bepalen wanneer een patiënt ontslagen werd uit het ziekenhuis. Bij een specifieke patiënt had de AIOS hier met zichzelf een discussie over, maar was duidelijk dat hij zelf kon beslissen of de patiënt nu op die dag of de dag daarna zou worden ontslagen. Deze aanwijzingen lijken sterk te duiden op de aanwezigheid van autonomie rondom professioneel handelen. Wanneer professionals immers zelf, zonder veel overleg of ‘controle’, mogen beslissen welke handelswijze wordt gevolgd, betekend dit dat zij veel vrijheid hebben in hun werkzaamheden. De aanwezigheid hiervan kunnen we typeren als autonomie. Dit lijkt te stroken met de theorie rondom professionals: vanuit de theorie is gesteld dat professionals van oudsher veel autonomie hebben in hun dagelijks werk, vooral omdat zij ook de meest gekwalificeerde mensen zijn om deze beslissingen te maken.

Autonomie staat onder druk

Deze autonomie gaat echter gepaard met ‘bedreigingen’ of inperkingen van professioneel handelen. De divisieleiding geeft aan dat dit door professionals als negatief ervaren wordt. *“Artsen zeggen vaak: ik raak mijn autonomie kwijt. Alles wordt uit onze handen genomen. Ik zeg dan: individuele autonomie verdwijnt niet, maar het wordt vervangen door iets anders, namelijk collectieve autonomie. Namelijk samen bepalen wat de standaarden en normen zijn.”* (Observatie 1). Deze quote laat zien dat autonomie een heikel punt is op de divisie interne geneeskunde: in toenemende mate hebben medische professionals het gevoel dat er een bepaalde inbreuk is op autonomie. Professionals gaven zelf ook aan deze inbreuk op autonomie te voelen. *“Omdat er allemaal dingen ook over de gezondheidszorg worden beslist terwijl er nooit iemand in een ziekenhuis komt, of wat dan ook.”* (Respondent A). Bij sommige respondenten uitte dit zich ook in een vorm van frustratie: *“Artsen gaan toch al gebukt onder een toenemend verantwoordelijkheidsgevoel.”* (Respondent F). Andere respondenten gaven ook aan dat zij het idee hadden dat hun autonomie al sterk is teruggebracht. *“Je hebt niet zoveel invloed.”* (Respondent B). Een concreet voorbeeld waar dit eveneens uit blijkt was een reactie van een professional op een kwaliteitscontrole. Tijdens observatie 3 werden er op de afdeling ‘tracers’ (kwaliteitscontroles) gelopen. De mensen die deze controles uitvoeren, stellen aan professionals een aantal vragen over kwaliteit en veiligheid en dragen groene polo’s. Na afloop werden zij gekscherend ‘groene parasieten’ genoemd en voegde een professional hier aan toe: *“het is belangrijk, maar ik*

word er wel een beetje gek van." (Observatie 3). Volgens een professional was er die week een half uur van de tijd in de ochtend opgenomen door een controle, wat veel weerstand opwekte. Dit was volgens hen een flinke inbreuk op hun werk en ook op hun vrijheid om hun eigen tijd in te kunnen vullen. De respondenten gaven aan autonomie als belangrijk te ervaren en een inbreuk daarop ook als vervelend te ervaren.

Inbreuk op autonomie leidt tot weerstand

In het verlengde hiervan bleek dat professionals onder andere door een inbreuk op autonomie ook weerstand ontwikkelen ten opzichte van veranderprocessen. Professionals gaven zelf aan terughoudend te zijn ten opzichte van veranderprocessen: *"Je hebt niet altijd zin (...)"* (Respondent L). *"Er zijn dingen waarvoor je wordt uitgenodigd, of die zelfs verplicht zijn, waarvan je denkt dat is echt zonde van mijn tijd want ik moet nog zoveel andere dingen doen. En dan probeer je daar soms onderuit te komen."* (Respondent N). Respondenten gaven aan dat zij zelf willen beslissen over de inrichting van hun werkzaamheden. Ook gaven zij aan dat er te veel zaken waren die hen 'opgelegd' worden, waardoor er een vorm van weerstand is ontwikkeld. Ook de organisatie gaf aan dat professionals terughoudend zijn met veranderprocessen: *"Ja, zij moeten echt zoveel. Het is ongelooflijk."* (Respondent K). Ook gaf de divisieleiding aan deze weerstand actief te bemerken bij professionals. *"Ze [professionals] zeggen dan: 'we doen dat op de afdeling nou eenmaal zo.'"* (Observatie 1). Tijdens een observatiebijeenkomst gaf ook een collega ziekenhuisbestuurder van de divisieleiding deze weerstand aan: *"Ik heb jarenlang in een ziekenhuisdirectie gezeten. En ik heb allerlei dingen ingevoerd, zoals 'snel en beter' via de ganzenlevermethode. Dat ga ik nooit meer doen, ik heb geleerd."* (Observatie 1).

Autonomie als traditie is sterk aanwezig

Uit de voorbeelden op de divisie blijkt dat autonomie (bij professioneel handelen) sterk aanwezig is. Tegelijkertijd blijkt dat dit iets is dat sterk onder druk staat. Zowel professionals zelf als de organisatie geven dit aan. De gevolgen daarvan lijken logisch en in lijn met de theorie: ten opzichte van verandering en veranderprocessen is er weerstand zodra deze autonomie lijkt te bedreigen. Er kan dus geconstateerd worden dat de indicator autonomie als traditie van professionele culturen terug te vinden is in de divisie interne geneeskunde op het UMCU. De consequentie hiervan is dat veranderprocessen (volgens de theorie) bemoeilijkt kunnen worden omdat professionals terughoudend zijn vanwege de claim op autonomie. Ook op de interne geneeskunde is het dus belangrijk dat veranderprocessen rekening houden met deze traditie wanneer deze aan willen sluiten bij professionele culturen.

Hiërarchie

Wie het weet mag het zeggen

De tweede indicator van tradities bij professionele culturen is hiërarchie. Zoals eerder beschreven draait hiërarchie in professionele organisaties vooral om 'wie het weet mag het zeggen.' Dat wil praktisch zeggen: de professional die in een bepaalde situatie de beste uitspraak kan doen over bijvoorbeeld een casus mag dit zeggen. Zijn of haar mening zal meestal dan ook gevolgd worden en zo ontstaan bepaalde hiërarchische patronen. Wat hiërarchie betreft vallen een aantal zaken op. Tijdens de observatie was opvallend dat 'wie het weet mag het zeggen' sterk terug te zien was. Tijdens de observatie was de AIOS de meest gekwalificeerde professional op de desbetreffende afdeling en vermoedelijk dus degene die het 'het vaakst weet.' Dit was terug te zien tijdens de observatie. Tijdens het bespreken van patiëntcasussen, maar ook tijdens de overdracht was de AIOS het meest aan het woord als het ging om behandelwijzen en of medicatie. Dit leek te komen doordat de

AIOS ook daadwerkelijk het meeste wist. Zo kwam de AIOS op verschillende momenten met analyses over hoe symptomen verklaard konden worden. Op verschillende momenten was de verpleging of een coassistent aan het woord, maar geregeld werd hun mening ontkracht door de AIOS, omdat deze een andere (beter) analyse maakte van de situatie (Observatie 3). Wat de AIOS zei en deed werd in veel gevallen direct voor waarheid aangenomen en uitgevoerd. Ter illustratie: bij een patiënt benoemde de AIOS direct de behandelwijze zonder samenspraak met de coassistenten of de verpleging. Deze behandelwijze werd vervolgens zonder weerwoord ook direct gevolgd. Slechts in één enkel geval werden er aanvullende vragen gesteld als de AIOS een bepaalde manier van werken voorstelde. Dit lijkt ook logisch: de coassistenten en verpleging hebben vermoedelijk minder specialistische kennis dan de AIOS, omdat de AIOS een gespecialiseerde opleiding volgt. Daardoor kan de AIOS ook wat betreft kennis en kunde verder reiken dan zowel de coassistenten als de verpleging, wat een hiërarchisch hogere positie geeft.

Ook hiërarchie merkbaar in de omgang

De hiërarchie was vervolgens ook merkbaar in de omgang tussen de verschillende professionals. Het leek alsof de verpleging, maar ook de coassistenten, lager in het aanzien stonden ten opzichte van de AIOS. Niet zozeer om hun positie of persoon, maar omdat zij 'het minder wisten' dan de AIOS of het in elk geval minder leken te weten. Dit was te merken aan de hand van een aantal zaken in de observatie. In de eerste plaats naar 'wie er het eerst gekeken werd' wanneer er een beslissing moest worden gemaakt over een patiënt. Dit was altijd de AIOS, vooral omdat deze ook daadwerkelijk antwoord kon geven op lastige vragen. In de tweede plaats was dit merkbaar door de manier van praten. De coassistenten en verpleging spraken de AIOS veel formeler aan dan dat de AIOS hen aansprak. Dit kan ook hiërarchie illustreren: de AIOS is (door zijn positie) in staat om een meer informeel taalgebruik aan te nemen, maar de rest doet dit niet, bijvoorbeeld uit ontzag of respect. Ook werd de mening van bijvoorbeeld de verpleging bij patiënten casussen minder sterk meegewogen. Een AIOS negeerde bijvoorbeeld bij het vaststellen van een behandeling iets dat een verpleegkundige had gezegd, mogelijk omdat de AIOS het 'beter wist.' (Observatie 3). Naast autonomie leek dus ook hiërarchie een concept dat sterk aanwezig is op de interne geneeskunde.

Hiërarchie als traditie is aanwezig

Met deze aanwijzingen en voorbeelden kan geconstateerd worden dat hiërarchie als traditie van professionele culturen aanwezig is op de divisie interne geneeskunde. Voor veranderprocessen betekent dit dat rekening gehouden moet worden met dat 'diegene die het weet het mag zeggen.' Dit heeft een sterke overlap met autonomie: wanneer een manager (bijvoorbeeld opleggend) iets zegt terwijl hij of zij het 'niet weet' (of er de perceptie is dat hij of zij het niet weet) kan dit leiden tot frictie in de professionele organisatie. Het druist namelijk in tegen de gang van zaken die horen bij deze professionele culturen. Voor veranderprocessen is dit belangrijk, gegeven dat deze vaak worden ingegeven door managers en professionals ook vaak de perceptie hebben dat managers het niet weten of 'onkundig' handelen.

5.3.2. Stijlen

De indicatoren 'gestandaardiseerde, bewezen technieken', 'tijdsdruk' en het 'socialisatieproces' stonden centraal bij de stijlen die professionals in professionele culturen vaak hebben. Deze twee indicatoren worden hieronder bekeken voor de divisie interne geneeskunde.

Gestandaardiseerde, bewezen technieken

Vakinhoudelijke technieken

Uit de theorie kwam naar voren dat gestandaardiseerde, bewezen, vakinhoudelijke technieken (zoals het aanleggen van een infuus) leidend zijn bij de stijlen van professionele culturen. Dergelijke technieken zijn vaak wijdverspreid en bijna altijd deel van de opleiding van professionals. In het observatiemoment is gekeken naar de mate waarin dit in de praktijk terug te vinden was in het werk van professionals. Dat professionals gestandaardiseerd volgens routines en bewezen technieken handelen, strookte sterk met de observatie (Observatie 3). Professionals handelden namelijk constant aan de hand van *bewezen, gestandaardiseerde* technieken. Dit was te zien in de manier waarop zij het werk benaderden. Ter illustratie: een AIOS stelde zijn coassistenten constant vragen aan de hand van symptomen die bij patiënten te zien waren. Bij een pijnlijke knie werd dit als volgt benaderd in drie stappen: *“Is het rood? Is het opgezwollen? Is het warm?”* (Observatie 3). Aan de hand van deze techniek werd bepaald of de knie mogelijk wel of niet ontstoken was. Op deze manier werden er constant technieken toegepast die sterk ingebed zaten in de routines van professionals. Deze technieken werden namelijk niet in twijfel getrokken en werden vaak razendsnel toegepast. Een ander voorbeeld waar dit uit bleek, was dat de AIOS constant aan zijn coassistenten de betekenis van bepaalde begrippen of medische termen vroeg. Aan de hand van een bepaalde klinische beschrijving werd vervolgens bepaald of deze in de desbetreffende casus wel of niet van toepassing waren. Een ander punt waaruit bleek dat er werd gewerkt aan de hand van technische richtlijnen was dat regels en richtlijnen streng gehandhaafd werden. Bijvoorbeeld bij patiënten die geïsoleerd waren door mogelijk infectiegevaar werden strikte handelingen toegepast (speciale jas, mondkapje en handschoenen), allen met het oog op bewezen richtlijnen die bij professioneel handelen horen. Er was hierin geen enkele ruimte om af te wijken van de richtlijnen, hier werd streng op toegezien. Soms kon een dergelijke procedure best wel wat tijd in beslag nemen, maar vermoedelijk omwille van het belang dat professionals hier aan geven, werd hier niets over gezegd.

Veel waarde gehecht aan deze technieken

Zoals hiervoor al even genoemd werd, werd er veel waarde gehecht aan deze technieken. Ook de divisieleiding benadrukte de aanwezigheid van deze routinematige werkwijzen. *“Want artsen hebben ijzersterke routines die enorm moeilijk te doorbreken zijn.”* (Observatie 1). Ook gaf de divisieleiding aan dat het geregeld moeilijk is om dergelijke routines te veranderen. *“Daarmee krijg je eh... dat noem ik dan die socialisatie, nou ja, het loont toch niet om dat te doen.”* (Respondent M). Hierdoor blijven professionals volgens de theorie vaak werken aan de hand van bestaande werkwijzen en staan zij soms minder open voor nieuwe (bijvoorbeeld organiseercompetenties) werkwijzen. Als professionals iets doen, doen zij dit *“(...) zoals het altijd gegaan is. Terwijl het eigenlijk gewoon bizar is.”* (Respondent M). Verschillende respondenten gaven ook aan zelf te weten hoe hun werk er uit moet zien. Soms is er inhoudelijke inmenging in hun werk, maar *“(...) weet je zelf precies heel goed wat de bedoeling is (...)”* (Respondent D). Kortom: professionals zijn zelf vooral bezig met de gestandaardiseerde, bewezen technieken, maar minder met andere zaken, zoals organiseercompetenties. Een voorbeeld van de observatie waaruit dit bleek, was dat, hoewel er rondom het klinische werk allerlei van deze technieken zijn, dit rondom het niet-klinische werk helemaal niet het geval is. Toen een AIOS van een patiënt bepaalde scans moest laten maken bij radiologie was er een probleem met de beschikbaarheid op die afdeling voor deze opdracht. Er was vervolgens geen enkel protocol of werkwijze waarmee dit organisatieprobleem (een niet-klinisch probleem) werd benaderd. Zo pleegde de AIOS wel vijf telefoontjes om te achterhalen of de scans alsnog gemaakt konden worden. Dit

proces verliep echter niet zo soepel als de processen rondom het klinische werk. Niet alleen illustreert dit het voorgaande, namelijk dat professionals vooral aandacht hebben voor technische, vakinhoudelijke technieken, ook illustreert dit dat dergelijke organiseringscompetenties nog niet altijd op een gewenst hoog niveau zijn. In het volgende hoofdstuk wordt hier nog meer aandacht besteed: toen professionals V&V omschreven kwamen er namelijk resultaten naar boven die hier sterk bij aansluiten.

Vakinhoudelijke technieken aanwezig als stijl

Uit het voorgaande kunnen een paar zaken worden geconcludeerd. In de eerste plaats kan worden geconcludeerd dat professionals vooral aandacht hebben voor vakinhoudelijke (gestandaardiseerde, bewezen) technieken. Deze technieken zitten sterk geworteld in de routines van professionals en zijn moeilijk te doorbreken. Tegelijkertijd is er weinig aandacht voor organiseringscompetenties en worden 'organisatieproblemen' ook niet zo gestructureerd benaderd als klinische problemen. Dit betekent dat op de interne geneeskunde vakinhoudelijke technieken inderdaad als stijl aanwezig zijn. Voor veranderprocessen kan er dus rekening worden gehouden met dat professionals hier veel waarde aan hechten. Tegelijkertijd betekent dit dat organisatieproblemen nog niet op een juiste manier worden aangepakt, wat weer relevant is voor de competentieversterking bij het UMCU.

Tijdsdruk

Sterk aanwezige tijdsdruk

Een volgende indicator die relevant is om de stijlen van professionele culturen in kaart te brengen, is tijdsdruk. Vanuit de theorie is gesteld dat professionals geconfronteerd worden met een sterke tijdsdruk, waardoor zij mogelijk ook weinig open staan voor veranderprocessen. De organisatie gaf aan dat de tijdsdruk volgens hen voor professionals zeer groot is: *"Zij werken natuurlijk al, nou sowieso 46 uur dat is gewoon een standaard week. Maar buiten die 46 uur doen ze vaak ook heel veel administratie en zaken. En dan heb ik dus nog niet eens over al het onderwijs wat zij geven en doen en wat zij 's avonds in hun vrije tijd zitten voor te bereiden en het verplicht regionaal onderwijs waar ze hele dagen heen moeten. Ik denk echt gemak dat ze 60 70 uur met de werkvloer bezig zijn."* (Respondent K). Ook professionals zelf gaven aan hier mee te maken te hebben. *"Zeker als je lange dagen maakt als je dan een keer op tijd klaar bent dat je dan graag naar huis wilt."* (Respondent L). *"(...) bepaalde afdelingen zijn ook heel erg druk."* (Respondent I). Zo nu en dan werd er ook aangegeven dat professionals ook 'vergadermoe' worden van alle verschillende bijeenkomsten (Respondent N). Ook uit de observatie bleek deze tijdsdruk. Voor elke handeling (bijvoorbeeld het invoeren van gegevens in het systeem) was zeer weinig tijd beschikbaar en wanneer het werk door bijvoorbeeld bureaucratie uitliep (of vertraging in het systeem), wekte dit veel ergernis. Dit drukte niet alleen sterk op de al beperkte hoeveelheid tijd, ook zorgde het voor veel irritatie.

Minder aandacht voor andere zaken

Veel professionals gaven aan dat zij door klinisch werk vaak niet aan zaken kunnen deelnemen. Dit komt volgens hen omdat *"(...) je niet weg kunt van je afdeling."* (Respondent J). Vrijwel altijd *"(...) door klinisch werk."* (Respondent H). Volgens respondenten is deelname aan andere zaken (zoals veranderprocessen) altijd *"(...) afhankelijk met hoe het bij ons op de werkvloer zit (...) ik moet heel veel consulten doen ja dan kan ik gewoon niet aanwezig zijn."* (Respondent B). De respondenten gaven aan dat de tijdsdruk bij hen niet alleen erg groot is, maar ook dat het hen beperkt om op momenten deel te nemen aan andere activiteiten, bijvoorbeeld veranderprocessen. Dit betekent dat het voor professionals lastig kan zijn om deel te nemen aan iets wanneer dit een grote belasting op hen legt wat betreft tijd.

Tijdsdruk als stijl aanwezig

Uit het voorgaande kan geconcludeerd worden dat professionals op de interne geneeskunde in het UMCU te maken hebben met tijdsdruk. Tijdsdruk als stijl van professionele culturen is dan ook aanwezig op de divisie. Dit betekent voor een veranderproces gericht op competentieversterking dat deze rekening moet houden met de beperkte tijd die professionals ervoor beschikbaar hebben. Zeker omdat professionals ook aangeven dat deze tijdsdruk hen beperkt om aan zaken zoals veranderprocessen deel te nemen. Een veranderproces dat dit niet doet, kan weerstand veroorzaken bij professionals of veroorzaken dat professionals simpelweg niet deelnemen.

Socialisatieproces

Subtiele kenmerken

Het laatste aspect van stijlen binnen professionele culturen dat hier behandeld zal worden, is de socialisatie die optreedt tussen professionals. Met socialisatie wordt bedoeld: het proces waarin medische professionals elkaar (maar vooral de nieuwe generatie professionals) opleiden en de bestaande normen en waarden (en professionele culturen) op hen overdragen. Hoewel het socialisatieproces van artsen een vrij langzaam en subtiel proces is, vielen toch een aantal zaken die het socialisatieproces kunnen illustreren op tijdens de observatie. Opvallend was bijvoorbeeld dat coassistenten hetzelfde gedrag leken over te nemen van de AIOS (Observatie 3). Dit was bijvoorbeeld kopieergedrag: wanneer de AIOS een patiënt begroette, deden de coassistenten dit ook. Wanneer de AIOS de patiënt bedankte, deden de coassistenten dit ook. Ook was het imitatiegedrag: coassistenten begroetten patiënten bijvoorbeeld op dezelfde manier, maar hadden ook vaak precies hetzelfde standpunt als de AIOS wanneer er bijvoorbeeld een gesprek met de verpleging was. Subtiele 'trekjes' van de AIOS leken ook terug te komen in het gedrag van de coassistenten, zoals de manier waarop zij hun handen wisten bij binnenkomst van een patiëntenkamer.

De structuur leent zich voor socialisatie

De structuur en manier waarop de interne geneeskunde is ingericht, leent zich sterk voor socialisatie van professionals. Dit is aan een aantal zaken te merken. In de eerste plaats worden coassistenten een bepaalde periode bij een professional geplaatst, die hen begeleidt en opleidt. Dit is een typische situatie waarin socialisatie kan optreden: vaak ongemerkt draagt de professional over wat hij of zij weet aan de nieuwe generatie. Maar ook voor AIOS geldt dit: zij worden geplaatst op een afdeling tussen andere professionals en worden opgeleid door het UMCU/de divisie, waardoor ook zij onderworpen worden aan een bepaalde mate van socialisatie. Ook de divisieleiding erkent dit proces: "(...) *daardoor krijg je eigenlijk een verkeerde socialisatie om het zo maar te noemen.*" (Respondent M). Hoewel het moeilijk vast te stellen is wat voor zaken er precies worden overgedragen in deze socialisatie en in welke mate dit proces optreedt op de interne geneeskunde, zijn er wel degelijk aanwijzingen om aan te nemen dat er een bepaald proces van socialiseren plaatsvindt bij de divisie.

5.3.3. Gewoontes

De indicator 'de klant' (de patiënt) en dus niet de organisatie als focus/betrokkenheid, stond centraal bij gewoontes van professionele culturen. Deze zaken worden hieronder bekeken voor de divisie interne geneeskunde.

De patiënt

Professionals lijken sterk om de patiënt te geven

Vanuit de theorie komt de indicator 'de patiënt' op de divisie sterk naar voren als het gaat om de gewoontes bij professionele culturen. Dit kwam sterk tot uiting in de observatie (Observatie 3). Vrijwel al het werk dat de professionals deden, probeerden zij in het belang van de patiënt te doen. Dit bleek bijvoorbeeld bij het invullen van gegevens in het systeem. Dit duurde erg lang, maar de professionals gaven wel geregeld aan dat dit belangrijk was voor de 'zorgvuldigheid' voor de patiënt. Daar waar werkzaamheden (ogenschijnlijk) niet direct relevant waren voor de patiënt wekte dit irritatie: een AIOS benoemde op een bepaald moment dat het patiëntencontact "Maar 20% van de dag" was (Observatie 3). In de observatie was zichtbaar dat er soms maar twee of drie minuten voor een patiënt beschikbaar waren tijdens de visite, wat ook weer een sterke druk legde op de professionals. Deze indicator betekent dat professionals zich betrokken voelen bij de patiënt. Ook dit was sterk terug te vinden in de casus. Respondenten gaven aan grote betrokkenheid te hebben bij patiënten. Het gaat volgens hen om "(...) betrokken zijn" (Respondent J) bij de patiënt. "Ik denk dat iedereen in deze functie betrokken moet zijn anders ga je het niet doen." (Respondent J). Ook gaven zij aan hiervoor langer te willen werken of zich extra te willen inspannen wanneer dit nodig zou zijn. "Er is natuurlijk niemand die om vier uur zegt..." (Respondent J). Dit lijkt ook logisch: het werk van professionals draait ook primair om de patiënt en daardoor lijkt deze betrokkenheid ook een natuurlijk voortvloeisel daarvan.

Het primaire proces heeft altijd de eerste prioriteit

In het verlengde hiervan was het interessant om te zien dat professionals, vermoedelijk vanuit deze betrokkenheid, altijd het primaire proces de eerste prioriteit geven. Dit kan ten koste gaan aan zaken die zij als secundair aan dat proces beschouwen (zoals organiserencompetenties). Ook professionals zelf erkennen dit. "Maar dat is binnen de hele geneeskunde zo." (Respondent G). Dit punt is eerder bij 'tijdsdruk' al even beschreven, maar professionals lijken altijd dit klinisch werk boven al het andere te prioriteren. Zij nemen niet aan iets anders deel als "(...) de kliniek het niet toelaat." (Respondent D). Niet alleen kost dit primaire werk dus erg veel tijd, ook wordt dit bovenaan de lijst van werkzaamheden gesteld, vanwege het belang dat professionals hier aan geven. Professionals zijn altijd het meeste bezig "(...) met corebusiness zoals het dan mooi heet." (Respondent F). "(...) je hebt je werk waar je druk mee bezig bent dus je moet niet te veel van die dingen oppakken want dan wordt je zo'n halve regelaar." (Respondent C).

Consequenties voor veranderprocessen

Op de interne geneeskunde lijkt een sterke betrokkenheid te zijn voor de patiënt. Wanneer professionals dan ook niet bezig zijn met de patiënt (het primaire proces) kan dit voor ergernis bij hen zorgen. De consequentie hiervan is ook dat zij deze werkzaamheden prioriteren boven (ogenschijnlijk) minder 'relevante' zaken. Voor veranderprocessen betekent dit dat deze idealiter aan moeten sluiten bij dit primaire proces (ze moeten relevant zijn voor de patiënt) om op de volledige betrokkenheid van professionals te kunnen rekenen.

De organisatie

Professionals lijken weinig betrokkenheid bij de organisatie te voelen

Vanuit de theorie is gesteld dat professionals een sterke betrokkenheid voelen bij de patiënt en het primaire proces. Zij voelen deze betrokkenheid ten opzichte van de organisatie (het ziekenhuis bijvoorbeeld) echter helemaal niet. Professionals gaven zelf aan dat hun

betrokkenheid bij de organisatie niet altijd groot is. *“Het grootste probleem waar academica tegen aanlopen is dat wij niet zo betrokken zijn bij het ziekenhuisproces. Je kan hier rustig een relatief anoniem bestaan van afdeling tot afdeling hebben en je ook compleet niet bij het ziekenhuis betrokken voelen.”* (Respondent D). Respondenten gaven aan dat veel mensen *“(…) gewoon met hun eigen werk bezig zijn.”* (Respondent F). Professionals hebben dan ook *“(…) genoeg aan je eigen werk.”* (Respondent C).

Ook de organisatie herkent dit

De organisatie gaf aan niet altijd een sterke betrokkenheid te voelen van professionals. Dit komt onder meer doordat zij *“(…) elke keer op een andere afdeling zitten en ook net zijn over gekomen uit een ander ziekenhuis. Dus het is allemaal weer nieuw en met een nieuwe instelling heb je niet meteen affiniteit (…)”* (Respondent K). Of professionals zich soms binden aan of commitment voelen met het ziekenhuis beantwoordt de divisieleiding ontkennend. *“Nee. Ik denk dat ze heel graag (….) opgeleid willen worden. En daar dan ook wel inbreng in hebben. Maar zich niet echt committeren aan het ziekenhuis waar ze werken. Want ze werken ook vaak in twee verschillende ziekenhuizen, hebben soms nog ergens niet een opleiding gezeten. En dat maakt (….) dat ze niet zo’n hele... eh... sterke binding hebben. Vooral ook omdat... het ziekenhuis is enorm. (...) Zonder dat je ook maar enige binding hebt met wat dan ook in de organisatie hier.”* (Respondent M).

5.4. Conclusies

In deze laatste paragraaf van hoofdstuk vijf worden de voorgaande paragrafen samengebracht en worden hieruit enkele conclusies getrokken.

Competentieversterking in een megaorganisatie

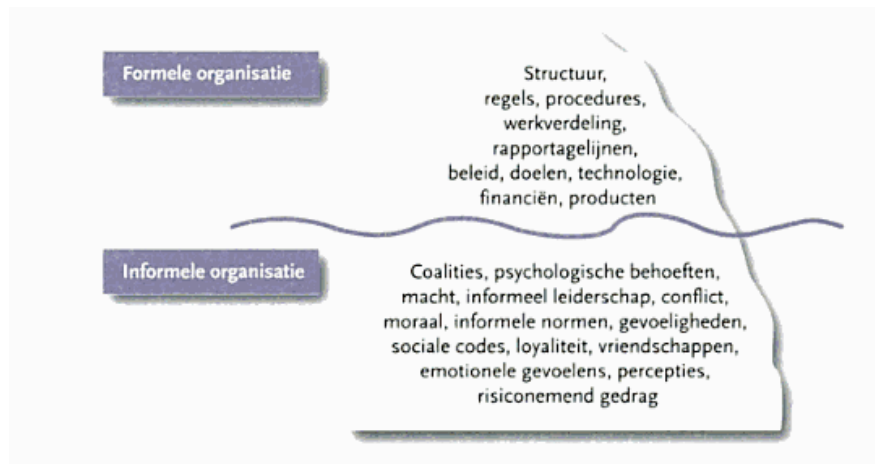
Het UMCU kan met haar duizenden medewerkers, omvangrijke divisies en vele patiënten een megaorganisatie worden genoemd. Hoewel de divisie interne geneeskunde hier een onderdeel van lijkt, is ook dit een diverse en omvangrijke omgeving. Op deze divisie streeft de divisieleiding competentieversterking na van organisercompetenties. Dit is op te maken aan de kenmerken van organisercompetenties: het zijn vaardigheden die zwak ingebed zijn met een fuzzy/tacit karakter. Deze competentieversterking wordt bij AIOS nagestreefd aan de hand van het veranderproces Verwonder & Verbeter. Dit veranderproces is erop gericht om, aan de hand van plenaire sessies, professionals zelf aan de slag te laten gaan met verbeterprojecten, waardoor zij werken aan het versterken van hun competenties op dit gebied. Dit veranderproces heeft te maken met een specifieke culturele context.

Sterke aanwezigheid van professionele culturen

Uit een analyse van deze culturele context blijkt een sterke aanwezigheid van de kenmerken van professionele culturen die vanuit de theorie zijn benoemd. Wat betreft tradities lijken professionals autonomie te hebben, hier ook waarde aan te hechten, maar dit lijkt echter wel onder druk te staan. Deze ‘afbreuk’ aan autonomie wordt door hen dan ook als negatief ervaren. Daarnaast is er een sterke professionele hiërarchie bepaald door ‘wie het weet mag het zeggen.’ Met managers (die het ogenschijnlijk ‘niet weten’) kan dit dus ook mogelijk voor frictie zorgen in de organisatie. Wat betreft stijlen hechten professionals sterk aan gestandaardiseerde, bewezen technieken (die vaak technisch zijn). Aan organisercompetenties (of niet klinische-technieken) besteden zij betrekkelijk weinig aandacht. Ook lijkt er een sterke tijdsdruk te liggen op professionals op de interne geneeskunde. Verder zijn er aanwijzingen dat er ook op de interne geneeskunde een socialisatieproces tussen professionals plaatsvindt. Wat betreft gewoontes werd duidelijk

dat professionals een sterke betrokkenheid voelen ten opzichte van de patiënt en het primaire proces, maar juist niet ten opzichte van de organisatie (of de divisie).

Als we dit terugkoppelen naar het theoretisch kader valt op dat de (belemmerende) kenmerken van professionele culturen sterk aanwezig zijn. In het schema rechts (De Caluwé & Vermaak, 2006), ook vindbaar in het theoretisch kader, is zichtbaar dat de formele organisatie (het UMCU, de divisie interne geneeskunde) die competentieversterking nastreeft, te maken krijgt met



de informele organisatie (de professionele culturen op de divisie interne geneeskunde). Deze professionele culturen zijn sterk geworteld en vaak erg moeilijk te veranderen. Precies deze 'clash' tussen culturen (tussen managers die competenties willen versterken en professionals bij wie dat eigenlijk niet automatisch cultureel aansluit) is daarmee potentieel aanwezig.

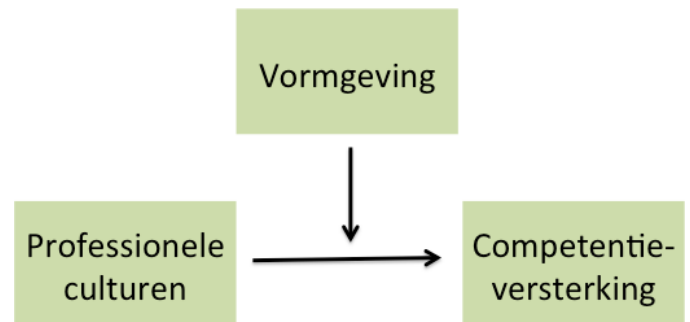
Consequenties voor veranderprocessen gericht op competentieversterking

Als we naar het voorgaande kijken kan er geconcludeerd worden dat het UMCU precies voor de complexe uitdaging van theoretisch kader staat: er wordt getracht organiseercompetenties te versterken die vanuit de theorie niet aansluiten bij professionele culturen. Dit gaat via een veranderproces, terwijl veranderprocessen vanuit de theorie ook niet automatisch aan lijken te sluiten bij professionele culturen. Deze professionele culturen zijn ook op de interne geneeskunde sterk aanwezig. Dit leidt tot een vraagstuk: de casus lijkt precies aan te sluiten bij de theorie, maar toch (zoals in hoofdstuk één gezegd) lijken professionals erg enthousiast over V&V. Om die reden is het waardevol om (aan de hand van de theorie) te bekijken hoe dit veranderproces deze professionele culturen blijkbaar ondervangt. In het volgende hoofdstuk wordt gekeken hoe dit zit, door de aansluiting tussen het veranderproces en de professionele culturen te bekijken, ook veranderkundig. Aan de hand daarvan kan dit ogenschijnlijke succes mogelijk verklaard worden.

6. Aansluiting bij professionele culturen

In het vorige hoofdstuk is de omgeving van de casus bepaald. Eveneens is bepaald dat het gaat om competentieversterking van organiseercompetenties aan de hand van een veranderproces. In dit hoofdstuk wordt bekeken hoe dit veranderproces (de vormgeving ervan en de factoren die erop van invloed zijn) aansluiten bij professionele culturen. Op die manier kan mogelijk het ogenschijnlijke succes van dit veranderproces worden bepaald.

Het schema rechts is de illustratie die aan het begin van dit onderzoek (hoofdstuk één) is weergegeven. De vormgeving van het veranderproces heeft invloed op de aansluiting tussen professionele culturen en de nagestreefde competentieversterking. Er wordt in dit hoofdstuk naar een aantal zaken gekeken. In de eerste plaats wordt gekeken naar hoe professionals Verwonder & Verbeter ervaren (door middel van de vormgeving van het veranderproces). Hierna wordt gekeken in hoeverre deze vormgeving aansluit bij professionele culturen. Vervolgens wordt bekeken hoe Verwonder & Verbeter is georganiseerd, gevolgd door welke beïnvloedende factoren er zijn op de aansluiting tussen het veranderproces en professionele culturen. Tot slot worden enkele overkoepelende conclusies getrokken.



6.1. Hoe ervaren professionals V&V

Deze paragraaf staat in het teken van hoe professionals V&V ervaren. Dit zal worden gedaan door te kijken naar de vormgeving van het veranderproces Verwonder & Verbeter. Er worden twee belangrijke aspecten van het theoretisch concept besproken: de inhoud van het veranderproces en het type veranderproces. Op die manier zal antwoord worden gegeven op de empirische deelvraag "In hoeverre sluit de vormgeving van 'Verwonder & Verbeter' aan bij professionele culturen?"

6.1.1. De inhoud van het veranderproces

Dit deel beschrijft de inhoud van het veranderproces Verwonder & Verbeter. Dit zal worden gedaan door naar twee zaken te kijken. In de eerste plaats hoe professionals op V&V reageren en in de tweede plaats op welke veranderniveau (vanuit het theoretisch kader) het veranderproces zich afspeelt.

Reacties op Verwonder & Verbeter

Uitsluitend positieve reacties

Op het veranderproces wordt door respondenten uitsluitend positief gereageerd. "Ja, ik vind het hartstikke leuk. Echt super." (Respondent E). Alle respondenten gaven aan dat zij Verwonder & Verbeter zien als een "(...) goed initiatief" (Respondent H). "Ik vind het heel erg leuk dit soort dingen, en ik vind het ook heel erg goed" (Respondent A). Hiermee leken respondenten erg enthousiast te zijn over het veranderproces. "Ja, ik vond het leuk." (Respondent N). Sommige respondenten waren gematigder positief: "Het ziet er op zich goed uit, wat ik tot nu toe mee heb gekregen." (Respondent L). Geen enkele respondent uitte zich negatief over het veranderproces. Het enthousiasme van respondenten uitte zich

ook zichtbaar in de non-verbale reacties die zij gaven bij het stellen van deze vraag: respondenten leken oprecht enthousiast over het veranderproces. Vervolgens is doorgevraagd naar wat professionals zo enthousiast maakt over V&V.

Nuttig en belangrijk voor het primaire proces

Vrijwel alle respondenten geven aan positief te reageren op V&V omdat ze dit als nuttig ervaren. Nuttig “(...) om te horen dat andere mensen tegen dezelfde dingen aanlopen en ook om te horen dat sommige mensen dan dingen agenderen waarvan je zelf denk van gut ja daarin hebben ze wel gelijk” (Respondent N). Veel respondenten benoemen een bijdrage aan het primaire proces als belangrijkste reden voor dit enthousiasme: “(...) het verbetert je dagelijks werken.” (Respondent I). Daarnaast benoemen respondenten ook dat het “(...) het heel veel nuttige dingen heeft opgeleverd.” (Respondent B). Daarmee zagen respondenten het nut in van het veranderproces, vooral door de bijdrage aan hun primaire werk. “En ook wel vond dat een aantal zaken niet zo goed geregeld waren. En ik vind het heel fijn dat dat dan ook daadwerkelijk veranderd kan worden.” (Respondent G). “En dan niet over geld of zo, maar gewoon over, wat stom dat de witte jassen niet passen.” (Respondent F). “Om dat hele werkproces te verbeteren” (Respondent H). Deze gegevens zijn interessant omdat blijkt dat professionals vooral enthousiast zijn omdat het veranderproces lijkt bij te dragen aan het primaire proces. Dit lijkt in lijn te liggen met de theorie rondom gewoontes van professionele culturen: veranderprocessen die aansluiten bij het primaire proces lijken beter aan te sluiten. Respondenten gaven aan dat het veranderproces bijdraagt aan “Uiteindelijk de patiëntveiligheid maar ook ons werkplezier (...)” (Respondent D).

Er wordt geluisterd naar professionals

Naast dat professionals het prettig vinden dat het veranderproces relevant is voor het primaire proces, gaven respondenten ook aan dat ze het prettig vinden dat ‘de organisatie’ naar hen luistert. “En ik denk dat het heel goed is dat je, want, hoe wil je in zo’n grote organisatie zien wat er op de werkvloer speelt? Om dat ook te horen denk ik dat dit soort initiatieven wel goed zijn.” (Respondent J). Respondenten gaven het aan belangrijk te vinden dat zij als professionals gehoord worden als het gaat om zaken die aan hun werk raken of hun werk beïnvloeden. “(...) ik wil er ook wel mee laten zien dat ik het waardeer dat wij eh betrokken worden. En dat het niet iets is wat allemaal van hogere hand wordt bedacht.” (Respondent A). “Ja, herkenning en uh... bevrediging dat oplossingen er komen.” (Respondent D). Ook dat er daadwerkelijk wat gebeurt met deze meningen wordt door professionals gewaardeerd. “(...) dan is het niet zo dat het van de tafel verdwijnt en er gebeurt niks meer mee.” (Respondent J). Ook de organisatie geeft aan signalen te ontvangen dat professionals het waarderen dat hun mening en inbreng wordt gewaardeerd. “Het geeft ook een gevoel van we horen bij elkaar en we proberen hier samen dingen op te lossen.” (Respondent M). “Gewoon omdat ze een medium krijgen (...)” (Respondent K). Dit lijkt te stroken met de theorie: professionals zien zichzelf als de meest gekwalificeerde personen om te beslissen over wat er in de organisatie gebeurt, waardoor zij het belangrijk vinden dat hier ook daadwerkelijk wat mee gedaan wordt.

Afwezigheid vooral om, eveneens, het primaire proces

AIOS die nog nooit deel hebben genomen aan Verwonder & Verbeter hebben een enquête ontvangen waarin hen gevraagd wordt aan te geven waarom zij nog niet eerder aanwezig waren. Vrijwel alle AIOS gaven aan dat dit kwam door tijdgebrek (door klinisch werk) of doordat ze afwezig waren (vrij, op een andere locatie, etc.). Geen enkele AIOS gaf aan dat dit kwam doordat zij het veranderproces als niet nuttig zagen. Van de negen AIOS die de enquête hebben ingevuld gaf slechts één AIOS aan niet van plan te zijn in de toekomst deel te nemen, doordat een door hem of haar eerder aangedragen project (nog) niet is opgepakt

bij V&V. Aan de respondenten met wie in de interviews is gesproken is eveneens gevraagd waarom zij wel eens afwezig zijn geweest. Vrijwel alle respondenten gaven aan dat dit kwam "(...) door klinisch werk (...)" (Respondent H). Of omdat het "(...) druk op de afdeling (...)" (Respondent J) was. "Ik had een onderwijsdag ergens anders, in Nijmegen. Dus ik was gewoon fysiek niet aanwezig. Dat is meestal de reden dat ik niet kan. En anders probeer ik er altijd bij te zijn." (Respondent C). Wederom gaf geen enkele respondent aan dat dit door andere zaken kwam dan door praktische beperkingen. Wel is opvallend aan deze resultaten dat het veranderproces, hoewel het voor professionals relevant voor het primaire proces lijkt, toch minder hoog in de prioritering staat dan het primaire klinische werk. "Mensen hangen hier echt aan een zijden draadje en dan moet je aan zoveel dingen denken dat je denkt, komt wel." (Respondent L). Er lijkt echter wel degelijk een wil te zijn vanuit professionals om aanwezig te zijn bij het veranderproces.

Bereik is beperkt

Per plenaire sessie van V&V zijn tussen de vijf en vijftien AIOS aanwezig. Dit getal ligt vaker boven de tien dan onder de tien. Dit betekent tussen de vijftien en vijfentwintig procent van de AIOS per keer aanwezig zijn. Qua opkomst suggereerden sommige respondenten dat dit "Altijd dezelfde mensen" (Respondent F) zijn. Ook vanuit de organisatie kwamen deze signalen. "Eerlijk is eerlijk, het zijn altijd heel vaak dezelfde AIOS." (Respondent K). Deze signalen werden echter ook genuanceerd. "Ik zag laatst een paar mensen zitten en ik dacht ow wat leuk dat die erbij zitten. Die had ik niet verwacht." (Respondent E). De meest genuanceerde benadering is vermoedelijk dat een aantal mensen per definitie komt en een aantal per definitie niet. Daaromheen is een groep van AIOS die zo nu en dan komt. "Ja, bij dit soort dingen heb je altijd een vaste kern van mensen die komt. Dus uh... de mensen die er niet zijn dat is op een gegeven moment al bijna van te voren te voorspellen." (Respondent D). Er zou een bias kunnen zijn in de opkomst doordat er van nature mensen op af komen die al geïnteresseerd zijn. Deze bias lijkt vanuit de empirische data (indien al aanwezig) echter niet groot. "En een paar gezichten zie je elke keer maar je ziet ook elke keer weer nieuwe gezichten." (Respondent M). Het bereik van V&V is per sessies dus beperkt, maar over een heel jaar (gegeven de diversiteit die in de opkomst bestaat) best groot.

Concluderend

Professionals reageren erg enthousiast op het veranderproces. Enerzijds komt dit doordat het veranderproces in hun ogen relevant lijkt te zijn voor het primaire proces en anderzijds doordat zij de mogelijkheid hebben om hun mening over dit primaire proces te uiten op een manier dat er ook daadwerkelijk iets mee gebeurt. Daar waar professionals afwezig zijn lijkt dit vooral te komen door praktische redenen. Het bereik per sessie is beperkt, maar over een heel jaar redelijk groot. Nu is vastgesteld waarom professionals enthousiast zijn, zal worden gekeken naar hoe professionals de vormgeving van de inhoud ervaren (het zogenaamde veranderniveau uit het theoretisch kader). Aan de hand hiervan kan bepaald worden hoe zij de manier waarop de inhoud van het veranderproces is ingericht ervaren.

Reacties op de vormgeving van de inhoud

Er zal in dit deel gekeken worden naar hoe professionals reageren op de manier waarop de inhoud van het veranderproces is vormgegeven. Dit zal gedaan worden door te kijken naar het veranderniveau uit het theoretisch kader en daarmee de manier waarop de inhoud van het veranderproces ervaren wordt. In het theoretisch kader zijn een aantal 'niveaus' geschetst waar veranderprocessen plaats kunnen vinden. Deze waren: individueel niveau, groepsniveau, organisatieniveau en omgevingsniveau. Aan elk van deze niveaus zitten verschillende voor- en nadelen. In het theoretisch kader was geconcludeerd dat het

groepsniveau en het individueel niveau het meest geschikt waren om aan te sluiten bij professionele culturen. Groepsniveau vooral vanwege het commitment naar collega's en individueel niveau vooral omdat professionals zelf aan de slag gaan met competentieversterking. Van het omgevingsniveau en het organisatieniveau is bij dit veranderproces eigenlijk geen sprake: V&V is geen organisatiebeleid dat overal wordt ingevoerd, noch is het een extern veranderproces dat afkomstig is van bijvoorbeeld een koepelorganisatie. Zowel het groepsniveau als het individueel niveau is te herkennen in dit veranderproces. Deze worden hier besproken aan de hand van de ervaringen van de respondenten.

Groepsniveau

De indicatoren 'groepssessies' en 'veel interactie met collega's' waren indicatoren die aan zouden kunnen geven dat het om een veranderproces op groepsniveau gaat. Het groepsniveau manifesteert zich op twee manieren. In de eerste plaats zijn de V&V sessies sterk op groepsniveau ingericht: met elkaar wordt nagedacht over verwonderpunten en in kleine groepjes worden deze besproken. Ten tweede worden projecten die voortkomen uit de sessies in groepjes uitgevoerd. Deze twee zaken worden hier bekeken.

Als we kijken naar het samen nadenken over verwonderpunten vallen een aantal dingen op. Verschillende respondenten gaven aan dat dit positief van invloed was op de sfeer: *"Het is allemaal heel amicaal en onderling is het leuk en gezellig."* (Respondent A). Hierdoor is werken in een informele sfeer veel makkelijker: *"Maar het feit dat er een heel informele sfeer is maakt wel dat je veel gemakkelijker kunt spreken en dingen kunt aangeven. Dus dat je open bent over dingen, maar niet echt sociale contacten of zo dat hebben we al op andere momenten."* (Respondent B). Hiermee is het dus niet zozeer een sociale bijeenkomst, maar wel een bijeenkomst dat door een sociaal/informeel aspect aantrekkelijker is voor professionals. Het is volgens respondenten dus geen 'straf' om naar de bijeenkomst te gaan. *"En de collega's die daar zitten, dat zijn de collega's met wie je meer van dit soort dingen doet. Dus dat is wel een leuke plek om of een leuk moment om bij elkaar te zijn, maar het is wel ook wel serieus (...) aangepakt."* (Respondent C). Sommige respondenten gaven ook aan dat dit *"(...) een soort verplichting is tegenover je collega's, in ieder geval dat je het zo voelt om te komen. Niet per se in negatieve zin"* (Respondent H). Hierdoor is er een bepaald positief groepsproces op gang gekomen dat bijdraagt aan de medewerking van professionals aan dit veranderproces. Ook de organisatie benoemde dit: *"(...) ze doen het niet voor ons. Ze doen het voor zichzelf"* (Respondent K). Een resultaat van dit groepsniveau is dat respondenten enthousiast zijn over de vormgeving van de inhoud: *"Leuk en interessant om ook van je collega's waar zij tegen aan lopen. En ook dat andere mensen die dingen noemen waarvan je denkt oh daar heb ik me inderdaad wel over verwonderd maar ik heb er toen niets mee gedaan."* (Respondent J). Respondenten konden zich identificeren met de verschillende verwonderpunten die werden aangedragen en gaven aan het nuttig te vinden om over problemen (verwonderpunten) op de werkvloer na te denken. Daarnaast is het volgens respondenten ook *"een ventiliatiemoment naar de opleider toe van joh we vinden dit of we vinden dat."* (Respondent F). Hierdoor konden dergelijke problemen bespreekbaar worden gemaakt. *"Weet je op de werkvloer is het heel lastig om over negatieve dingen te spuien over dit en zus en zo en dan denk ik nou ja de laag boven mij gaat het maar oppakken (...)"* (Respondent D). Deze opzet maakt dit wel mogelijk: *"Eerst gaan we ons daarover verwonderen, en dat is vaak iets waarvan je dan achter komt dat meerdere collega's zich daar over verwonderen"* (Respondent A). Via kleine groepjes wordt in de sessie eerst over verwonderpunten nagedacht, waardoor elke deelnemer ook daadwerkelijk aan bod komt. Want, het idee van die groepjes is dat je dan in kleinere groepjes met z'n drieën of tweeën beslist waar de prioriteiten liggen. *"Dat je, eh, als iedereen een probleem inbrengt dan moet*

iedereen er ook over nadenken van wat vind ik eigenlijk relevant aan deze problemen en wat gaan we tackelen. Uitgaan in kleine groepjes of overleg in kleine groepjes voorkomt dat de grootste schreeuwer altijd zijn probleem opgelost krijgt.” (Respondent F). Van tijd tot tijd werd hierbij wel genoemd dat het format van eerst in kleine groepjes bespreken niet perfect is: “(...) ik vind het een beetje schools.” (Respondent F). “Ik dacht eerst eh, poeh poeh, ik zit er niet heel erg op te wachten, maar uiteindelijk werkte het volgens mij wel. En het is ook tien minuten met elkaar brainstormen waar je vindt dat de grootste knelpunten zitten. Het is natuurlijk wel altijd zo dat je je eigen knelpunt het grootste knelpunt vindt.” (Respondent G).

De tweede manier waarop het groepsniveau zich manifesteert, is dat er, wanneer is aangewezen welke personen een bepaald verwonderpunt aan gaan pakken, in groepjes van 2 of 3 over een periode (tot dat het verwonderpunt is opgelost) wordt samengewerkt. Verwonderpunten worden dus expliciet niet door de divisieleiding aangepakt. Respondenten reageren hier enthousiast op: “(...) heel vaak weet je zelf precies heel goed wat de bedoeling is en als je daarin wordt gefaciliteerd naar de juiste kanalen om dat zelf te kunnen oplossen dan is dat meestal het efficiëntste en het snelst. Je kan beter uitleggen wat nou het probleem is.” (Respondent D). Samen denken de professionals na over hoe het verwonderpunt het best benaderd kan worden: “(...) we (...) hebben (...) gebrainstormd eh, een half uurtje of zo. Helemaal niet eindeloos. Wat is het probleem? Eh, hoe zouden we het graag zien? En, hoe denken wij daar te komen? En daar hebben we ook een klein notitie'tje van gemaakt.” (Respondent A). Dit proces komt vrij snel op gang: “(...) we hebben al een paar keer even over gemaïld en al even nagedacht over wat we willen gaan doen” (Respondent G). Ook gaven professionals aan hierdoor sterker gemotiveerd te worden doordat zij samen een bepaalde opdracht oppakken. Dat kan enthousiasmerend zijn (samen een probleem tackelen), maar ook steunend zijn (elkaar bij het project betrokken houden als dat nodig is). Zowel de indicator ‘groepsessies’ alsmede de indicator ‘veel interactie met collega’s’ lijkt dus terug te komen in het veranderproces.

Individueel niveau

Wat betreft individueel niveau waren twee indicatoren geïdentificeerd: ‘professionals gaan zelf aan de slag’ en ‘weinig inmenging organisatie’. Als we kijken naar deze indicatoren vallen bij het veranderproces een aantal zaken op. Los van het groepsniveau worden deelnemers namelijk aangespoord om zelf een deel van het verwonderpunt op te pakken (bijvoorbeeld een deel van de taken uit te voeren die op groepsniveau zijn vastgesteld). Op deze manier is het veranderproces ook individueel: je gaat zelf aan de slag met verschillende taken waarmee je competenties versterkt. Daarnaast worden sommige, bijvoorbeeld kleine, verwonderpunten volledig individueel uitgevoerd, waardoor individuen volledig verantwoordelijk zijn voor de uitvoering. De respondenten die alleen een verwonderpunt uitvoerden hadden eigenlijk liever een groepje gehad. “Eigenlijk moet ik ook gewoon het initiatief nemen om bij een volgende sessie te zeggen van nou jongens, ik vind het prima om hier mee door te gaan maar ik wil eigenlijk wel weer ook even een sparringpartner om mee verder te gaan. (...) Dan kun je elkaar ook weer stimuleren. Om mee verder te gaan.” (Respondent H). Door omstandigheden kan het bijvoorbeeld voorkomen dat iemand er alleen voor komt te staan. “(...) zonder m’n collega af te vallen want m’n collega had, die had het super druk en die is daar niet meer aan toegekomen.” (Respondent C). Het resultaat hiervan is volgens respondenten dat op sommige momenten projecten blijven liggen of niet tot het gewenste eindresultaat worden gebracht. “Het duurt soms wel lang voordat het uiteindelijk tot resultaat wordt gebracht. Ik weet niet wat, er blijven wel dingen liggen” (Respondent E). Niet alleen kan hierdoor een project stilliggen, ook ligt de competentieversterking op zo’n moment stil.

Zowel groepsniveau als individueel niveau komen terug

Uit het voorgaande kan geconcludeerd worden dat zowel het groepsniveau als het individuele niveau terug te vinden zijn in Verwonder & Verbeter. Het groepsniveau komt terug door de plenaire sessies en het werken in groepjes. Dit lijkt aan te sluiten bij professionele culturen: door de hoge mate van loyaliteit aan collega's kan dit motiverend werken voor professionals. Ook in V&V is dit terug te zien: professionals lijken het groepsaspect erg te waarderen. Het individueel niveau komt terug door soms individueel projecten uit te voeren of op andere momenten een individueel deel van een project uit te voeren. Hoewel vanuit de theorie is gesuggereerd dat ook dit aan zou sluiten bij professionele culturen, lijken professionals hier zelf iets minder tevreden over te zijn dan het groepsaspect. Mogelijk heeft dit ook met andere zaken verwantschap (zoals tijdsdruk). Het is als laatste stap van de inhoud van het veranderproces interessant om te kijken hoe de inhoudelijke vormgeving van het veranderproces competentieversterking mogelijk maakt.

Effectiviteit van competentieversterking

In dit deel wordt zoals gezegd gekeken op welke manier er competentieversterking plaatsvindt. Dit is relevant omdat hierdoor inzichtelijk wordt op welke manier de vormgeving van de inhoud van het veranderproces deze competentieversterking mogelijk maakt.

Plenaire sessies

In de plenaire sessies wordt door middel van het groepsniveau nagedacht over de verschillende verwonderpunten. Al in hoofdstuk vijf is hierover geschreven dat de organisatie dit ook al ziet als competentieversterking. *“Dus als je je ergens over verwondert, dan kun je je ook verwonderen en afvragen, waarom is dit eigenlijk zo? Dat heeft al analyse in zich, en dat je dan denkt, nou, misschien kan het wel beter.”* (Respondent M). Daarnaast wordt er niet alleen een analyse gemaakt, er wordt ook nagedacht over het relatieve belang van de verschillende verwonderpunten. *“(…) dus zij moeten ook eh, prioriteren van wat vinden we met z'n allen belangrijk om iets aan te doen. (...) Zodat het niet iets van ik heb het allemaal verteld en ze doet er nog steeds niks aan.”* (Respondent M). Hierdoor, stelt de organisatie, komt ook meer begrip voor dat niet alles tegelijk verbeterd kan worden, of dat er soms dingen blijven liggen. De organisatie gaf eveneens aan dat deze competentieversterking merkbaar is in de plenaire sessies. Het gezamenlijk brainstormen draagt volgens de organisatie ook bij aan competentieversterking. *“Want als je wilt brainstormen, dat komt gewoon uit de brainstorm scholen zeg maar, een soort cumulatieve brainstorm dat als je heel lang met dezelfde blijft denken dat er niks nieuws uitkomt. En dat als je twee keer wisselt, dan voegen mensen nog ietsje toe, waardoor het preciseert of echt een nieuw idee en dan is dat ook wel klaar. En daardoor wordt het meer van iedereen ook. En daardoor in de prioritering heeft iedereen ook nagedacht over de verschillend ideeën. En kun je ook eerlijker prioriteren want anders is het wij van WC eend willen altijd WC eend.”* (Respondent M).

Learning-by-doing

Een belangrijk onderdeel van de competentieversterking is het uitvoeren van de projecten (de verwonderpunten) die voortkomen uit de plenaire sessies. *“Waar zijn nu de drempels, tot waar kom ik als arts assistent makkelijk en waar ligt dan de grens. En hoe ga ik daar dan overheen. En als ik verder ga dan dat, wie heb ik daar dan voor nodig. Zoals de divisieleiding of een commissie zoals vervoer, die dat dan agendeert.”* (Respondent K). Hoewel de organisatie aangeeft dat hier competentieversterking optreedt, is de daadwerkelijke effectiviteit hiervan niet altijd duidelijk. De organisatie weet dit zelf ook niet zeker. *“Nee. In die zin, het is te klein. Zeg-maar. Ehm. Maar dat vind ik ook niet erg, het is wel een zaadje*

wat gezaaid wordt. Het zaadje dat het zo kan werken. (...) Dat je dat ervaren hebt en verwonder, door alleen al er bij te zitten, door nog niet eens zelf wat te doen... ehm... dat je niet frustraties moet hebben maar je moet verwonderen, en dat je dan zelf besluit om wel of niet iets te doen. Dat het een keuze is, in plaats van iets dat je overkomt.” (Respondent M).

De terminologie is belangrijk

De terminologie die bij V&V leidend is lijkt ook van belang te zijn voor de inhoud van het veranderproces. *“Ze zijn heel erg met elkaar bezig en dan zijn ze het héél erg met elkaar eens. Dat geeft ook dat de setting leuk is, begrijp je. Als je zegt ga allemaal maar wat klagen dan begint iedereen te klagen, maar nu heb je even daar de tijd voor maar doordat ieder groepje anders bij elkaar zit krijg je andere rijtjes. Dan komt er toch heel erg veel op tafel.”* (Respondent M). ‘Verwonderen’ en ‘verbeteren’ heeft al iets positiefs in zich, maar ook iets dat gericht is op vaardigheden (verbeteren). Dit maakt niet alleen dat de insteek positief is, maar ook dat er al gestuurd wordt in de richting van vaardigheden. Ook professionals nemen deze terminologie over. *“Ja verwonderingen is de goede, de mooie term.”* (Respondent C). Ook bij de observatie van de sessie van V&V was dit merkbaar. Een professional die binnen kwam zei tegen een collega: *“ik ga me nu eerst nog even verwonderen!”* (Observatie 2).

Competentieversterking treedt op, maar in welke mate is onduidelijk

Hoewel de organisatie over de competentieversterking enthousiast lijkt en de professionals over het veranderproces enthousiast lijken, is niet altijd duidelijk in welke mate de competentieversterking nu daadwerkelijk optreedt. Het proces lijkt soepel te verlopen, onder andere door positieve terminologie, maar welke effecten dit heeft is nog niet geheel duidelijk.

Concluderend

Professionals zijn erg enthousiast over het veranderproces. Dit komt enerzijds doordat het veranderproces relevant lijkt te zijn voor het primaire proces en anderzijds omdat het veranderproces aandacht geeft voor de meningen van professionals. Professionals geven aan dan ook alleen afwezig te zijn als zij door praktische zaken worden beperkt (bijvoorbeeld doordat zij buiten de deur zijn). Het bereik is beperkt, maar is over de verschillende sessies heen genomen redelijk goed. Professionals zijn zeer te spreken over het groepsniveau en ervaren dit als prettig. Dit leidt tot een positieve sfeer en omgeving waarbinnen de professionals graag met elkaar willen praten over zaken waar zij op de werkvloer tegenaan lopen. Tevens ontstaat er een vorm van (overwegend positieve) groepsdruk om aanwezig te zijn ten opzichte van elkaar. Het individueel niveau ervaren zij als iets minder prettig. Op deze twee niveaus vindt de competentieversterking plaats. Hoewel dit proces positief lijkt te verlopen (o.a. door positieve terminologie) is niet altijd duidelijk in welke mate competenties nu daadwerkelijk worden versterkt. Nu de inhoud van het veranderproces in kaart is gebracht kan dan ook worden gekeken naar het type veranderproces (de manier waarop het proces is vormgegeven).

6.1.2. Type veranderproces

Deze paragraaf staat in het teken van de manier waarop het veranderproces is vormgegeven, ofwel: het type veranderproces. In het theoretisch kader is beschreven op welke manier het veranderproces het best kan worden vormgegeven om aan te sluiten bij professionele culturen (de faciliterende variant). Om dit te bepalen is het in het theoretisch kader geïntroduceerde model toegepast op het veranderproces (direct, indirect en

dwingend, stimulerend). In deze paragraaf wordt daarom gekeken naar de twee verschillende aspecten van het type veranderproces: de horizontale positie (direct, indirect) en de verticale positie (dwingend, stimulerend) van de matrix. Op deze manier kan er inzicht gegeven worden in hoe deze kenmerken in dit veranderproces terugkomen.

Horizontale positie

De horizontale positie van het model biedt twee mogelijkheden: een veranderproces kan direct of indirect worden vormgegeven. Bij een directe vormgeving is het doel expliciet competentieversterking, terwijl bij een indirecte vormgeving het doel iets heel anders is. Om te achterhalen hoe dit bij het veranderproces zit wordt gekeken naar twee zaken: het formele doel (wat de organisatie noemt) en het doel volgens de professionals (wat deelnemers denken dat het doel is).

Formele doel

In de officiële documenten over V&V zijn, zoals eerder beschreven, drie doelen opgenomen. Het eerste is het verbeteren van de patiëntenzorg, het tweede het optimaliseren van processen en het derde het *versterken van competenties*. Officieel is het dus een doel van het veranderproces dat competenties van professionals worden versterkt. Dit derde doel wordt echter in de communicatie naar professionals toe vrijwel niet genoemd. In een recente uitnodiging voor een V&V sessie die per e-mail naar alle AIOS verstuurd werd, benoemde de organisatie dat het *“Uitgangspunt van deze Verwonder & Verbeter bijeenkomsten is om je frisse blik te gebruiken voor eventuele verbeteringen in de patiëntenzorg, de organisatie en de opleiding.”*³³ Hier is duidelijk te zien dat er expliciet niet wordt gecommuniceerd dat het doel van V&V óók is om de competenties van medische professionals te versterken. Volgens de organisatie denken AIOS: *“Hoe kan ik zelf mijn werkomgeving aanpassen en dat heeft weer raakvlakken met de competentie medische leiderschap en een stuk innovatie. Dus de doelstelling van de AIOS zijn eigenlijk veel meer de eigen werkvloer dus de operationele tijd en patiëntveiligheid en spelende wijs, doordat ze daarmee aan de gang gaan, ontwikkelen ze de competentie medisch leiderschap en verandermanagement.”* (Respondent K). Op de vraag of AIOS door hebben dat het doel ook competentieversterking is reageert de organisatie ontkennend. *“Ik denk dat zij echt opereren vanuit de eerste twee punten. Ze weten van hun eigen werksfeer en ze weten van de patiëntveiligheid. Uh.. onderliggende competentie die hiermee versterkt wordt, nee dat beseft hebben ze niet. Hoeft ook niet.”* (Respondent K). Het draait echter wel degelijk om *“ontwikkeling van beginnend leiderschaps- en managementkwaliteiten volgens het principe ‘al doende leert men’”* (Schneider, 2013). *“Verwonder & Verbeter draait om learning by doing. In het ontwikkelen en het verkrijgen van management- en leiderschapskwaliteiten van artsen in opleiding tot specialist.”* (Respondent M). *“Dus als je je ergens over verwondert, dan kun je je ook verwonderen en afvragen, waarom is dit eigenlijk zo? Dat heeft al analyse in zich, en dat je dan denkt, nou, misschien kan het wel beter.”* (Respondent M). Toch wordt dit doel niet actief vermeld: bij een eerdere e-mail uitnodiging zat in de bijlage een samenvatting van het V&V concept waarin vindbaar was dat competentieversterking onderdeel was van de doelen. De divisieleiding gaf aan dat zij dit niet expliciet communiceren naar de AIOS toe.

Doel volgens de professionals

Om te bekijken of professionals zich bewust zijn van de competentieversterking is aan alle respondenten gevraagd om het doel van V&V te omschrijven. *“Ik denk dat ingestoken is op iets dat wij, waar wij als assistenten tegenaan lopen en denken he wat is het raar geregeld,*

³³ E-mail uitnodiging V&V sessie april 2013, Els Pieper

*dat zou ik wel anders willen hebben.” (Respondent F). “Ik zou het omschrijven als een voor ons assistenten een laagdrempelige bijeenkomst met als doel problematiek in de zorg die het dagelijks functioneren rondom de patiënt belemmering dan wel niet beïnvloeden maar ook daar buiten als onze functie als arts-assistent om dat aan de kaak te stellen en daarvoor heldere oplossingen trachten te formuleren.” (Respondent D). In langere of korte bewoordingen kwamen alle antwoorden ongeveer op hetzelfde neer: “Het zijn eigenlijk bijeenkomsten waar wij als arts assistenten die zeg-maar van alles meemaken op de werkvloer, direct kunnen aangeven waar wij tegen aan lopen in de praktijk. Wat obstakels voor ons zijn. Ehm. Waar dan in overleg, eh, zeg-maar een oplossing voor wordt bedacht.” (Respondent H). “En dan is volgens mij het idee erachter dat je, ehm, dat dit een soort manier is om via een wat gemakkelijkere weg dingen te kunnen veranderen.” (Respondent G). Uit deze resultaten komt sterk naar voren dat professionals het veranderproces in eerste instantie niet associëren met competentieversterking, maar met het bespreken en oplossen van zaken waar zij in het dagelijks werk tegenaan lopen. De perceptie van het doel is dus veel meer dat V&V gericht is op ‘de patiëntenzorg verbeteren’ en ‘de werkprocessen verbeteren’. Het zijn precies deze zaken die professionals volgens het theoretisch kader *wel belangrijk vinden*. Zij raken namelijk aan de ‘tradities’ uit het theoretisch kader: ‘we doen het werk voor de patiënt.’ Gegeven de tijds- en prestatiedruk waar professionals verder onder staan, is het eveneens logisch dat zij aangetrokken worden tot ‘werkprocessen verbeteren’. Dit maakt hun werk immers makkelijker.*

Nadat de respondenten V&V hadden omschreven is ter controle expliciet doorgevraagd of dit het enige doel van het project is (NB: de term ‘veranderproces’ is expliciet vermeden om de respondenten niet te sturen). De meeste respondenten gaven aan van wel, *“ik dacht wel dat dat het idee was ja.”* (Respondent F). *“Wat ik weet is dit het.”* (Respondent G). *“Zo niet dan moet je me even bijscholen (...)”* (Respondent F). Na veelvuldig doorvragen zeiden enkele respondenten iets over competentieversterking. Soms raakte dat zijdelings aan competenties: *“In die zin dat we natuurlijk (...) dat gaan verbeteren.”* (Respondent H), of raakte het aan de organisatie: *“Nou een bijkomend voordeel is ook dat je leert dat je niet in een organisatie werkt waar je zelf geen invloed op hebt, maar dat je best wel dingen kunt aanpakken”* (Respondent C). Slechts zeer af en toe werd er wat explicieter over competenties gesproken: *“Dat je vervolgens weer een stukje management leert, want want, wat verder aardig is, is dat wij nu een bepaald probleem gaan aanpakken, naja bedden regelen op de eerste hulp (...) En het aardige daaraan is dat je dan ook weer een stukje leert van, hoe bespreek ik dat nou met mensen van de divisieleiding, je krijgt een afspraak met iemand die daar de coördinatie van is. Zo leer je ook jezelf te ontwikkelen op een gebied van meer management, ja.”* (Respondent A). *“Dus je leert ook van management, dat je eh, zeg-maar, actief ook zelf iets aan de situatie kunt veranderen”* (Respondent J). *“Het management erom heen wat je moet kunnen en de hele dag komen er heel veel dingen op je af. En je moet ook leren om dat allemaal gestructureerd, je dingen af te krijgen. Maar ook als kunt, hoe kan je in een grote organisatie zoals dit, het UMC, later een ziekenhuis, ervoor zorgen dat jij problemen die jij signaleert, kan aanpakken, uitwerken en verbeteren. En dat leer je denk ik wel, hierdoor, door na te denken wat zijn haalbare dingen waar kan ik wat aan doen. Wie kan ik daarvoor inzetten, wie kan ik daarvoor vragen om me te helpen.”* (Respondent E). Dit kan helpen omdat een professional *“(…) vaak niet weet hoe je het kan aanpakken.”* (Respondent E). Opvallend was dat de respondenten die hierover spraken vaak de respondenten waren die een project hadden opgepakt (een verwonderpunt hadden uitgewerkt tot een daadwerkelijke verandering).

Nergens werd expliciet het woord competenties in de mond genomen. Daar waar er wel over competenties werd gesproken (zoals bij de laatste quote) ging dit vooral over

vaardigheden hoe problemen opgelost kunnen worden en niet over andere competenties die ontwikkeld worden zoals leiderschap. De respondenten die dus wel hadden geïdentificeerd dat er competentieversterking plaatsvindt, waren hier opvallend genoeg niet afwijzend of negatief over, zoals het theoretisch kader suggereert. Slechts weinig respondenten identificeerden deze competentieversterking echter (en alleen na veelvuldig doorvragen).

Verticale positie

Net als de horizontale positie biedt ook de verticale positie twee mogelijkheden: een veranderproces kan dwingend zijn (bijvoorbeeld verplicht) of stimulerend zijn (bijvoorbeeld optioneel). Hiervoor zijn in de onderzoeksopzet de indicatoren 'verplicht/stimulerend' en 'dwingende middelen/geen dwingende middelen' benoemd. In lijn met het vorige punt wordt wederom naar de formele positie en de positie volgens professionals gekeken.

Formele positie

Uit alle officiële documenten, communicatie en informatie van de organisatie blijkt dat het veranderproces niet verplicht is. Indien er AIOS geïnteresseerd zijn, dan kunnen zij vrijblijvend deelnemen aan de sessie. Ook het aanpakken van een verwonderpunt is niet verplicht (deelname staat dus los van het eventueel oppakken van een project). *“Dat werkt ook niet van bovenaf. Dan zeggen professionals: ‘er is een manager die bepaald heeft dat we ons gaan verwonderen en verbeteren.’ Dus, het moet klein zijn, anders is het weer opleggend. Als je het te groot maakt en over organisaties uitstrooit ontstaat er weerstand: professionals moeten er zelf enthousiast over zijn.”* (Observatie 1). Dit is volgens de organisatie een bewuste keuze. *“Ja, want uh.. de kracht zit hem erin dat je enthousiaste AIOS hebt. Mensen die moeten en niet willen, die zitten daar toch maar niks te doen.”* (Respondent K). Daarmee is het veranderproces dus een proces dat zeker niet het dwingende spectrum, maar eerder in het stimulerende spectrum van de as zit. Deze observatie strookt met het beleid van de organisatie: volgens de organisatie worden AIOS wel aangemoedigd om naar de V&V sessies te komen (stimulerend). Daarnaast is er volgens de organisatie een pragmatische reden om niet alle AIOS te dwingen om aanwezig te zijn. *“Ja, je komt nergens meer. Iedereen mag dan drie punten bedenken, dan heb je 180 punten. Dan moet je nog gaan scoren met elkaar, je moet werkgroepjes gaan bedenken. Dat gaat hem niet worden. De kracht zit hem in de kleinschaligheid. En het enthousiasme. Een enthousiaste kleinschalige club.”* (Respondent K). Ook wilde de organisatie eerst experimenteren met het veranderproces. *“Ik wou het een beetje uitproberen... dus dan wil je het niet verplichten. Eh... Nu het zijn effecten op heeft zou je kunnen zeggen om het te verplichten.”* (Respondent M).

Positie volgens professionals

Om te bekijken op welke manier de professionals V&V zagen in termen van dwang is hen gevraagd waarom zij deelnamen en wat zij van het project vonden. *“Ik vind het heel leuk en ook een goed initiatief. En uh.. ik denk ook wel dat er goed wordt gekeken van wat is haalbaar he.. ik bedoel er is natuurlijk veel relevant maar wat is nou haalbaar om op te lossen op zichzelf. Waar kun je echt naar streven. En daar komen mooie dingen uit.”* (Respondent D). *“Ja, ik uh.. ik vind het leuk om eraan deel te nemen en ik denk ook dat het heel veel nuttige dingen heeft opgeleverd.”* (Respondent B). *“Ik vind het wel een goed project. Daarom ga ik er ook, probeer ik er ook elke keer heen te gaan. Ehm. Vaak omdat het wat, wat je wel kan bereiken, de wat kleinere dingentjes waar je tegenaan...”* (Respondent F). Hierbij valt op dat, zoals al eerder aan bod is gekomen, professionals gebruik maken van het stimulerende veranderproces omwille van het oplossen van zaken waar zij in het

primaire proces tegenaan lopen. *“Ja, in vind het hartstikke leuk. Echt super.”* (Respondent E). Centraal staat *“(…) dat hele werkproces te verbeteren”* (Respondent H). Bij één respondent kwam een opmerkelijke reactie. *“Het is verplicht. Eh. Maar anders zou ik ook wel komen. (...) Ik werk hier nu sinds januari en er waren wel een paar dingen waar ik me over verbaasde. (...) En ook wel vond dat een aantal zaken niet zo goed geregeld waren. En ik vind het heel fijn dat dat dan ook daadwerkelijk veranderd kan worden.”* (Respondent G). Hoewel deze respondent onder de indruk was dat het verplicht was, werd dit wel genuanceerd met de opmerking dat deze respondent anders ook was gegaan. Toch was er bij sommige respondenten ook weerstand op te merken. *“Aan het begin dat ik dacht van... Nou.... Ik weet het niet. He, hebben we weer een of andere bijeenkomst waar we wat moeten. Ehm. Maar goed er komen wel echt, wat iemand ook inbrengt, het is eigenlijk voor ons allemaal heel erg herkenbaar”* (Respondent H). *“Ik dacht eerst eh, poeh poeh, ik zit er niet heel erg op te wachten, maar uiteindelijk werkte het volgens mij wel.”* (Respondent G). Opmerkelijk is dat bij de respondenten, waar in eerste instantie weerstand was, vervolgens wel draagvlak ontstond wanneer zij kennis hadden gemaakt met het veranderproces. *“Er zijn wel ontzettend veel besprekingen waar we naar toe moeten. Ehm. Ik ook als arts assistent. En eigenlijk uit elke bespreking komt wel weer iets voor waar je wat mee moet. En of het nou met een patiënt is of op een heel ander gebied iets is dat je moet doen, en dan kwam dit er wel weer bij ja.”* (Respondent H).

Om te bekijken hoe respondenten het stimulerende aspect zagen, is de respondenten gevraagd wat zij er van zouden vinden als het project verplicht zou zijn. Een eerste reactie was typerend. *“Nee. Je moet dingen niet verplichten bij mensen die al boven de dertig zijn.”* (Respondent F). *“Ja, dan haal je het doel onderuit en gaan ze uh.. dan gaan ze er zitten en dan zullen ze nooit een project opvangen.”* (Respondent D). Toch waren niet alle respondenten negatief: *“Nee nee, dat maakt me niet zoveel uit, nee.”* (Respondent J). De meeste respondenten gaven aan in dat geval waarschijnlijk meer weerstand te hebben ten opzichte van het veranderproces: *“(…) aan het begin met de hakken in het zand”* (Respondent H). *“Dat stuit heel veel mensen tegen de borst.”* (Respondent E). De respondenten benoemden dat verplichte zaken sowieso niet ‘prettig’ zijn. In zijn algemeenheid waren respondenten veelal negatief over een eventueel dwingend karakter van het veranderproces.

Concluderend

Verwonder & Verbeter heeft drie formele doelen, waarvan competentieversterking een belangrijke is. De organisatie communiceert dit echter niet als zodanig, waardoor het niet lijkt dat het doel competentieversterking is. Dit is terug te zien in hoe professionals het doel zien: dit lijkt vooral te gaan over het verbeteren van zaken die zij op de werkvloer tegenkomen en expliciet niet het versterken van hun competenties. Ofwel: zaken relevant voor het primaire proces. Slechts in enkele gevallen benoemden respondenten dit, vaak wanneer zij een of meer projecten hebben opgepakt. Dit zou ook een indicatie kunnen zijn voor dat de competentieversterking ook effectief is: mogelijk hebben deze respondenten een versterking in hun competenties ervaren. Verder is V&V formeel een stimulerend veranderproces. Ook ervaren professionals V&V als een stimulerend veranderproces en vinden zij dit ook erg prettig. Zij reageren dan ook sterk negatief tegen het idee om het veranderproces verplicht te maken. Dit sluit aan bij de theorie rondom professionele culturen: professionals lijken een afkeer te hebben tegen dwingende veranderprocessen, waardoor deze beter stimulerend vormgegeven kunnen worden om aan te sluiten bij professionele culturen.

6.2. Aansluiting van de vormgeving

In deze paragraaf wordt bekeken hoe de vormgeving (de inhoud en het type) van het veranderproces aansluit bij professionele culturen. Dit wordt gedaan door enkele conclusies te verbinden aan de resultaten en analyse uit de voorgaande paragraaf.

Horizontale positie sluit aan bij stijlen en gewoontes

Verwonder & Verbeter lijkt de kenmerken te hebben van een indirect veranderproces. Hoewel het doel namelijk wel degelijk competentieversterking is, wordt dit niet als zodanig gecommuniceerd of uitgedragen. Het doel wordt door professionals vooral gezien als het oplossen van problemen in het primaire proces die hun werk makkelijker maken of de zorg voor patiënten verbeteren. Vanuit de theorie is gesteld dat professionals dit belangrijk vinden, omdat het aansluit bij de gewoontes van professionele culturen. Hoewel het veranderproces professionals dus wel degelijk aan de slag laat gaan met competentieversterking, zien professionals dit niet. Tegelijkertijd geeft het primaire proces een goede reden om deel te nemen aan het veranderproces. Hiermee lijkt het veranderproces goed aan te sluiten bij professionele culturen: het veranderproces gaat over het primaire proces (waar professionals vanuit gewoontes waarde aan hechten) en heeft in eerste instantie dus ook een 'technisch' karakter (waar professionals vanuit stijlen van professionele culturen een voorkeur voor hebben). Sommige respondenten hebben competentieversterking echter wel geïdentificeerd en zijn hier overwegend positief over: hoewel het bereik en de versterking klein lijkt te zijn lijkt er wel competentieversterking op te treden.

Verticale positie sluit aan bij tradities

Autonomie is vanuit de theorie een belangrijk onderdeel van de tradities van professionele culturen. V&V lijkt geen dwingend veranderproces te zijn. Het veranderproces is optioneel, maar wordt wel aangemoedigd. Daarmee is het een stimulerend veranderproces. Ook dit lijkt goed aan te sluiten bij professionele culturen (vooral bij de traditie autonomie). Dit leidt tot een groep mensen die enthousiast is en graag deelneemt. Dit heeft echter ook geleid tot een vaste kern van mensen die aanwezig is en een vaste kern van mensen die niet aanwezig is. Sommige mensen doen zo nu en dan mee. Zelfs bij een vrijblijvend veranderproces als dit bestond er bij sommige respondenten nog initiële weerstand die vervolgens verdween na verdere kennismaking met het veranderproces. Dit illustreert echter wel, in combinatie met de reacties op het eventueel verplicht maken, de afkeer die professionals lijken te hebben ten opzichte van dwingende, verplichte veranderprocessen.

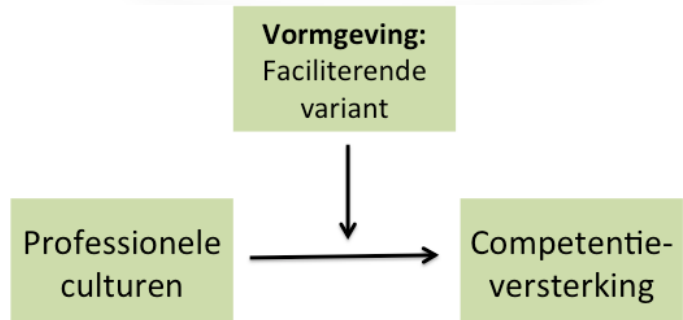
Faciliterende variant

Als we de vormgeving in kaart brengen is het veranderproces dus onder te brengen in het kwadrant rechtsonder: indirect en stimulerend. Dit betekent dat het veranderproces getypeerd kan worden als de *faciliterende variant*. Vanuit de theorie is gesteld dat deze variant vermoedelijk het beste aan zou sluiten bij professionele culturen, vanwege het ongedwongen karakter en het doel dat voor professionals relevant is. Ook empirisch lijkt dit het geval te zijn: Verwonder & Verbeter voldoet precies aan de kenmerken van de faciliterende variant. De verschillende tradities, stijlen en gewoontes die op de interne geneeskunde bestaan, lijken dus aan te kunnen sluiten bij dit veranderproces gericht op competentieversterking door gebruik te maken van de faciliterende variant. Op deze manier bemoeilijken professionele culturen de competentieversterking niet, maar bevorderen ze competentieversterking juist. Juist door bijvoorbeeld de indirecte vormgeving is het doel van het veranderproces nu relevant voor het primaire proces, waardoor professionals niet alleen

deelnemen aan het veranderproces, maar ook bijzonder enthousiast zijn over dat veranderproces.

	Direct	Indirect
Opleggend	Dwingend	Controlerend
Stimulerend	Sturend	Faciliterend

Als we dit terugkoppelen aan het schema van het begin van dit hoofdstuk en deze aanpassen (zie rechts) kunnen we vaststellen dat een vormgeving, die aansluit bij professionele culturen, het beste in de vorm van de faciliterende variant kan worden vormgegeven. Verwonder & Verbeter illustreert de aansluiting van deze variant op professionele culturen. Hier hoort echter nog een tweede deel bij, namelijk factoren die naast de vormgeving van invloed zijn op die aansluiting. Deze beïnvloedende factoren raken aan bestaande zaken in de organisatie (zoals historische context), maar vooral aan de organisatie rondom V&V heen. Met andere woorden: de mate waarin de organisatie van V&V deze aansluiting beïnvloedt. Kortom: waar de vormgeving gaat over het veranderproces zelf, gaan deze beïnvloedende factoren over alles om dat veranderproces heen. Dit zal dan ook in de volgende paragraaf bekeken worden.



6.2. Hoe V&V is georganiseerd

Nu bekeken is hoe de vormgeving van het veranderproces werkt, wordt bekeken welke andere invloeden er zijn op de aansluiting tussen het veranderproces en professionele culturen. Deze paragraaf staat in het kader daarvan, door te kijken naar hoe Verwonder & Verbeter is georganiseerd. Het draait hierbij om factoren die naast de vormgeving van het veranderproces van invloed zijn op de aansluiting tussen veranderprocessen en professionele culturen. In lijn met het theoretisch kader wordt gekeken naar leiderschap, participatie en randvoorwaarden. Deze delen geven samen antwoord op de empirische deelvraag “Welke factoren hebben invloed op de aansluiting tussen professionele culturen en ‘Verwonder & Verbeter’?”

6.2.1. Leiderschap

In het theoretisch kader kwam naar voren dat leiderschap bepalend kan zijn voor de mate waarin een veranderproces succesvol is. Leiderschap uit het theoretisch kader is geoperationaliseerd naar een aantal indicatoren. ‘Doorduwen’ (dwingend leiderschap, druk), ‘verkennen’ (samenwerken, transparant) en ‘inspirerend leiderschap’ (enthousiasmerend, autoriteit). Voor professionals leek in het theoretisch kader verkennend, inspirerend leiderschap van belang. Dit om zoveel mogelijk ruimte te geven voor hiërarchie in de vorm van ‘wie het weet mag het zeggen’: een traditie van professionele culturen. In lijn met de vorige paragraaf wordt leiderschap bekeken vanuit twee posities: het formele leiderschap (wat de organisatie hier over zegt) en leiderschap volgens professionals (hoe de respondenten dit zien). Ter verduidelijking: op momenten waarop er over ‘zij’ of ‘haar’ wordt gesproken, wordt verwezen naar de persoon Margriet Schneider, voorzitter van de divisie interne geneeskunde en bedenker/trekker van Verwonder & Verbeter. De reden hiervoor is dat Schneider het veranderproces leidt en het gezicht van het

veranderproces is. Leiderschap als criterium is dus het meest op haar persoon van toepassing.

Formeel leiderschap

De organisatie lijkt een sterk verkennende, inspirerende interpretatie te hebben van leiderschap. *“Er gebeurt niets als je mensen niet enthousiasmeert. Dat gebeurt alleen als ze zien dat er iets kan verbeteren. Maar ook als je er achteraan gaat en ze blijft aanspreken. Want artsen hebben ijzersterke routines die enorm moeilijk te doorbreken zijn. Ze zeggen dan: “we doen dat op de afdeling nou eenmaal zo.” Of de secretaresse zit er al 20 jaar, of ‘de baas wil het niet.’”* (Observatie 1). Over het leiderschap van Schneider is de organisatie zeer te spreken. *“Ja, want ze is er wel altijd. En ze brengt het ook enthousiast. Ook in praatjes of dingetjes. Ze brengt het ook als iets heel erg leuks. Tenminste ik kan me voorstellen, als het zo enthousiast wordt gepresenteerd, uh.. dat je ook denkt ik ga een keertje kijken hoe het is”* (Respondent K). Ook de sessies lijkt Schneider volgens de organisatie goed te leiden. *“Heel goed. Ik vind dat ze het heel laagdrempelig doet. Maar toch voldoende sturing, heel erg gericht om concreet tot een punt te komen. Dus uh.. ze wijst verder niemand aan van nou als jij dat nou eens gaat doen. Ze laat het echt bij de groep. Identificeren gaat ook echt bij de groep. Er zijn ook wel eens onderwerpen waarvan wij denken; zou dat niet iets zijn voor Verwonder en Verbeter. Maar tot nu toe hebben we er echt voor gekozen om geen onderwerpen aan te dragen. Want ga je het misschien in de mond leggen dat zij dat moeten doen. En dat voelt het misschien wel opgelegd. Ze hebben tot nu toe ook wel een paar punten bedacht waarvan wij zelf dachten, van nou dat is echt iets voor Verwonder en Verbeter, omdat we dat proces niet willen beïnvloeden.”* (Respondent K). Deze typering strookt grotendeels met de observatie van de V&V sessie: Margriet Schneider enthousiasmeert en motiveert de professionals, zonder dat op een dwingende/opleggende of autoritaire manier te doen. Ook Schneider zelf geeft aan dat zij zo min mogelijk inhoudelijk probeert te sturen en zoveel mogelijk ruimte wil voor de professionals zelf (Respondent M). Zo komt het meer vanuit de groep zelf en hebben professionals niet het idee dat ze ‘toch’ gestuurd worden.

Leiderschap volgens professionals

Aan de professionals is gevraagd hoe zij het leiderschap van Margriet Schneider hebben ervaren. De meeste respondenten omschreven Schneider als *“een goede voorzitter die niet sturend is op een inhoudelijke manier maar wel op tijdsgericht zeg-maar, ze geeft van te voren goed aan van we doen drie keer twintig minuten, en dit is de indeling, en we gaan het zo aanpakken. En doet meer constatering van de meeste mensen storen zich hier aan, daar gaan we dan mee aan de slag. Maar ze zit absoluut niet te sturen van eh, dit is onzin of eh, stel je niet zo aan ofzo.”* (Respondent A). Vrijwel alle respondenten waardeerden het zeer dat Schneider de tijd goed in de gaten houdt. *“Ze stuurt strak, ze houdt de tijd goed in de gaten. Wat belangrijk is, want het is bijna altijd van vijf tot zes.”* (Respondent C). Vrijwel alle respondenten typeerden Schneider als een technisch voorzitter (dus niet sturend op de inhoud). *“Zij is wel iemand die daadkrachtig is en eh, en dingen kan toewijzen en ze weet hoe ze het willen hebben, maar ik vind haar goed dat ze dingen ook organiseert, regelt. Als je bij haar iets neerlegt dan is het niet zo dat het van de tafel verdwijnt en er gebeurt niks meer mee.”* (Respondent J). Dit werd door respondenten erg gewaardeerd. Dit zou verklaard kunnen worden doordat het ruimte biedt voor de hiërarchie ‘wie het weet mag het zeggen’, in plaats van dat ‘de manager’ zelf al stuurt. Sommige respondenten gaven hierbij wel aan dat de rol van de Schneider niet onvervangbaar is, zolang haar rol maar wordt vervuld door iemand die enthousiasmerend en verkennend optreedt. *“En nou is het format natuurlijk zo dat er bij iemand anders ook wel iets mee zou gebeuren, dat denk ik toch wel, dat dat wel is,*

maar ik denk dat iemand die een voorbeeld functie heeft of iemand die daar voor staat wel nodig is.” (Respondent J).

Verschillende respondenten gaven aan dat Schneider daarnaast inspirerend is als persoon om van te leren. *“Zoals zij dat aanpakt en leidt. Het is voor mij ook een leermoment”* (Respondent E). Door te zien hoe Schneider verwonderpunten benadert kregen respondenten hier zelf ook meer ervaring mee. *“En dan is Margriet natuurlijk een goed voorbeeld, daar leer je heel veel van. Ook hoe je op een andere manier naar een praktijk kunt kijken.”* (Respondent B).

Concluderend

Het leiderschap van Schneider kan op twee manieren worden getypeerd. In de eerste plaats is het sterk technisch voorzitterschap, wat veel professionals leken te waarderen. Dit lijkt aan te sluiten bij professionele culturen: vanuit de stijlen van professionele culturen hebben professionals weinig tijd door een sterke druk op het werk. Daar hoort bij dat Schneider niet sterk op de inhoud lijkt te sturen, waardoor het stimulerende karakter van het veranderproces gewaarborgd blijft. Hierbij is Schneider sterk verkennend in haar leiderschap: er is ruimte en inbreng mogelijk voor een ieder. Dit geeft veel ruimte voor ‘wie het weet mag het zeggen’ en lijkt daardoor aan te sluiten bij professionele culturen. Het tweede aspect van haar leiderschap is dat Schneider een inspirerende leider lijkt te zijn: professionals nemen graag een voorbeeld aan haar. Op sommige punten wordt dit genuanceerd doordat dit mogelijk niet alléén bij Schneider het geval zou kunnen zijn, maar dat zij in elk geval wel die kwaliteit bezit. Dit type leiderschap lijkt echter eveneens aan te sluiten bij professionele culturen: het is niet dwingend of sturend.

6.2.2. Participatie

De mate waarin het veranderproces de participatie stimuleert kan volgens het theoretisch kader bepalend zijn voor de effectiviteit van het veranderproces. Dit tweede aspect uit het theoretisch kader bij beïnvloedende factoren is de mate van participatie die mogelijk is in het veranderproces zelf. Hier vallen de indicatoren ‘interactiviteit’ (inspraak, inbreng), ‘agentschap’ (zeggenschap, eigendom) en ‘nut’ (patiënt, zorg) onder. Wederom wordt de formele participatie bekeken en de participatie volgens professionals.

Formele participatie

De organisatie stelt dat zij een sterke mate van interactiviteit en agentschap proberen toe te passen in het veranderproces. *“Mijn visie is dat het belangrijk is dat professionals zelf de leiding nemen. Het zijn dan niet de ‘boze mensen van het management’ die je van alles aandoen, maar je kunt zelf het heft in handen nemen. Je ervaart dan dat je verantwoordelijk bent voor je eigen organisatie.”* (Observatie 1). Dit uit zich concreet in dat professionals de ruimte krijgen om te bepalen wat er besproken wordt bij Verwonder & Verbeter, maar ook hoe dat soort zaken eventueel opgelost worden (omdat professionals ook zelf gaan over de uitvoering). Dit strookt sterk met de theorie over zeggenschap en eigendom, waardoor professionals meer verantwoordelijk voelen voor het veranderproces. Professionals krijgen ook de ruimte om zelf te bepalen hoe het veranderproces wordt vormgegeven. Zo krijgen de professionals bijvoorbeeld de ruimte om aanpassingen te maken aan de werkwijze van het veranderproces. *“Zodat het niet iets van ik heb het allemaal verteld en ze doet er nog steeds niks aan.”* (Respondent M). De organisatie probeert actief interactie te bevorderen om zo meer betrokkenheid te genereren. *“En je hebt met het unithoofd gesproken. Of je hebt met de divisieleiders kennis gemaakt. Dan wordt het ook persoonlijk. Je leert mensen kennen. Je*

werkt ergens samen aan. Dan denk ik dat dat de betrokkenheid stimuleert." (Respondent K). De organisatie gaf aan dat participatie belangrijk is voor *"(...) wanneer je je puncties doet of hoe je de overdracht doet en dat daar, dat je daar eh, het kan regelen met een clubje zoals je het wil regelen, en de rest het dan ook zo gaat doen. Eh... eh... dat geeft dat je vaak meer betrokken bent"* (Respondent M).

Participatie volgens professionals

Respondenten gaven aan veel ruimte en inspraak te hebben in de vormgeving van het veranderproces. *"Toen zeiden we laten we eerst maar even kijken van wat zijn de punten die we tot nu hebben geformuleerd. En wat hebben we nu bereikt, in de afgelopen tijd."* (Respondent E). Bijna alle respondenten gaven aan dat V&V hen meer betrokken heeft gemaakt bij de organisatie, omdat zij zelf agentschap hadden over waar ze mee bezig waren. *"(...) je levert werkelijk een bijdrage aan het ziekenhuis. Ik zie nu in het systeem van de tabbladen, ja het klinkt heel lullig, maar jij weet uiteindelijk dat jij iets voor elkaar hebt gekregen."* (Respondent D). Doordat er daarnaast veel interactie is met organisatie wanneer mensen verwonderpunten oppakken, ontstaat eveneens betrokkenheid. *"En voor je dan alle betrokkenen gesproken hebt, zit je wel weer wat meer, maak je weer contact in de organisatie. Dus letterlijk raak je meer betrokken erbij. En ik denk ook dat als je het op deze manier doet dat je ook wat meer verantwoordelijkheid krijgt van he het moet wel goed gaan."* (Respondent F). De openheid en interactie van het veranderproces werd door respondenten gewaardeerd. *"Heel goed omdat wij betrokken worden, omdat wij hebben last van iets, en dan kan iemand het in de divisieleiding wel gaan oplossen, maar dan gaat het wellicht niet op een manier waarvan wij denken, dan is het misschien wel ook nog steeds niet goed"* (Respondent A). Respondenten gaven aan dat zij zich meer eigenaar voelen van het veranderproces, omdat er een grote mate van inspraak is in het veranderproces zelf. Hierdoor zijn ze ook enthousiaster. Ook dit strookt met de theorie rondom agentschap, dat belangrijk kan zijn voor de aansluiting met professionele culturen.

Concluderend

Er lijkt veel ruimte voor participatie en inspraak te zijn in het veranderproces. Niet alleen probeert de organisatie professionals de ruimte te geven om inspraak te hebben op het veranderproces, maar ervaren professionals dit ook als zodanig. De interactiviteit en het agentschap bij het veranderproces werden door respondenten zeer gewaardeerd. Dit lijkt sterk aan te sluiten bij professionele culturen: door gebruik te maken van de traditie autonomie sluit het veranderproces goed aan, professionals zijn immers zelf verantwoordelijk voor delen van het veranderproces. Professionals gaven verder aan dat, in lijn met de intenties van de organisatie, zij hierdoor zich meer betrokken voelen bij de organisatie. Enerzijds omdat er ruimte is voor hun inbreng en anderzijds omdat zij door meer interactie in de organisatie ook meer verantwoordelijkheid voelen. Dit is opvallend: daar waar betrokkenheid van professionals voor organisaties moeilijk te genereren valt, lijkt Verwonder & Verbeter hier toch in te slagen.

6.2.3. Randvoorwaarden

Het laatste deel staat in het kader van randvoorwaarden. Volgens het theoretisch kader kunnen randvoorwaarden als beïnvloedende factor aanwezig zijn in de mate waarin het veranderproces kan aansluiten bij professionele culturen. Zeker gezien de grote tijdsdruk (stijlen) vanuit professionele culturen is dit volgens de theorie belangrijk voor professionals. In lijn met de operationalisering vallen hier drie zaken onder: 'ondersteuning' (hulp,

administratie), 'timing' (snelheid, tijdspad) en '(historische) context' (mislukte projecten, spanningen/strubbelingen). Deze drie zaken worden hieronder besproken.

Ondersteuning

Vanuit de organisatie is een staffunctionaris aanwezig die bij V&V ondersteuning verzorgt. Enerzijds is dat ondersteuning tijdens de sessie (ter ondersteuning van het verloop van de sessie en van Schneider) en anderzijds om het proces te bewaken: AIOS helpen wanneer zij verwonderpunten oppakken en uit gaan voeren. *"(...) je stuurt naar haar je voorstel en dan gaat zij even met Margriet Schneider overleggen hoe je het 't beste aan kunt pakken, welke route je moet bewandelen."* (Respondent G). *"Monique die er bij zit doet ook heel veel. Ook in de communicatie, die laat je ook even voor de volgende sessie weten van, dit was jouw actiepunt en kun je, kun je straks brengen wat er mee gebeurd is. Ik denk dat dat heel goed gaat."* (Respondent C). Vrijwel alle respondenten waren enthousiast over de ondersteuning die geboden wordt. Zowel tijdens de sessie als om de sessie heen werd de ondersteuning gezien als een zeer positief en waardevol punt. *"Kijk je hebt zo iemand toch wel nodig, die af en toe een beetje kan opporren. (...) Of om ons te attenderen op de voortgang. Ja. Kijk het is natuurlijk allemaal extra en at the end zijn wij natuurlijk allemaal passanten."* (Respondent D). Sommige respondenten gaven aan dat *"(...) qua, uitvoering komt het toch op mij of op de arts assistenten in het algemeen neer om dat te realiseren."* (Respondent H). Dit lijkt echter logisch, gezien het doel van competentieversterking (waarvan een dergelijke zoektocht een onderdeel is). *"Ja, en het is ook hun tempo. Zij zijn druk, ze doen het niet voor ons. Ze doen het voor zichzelf, dus wat dat betreft moet het ook niet door ons getrokken worden."* (Respondent K). Sommige respondenten gaven aan dat verwonderprojecten soms wat lang blijven liggen. Ook de organisatie erkende dit. *"Dan blijven sommige projecten inderdaad lang liggen. Een loopt er dus al acht maanden en daar zitten we best wel op te wachten. Wat dat betreft zouden we daar strakker op kunnen sturen, aan de andere kant je moet juist een beetje niet al te zwaar maken. Je moet de balans vinden tussen AIOS iets moeten laten doen met een deadline."* (Respondent K). Dit kwam al eerder terug bij het groepsniveau, waarin bleek dat op sommige momenten het lang kan duren voordat een project is afgerond. Respondenten ervaren dit niet als positief: wanneer een punt blijft liggen, geeft dit ook een 'onvoldaan' gevoel bij respondenten.

Timing

Als we kijken naar timing en belasting vallen een aantal zaken op. De V&V sessies lijken een relatief kleine belasting te zijn op de tijd van de professionals. Ze worden één keer in de drie maanden georganiseerd tussen vijf en zes uur (slechts één uur). Toch wordt ook dit door sommige respondenten al als belastend ervaren. *"Per definitie is het extra belastend. Dat is gewoon zo (...)"* (Respondent D). *"Als ik nachtdienst heb dan zou ik er niet voor terugkomen."* (Respondent G). De respondenten gaven echter aan dat zelfs een kleine belasting geplaatst moet worden in een bredere context. *"Eén zo'n bijeenkomst is niet belastend, dat is misschien een uurtje, maar als je kijkt naar alles wat er moet en kan en mag buiten wat je normaal aan werklast hebt, is het wel weer iets extra's. dus de Verwonder en Verbeter sessies an sich zijn niet belastend maar in het groter geheel wel."* (Respondent N). Het gros van de tijdsbelasting gaat zitten in wanneer professionals eventueel een verwonderpunt oppakken. *"En het hangt een beetje af wat voor, wat voor taakje je, krijgt toebedeeld. Wat voor project. (...) Dus als je een project dat wat langzamer, niet heel veel haast heeft, en je kan tussendoor even telefoontjes plegen en dan regel je het, beter dan als je een heel protocol moet gaan zitten schrijven want dan is het wel belastend."* (Respondent F). Hoe groot het verwonderpunt is maakt hierbij zeker uit. De meeste respondenten geven echter aan: *"Het hoeft niet veel tijd te kosten, denk ik."* (Respondent E). Hiermee lijkt de belasting voor professionals relatief beperkt, wat aansluit bij de enorme tijdsdruk waaronder

medische professionals gebukt gaan. Dit kan sterk variëren, met voor sommige respondenten eventueel meer tijdsdruk dan voor anderen. *“Uh.. ja in die zin denk ik, we zijn acht keer samen gaan zitten om alles door te lezen om op papier te zetten en dan weer bespreken met de stafleden en terugkoppelen. En corrigeren en eerst ook inventariseren, ja in uren weet ik het niet. Wel een aantal uren ja...”* (Respondent B). Bij anderen viel dit weer sterk mee. *“Dit projectje helemaal, dat is echt niet belastend.”* (Respondent L). Dit brengt een bepaald risico mee, namelijk dat het voor professionals onaantrekkelijk kan worden om verwonderpunten te accepteren. *“En dat ik nu met dat ene project nu denk van nou, daar heb ik wel genoeg aan. En bij ook een volgend project, ja wie wie wie wil, dat ik denk ja sorry, maar eh (...) Ik nu niet, want ik ben met iets anders bezig.”* (Respondent H). Samenvattend lijkt de timing van Verwonder & Verbeter redelijk aan te sluiten bij professionele culturen, hoewel ieder veranderproces belastend lijkt te zijn voor professionals, vermoedelijk door de aanwezige tijdsdruk.

(Historische) context

Als we kijken naar de historische context die relevant is voor Verwonder & Verbeter vallen een aantal zaken op. Ten eerste lijken er geen onderlinge spanningen of strubbelingen te zijn op de divisie. Dit is in hoofdstuk vijf al even benoemd. *“(...) het is altijd wel gezellig als je even met je collega’s...”* (Respondent L). *“(...) het is natuurlijk wel een leuke gezellige sfeer. En de collega’s die daar zitten, dat zijn de collega’s met wie je meer van dit soort dingen doet. Dus dat is wel een leuke plek om of een leuk moment om bij elkaar te zijn (...)”* (Respondent C). Ook de organisatie spreekt over gemoedelijke gang van zaken op de divisie: *“(...) ik merk wel dat de sfeer heel goed is in de groep.”* (Respondent M). Ook zijn er in de gesprekken geen voorbeelden gevonden van eerder mislukte veranderprocessen op de divisie. Wat betreft historische context is echter wel vastgesteld (zie ook hoofdstuk 5) dat professionele culturen in sterke mate aanwezig zijn bij de divisie. Voor veranderprocessen betekent dit dat er rekening gehouden kan worden met deze culturele context, om veranderprocessen hier bij aan te laten sluiten.

Concluderend

Over de ondersteuning zijn respondenten zeer te spreken. Zowel voor de sessies als voor het uitvoeren van projecten lijkt dit een goede toevoeging voor professionals. Hier kan bij worden opgemerkt dat er niet te veel sturing moet plaatsvinden, juist omdat zelf aan de slag gaan ook deel is van de competentieversterking. Daar waar verwonderpunten te lang blijven liggen, ligt nog een kans voor de ondersteuning om deze AIOS mogelijk een zetje in de goede richting te geven. Hierbij moet dus echter rekening worden gehouden met het voorgaande. Hoewel professionals zeer druk zijn en dit ook aangeven, lijkt de tijdsdruk die Verwonder & Verbeter toevoegt voor professionals mee te vallen. Elk veranderproces kost echter extra tijd en ook V&V is daarmee een belasting voor professionals. Er bestaat een risico dat projecten erg belastend zijn, maar dat dit van tevoren niet was ingeschat. Hierdoor kan een grotere druk dan van tevoren bedacht op AIOS komen te liggen. Ook kan dit afschrikken of professionals in de toekomst terughoudender doen zijn met het accepteren van projecten. Tot slot lijkt er, zoals eerder beschreven, een sterke aanwezigheid van professionele culturen te zijn. Er lijkt echter geen historische context te zijn in de vorm van onderlinge strubbelingen of mislukte veranderprocessen.

6.4. Beïnvloedende factoren

In de vorige paragraaf is bekeken op welke manier het veranderproces is georganiseerd. Dit is gedaan door te kijken naar de aanwezigheid van enkele beïnvloedende factoren. Dit zijn

dus zaken die naast de vormgeving van het veranderproces eveneens invloed kunnen hebben op de aansluiting tussen het veranderproces en professionele culturen. In deze paragraaf wordt, concluderend, bekeken in welke mate deze beïnvloedende factoren van Verwonder & Verbeter aansluiten bij professionele culturen. Dit wordt gedaan door te kijken naar de verschillende conclusies die getrokken kunnen worden op het gebied van leiderschap, participatie en randvoorwaarden.

Leiderschap sluit aan bij tradities en stijlen

Het leiderschap rondom het veranderproces lijkt aan te sluiten bij de tradities van professionele culturen. Het leiderschap van Schneider lijkt sterk technisch te zijn (niet inhoudelijke sturend) en sluit daarom aan bij de stijlen van professionele culturen waarin tijdsdruk een belangrijke rol speelt. Ook lijkt het leiderschap sterk verkennend en inspirerend te zijn (er is veel ruimte voor professionals zelf), wat aansluit bij de hiërarchie 'wie het weet mag het zeggen', maar ook de autonomie bij tradities. Leiderschap als beïnvloedende factor lijkt dus een belangrijke (en positieve) invloed te zijn op de aansluiting tussen Verwonder & Verbeter en professionele culturen.

Participatie sluit aan bij tradities

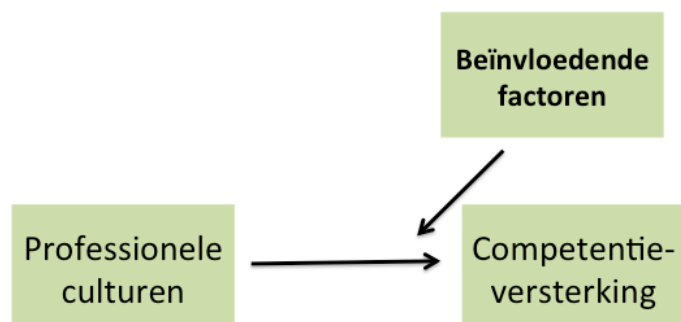
De participatie en invloed die professionals hebben op het veranderproces zelf lijkt behoorlijk groot te zijn. Er is ruimte voor professionals om het verloop en de inrichting van het veranderproces zelf aan te passen. Ook dit lijkt dus als beïnvloedende factor aanwezig te zijn en van positieve invloed te zijn op de aansluiting met professionele culturen. Dit komt omdat deze ruime participatie ruimte overlaat voor de autonomie en hiërarchie van professionele culturen, waardoor professionals meer agentschap/eigendom nemen over het veranderproces.

Randvoorwaarden sluiten aan bij stijlen

Ook randvoorwaarden lijken als beïnvloedende factor aanwezig te zijn bij het veranderproces. Met name de timing en de ondersteuning lijken belangrijke invloed te hebben op de aansluiting met professionele culturen. Door de hoge tijdsdruk is het voor professionals prettig dat V&V relatief weinig tijd kost. Hierbij is er een risico dat dit op sommige momenten toch nog erg belastend kan zijn. Om die reden zijn professionals vermoedelijk ook tevreden met de ondersteuning; dit maakt het veranderproces beter uit te voeren bij de professionals.

Concluderend

De verschillende beïnvloedende factoren die in het theoretisch kader geïdentificeerd zijn lijken inderdaad van invloed te zijn op de aansluiting tussen het veranderproces en professionele culturen (zie ook schema rechts). Deze factoren, die ogenschijnlijk niet direct met de vormgeving van het veranderproces te maken hebben, lijken echter wel degelijk van belangrijke invloed te zijn.



6.5. Conclusies

In deze laatste paragraaf worden enkele overkoepelende conclusies getrokken naar aanleiding van de voorgaande paragrafen.

Vormgeving: een faciliterende variant

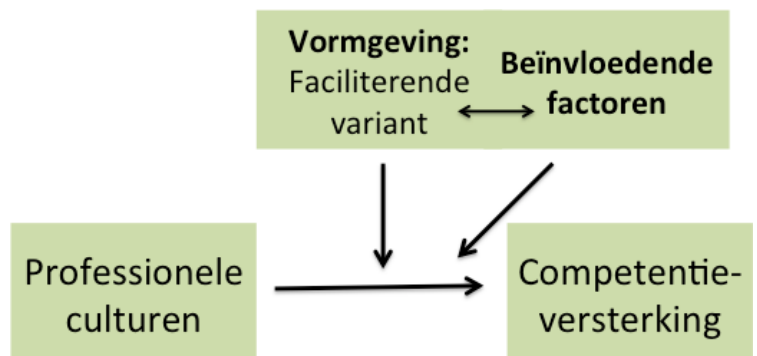
Hoewel de divisie interne geneeskunde te maken heeft met de aanwezigheid van professionele culturen, lijkt de vormgeving van het veranderproces hier goed op aan te sluiten. Door de faciliterende variant wordt rekening gehouden met de aspecten van professionele culturen. Met tradities wordt rekening gehouden door het veranderproces ongedwongen te houden. Met stijlen wordt rekening gehouden doordat het veranderproces gaat over het primaire werk en dus ook raakt aan de technische, gestandaardiseerde werkwijzen van professionals. Met gewoontes wordt rekening gehouden doordat de inhoud van het veranderproces relevant is voor het primaire proces (en de patiënt) waardoor professionals ondanks het ongedwongen karakter van het veranderproces hier toch aan deelnemen.

Beïnvloedende factoren: aanwezig en van positieve invloed

De beïnvloedende factoren die geïdentificeerd waren in het theoretisch kader lijken inderdaad aanwezig te zijn in het veranderproces. Ook lijkt de manier waarop er met deze factoren is omgegaan in V&V van positieve invloed te zijn op de aansluiting met professionele culturen. Door verkennend leiderschap toe te passen wordt rekening gehouden met de tradities van professionele culturen waar hiërarchie en autonomie een belangrijke rol spelen. Hierdoor blijft er voldoende ruimte over voor professionals zelf en hebben zij niet het idee dat de manager ‘aan het sturen’ is. Doordat er participatie en inspraak is op het veranderproces, is er eveneens een aansluiting bij autonomie omdat professionals zelf invloed hebben op het veranderproces. Tot slot wordt rekening gehouden met enkele randvoorwaarden. Door ondersteuning te bieden wordt aangesloten bij de stijlen van professionele culturen, waar tijdsdruk en belasting belangrijk is. Daarnaast is de timing voor professionals behapbaar: het veranderproces kost niet te veel tijd waardoor professionals er aan willen en kunnen deelnemen.

Een overlap tussen vormgeving en beïnvloedende factoren

Als we dit terugkoppelen naar het centrale schema van het onderzoek valt op dat het veranderproces precies aan lijkt te sluiten bij professionele culturen en hier op een effectieve manier gebruik van maakt. Daarnaast valt op dat de vormgeving en de beïnvloedende factoren niet geheel gescheiden kunnen worden: timing, leiderschap, maar ook ondersteuning en participatie zijn zaken die *eigenlijk ook deel zijn van de vormgeving*. Er is dus sprake van een mate van overlap tussen deze twee zaken die invloed kunnen hebben op de aansluiting met professionele culturen. Dit leidt tot een aantal interessante conclusies, die in het volgende hoofdstuk besproken zullen worden.



7. Conclusies & aanbevelingen

Dit hoofdstuk staat in het teken van de beantwoording van de hoofdvraag. Dit gebeurt aan de hand van de resultaten en de bijbehorende analyse (hoofdstuk vijf en zes). De hoofdvraag luidt als volgt: **“Op welke manier kunnen veranderprocessen gericht op competentieversterking bij professionals worden vormgegeven, zodat deze aansluiten bij professionele culturen en welke factoren beïnvloeden deze aansluiting?”**. Allereerst worden de conclusies van het onderzoek besproken, gevolgd door aanbevelingen die hieruit voortvloeien. Tot slot worden enkele laatste opmerkingen gemaakt ter afsluiting van dit onderzoek.

7.1. Conclusies

Deze paragraaf beschrijft de conclusies die voortgekomen zijn uit dit onderzoek. Dit zal worden gedaan door eerst te kijken naar de conclusies van de context, vervolgens die van de theoretische deelvragen en hierna de conclusies van de empirische deelvragen. Tot slot wordt een antwoord op de hoofdvraag geformuleerd.

7.1.1. Context

Toegenomen werk- en prestatiedruk

In hoofdstuk twee is geconstateerd dat de zorgsector te maken heeft met een sterk toegenomen werk- en prestatiedruk. Dit komt door een aantal zaken. Zo heeft de zorgsector door vele hervormingen en reorganisaties te maken met permanente budgettaire druk. Daarnaast is de zorgvraag exponentieel toegenomen (onder andere door een sterk toegenomen vergrijzing) en is deze zorgvraag ook meer gedifferentieerd (meer divers en gespecialiseerd geworden door toegenomen innovatie en specialisatie). De zorgsector is de afgelopen jaren steeds verder naar een marktgestuurde sector toegegroeid. Dit komt enerzijds door privatiseringen, nieuw overheidsbeleid, de noodzaak van bezuinigen en competitie, maar anderzijds ook door nieuwe maatschappelijke omstandigheden. Hierin staan steeds vaker wensen van consumenten centraal, met als gevolg meer *voice* (wensen), *exit* (de keuze om naar een andere zorginstelling te gaan), maar soms ook *silence* (geen feedback). Hierdoor is er een sterkere concurrentie tussen zorginstellingen. De combinatie van deze factoren heeft geleid tot een sterke prestatiedruk op de zorgsector en daarmee ook een grotere werkdruk voor professionals in de zorg.

Een managementrevolutie met veel weerstand

Parallel aan deze ontwikkelingen heeft zich de afgelopen jaren een *managementrevolutie* voorgedaan. Dit is een proces geweest waarin managers steeds invloedrijker zijn geworden in de zorg, ten koste van de autonomie van professionals. De opkomst van dit *managerialism* in de zorg leidde tot allerlei management gestuurd beleid. Beloftes als *efficiency* en *kostenbesparing* stonden centraal, vooral om in te spelen op de gewijzigde omstandigheden voor de zorgsector. Deze ontwikkeling wordt soms ook wel *new public management* genoemd. In een poging om bovenstaande ontwikkelingen te beheersen voerden managers veelal top-down, dwingende veranderprocessen in om veranderende omstandigheden te kunnen controleren. Bij professionals leidde dit tot veel weerstand en ook wel ‘toxic emotions:’ heftig defensief gedrag. Zeker omdat veel van deze veranderprocessen over het algemeen niet effectief bleken te zijn. Soms waren veranderprocessen zelfs schadelijk voor organisaties. In de zorgsector is hierdoor veel weerstand tegen managers ontstaan, maar ook tegen (dwingende) veranderprocessen in het algemeen. Er zou gesteld kunnen worden dat managers en professionals van oudsher op

gespannen voet met elkaar staan, maar het is zeker dat dit sinds deze ontwikkelingen het geval is.

'Nieuwe' competenties: organiseercompetenties

In toenemende mate worden 'nieuwe' competenties belangrijk voor professionals. Dit komt bijvoorbeeld door de genoemde specialisering van de zorg, waardoor professionals bijvoorbeeld interdisciplinair moeten samenwerken. Ook komt het doordat artsen steeds vaker meer en nieuwe vaardigheden nodig hebben om te kunnen opereren in organisaties. Zo zijn organisaties groter en soms (door bijvoorbeeld bureaucratie) ook moeilijker om binnen te functioneren. Deze organiseercompetenties ontwikkelen professionals echter nog niet. Enerzijds komt dit door het socialisatieproces (professionals leiden professionals op binnen een stramien waar dit niet belangrijk wordt gevonden en dit wordt dus ook overgedragen op de nieuwe generatie) en anderzijds mogelijk door de manier waarop deze veranderprocessen zijn vormgegeven (dwingend, opleggend). Professionals associëren nieuwe competenties daardoor mogelijk ook met (negatieve aspecten van) de managementrevolutie. Uit deze bevindingen wordt geconcludeerd dat de cultuur en context in de zorgsector de ontwikkeling en versterking van deze nieuwe competenties belemmert, terwijl deze competenties wel degelijk essentieel kunnen zijn voor het werk van professionals en de verbetering van zorg voor patiënten.

7.1.2. Theorie

1. Wat zijn professionele competenties?

Zwak ingebedde vaardigheden met een fuzzy/tacit karakter

In hoofdstuk drie is geconstateerd dat over het begrip van het concept competenties geen eenduidigheid bestaat. Aan de hand van literatuur is gekeken naar het verschil tussen *competencies*, *competence* en *competency*. Dit leidde tot een theoretische definitie: *'Competenties zijn specifieke sociale, communicatieve, organisatorische of technische vaardigheden die aan te leren zijn door personen'*. Professionals hebben te maken met twee soorten professionele competenties: vakinhoudelijke competenties (bijvoorbeeld medische kennis, zoals het stellen van diagnoses) en organiseercompetenties (competenties die dat werk faciliteren, zoals samenwerken). Geconstateerd is dat vakinhoudelijke competenties sterk gestandaardiseerd zijn en vaak aan de hand van bewezen technieken worden toegepast (vaak gaat het hier om technische kennis). Deze competenties zijn sterk ingebed in het werk van professionals, onder meer omdat zij een belangrijk onderdeel zijn van de beroepsopleiding. Bij organiseercompetenties lijkt dit juist niet het geval: er wordt weinig aandacht aan besteed. Ook raken deze competenties niet automatisch ingebed door het *fuzzy* en *tacit* karakter van de competenties, waardoor deze heel anders zijn (en daardoor mogelijk dus ook minder goed aansluiten) dan vakinhoudelijke competenties. Tot slot werd geconstateerd dat het kan bijdragen aan de kwaliteit van het werk als organisaties en professionals beschikken over deze competenties. Wanneer dit niet het geval is, kan er een noodzaak zijn voor organisaties om te identificeren welke competenties versterkt kunnen worden en in welke mate dit kan gebeuren.

2. Wat zijn professionele culturen en wat voor effecten hebben professionele culturen op organisaties?

Sterk gewortelde culturen met tradities, stijlen en gewoontes

Veranderprocessen gericht op competentieversterking krijgen te maken met een culturele context, specifiek voor professionals. Er is veel wetenschappelijke discussie over de invulling

van het concept cultuur. Geconstateerd werd dat cultuur een combinatie van definities is. Het kan namelijk beroepstaal & jargon bevatten, maar ook ideologieën, geloof of mythes. Cultuur werd gedefinieerd als *'gevormde maar veranderbare collectieve normen, gedragsvormen, rituelen en symbolen die invloed hebben op personen.'* Professionals hebben eigen specifieke culturen, die professionele culturen genoemd kunnen worden. Deze culturen hebben eigen kenmerken die de invulling van de professionele culturen bepalen. Deze kenmerken zijn in kaart gebracht door te kijken naar *tradities, stijlen* en *gewoontes* van professionele culturen. Geconstateerd werd dat professionals wat betreft tradities grote waarde hechten aan professionele autonomie (vrijheid in professioneel handelen) en hiërarchie ('wie het weet mag het zeggen' en niet 'wie de baas is mag het zeggen'). Verder is maatschappelijke status een traditie van professionele culturen die bijdraagt aan de eerder genoemde claim op autonomie. Wat betreft stijlen is geconstateerd dat in professionele culturen waarde wordt gehecht aan gestandaardiseerde, bewezen technieken (soms technische, evidence based technieken). Ofwel: geïnstitutionaliseerde professionele technieken waar de werking van bewezen is. Verder is prestatiedruk en werkdruk belangrijk in de stijlen van professionele culturen. Wat betreft gewoontes is geconstateerd dat professionele culturen vooral draaien om zorg voor de klant (in de zorg: de patiënt). Professionals voelen weinig betrokkenheid bij de organisatie (zoals het ziekenhuis), maar eerder bij de patiënt, het vak of de beroepsgroep.

Professionele culturen beïnvloeden veranderprocessen gericht op competentieversterking

Er werd vastgesteld dat professionele culturen wezenlijke invloed kunnen hebben op organisaties en veranderprocessen. Bij sterk gewortelde en gevestigde culturen als professionele culturen is dit nog meer het geval. Ook bleek dat professionele culturen vanuit de theorie niet automatisch aan lijken te sluiten bij organiserencompetenties: organiserencompetenties zijn juist niet technisch of bewezen (maar eerder fuzzy, tacit) en zijn *ogenschijnlijk* niet belangrijk voor het primaire proces (de patiënt). Eveneens werd geconstateerd dat veranderprocessen vaak geen aansluiting vinden door een *clash* van culturen: (dwingende) veranderprocessen worden vaak door professionals gezien als een inbreuk op autonomie. Kortom: er is geen automatische aansluiting bij de tradities, stijlen en gewoontes van professionele culturen. Dit zou kunnen verklaren waarom deze organiserencompetenties niet automatisch ingebed raken in het werk van professionals. Geconstateerd werd dat om deze reden, veranderprocessen gericht op competentieversterking het beste kunnen aansluiten bij deze tradities (dus geen inbreuk maken op autonomie, maar hier juist gebruik van maken), stijlen (gericht moeten zijn op bewezen, professionele technieken) en gewoontes (in het belang van de patiënt) om weerstand en verzet van professionals te voorkomen.

3. Op welke manier kunnen veranderprocessen gericht op competentieversterking worden vormgegeven?

De inhoud van het veranderproces kan aansluiten bij gewoontes

Gegeven bovengenoemde invloed van professionele culturen, is vervolgens gekeken naar welke mogelijkheden er vanuit de theorie zijn om veranderprocessen gericht op competentieversterking vorm te geven. Hiervoor is gekeken naar de inhoud van het veranderproces en naar het type (soort) veranderproces. Wat betreft inhoud bleek dat veranderprocessen op individueel-, groeps-, organisatie- en omgevingsniveau plaats kunnen vinden, met elk een eigen invulling. Vastgesteld werd dat omgevingsniveau en organisatieniveau minder aansluiting leken te vinden bij professionele culturen, omdat ze vrijwel noodzakelijkerwijs inbreuk maken op de autonomie van professionals (bij omgevingsniveau bijvoorbeeld door het dwingende karakter van regels of richtlijnen).

Individueel- en groepsniveau leek beter aan te sluiten bij professionele culturen omdat professionals zelf en met elkaar aan de slag gaan. Gegeven dat professionals wel een verantwoordelijkheid voelen naar de beroepsgroep toe, leek dit een betere aansluiting op professionele culturen. Daarnaast werd geconstateerd dat een inhoudelijke aansluiting bij het primaire proces (en de patiënt) goed zou zijn om aan te kunnen sluiten bij de gewoontes van professionele culturen.

Het type veranderproces kan aansluiten bij tradities, stijlen en gewoontes

Wat betreft het type veranderproces (de manier waarop dat veranderproces wordt vormgegeven) werden twee mogelijkheden geïdentificeerd: opleggend/stimulerend en direct/indirect. Omwille van de tradities van professionele culturen bleek dat een stimulerend veranderproces (dus niet verplicht maar optioneel) een betere aansluiting zou kunnen vinden bij professionele culturen. Verder werd geconstateerd dat een indirecte vormgeving eveneens beter zou aansluiten bij professionele culturen. Dit komt vooral doordat professionals organiserencompetenties als beperkt belangrijk ervaren. Hierdoor zouden zij in een stimulerend veranderproces mogelijk geen gebruik maken van het veranderproces, waardoor er nog steeds geen competentieversterking optreedt. Dit leidde tot vier mogelijke varianten in een matrix (de dwingende variant, de controlerende variant, de sturende variant en de faciliterende variant). Gegeven de verschillende tradities, stijlen en gewoontes werd de theoretische verwachting uitgesproken dat een veranderproces gericht op competentieversterking vormgegeven door middel van de faciliterende variant (stimulerend, indirect) waarschijnlijk de beste aansluiting zou kunnen vinden bij professionele culturen.

4. Welke factoren beïnvloeden de aansluiting tussen professionele culturen en veranderprocessen?

Vervolgens is gekeken welke beïnvloedende factoren invloed hebben op deze aansluiting. Dit kunnen bestaande eigenschappen van een organisatie zijn, de structuur of het leiderschap binnen de organisatie, maar ook factoren die gepaard gaan met het veranderproces, zoals ondersteuning. Deze factoren draaien vooral om de manier waarop het veranderproces is georganiseerd. Er werden drie factoren geïdentificeerd: leiderschap, participatie en randvoorwaarden.

Beïnvloedende factoren van invloed op de aansluiting met professionele culturen

Wat betreft leiderschap werd geconstateerd dat leiderschap dwingend/sturend kan zijn, maar ook verkennend. Deze laatste vorm (verkenkend leiderschap) werd omwille van de tradities van professionele culturen (autonomie, hiërarchie: 'wie het weet mag het zeggen') als een betere keuze gezien voor een aansluiting met deze culturen. Verder bleek dat inspirerend leiderschap, dat professionals enthousiast kan maken voor het veranderproces, van toegevoegde waarde zou kunnen zijn. Wat betreft participatie werd geconstateerd dat een interactief veranderproces waar professionals zelf invloed op kunnen hebben een goede aansluiting zou vinden met professionele culturen, omwille van de tradities van professionele culturen. Dit zou namelijk gebruik kunnen maken van professionele autonomie, wat meer agentschap zou kunnen creëren voor het veranderproces. Verder bleek dat professionals het nut in moeten zien van het veranderproces, omwille van de gewoontes van professionele culturen: een veranderproces moet idealiter bijdragen aan het primaire proces (de zorg voor de patiënt). Verder werd geconstateerd dat ondersteuning en timing essentieel zijn voor een aansluiting met professionele culturen. De reden hiervoor ligt in de stijlen van professionele culturen, waar prestatiedruk en werkdruk een belangrijke rol speelt. Veranderprocessen mogen dus niet te belastend zijn voor professionals.

7.1.3. Empirie

5. Wat is het veranderproces 'Verwonder & Verbeter'?

Competentieversterking van organiseercompetenties in een megaorganisatie

In hoofdstuk vijf is vervolgens gekeken naar de competentieversterking die in het UMCU plaatsvindt. De casus speelt zich af op het UMCU, een groot academisch ziekenhuis gevestigd in Utrecht. De competentieversterking vindt plaats op de divisie interne geneeskunde en is gericht op het versterken van competenties bij AIOS (arts(en) in opleiding tot medisch specialist). Geconstateerd werd dat de divisieleiding drie competenties probeert te versterken bij AIOS. Hierbij draait het om de volgende competenties: leiderschap & management, verandermanagement en het identificeren van organisatorische drempels. Dit bleken organisercompetenties te zijn. Het gaat namelijk om specifieke vaardigheden (iets *kunnen doen*) die zwak ingebed zijn (wat als zodanig door de organisatie werd geconstateerd) en een fuzzy/tacit karakter hebben (wat eveneens bleek uit de analyse van de competenties). Deze competentieversterking wordt nagestreefd aan de hand van een veranderproces, genaamd 'Verwonder & Verbeter.' Dit is een veranderproces waar deelnemers vrijwillig aan deel mogen nemen. Het concept draait om gezamenlijke groepsessies waarin zaken worden besproken waar professionals zich in hun dagelijkse praktijk over verwonderen. Door middel van een systeem, waarin wordt gebrainstormd en briefjes worden doorgegeven, prioriteren professionals steeds zelf de verwonderpunten. Vervolgens worden er een paar verwonderpunten uitgekozen die verbeterd gaan worden. Professionals nemen zelf deze taak op zich en gaan aan de slag met het verbeteren van het verwonderpunt. Bij de uitvoering is vervolgens een bepaalde mate van ondersteuning vanuit de divisie beschikbaar. Het UMCU heeft zich dus deze lastige competentieversterking van organisercompetenties ten doel gesteld, door middel van een veranderproces (welke niet automatisch aan lijken te sluiten bij professionele culturen) in een professionele organisatie. Hierdoor leek er een sterke uitdaging te liggen voor het UMCU.

Professionele culturen zijn aanwezig op de interne geneeskunde

De volgende logische stap was het bekijken van deze professionele culturen op de divisie interne geneeskunde. Er werd net zoals in het theoretisch kader gekeken naar tradities, stijlen en gewoontes. Wat betreft tradities werden een aantal zaken geconstateerd vanuit de interviews en observaties. Autonomie als traditie werd sterk aangetroffen op de divisie interne geneeskunde, vooral in de autonomie rondom professioneel handelen. Er werd echter ook geconstateerd dat deze traditie sterk onder druk stond, omdat professionals steeds vaker autonomie moeten inleveren. Professionals ervaren dit als een negatieve ontwikkeling. Ook werd hiërarchie ('wie het weet mag het zeggen') aangetroffen op de divisie, vooral in de manier waarop professionals met elkaar omgaan. Wat betreft stijlen werden twee zaken aangetroffen. In de eerste plaats dat professionals sterk gestandaardiseerd werken aan de hand van bewezen (technische) technieken. Hoewel professionals dit bij klinische zaken doen, bleek dat het niet-klinische werk eigenlijk helemaal niet soepel verloopt (bijvoorbeeld zaken die raken aan organisercompetenties). Ten tweede werd geconstateerd dat professionals te maken hebben met een sterke mate van tijdsdruk. Wat betreft gewoontes werden eveneens twee zaken geconstateerd. Ten eerste bleek dat professionals een sterke betrokkenheid voelen ten opzichte van het primaire proces en de patiënt. Ten tweede werd geconstateerd dat professionals zich eigenlijk niet of weinig betrokken voelen bij de organisatie (het UMCU, de divisie). Tot slot werden ook aanwijzingen gevonden voor de aanwezigheid van socialisatie tussen professionals op de interne geneeskunde. Concluderend werd geconstateerd dat

professionele culturen op de divisie interne geneeskunde sterk aanwezig zijn. Zowel autonomie, hiërarchie (tradities), gestandaardiseerde/technische werkwijzen en tijdsdruk (stijlen) als een sterke focus op de patiënt/geen betrokkenheid ten opzichte van de organisatie (gewoontes) leken aanwezig te zijn op de divisie.

Een opmerkelijk vraagstuk

Dit leidde tot een vraagstuk. Het UMCU heeft zich competentieversterking van organiserencompetenties ten doel gesteld door middel van een veranderproces. Dit lijkt volgens de theorie niet automatisch aan te sluiten bij professionele culturen. Deze professionele culturen leken sterk aanwezig op de interne geneeskunde. Zoals in hoofdstuk één benoemd, zijn professionals echter erg enthousiast over het veranderproces. Dit lijkt opmerkelijk: blijkbaar ondervangt het veranderproces deze professionele culturen. In hoofdstuk zes is daarom gekeken naar de aansluiting tussen het veranderproces en professionele culturen.

6. In hoeverre sluit de vormgeving van 'Verwonder & Verbeter' aan bij professionele culturen?

Professionals zijn zeer enthousiast over het veranderproces

In hoofdstuk zes is gekeken naar de mate waarin dit veranderproces aan lijkt te sluiten bij professionele culturen. In de eerste plaats bleek uit de interviews en observaties dat professionals uitsluitend positief reageerden op het veranderproces. Respondenten gaven aan dat zij het veranderproces als nuttig ervaren voor het primaire proces, omdat zij de mogelijkheid krijgen om het dagelijkse werk te verbeteren (wat aansluit bij gewoontes van professionele culturen) en daarnaast dat er ook naar hen geluisterd wordt (wat aansluit bij tradities van professionele culturen). Daar waar AIOS niet aanwezig konden zijn, was dit vrijwel uitsluitend om praktische redenen (klinisch werk of niet aanwezig/op een andere locatie). Vervolgens is getracht dit enthousiasme te verklaren. Dit is gedaan door te kijken naar de vormgeving uit het theoretisch uit kader (de inhoud en het type veranderproces).

Het veranderproces sluit aan bij professionele culturen

Wat betreft inhoud werd geconstateerd dat het veranderproces zich afspeelt op groeps- en individueel niveau. Op groepsniveau denken de AIOS na in plenaire sessies over wat er verbeterd kan worden aan hun dagelijks werk. Respondenten zagen dit als erg positief: door met elkaar na te denken over het primaire proces en ook elkaar te kunnen horen, werden zij gemotiveerd voor het veranderproces. Dit lijkt te stroken met het theoretisch kader: professionals voelen verantwoordelijkheid naar elkaar en naar de beroepsgroep toe. Ook speelt het veranderproces zich op individueel niveau af: op sommige momenten moeten AIOS in hun eentje een verwonderpunt oppakken en verbeteren. Dit leek echter niet altijd goed te gaan (ook vanwege de tijdsdruk (stijlen) van professionele culturen). Wat betreft het type veranderproces (de manier waarop het is vormgegeven) is allereerst gekeken naar of het doel direct of indirect is vormgegeven. Hoewel één van de doelen expliciet competentieversterking is, communiceert de organisatie dit absoluut niet naar de AIOS toe. Ook de AIOS zelf identificeren dit niet als het doel: zij zien het doel van het veranderproces vooral als het verbeteren van het primaire proces. Precies dit primaire proces lijkt aan te sluiten bij professionele culturen: professionals geven veel om het primaire proces en daarmee de zorg voor de patiënt. Slechts enkele respondenten (vooral diegene die aan de slag zijn geweest met het verbeteren van een verwonderpunt) identificeerden de competentieversterking. Zij gaven aan dat, hoewel met kleine stappen, dit een leerzaam proces was. Het tweede aspect waar naar gekeken is, is of het veranderproces dwingend of stimulerend is. Geconstateerd werd dat V&V een stimulerend veranderproces is: het is

formeel niet verplicht en wordt door respondenten ook niet als verplicht ervaren. Dit kan zorgen voor een kleine bias in de opkomst (mensen die toch wel geïnteresseerd zijn), maar volgens respondenten komen er geregeld nieuwe gezichten. Het bereik van het veranderproces is echter beperkt: hoewel er over een heel jaar vrij veel AIOS mee in contact komen zou het bereik nog groter kunnen zijn.

De faciliterende variant

De vormgeving van Verwonder & Verbeter is daarmee een veranderproces dat getypeerd kan worden als de *faciliterende variant* (indirect, stimulerend). Volgens de theorie zou deze variant het best kunnen aansluiten bij de tradities, stijlen en gewoontes van professionele culturen. Uit de empirische data van V&V lijken resultaten te komen die dit bevestigen: professionals nemen deel aan het veranderproces en zijn hier zelfs enthousiast over, terwijl tóch competentieversterking van organiseercompetenties bereikt wordt. Dit komt doordat professionals het veranderproces als relevant voor het primaire proces beschouwen en daarnaast niet gedwongen worden (tradities, autonomie) om er aan deel te nemen. Deze combinatie van zaken die rekening houden met de professionele culturen maken dat professionals positief ten opzichte van het veranderproces staan.

7. Welke factoren hebben invloed op de aansluiting tussen professionele culturen en 'Verwonder & Verbeter'?

In het laatste empirische deel is gekeken naar factoren die invloed hebben op de aansluiting tussen professionele culturen en het veranderproces. Naast de vormgeving kunnen er namelijk nog andere zaken zijn (bijvoorbeeld bestaande factoren in een organisatie) die de aansluiting met professionele culturen beïnvloeden. Hierbij stond vooral de manier waarop het veranderproces is georganiseerd centraal. Er is hierbij, net als in het theoretisch kader, gekeken naar drie zaken: leiderschap, participatie en randvoorwaarden.

Beïnvloedende factoren spelen een belangrijke rol in de aansluiting

Wat betreft leiderschap bleek dat het leiderschap van Schneider sterk verkennend is: er wordt weinig gestuurd op de inhoud en er is ruimte voor professionals om hun inbreng te geven bij het veranderproces. Dit leek aan te sluiten bij de tradities van professionele culturen waarin hiërarchie ('wie het weet mag het zeggen') een belangrijke rol speelt. Ook is het leiderschap van Schneider sterk gericht op tijdsbewaking. Respondenten gaven aan dit als belangrijk te ervaren, vanwege de tijdsdruk en prestatiedruk (stijlen) van professionele culturen. Respondenten gaven aan dat Schneider niet de enige is die dit type leiderschap zou kunnen bieden, maar dat zij dit wel degelijk op een goede manier doet. Wat betreft participatie is geconstateerd dat er veel ruimte is voor participatie van professionals in het veranderproces. Het veranderproces is sterk interactief vormgegeven en professionals voelen agentschap over de projecten die zij oppakken. Door de interactie die professionals tijdens het uitvoeren van projecten hebben met de organisatie neemt ook de betrokkenheid van hen ten opzichte van de organisatie toe. Dit geven zowel de AIOS als de organisatie aan. Tot slot de randvoorwaarden: Professionals zijn zeer te spreken over de ondersteuning die geboden wordt bij het veranderproces. Professionals geven verder aan dat het veranderproces tijd kost, maar niet te veel tijd. Dit kan soms omslaan als zij meer ondersteuning nodig hebben of er opeens alleen voor staan (bijvoorbeeld doordat een collega niet meer helpt bij het project). In die gevallen kan dit demotiverend werken, omdat er geen voortgang meer is of professionals het project niet meer in hun eentje tot een succes kunnen afronden. Hierdoor kunnen projecten soms ook langer blijven liggen, waardoor ook de verwonderpunten niet worden opgelost.

7.1.4. Beantwoording hoofdvraag

“Op welke manier kunnen veranderprocessen gericht op competentieversterking bij professionals worden vormgegeven, zodat deze aansluiten bij professionele culturen en welke factoren beïnvloeden deze aansluiting?”

Op basis van de beantwoording van de voorgaande deelvragen kan antwoord worden gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek. Hieronder worden enkele overkoepelende conclusies getrokken ter beantwoording van de hoofdvraag.

Theoretische kenmerken van professionele culturen zijn empirisch terug te zien

In het theoretisch kader zijn een aantal kenmerken van professionele culturen geschetst. Deze kenmerken lijken we in het UMCU op de interne geneeskunde empirisch terug te kunnen zien. De verschillende tradities (autonomie, hiërarchie, status), stijlen (gestandaardiseerde, bewezen technieken, tijdsdruk) en gewoontes (primaire proces, voor de patiënt) lijken inderdaad aanwezig te zijn in de casus. Daarnaast lijken deze kenmerken ook *daadwerkelijk* professionals te beïnvloeden in hun werk en gedrag. Zo is het van invloed op competentieversterking, maar ook op de mening en medewerking van professionals ten opzichte van veranderprocessen in brede zin. Deze professionele culturen zijn dermate sterk aanwezig dat veranderprocessen die hier niet bij aansluiten vrijwel gegarandeerd op een meer of mindere mate van weerstand of verzet zullen stuiten. Professionals benadrukten in dit onderzoek zowel impliciet als expliciet het belang van deze kenmerken van professionele culturen. Ook bevestigden zij door het onderzoek heen op allerlei momenten de verschillende theoretische verwachtingen die wat betreft deze professionele culturen zijn gesteld. Voor veranderprocessen zowel als competentieversterking betekent dit, in elk geval voor de interne geneeskunde op het UMCU, dat een aansluiting bij deze kenmerken van professionele culturen een veranderproces waarschijnlijk meer succesvol zal maken dan wanneer dit niet het geval is.

Aansluiten bij professionele culturen zit in subtiele vormgeving

Hoe er vervolgens aangesloten kan worden bij deze professionele culturen wordt geïllustreerd door de casus Verwonder & Verbeter. In het verlengde van het vorige punt is de vormgeving, van een veranderproces gericht op competentieversterking, essentieel voor een aansluiting met professionele culturen. Verwonder & Verbeter illustreert dat een dergelijke aansluiting mogelijk is via de faciliterende variant uit het theoretisch kader: indirect en stimulerend. Indirect omdat organiseren door professionals als *beperkt belangrijk* worden gezien. Het primaire proces en de patiënt wordt door professionals echter als zeer belangrijk gezien. Doordat het veranderproces in de ogen van professionals het primaire proces als primaire focus heeft, nemen zij hier graag aan deel, waardoor de competentieversterking mogelijk wordt gemaakt. Dit sluit precies aan bij de gewoontes van professionele culturen. Het veranderproces is stimulerend omdat dwingende veranderprocessen stuiten op weerstand en verzet, waardoor deze minder snel de medewerking zullen vinden van professionals. Dit sluit aan bij de tradities van professionele culturen. Professionals laten participeren in iets waar zij van nature en door professionele culturen minder voor open staan, kan dus op een zeer subtiele manier, die handig gebruik maakt van de kenmerken van hun eigen professionele culturen. Verwonder & Verbeter illustreert dat een veranderproces gericht op competentieversterking via professionele culturen op de interne geneeskunde in het UMCU mogelijk is. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat het theoretische kader overeen komt met een aansluiting bij professionele culturen. Hierdoor is niet alleen in kaart gebracht dat deze aansluiting mogelijk is, maar ook hoe deze aansluiting er uit kan zien.

Veranderprocessen goed organiseren

Naast de vormgeving van het veranderproces zijn er een aantal andere factoren die de aansluiting met professionele culturen beïnvloeden. Zo lijkt het belangrijk dat veranderprocessen goed georganiseerd zijn. Omwille van tradities (autonomie, hiërarchie) is inspirerend maar verkennend leiderschap belangrijk, zodat ruimte geboden blijft aan 'wie het weet mag het zeggen'. Omwille van de tijdsdruk en prestatiedruk is goede ondersteuning eveneens essentieel, alsmede een beperkte belasting voor professionals in termen van tijd. Door een veranderproces sterk participatief te maken, kan van autonomie gebruik gemaakt worden ten bate van het veranderproces, professionals houden invloed op het veranderproces en nemen hier zo meer agentschap over. Dit maakt professionals daarnaast meer betrokken bij de organisatie: een resultaat dat tot op heden erg moeilijk te bereiken leek. Deze beïnvloedende factoren lijken een sterke overlap te hebben met de vormgeving van een veranderproces.

'Zo doen wij dat nu eenmaal' blijft, maar anders

Een reactie als 'zo doen wij dat nu eenmaal', die voortkomt uit professionele culturen, lijkt inderdaad voor te komen bij professionals in het UMCU. Toch is er in dit veranderproces een manier gevonden om een dergelijke reactie te voorkomen. Als we naar de resultaten en conclusies van dit onderzoek kijken, lijkt het in deze casus wel degelijk mogelijk om veranderprocessen gericht op competentieversterking vorm te geven op een manier die niet indruist tegen professionele culturen, maar juist aansluit bij professionele culturen. Zo zijn professionals bezig met competentieversterking, zonder dat dit weerstand of verzet oproept. Hierdoor wordt volgens de organisatie een speciaal 'zaadje' geplant bij professionals: een subtiele beïnvloeding van professionele culturen om meer open te staan voor verandering. 'Zo doen wij dat nu eenmaal' blijft dus de reactie, maar de inhoud van een dergelijke reactie kan veranderen in een reactie die meer gericht is op verandering. Daarnaast wordt competentieversterking tóch mogelijk gemaakt.

7.1.5. Theoretische en praktische uitwerkingen

8. Welke theoretische en praktische uitwerkingen heeft dit?

De beantwoording van de hoofdvraag en de manier waarop competentieversterking in dit veranderproces wordt vormgegeven, heeft een aantal theoretische en praktische uitwerkingen. Deze worden hieronder beschreven. In aansluiting hierop worden in de volgende paragraaf een aantal aanbevelingen gedaan.

Praktische uitwerkingen

Competentieversterking verloopt langzaam door beperkt bereik

De ongedwongenheid, maar wellicht ook de daar bij horende vrijblijvendheid, van Verwonder & Verbeter maakt dat competentieversterking langzaam verloopt. Niet alleen is het niet altijd duidelijk welke competenties wanneer versterkt worden, ook is er een groep professionals waarbij geen competentieversterking optreedt omdat zij bijvoorbeeld niet deelnemen. Het veranderproces is daarmee bijna te onschuldig om een significante versterking van organisercompetenties mogelijk te maken. Zo is er geen zekerheid dat deelnemers een project oppakken, maar ook niet dat zij überhaupt aanwezig zijn. Daarmee sluit het veranderproces goed aan bij professionele culturen, maar is het ook een erg langzame en onzekere manier om competenties te versterken. Voor de organisatie kan dit betekenen dat competenties niet zo snel worden versterkt als mogelijk gewenst is. Dit moet

echter wel comparatief bekeken worden: het niet aansluiten bij professionele culturen betekent vermoedelijk *niet effectieve* of *niet aanwezige* competentieversterking. In de volgende paragraaf worden enkele aanbevelingen gedaan om het bereik te vergroten.

Ambigüiteit van de competenties die versterkt worden

Zoals zojuist al genoemd is niet altijd duidelijk welke competenties op welk moment versterkt worden. Doordat professionals zelf de projecten uitvoeren en daarmee buiten de sessies om zelf hun competenties versterken, is er weinig grip op welke competenties nu precies wanneer versterkt worden. Daarnaast bestaat er ook vanuit het UMCU een bepaalde ambigüiteit over welke competenties nu precies versterkt worden en waarom. Op sommige momenten wordt er over medisch leiderschap gesproken, maar op andere momenten juist weer over de mind-set ten opzichte van veranderingen veranderen. Om competentieversterking doelgerichter vorm te kunnen geven kan het nuttig zijn om deze ambigüiteit te verminderen. In de volgende paragraaf worden hiervoor aanbevelingen gedaan.

Theoretische uitwerkingen

Verandering kan ook via professionele culturen

Een eerste theoretische uitwerking van de hoofdvraag is dat verandering in sommige gevallen (bijvoorbeeld in het geval van Verwonder & Verbeter) ook via professionele culturen kan, in plaats van 'tegen' professionele culturen in. Voor wetenschappelijke theorie kan dit betekenen dat veranderprocessen wellicht ook in andere soorten veranderprocessen of bij andere soorten culturen via cultuur kan worden vormgegeven, wat mogelijk veranderprocessen beter kan laten verlopen. In de volgende paragraaf worden hiervoor enkele aanbevelingen gedaan.

Aansluiten bij professionele culturen heeft specifieke gevolgen

Hoewel uit dit onderzoek blijkt dat in dit geval aangesloten is bij professionele culturen heeft dit ook bepaalde gevolgen, bijvoorbeeld de trage mate van competentieversterking. Voor wetenschappelijke theorie betekent dit dat er gevolgen kunnen zijn voor bestaande theorieën over competentieversterking wanneer er aangesloten wordt bij professionele culturen. Mogelijk is bestaande theorie over competentieversterking minder goed van toepassing wanneer er rekening gehouden wordt met enkele fundamentele zaken zoals de mate van dwang en of het veranderproces direct of indirect wordt vormgegeven, omdat de opzet van de competentieversterking vrij radicaal wordt aangepast.

Hoe dit onderzoek gegeneraliseerd kan worden

Zoals in de onderzoeksrapportage al beschreven is, is dit onderzoek een kwalitatief onderzoek. Dit betekent dat de resultaten van dit onderzoek primair iets zeggen over deze specifieke casus. Dat betekent echter niet dat de resultaten van dit onderzoek niet gebruikt kunnen worden als 'generalisaties' in andere situaties. Naast de aanbevelingen die zijn voortgekomen uit dit onderzoek kan het onderzoek op twee manieren gebruikt worden: bij veranderprocessen gericht op professionals en bij competentieversterking.

Veranderprocessen gericht op professionals krijgen altijd te maken met professionele culturen. De theorie en resultaten die in dit onderzoek over het aansluiten bij professionele culturen zijn beschreven, kunnen op vrijwel elk veranderproces gericht op professionals worden toegepast. Of het onderwerp van het veranderproces nu meer of minder weerstand oproept bij professionals, een veranderproces dat méér aansluit bij professionele culturen kan wellicht per definitie succesvoller zijn dan een veranderproces dat dit niet doet. Van

professionele culturen kan op die manier op een constructieve wijze gebruik gemaakt worden. De principes die bij professionals (en specifiek in de zorg) werken, doordat veranderprocessen aansluiten bij professionele culturen, zijn op deze manier toepasbaar in veranderprocessen. Dit kan een bijdrage leveren aan het verbeteren van deze veranderprocessen, maar het kan ook een bijdrage leveren aan het (academisch) begrip van de aansluiting tussen veranderprocessen en professionele culturen.

Dit onderzoek biedt inzicht in hoe competentieversterking vormgegeven kan worden. Met de theorie en resultaten uit dit onderzoek kan competentieversterking op een effectievere wijze worden vormgegeven, doordat enkele voorwaarden of principes die hier aan ten grondslag liggen zijn blootgelegd. Dit kan het proces competentieversterking in organisaties verbeteren, maar ook biedt het meer inzicht in het begrip van competentieversterking. Dit kan, in combinatie met het vorige punt, ook leiden tot meer theorievorming en nieuwe denkwijzen over dit concept.

7.2. Aanbevelingen

Uit dit onderzoek zijn een aantal aanbevelingen voortgekomen. Enerzijds door de getrokken conclusies, maar anderzijds ook door de input van respondenten en geobserveerde zaken. Deze aanbevelingen worden hier beschreven.

7.2.1. Aanbevelingen voor V&V

In de eerste plaats zijn er aanbevelingen voortgekomen uit het onderzoek die relevant zijn voor (de werking van) het veranderproces zelf. Deze worden hier besproken.

Maak V&V niet méér verplicht, maar meer stimulerend

Er wordt afgeraden om V&V om te dopen in een verplicht veranderproces. Dit zou juist niet aansluiten bij de tradities van professionele culturen, waardoor professionals mogelijk minder enthousiast worden over het veranderproces. Nu al waren er signalen dat er op sommige momenten lichte vormen van weerstand aanwezig was. Bij een verplicht veranderproces kan deze weerstand vergroot worden, waardoor het veranderproces zijn kracht verliest of zelfs onpopulair wordt. Tegelijkertijd is geconstateerd dat het bereik van het veranderproces op dit moment wel beperkt is. Sommige professionals nemen op dit moment zelfs nog niet deel aan het veranderproces. Om deze reden wordt aangeraden om het veranderproces nog meer te stimuleren voor professionals. Professionals geven immers zelf aan erg enthousiast te zijn over het veranderproces. Ook professionals die niet deelnemen kunnen daarom mogelijk enthousiast gemaakt worden. Dat zou kunnen door het veranderproces nog meer uit te dragen of nog meer aandacht te geven. Bijvoorbeeld via de divisieleiding, maar bijvoorbeeld ook via communicatiemiddelen (denk aan een flyer, het veranderproces noemen tijdens momenten waar AIOS samen komen, etc.). Gegeven het enthousiasme van de professionals kan ook gedacht worden aan dat de AIOS bijvoorbeeld zelf reclame maken voor het veranderproces. Dit zou bereikt kunnen worden door deelnemende AIOS te stimuleren om anderen erover te vertellen. Dit zou ook goed aan kunnen sluiten bij de gewoontes van professionele culturen: professionals voelen namelijk sterke verantwoordelijkheid ten opzichte van elkaar en staan hierdoor er dus mogelijk positief tegenover.

Versterk of verbreed V&V

Eerder werd al de beperkte competentieversterking geconstateerd. Gezien dat het veranderproces op dit moment vrij klein is, wordt daarom aangeraden om V&V te

versterken en of te verbreden. Hierdoor kan de competentieversterking nog sterker toenemen. Dit zou kunnen door het huidige veranderproces bijvoorbeeld vaker of met meer nadruk te organiseren, maar het zou ook kunnen door V&V aan te laten sluiten bij andere projecten. Hiervoor zijn enkele praktische suggesties denkbaar. Zo zouden AIOS bijvoorbeeld bij hun start in het UMCU al kunnen worden aangeraden om een ‘verwonderlijstje’ bij te houden. Op deze manier kan competentieversterking al eerder starten: ze worden gestimuleerd om constant na te denken over het verwonderen en verbeteren. Dit sluit aan bij de genoemde resultaten: niet alle AIOS zijn nog bezig met het verwonderen of het nadenken over dergelijke zaken. Ook door simpele dingen kan V&V echter sterker worden gemaakt: bijvoorbeeld een eigen stukje op het intranet/website met lopende projecten en informatie of bijvoorbeeld een mailing naar alle AIOS met welke projecten zijn ‘opgelost’ bijvoorbeeld. Ook dit kwam eerder in de resultaten terug: niet alle AIOS zijn nog betrokken bij V&V of weten er van.

Ondersteun beperkt op de inhoud, maar wel op voortgang

Een deel van de competentieversterking treedt op doordat professionals zelf aan de slag gaan met projecten en uitvinden hoe zij dit moeten oppakken. Zoals bij de resultaten beschreven gaat dit nog niet altijd even soepel. Er wordt aangeraden om de huidige ondersteuning hierbij te behouden (een startdocument, hulp aanbieden waar nodig) maar deze niet te veel te versterken: dit kan ten koste gaan van de competentieversterking. Gegeven dat sommige projecten nu echter lang blijven liggen omdat AIOS hier te lang niets mee doen, wordt wel aangeraden om iets sterker op de voortgang te sturen. Dit kan door iets vaker te communiceren of te vragen naar de voortgang. Dit is echter een lastige balans: te veel ‘bemoeienis’ kan leiden tot ergernis of dat de AIOS de volgende keer niet meer meedoet. Ook wordt aangeraden om te monitoren wanneer er een AIOS bij een project wegvalt. Verschillende respondenten gaven aan dat ze soms het gevoel hadden er alleen voor te staan, waardoor een project weer lang bleef liggen. Tot slot wordt aangeraden om (net zoals nu) niet te sturen op de inhoud: draag bijvoorbeeld zelf geen onderwerpen aan. Dit geeft juist weer een sturend/dwingend idee, wat niet aansluit bij professionele culturen.

Behoudt inbreng van professionals op het format

Hoe een sessie er uit ziet staat niet geheel vast. Er is een vast (goed werkend) format met de verschillende papiertjes en groepjes. Bij de laatste sessie werd door een professional geopperd om eerst te kijken hoe het met de huidige verwonderpunten stond. Uit de resultaten is naar voren gekomen dat deze participatie door professionals erg wordt gewaardeerd. Doordat zij inspraak hebben op het veranderproces zelf sluit het beter aan bij professionele culturen, doordat er meer ruimte is voor onder andere autonomie. De kracht van V&V zit echter ook in het format, dus dit is een subtiele balans. Het moet bijvoorbeeld ook weer geen typische ‘ventilatiesessie’ worden, omdat daar het kritisch nadenken en verbeteren snel verloren kan gaan. Hierbij is in lijn met de resultaten ook de terminologie belangrijk: ‘verwonderen’ is iets heel anders dan ‘problemen bespreken.’ Juist deze zaken maken het veranderproces uniek en positief. Ook wordt aangeraden om het zo ‘strak’ binnen de tijd te houden als dat het nu is: professionals willen graag dat het maar een uur duurt. Als het een keer uitloopt, zullen zij de volgende keer mogelijk huiveriger zijn met deelnemen, onder meer vanwege de tijdsdruk (stijlen van professionele culturen).

7.2.2. Aanbevelingen voor overdraagbaarheid

De interesse vanuit andere divisies en organisaties naar Verwonder & Verbeter is groot. Naast de aanbevelingen die zijn gemaakt voor het veranderproces zelf, worden hier enkele aanbevelingen gedaan voor managers of organisaties die aan de slag willen gaan met V&V.

V&V is een 'best practice', maar draait vooral om 'best principles'

Het veranderproces V&V zou als 'best practice' getypeerd kunnen worden. Het format dat bij V&V gehanteerd wordt kan dan ook inderdaad als goed voorbeeld worden gezien. Of er nu echter bijvoorbeeld twee of drie AIOS per project meewerken, is ondergeschikt aan de *principes* die ten grondslag liggen aan het veranderproces. De kernprincipes van V&V (de vormgeving, de manier waarop het georganiseerd is) en de manier waarop deze principes aansluiten bij de tradities, stijlen en gewoontes van professionele culturen zijn echter waar het om draait. Dit kan in hele kleine dingen zitten, zoals zelf onderwerpen aandragen of iemand aanwijzen om een veranderproces uit te voeren. Toch zijn dergelijke kleine dingen essentieel voor de principes van het veranderproces. Zodra in de uitvoering van V&V namelijk geen rekening wordt gehouden met de onderliggende principes en aansluiting met professionele culturen zou het veranderproces haar kracht kunnen verliezen. Voor overdraagbaarheid is het daarom belangrijk om de kenmerken van V&V die aansluiten bij professionele culturen goed in het achterhoofd te houden bij de uitvoering.

V&V is anders dan samenkomen en praten

Bij een observatie van een eerste V&V sessie op een andere divisie is waargenomen dat de opzet van V&V niet geheel werd gevolgd. Dit kan afbreuk doen aan de ervaring van het veranderproces. Wat V&V onderscheidt van samenkomen en praten over frustraties, is dat er een bepaalde werkwijze (met principes) aan ten grondslag ligt. Er wordt aanbevolen om deze werkwijze (met briefjes, verkennend leiderschap, etc.) te volgen omdat dit als effectief is ervaren. Ook geeft het professionals het idee dat de setting anders is en er daadwerkelijk 'naar hen geluisterd wordt' zoals in de resultaten naar voren is gekomen. Zij kunnen op een meer analytisch niveau brainstormen over problemen en oplossingen. Wanneer de scheidingslijn tussen het veranderproces en een reguliere bijeenkomst kleiner wordt, zullen professionals het waarschijnlijk ook als minder waardevol ervaren. Om dit te waarborgen of over te dragen valt ook te denken aan het maken van een video-opname van een 'model sessie' van V&V, wat als kennisverspreiding zou kunnen dienen.

V&V heeft voorwaarden, voer geen 'afgeslankte' versie in

Zoals eerder beschreven zijn randvoorwaarden (ondersteuning, timing), leiderschap (verkennend, inspirerend) en participatie (agentschap door inspraak) essentieel voor de werking van V&V. Deze zaken beïnvloeden namelijk naast de vormgeving de aansluiting met professionele culturen. Er wordt dus ook aanbevolen om deze voorwaarden te volgen bij het implementeren van V&V. Daar waar deze voorwaarden ontbreken, zou het dus ook kunnen zijn dat het veranderproces minder goed werkt of een minder goede aansluiting vindt met professionele culturen. Dat kan gevolgen hebben, bijvoorbeeld een minder effectieve competentieversterking. Een 'afgeslankte' versie invoeren van V&V wordt dus niet aangeraden. Ook omdat een eerste kennismaking met het veranderproces waarschijnlijk invloed heeft op het verdere succes: als professionals het veranderproces als belastend ervaren omdat er geen ondersteuning is, dan komen ze de volgende keer wellicht niet meer. Dat kan als gevolg hebben dat het veranderproces een stille dood sterft, wat zonde zou kunnen zijn.

7.2.3. Aanbevelingen voor beroepsorganisaties

Uit dit onderzoek zijn ook enkele aanbevelingen voortgekomen voor beroepsorganisaties: overkoepelende organisaties in de zorgsector die zich ook bezighouden met veranderprocessen in de zorg. Deze worden hier besproken.

V&V als casuïstiek

Zoals in dit onderzoek beschreven is V&V op dit moment alleen in werking op de interne geneeskunde van het UMCU. In een eventuele verspreiding van dit veranderproces zouden beroepsorganisaties een rol kunnen spelen. Voor beroepsorganisaties wordt daarom aangeraden om V&V als casuïstiek te gebruiken. Beroepsorganisaties zouden zo de kennis rondom dit veranderproces kunnen verspreiden. Praktisch valt te denken aan een korte video maken over de werking en effecten van V&V. Dit kunnen andere managers en organisaties gebruiken om het veranderproces bijvoorbeeld eveneens in te voeren. Wanneer andere organisaties eveneens competentieversterking als doel stellen (en de kans is groot dat dit al gebeurt), kan het delen van deze kennis essentieel zijn om deze competentieversterking op een goede manier vorm te geven. Hierbij is het echter belangrijk om toe te zien op het 'goed' uitvoeren van V&V (zie eerdere aanbevelingen). Gegeven dat er nog erg weinig praktisch op papier staat van V&V (zie ook resultaten), zou er praktisch gedacht kunnen worden aan het maken van een 'start-kit' van V&V waarmee organisaties of managers aan de slag kunnen.

De principes gebruiken in andere veranderprocessen

De 'best principles' die zijn voortgekomen uit V&V zeggen niet alleen iets over veranderprocessen gericht op competentieversterking, maar kunnen ook in brede zin gebruikt worden om in andere situaties en veranderprocessen een aansluiting te vinden met professionele culturen. Zo zou deze kennis in andere situaties en omgevingen kunnen worden gebruikt om veranderprocessen effectiever vorm te kunnen geven. Het ongedwongen karakter, maar ook de indirecte vormgeving en de beïnvloedende factoren zijn allemaal voorbeelden van zaken die aansluiting vinden bij professionele culturen. In andere veranderprocessen die gaande zijn in de zorg (wellicht ook bij andere professionals) zouden deze principes gebruikt kunnen worden om deze veranderprocessen succesvoller te maken, of in elk geval beter aan te laten sluiten bij professionele culturen. Te denken valt bijvoorbeeld aan veranderprocessen rondom gedrag, werkwijzen of hervormingen op afdelingen. Beroepsorganisaties die zicht hebben op dergelijke veranderprocessen zouden mogelijk een rol kunnen spelen in het verspreiden van de best principles die zijn voortgekomen uit Verwonder & Verbeter.

7.2.4. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

In dit deel wordt beschreven welke aanbevelingen er uit dit onderzoek zijn voortgekomen voor eventueel vervolgonderzoek. Vanuit de resultaten en conclusies is gekeken naar waar er mogelijk nog aanvullend academisch onderzoek nodig zou kunnen zijn. Hiervoor worden twee suggesties gedaan: onderzoek naar meetbaarheid en onderzoek naar andere omgevingen.

Onderzoek naar meetbaarheid

Onderzoek naar de meetbaarheid van competenties zou voort kunnen borduren op dit onderzoek. Niet alleen was in de casus van dit onderzoek niet altijd duidelijk welke competenties versterkt worden, ook was niet altijd duidelijk in welke mate deze competenties daadwerkelijk versterkt werden. Door onderzoek te doen naar hoe deze competenties meetbaar gemaakt kunnen worden en in welke mate deze competenties vervolgens toenemen bij professionals (bijvoorbeeld door V&V) kan inzichtelijk worden wat het effect op persoonlijke ontwikkeling is van dit veranderproces. Niet alleen kan dit de theorievorming rondom competentieversterking sterk vergroten, ook kan het meer inzicht geven in de effectiviteit van het veranderproces V&V.

Onderzoek naar openstaan voor verandering

Op een heel aantal punten in dit onderzoek kwamen aanwijzingen naar voren dat professionals door middel van V&V meer open gaan staan voor verandering. Voor vervolgonderzoek zou het waardevol kunnen zijn om te bekijken of dit ook inderdaad het geval is. Professionals, maar ook mensen in het algemeen, zijn namelijk van oudsher niet per se te typeren als een groep die verandering altijd verwelkomt. Wat de precieze bijdrage van V&V hieraan is zou waardevol kunnen zijn voor verdere theorieontwikkeling.

Onderzoek naar andere omgevingen

Ook zou er onderzoek gedaan kunnen worden naar andere omgevingen waar V&V zou kunnen worden toegepast. Het zou waardevol kunnen zijn om te bekijken hoe verschillende soorten medische professionals reageren op dit veranderproces, omdat op deze manier inzichtelijk wordt in welke mate professionele culturen verschillen binnen de medische sector. Daarnaast zou ook gedacht kunnen worden aan het onderzoeken van dit veranderproces bij andere professionals, zoals rechters. Ook deze beroepsgroepen kunnen baat hebben bij het versterken van competenties en hebben mogelijk met soortgelijke uitdagingen te maken als in de zorgsector.

7.3. Slot

Met deze conclusies & aanbevelingen komt een einde aan dit onderzoek. Dit is het laatste inhoudelijke hoofdstuk van dit onderzoek. In hoofdstuk acht is de literatuurlijst van dit onderzoek beschikbaar, gevolgd door de bijlagen in hoofdstuk negen.

Door praktische en inhoudelijke conclusies en aanbevelingen te hebben getrokken, kan dit onderzoek hopelijk bijdragen aan verdere competentieversterking, maar ook aan (het begrip van) het vormgeven van veranderprocessen bij medische professionals op een manier die aansluit bij professionele culturen.

8. Literatuurlijst

Abercrombie, N., Hill, S., Turner, B.S. (1984). *Dictionary of sociology*. Harmondsworth, UK: Penguin.

Ajzen, I. (2005). *Attitudes, Personality and Behavior*. Maidenhead: Open University Press.

Ardon, A.J. (2009). *Moving Moments. Leadership and interventions in dynamically complex change processes*. Dissertatie. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Argyris, C. (1990). *Overcoming organizational defenses*. Boston: Allyn and Bacon.

Argyris, C. (1991). Teaching Smart People How to Learn. *Harvard Business Review*, 4(2), 4-15.

Bartunek, J.M. (1984). Changing interpretative schemas and organizational restructuring: The example of a religious order. *Administrative Science Quarterly*, 29(3), 355-372.

Batalden, P., Leach, D. Swing, S., Dreyfus, H., Dreyfus, S. (2002). General Competencies And Accreditation In Graduate Medical Education. *Health Affairs*, 21(5), 103-111.

Becker, M.H. (1970). Factors affecting diffusion of innovations among health professionals. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 60(2), 194-304.

Becker, M.S., Geer, B., Hughes, E.C., Strauss, A.L. (1961). *Boys in White. Student Culture in Medical School*. Chicago: University of Chicago Press.

Bennis, W.G., Benne, K.G., Chin, R. (1985). *The planning of change*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Boeije, H., Hart, H., Hox, J. (2005). *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Boom Onderwijs.

Bolman, L.G., Deal, T.E. (2003). *Reframing organizations: artistry, choice and leadership*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Boonstra, J. (2000). *Lopen over water. Over dynamiek van organiseren, vernieuwen en leren*. Bussum: Vossiuspers AUP.

Boyatzis, R. (1982). *The Competent Manager – A Model for Effective Performance*. New York: John Wiley & Sons.

Brandsen, T., Pestoff, V. (2007). *Co-production. The third sector and the delivery of public services*. London & New York: Routledge.

Burgoyne, J. (1989). Creating the managerial portfolio: building on competency approaches to management development. *MEAD*, 12(1), 56-61.

Bussemaker, M. (1993). *Betwiste zelfstandigheid: individualisering, sekse en verzorgingsstaat*. Universiteit van Amsterdam: Amsterdam.

Byrkjeflot, H., Neby, S. (2008). The end of the decentralised model of healthcare governance? *Journal of Health Organization and Management*, 22(4), 331-349.

- Caldwell, R. (2005). Things fall apart? Discourses on agency and change in organizations. *Human Relations*, 58(1), 83-114.
- Caluwé, L. De, Vermaak, H. (2006). *Leren veranderen. Een handboek voor de veranderkundige*. Deventer: Kluwer.
- Carroll, J.S., Quijada, M.A. (2004). Redirecting traditional professional values to support safety: changing organisational culture in health care. *Qual Saf Health Care*, 13(2), 16-21.
- Calhoun, J.G., Davidson, P.L., Sinioris, M.E., Vincent, E.T., Griffith, J.R. (2002). Towards an Understanding of Competency Identification and Assessment in Health Care Management. *Quality Management in Health Care*, 11(1), 14-38.
- Davies, H.T.O., Nutley, S.M., Mannion, R. (2000). Organisational culture and quality of health care. *Quality in Health Care*, 9(1), 111-119.
- Deetz, S. (2002). Describing Differences in Approaches to Organization Science: Rethinking Burrell and Morgan and their Legacy. *Organization Science*, 7(2), 191-207.
- Diemen-Steenvoorde, Van, J.A.A.M. (2006). Artsen moeten meer rollen leren. *Medisch Contact*, 13(6), 519-520.
- DiMaggio, P.J., Powell, W.W. (1991). The Iron Case Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147-160.
- Drukker, E.L., Verhaaren, F. (2002). Adviseren is een voortdurende intake (deel 1). *Management Consultant Magazine*, 5(6), 36-39.
- Epstein, R.M., Hundert, E.M. (2002). Defining and Assessing Professional Competence. *JAMA*, 287(2), 226-235.
- Esmeijer, A., Geerts, V. (1992). *Kruiselings door de tijd*. Tilburg: Gianotten.
- Ferlie, E., McNulty, T. (2004). Process Transformation: Limitations to Radical Organizational Change within Public Service Organizations. *Organization Studies*, 25(8), 1389-1412.
- Fitzgerald, L., Ferlie, EB., Hawkins, C. (2003). Innovation in healthcare: how does credible evidence influence professionals? *Health and Social Care in the Community*, 11(3), 219-228.
- Fitzgerald, L., Ferlie, EB., Buchanan, D. (2006). *Managing Change and Role Enactment in the Professionalized Organization*. Leicester: NCCSDO.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219-245.
- Frank, J.R., Danoff, D. (2007). The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Medical Teacher*, 29(7), 642-647.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism, the Third Logic*. Chicago: University of Chicago Press.

- Frost, P.J. (2003). *Toxic emotions at work*. Boston: Harvard Business School Publishing.
- George, J.M., Jones, G.R. (2001). Towards a process model of individual change in organizations. *Human Relations*, 54(4), 419-444.
- Gerardi, D. (2005). The Culture of Health Care: How Professional and Organizational Cultures Impact Conflict Management. *Georgia State University Law Review*, 21(4), 857-890.
- Giffords, E.D., Dina, R.P. (2003). Changing Organizational Cultures. *Administration in Social Work*, 27(1), 69-81.
- Gravenhorst, K., Werkman, R., Boonstra, J. (2003). The Change Capacity of Organisations: General Assessment and Five Configurations. *Applied Psychology: an international review*, 52(1), 83-105.
- Hafferty, F.W., Franks, R. (1994). The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic Medicine*, 69(1), 983-989.
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 188-196.
- Hout, E.J. Van. (2007). *Zorg in spagaat. Management van hybride, maatschappelijke organisaties*. Den Haag: Boom Uitgevers.
- Hout, E.J. Van., Van der Scheer, W., Putters, K. (2007). Managers en professionals in de zorg. Over verschuivende verantwoordelijkheden en hybridisering. *Bestuurskunde*, 4(1), 16-24.
- Hunter, D.J. (1996). The Changing Roles of Health Care Personnel in Health and Health Care Management. *Social science & medicine*, 43(5), 799-808.
- Kessels, J. (1999). Het verwerven van competenties: kennis als bekwaamheid. *Opleiding & Ontwikkeling*, 1(2), 20-22.
- Koningsveld, H. (2006). *Het verschijnsel wetenschap*. Amsterdam: Boom.
- Kotter, J.P., Cohen, D.S. (2002). *The heart of change*. Boston: Harvard Business School Publishing.
- Kouzes, I.M., Posner, B.Z. (1988). *The Leadership Challenge: How to Get Extraordinary Things Done in Organizations*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kuijpers, M. (2003). *Loopbaanontwikkeling. Onderzoek naar 'competenties'*. Enschede: Twente University Press.
- Lerner, A.W., Wanat, J. (1983). Fuzziness and Bureaucracy. *Public Administration Review*, 43(6), 500-509.
- Long, D.M. (2000). Competency-based Residency Training: The Next Advance in Graduate Medical Education. *Academic Medicine*, 75(12), 1178-1183.

Loseke, D.R., Cahill, S.E. (1986). Actors in search of a character: Student social workers' quest for professional identity. *Symbolic Interactions*, 9(2), 245-268.

Mintzberg, H. (1998). Covert leadership: notes on managing professionals. Knowledge workers respond to inspiration, not supervision. *Harvard Business Review*, 76(6), 140-147.

Moore, D.R., Cheng, M.I., Dainty, A.R.J. (2002). Competence, competency and competencies: performance assessment in organisations. *Work Study*, 51(5), 314-319.

Nonaka, I. (1991). The Knowledge-Creating Company. *Harvard Business Review*, 69(6), 96-104.

Noordegraaf, M. (2004). *Management in het publieke domein. Issues, instituties en instrumenten*. Bussum: Coutinho.

Noordegraaf, M., De Bruijn, H. (2010). Professionals versus managers? De onvermijdelijkheid van nieuwe professionele praktijken. *Bestuurskunde*, 19(3), 6-20.

Noordegraaf, M., Meurs, P.L. (2001). Managers aan de macht – de invloed van opleidingen bedrijfskunde en economie in de gezondheidszorg. *Holland Management Review*, 79(2), 74-84.

Noordegraaf, M., Meurs, P.L., Montijn-Stoopendaal, A. (2007). Pushed organizational pulls. *Public Management Review*, 7(1), 25-43.

Noordegraaf, M., Van der Meulen, M. (2008). Professional Power Play: Organizing Management in Health Care. *Public Administration*, 86(4), 1055-1069.

Noordegraaf, M., Vermeulen, J. (2010). Culture in action: the 'Rotterdam approach' as modernization through tradition. *Public Administration*, 88(2), 513-527.

O'Connor, S., Pettigrew, C. (2009). The barriers perceived to prevent the successful implementation of evidence-based practice by speech and language therapists. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44(6), 1018-1035.

Ouchi, W.G., Wilkins, A.L. (1985). Organizational Culture. *Annual Review of Sociology*, 11(1), 457-483.

Pettigrew, A.M. (1979). On Studying Organizational Cultures. *Administrative Science Quarterly*, 24(4), 570-581.

Rosenthal, M.M. (1995). *The incompetent doctor. Behind closed doors*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ), (2011). *Ziekenhuislandschap 20/20: Niemandslaan of Droomland?*. Den Haag: RVZ.

Raelin, J.A. (1986). *The Clash of Cultures*. Boston: Harvard Business School Press.

Schein, E.H. (1992). *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.

Schmiedinger, B., Valentin, K., Stephan, E. (2005). Competence Based Business Development – Organizational Competencies as Basis for Successful Companies. *Journal of Universal Knowledge Management*, 1(1), 13-20.

Schneider, M.M.E. (2013). *Dat beloof ik*. Utrecht: Universiteit Utrecht.

Schut, F.T. (1995). *Competition in the Dutch health care sector*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Scott, T., Mannion, R., Davies, H., Marshall, M. (2003). *Healthcare Performance and Organizational Culture*. Abingdon, Oxon: Radcliffe Medical Press Ltd.

Scott, T., Mannion, R., Davies, H., Marshall, M. (2003). Implementing culture change in health care: theory and practice. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(2), 111-118.

Senge, P.M. (1990). *The fifth discipline*. London: Random House.

Shaughnessy, A.F., Slawson, D.C. (1999). Are we providing doctors with the training and tools for lifelong learning? *BMJ*, 319(7220), 1280.

Stoopendaal, A. (2004). Maatschappelijk besturen. Een profiel van vrouwelijke zorgdirecteuren. *ZM Magazine*, 4(1), 18-22.

Shortell, SM., Ferlie, EB. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 281-315.

Stewart, S., MacIntyre, K., Capewell, S., McMurray, J.J.V. (2002). Heart failure and the aging population: an increasing burden in the 21st century? *Heart*, 89(1), 49-53.

Straetmans, G.J.J.M., Sanders, P.F. (2001). *Beoordelen van competenties van docenten*. Utrecht: Drukkerij van Mechelen.

Swidler, A. (1986). Culture in Action: Symbols and Strategies. *American Sociological Review*, 51(2), 273-286.

Swidler, A. (1995). *Cultural Power and Social Movements*. Pp. 3-24 in *Social Movements and Culture*, Johnston H., Klandermans B. Minneapolis: University of Minnesota.

Tanenbaum, S.J. (1999). Evidence and expertise: the challenges of the outcomes movement to medical professionalism. *Academic Medicine*, 74(7), 757-763.

Thiel, S. Van. (2007). *Bestuurskundig onderzoek*. Bussum: Coutinho.

Thijssen, J.G.L. (1998). Hindernissen voor competentie-management. *Opleiding & Ontwikkeling*, 11(10), 17-23.

Toolsema, B. (2003). *Werken met competenties. Naar een instrument voor de identificatie van competenties*. Enschede: Twente University Press.

Towle, A. (1998). Changes in health care and continuing medical education for the 21st century. *BMJ*, 316(7127), 301-304.

Werkman, R.A. (2006). *Werelden van verschil. Hoe actoren in organisaties vraagstukken in veranderprocessen hanteren en creëren*. Dissertatie. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam: WRR.

Wilcox King, A., Fowler, S.W., Zeithalm, C.P. (2001). Managing organizational competencies for competitive advantage: The middle-management edge. *Academy of Management Executive*, 15(2), 95-106.

Wilsford, D. (1994). Path Dependency, or Why History Makes It Difficult but Not Impossible to Reform Health Care Systems in a Big Way. *Journal of Public Policy*, 14(3), 251-283.

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

Woodruffe, C. (1991). Competent by any other name. *Personnel Management*, 23(9), 30-33.

Yin, R. (1981). The Case Study Crisis: Some Answers. *Administrative Science Quarterly*, 26(1), 58-65.

Yin, R. (2009). *Case Study Research: Design and Methods*. Beverly Hills: Sage.

Zaleznik, A. (2004). Managers and leaders: are they different?. *Harvard Business Review*, 82(1), 74-81.

Zee, H., Van Der. (1995). Het rad van verandering. *M&O*, 5(1), 328-353.

Zee, H., Van Der. (1997). Het juk der kwartaalcijfers. *Opleiding & Ontwikkeling*, 5(1), 328-353.

9. Bijlagen

Dit hoofdstuk is een verzameling van bijlagen waar in dit onderzoek naar verwezen is. Sommige van deze bijlagen zijn vertrouwelijk en worden niet weergegeven in de openbare versie van dit onderzoek.

9.1. Vragenlijsten

Topiclijst algemeen

Inhoud veranderproces

- Individueel niveau
 - Zelf aan de slag
 - Eigen plan
- Groepsniveau
 - Groep sessies
 - Collega's
- Organisatieniveau
 - Organisatiebeleid
 - Personeelsbijeenkomsten
- Omgevingsniveau
 - Wetten en regels
 - Koepelorganisaties en overheden

Type veranderproces

- Opleggend
 - Verplicht
 - Geen keuze
- Stimulerend
 - Vrijwillig
 - Optioneel
- Direct
 - Gaat over competentieversterking
- Indirect
 - Gaan niet over competentieversterking

Type leiderschap

- Doorduwen
 - Dwingend
 - Druk
- Verkennen
 - Samenwerken
 - Transparant
- Inspirerend leiderschap
 - Enthousiasmerend
 - Autoriteit

Participatie

- Interactiviteit
 - Inspraak
 - Inbreng

- Agentschap
 - Zeggenschap
 - Eigendom
- Nut
 - Patiënt
 - Zorg

Randvoorwaarden

- Ondersteuning
 - Hulp
 - Administratie
- Timing
 - Snelheid
 - Tijdsfad
- (Historische) context
 - Mislukte projecten
 - Spanningen/strubbelingen

Competenties & professionele culturen

- Competenties
 - Bewustzijn
 - Relevant
- Professionele culturen
 - Autonomie
 - Evidence based
 - De patiënt

Vragenlijst aan AIOS

Introducerend

- Voorstelronde
- Heeft u er bezwaar tegen als dit interview wordt opgenomen?

Inhoud veranderproces

- Kunt u Verwonder & Verbeter omschrijven?
 - Hoe werken de bijeenkomsten?
 - Hoe werkt het uitvoeren van projecten?
- Wat vindt u van Verwonder & Verbeter?

Type veranderproces

- Wat is het doel van Verwonder & Verbeter?
 - Is dat het enige doel?
 - Hoe ziet u dit terug in de sessies?
 - Heeft Verwonder & Verbeter ook met persoonlijke ontwikkeling te maken?
- Waarom neemt u deel aan Verwonder & Verbeter?
 - Wat zou u er van vinden als V&V verplicht zou zijn?

Type leiderschap

- Hoe zou u het leiderschap van Margriet Schneider omschrijven?
 - Wat vindt u daarvan?
 - Welke invloed heeft het leiderschap van Margriet Schneider deelname?

Participatie

- Wat vindt u van het format?
 - o Wat vindt u van het zelf uitvoeren van projecten?
- Zorgt V&V voor meer betrokkenheid bij de organisatie?

Randvoorwaarden

- Hoeveel tijd kost deelname aan Verwonder & Verbeter?
 - o Is deelname aan Verwonder en Verbeter belastend?
- Kunt u de ondersteuning vanuit de staf voor V&V omschrijven?
 - o Wat vindt u hier van?

Competenties & professionele culturen

- Hoe staat u in algemene zin tegenover projecten als V&V?
 - o Wat vindt u van management-gerichte projecten?
 - o Bent u terughoudend als het gaat om deelname aan projecten of verandering?
- Wat vindt u van organiseercompetenties? (met uitleg)

Afrondend

- Zijn er nog andere dingen die uw deelname aan Verwonder & Verbeter beïnvloeden?
- Zijn er nog zaken die u goed of juist niet goed vond aan V&V? Moeten wij nog zaken weten?
- Bent u van plan om aan de volgende bijeenkomst van Verwonder en Verbeter deel te nemen?

Vragenlijst aan sleutelfiguren

Introducerend

- Voorstelronde
- Heeft u er bezwaar tegen als dit interview wordt opgenomen?

Inhoud veranderproces

- Kunt u Verwonder & Verbeter omschrijven?
 - o Hoe werken de bijeenkomsten?
 - o Hoe werkt het uitvoeren van projecten?
- Hoe vindt u dat Verwonder & Verbeter als veranderproces verloopt?
 - o Wat voor reacties krijgt u op V&V?

Type veranderproces

- Wat is het doel van Verwonder & Verbeter?
 - o Is dat het enige doel?
 - o Hoe brengt u dit terug in het veranderproces?
 - o Weten deelnemers dat V&V ook om competentieversterking draait?
- Heeft u zicht op waarom mensen deelnemen aan Verwonder & Verbeter?
 - o Waarom is V&V niet verplicht?

Type leiderschap

- Hoe probeert u leiding te geven aan het veranderproces?
 - o Hoe vindt u dat dit gaat?
 - o Heeft u het idee dat dit invloed heeft op de participatie van deelnemers?



Participatie

- Wat vindt u van het format?
 - o Wat vindt u van het zelf uitvoeren van projecten?
- Zorgt V&V voor meer betrokkenheid bij de organisatie?

Randvoorwaarden

- Hoeveel tijd kost deelname aan Verwonder & Verbeter?
 - o Is deelname aan Verwonder en Verbeter belastend?
- Kunt u de ondersteuning vanuit de staf voor V&V omschrijven?
 - o Wat vindt u hier van?

Competenties & professionele culturen

- Hoe staan mensen op de afdeling tegenover veranderprocessen?
 - o Wat merkt u van professionele culturen?
 - o Wat merkt u van weerstand tegen veranderprocessen?

Afrondend

- Zijn er nog zaken die u goed of juist niet goed vond aan V&V? Moeten wij nog zaken weten?



9.2. t/m 9.4.

De bijlagen 9.2 tot en met 9x.4 zijn omwille van de privacy van de respondenten en de vertrouwelijkheid van hun uitspraken niet openbaar beschikbaar.



'Zo doen wij dat nu eenmaal'

*Competentieversterking bij medische professionals
via professionele culturen*